

**5<sup>tas</sup> Jornadas Científicas**

**de Atención Primaria**

**de la Salud del Municipio de Tigre**

**Buenas Prácticas**

**en APS: desafíos**

**postpandemia**

30 de Noviembre y 1 de Diciembre de 2022

Publicación digital



**TIGRE**  
MUNICIPIO

## **AUTORIDADES**

**Intendente**

Julio Zamora

**Secretaría de Salud**

Fernando Abramzon

**Subsecretaría de Salud**

María Julieta Savini

**Dirección de Medicina Asistencial**

Analía Curci

Analía Moresco

## **EQUIPO ORGANIZADOR DE LAS JORNADAS**

Marianella Chiaramoni

Paula Cullen

Verónica Domínguez

Victoria González

Emanuel Lara

Javier Robbiano

María Soledad Sacchiero

Sabrina Schneider

**Secretaría de Salud.**

Dirección de Medicina Asistencial.  
Municipio de Tigre.

Primera edición (versión corregida).  
Año 2023.



# ÍNDICE

1. Introducción .....	Pág. 5
2. Resumen de las exposiciones de las personas invitadas .....	Pág. 6
Gabriela Pombo	
Martín De Lellis	
Mariela Gatica	
Leonel Tesler	
Patricia Pastorino	
3. Trabajos presentados (Nombre del trabajo - Equipo autor) .....	Pág. 18
• “Aguantadero de emociones.” - CAFyS Rincón.....	Pág. 18
• “Abordando Salud Mental y Adicciones desde el Primer Nivel de Atención.” - CAFyS Talar Sur.....	Pág. 18
• “Aciertos y dificultades en el Vínculo Temprano, el desafío de las primeras consultas con el bebé.” - CAFyS Pacheco.....	Pág. 19
• “Acompañamiento a las trabajadoras sexuales situadas en la Avenida Larralde.” - CAFyS Tábanos.....	Pág. 19
• “Adaptación de los HDI en épocas de pandemia. Construcción de un nuevo espacio con el sostén de nuevos vínculos.” - HDI Torcuato y HDI Benavídez.....	Pág. 20
• “Conformación del equipo interdisciplinario en pandemia: sus cambios, obstáculos y reorganización.” - CAFyS Almirante Brown.....	Pág. 20
• “Controles itinerantes de Salud en el Adulto” - Coordinación Eje Adulto (Dirección de Medicina Asistencial).....	Pág. 21
• “De la salud mental a la salud integral.” - CAFyS Tábanos.....	Pág. 21
• “Disminución de la cobertura de vacunación durante la pandemia. Estrategias para mejorar la vacunación de la población.” - Dirección de Medicina Preventiva.....	Pág. 22
• “Dispositivo Interdisciplinario de atención de la Salud Integral a niñas y niños de 1 a 12 meses de edad en territorio: hacia mejores prácticas de atención en Atención Primaria de la Salud y Salud Comunitaria.” - CAFyS Ricardo Rojas.....	Pág. 22
• “Consultorio Compartido: una experiencia en Atención Primaria de la Salud y Salud Comunitaria en el territorio, que articula una escucha posible desde Psicología y Medicina General.” - CAFyS La Paloma.....	Pág. 23
• “Dispositivo SAYMA. Desarrollado por el servicio de kinesiología del HMIT para otorgar soporte ventilatorio a pacientes con COVID-19.” - HDI Torcuato, HDI Benavídez, Hospital Materno Infantil de Tigre.....	Pág. 23
• “Dispositivos que alojan y construyen comunidad: Equipo Móvil de Enlace Comunitario.” - Región Sanitaria V Equipo Móvil de Enlace Comunitario (EMEC).....	Pág. 23
• “Entrelazados por los jóvenes.” - CAFyS Benavídez.....	Pág. 24
• “Impacto de la implementación de pruebas rápidas para VIH/ITS en el primer nivel de atención en el Municipio de Tigre.” - Programa de VIH, ITS y Hepatitis Virales (Dirección de Medicina Asistencial).....	Pág. 24
• “Espacios comunitarios itinerantes en el barrio La Paloma: recaptación de niñas y niños al sistema de salud local en territorio.” - CAFyS La Paloma.....	Pág. 25
• “Dispositivos de abordaje en puerperios y primeras infancias en APS; promoción de la salud y alcances del rol del psicólogo.” - CAFyS Troncos / Pacheco / Las Tunas.....	Pág. 25
• “Implementación de estrategias para erradicar Chagas congénito desde primer nivel de atención del Municipio de Tigre: Estudio longitudinal descriptivo retrospectivo del abordaje en los años de pandemia y desafíos post pandemia.” - Dirección de Medicina Preventiva.....	Pág. 25



- “Incorporando la Residencia de Enfermería Comunitaria en Tigre: Un desafío en post pandemia.” - Residencia de Enfermería Comunitaria Tigre.....Pág. 26
- “Intervenciones posibles frentes una demanda creciente: La complejidad del desarrollo infantil.” - Programa Desarrollo Infantil (Dirección de Medicina Asistencial).....Pág. 26
- “Investigación en terreno frente a un caso sospechoso de EFE.” - Dirección de Medicina Preventiva.....Pág. 26
- “La administración en la Salud Mental y las Adicciones.” - CAFyS Talar Sur.....Pág. 27
- “La integración de la salud mental en la atención primaria de la salud.” - CAFyS Talar Sur.....Pág. 27
- “Lo que tienen para decirnos. Voces recogidas por el Equipo de Prevención del Suicidio Adolescente.” - Equipo de Prevención del Suicidio Adolescente (EPSA).....Pág. 28
- “Manejo odontológico del paciente con TEA en la Atención Primaria de la Salud.” - CAFyS Brown.....Pág. 28
- “Nuestro trabajo más allá del 2020.” - Coordinación SSRy(n)R (Dirección de Medicina Asistencial).....Pág. 29
- “Planificación anual post pandemia del eje niñx.” - CAFyS Torcuato.....Pág. 30
- Programa de salud bucal Islas del Delta.” - Coordinación de Odontología (Dirección de Medicina Asistencial).....Pág. 30
- “Qué lugar ocupan las redes afectivas en el proceso de externación: experiencias y testimonios recuperadas a partir del trabajo del dispositivo móvil de enlace territorial con base en la comunidad.” - Región Sanitaria V - Equipo Móvil de Enlace Comunitario (EMEC).....Pág. 31
- “Relato de la experiencia de acompañamiento a niños, niñas y adolescentes con diabetes en las escuelas.” - CAFyS CEPAN.....Pág. 31
- “Salud sexual integral en las adolescencias: procesos y construcciones.” - Equipo Salud Adolescente (Dirección de Medicina Asistencial).....Pág. 32
- “Protocolo de Intervención del SES” - Sistema de Emergencia Social.....Pág. 32
- “Taller de Caminata Saludable y Huerta Comunitaria Agroecológica” - CAFyS Pacheco .....Pág. 33
- “Tigre Crece Sano. Relato de la experiencia de acompañamiento a niños, niñas y adolescentes con sobrepeso y obesidad post pandemia.” - CEPAN.....Pág. 33
- “Una mirada sobre el desarrollo de las infancias desde las necesidades del territorio.” - CAFyS Rincón.....Pág. 34
- “Sosteniendo a los que sostienen. Tejido entre disciplinas. La interdisciplina como estrategia de abordaje al niño con desafíos en el desarrollo y su familia.” - CAFyS Carupá.....Pág. 34

**4. Reflexiones finales ..... Pág. 35**

**5. Fotos y videos ..... Pág. 38**

## 1. Introducción

Durante los últimos tres años, la pandemia por el covid-19 se constituyó como un nuevo hito en la historia, el cual modificó todas las esferas de la vida de las personas en general y las políticas sanitarias en particular. En el Primer Nivel de Atención (PNA), y con la estrategia de la atención primaria, hemos llevado a cabo un papel que merece ser reflexionado, debatido y sistematizado, a fin de poder extraer sus mejores aprendizajes. Ante un escenario de incertidumbre y de cambios constantes, el desafío desde los equipos del PNA fue, no sólo responder a las necesidades de atención y estructuración general del sistema, sino también ir hallando el modo de involucrarnos con las características propias de quienes trabajamos en y con la comunidad. Por ello, fuimos re-pensando, modificando y re-creando nuestras actividades e intervenciones: horarios de atención, recurso humano, estructura edilicia, actividades extramuro, modos de atención de la presencialidad a la virtualidad, por mencionar algunos ejemplos.

Mantener una planificación estratégica y flexible, con perspectiva de derechos y en base territorial, fue una herramienta fundamental para facilitar el acceso a las necesidades de salud integral de nuestra población.

La idea de “esenciales” en pandemia en el primer nivel de atención, nos llevó a articular y desarticular acciones, priorizando siempre la atención a los grupos más vulnerables. Quedó aún más en evidencia que los problemas de salud no se pueden abordar desde una mirada individual, sino desde una mirada integral y colectiva, destacando el protagonismo de todos los integrantes de la comunidad y los equipos de salud. Muestra de ello es que muchas de las intervenciones sanitarias que se consideraron más efectivas para contener y abordar la pandemia, tuvieron un enfoque promocional, territorial, comunitario y de vigilancia (lavado de manos, ventilación de ambientes, uso de elementos de protección personal, aislamiento social, búsqueda activa de contactos estrechos, elaboración de protocolos).

A lo largo de estos años, se reconfiguraron lazos, vínculos, redes: con la comunidad, entre los equipos, con otros niveles de atención. Un ejemplo de ello es la articulación que nos ha permitido mejorar la referencia y contrarreferencia. Esto no fue sin conflictos ni tensiones, las consecuencias fueron tanto positivas como negativas. Se han dado algunas pérdidas que debemos recuperar; se han incorporado mejoras que ahora son difíciles de sostener. Una nueva reconfiguración se viene transitando...

En la actualidad, nos encontramos en una franca transición hacia un modelo post pandemia. Los aprendizajes fueron y son muchos: estrategias, proyectos y modalidades de intervención en proceso de remodelación en todos los planos: en el trabajo individual, en los equipos, en la gestión. El objetivo sigue siendo lograr garantizar derechos en pos de una mayor calidad de vida para toda la población, intentando quebrar brechas de inequidad y desigualdad. Y como trabajadores y trabajadoras también estamos atravesados por ello.

En este contexto, se retoman las Jornadas Científicas de Atención Primaria de la Salud en el Municipio de Tigre, siendo ésta su 5ta edición. El lema que las atraviesa es: “buenas prácticas en APS: desafíos post pandemia”. Las mismas se proponen con el objetivo de recuperar un espacio de encuentro, reflexión crítica y construcción de conocimiento para los equipos y que colabore en la mejora de las acciones, pudiendo replicarse y transformarse en políticas sanitarias. A su vez, tener un espacio de intercambio científico y con periodicidad, nos permite brindar espacios de formación continua, robustecer los marcos teóricos que sustentan nuestras prácticas, resaltando la importancia del rol del primer nivel de atención en el Sistema de Salud, atravesado por la estrategia de APS.



## 2. Resumen de las exposiciones de las personas invitadas

**Gabriela Pombo**

---

### **Aportaciones de las perspectivas feministas para transitar los desafíos post pandemia en el campo de la salud.**

La quinta edición de las jornadas de APS del Municipio de Tigre nos invita a reflexionar sobre los desafíos post pandemia, y quiero referirme a uno de ellos, vinculado a la reconquista de los espacios de encuentro y reflexión sobre los marcos de referencia y las perspectivas desde las que estamos construyendo nuestras intervenciones. Parto de considerar que las perspectivas feministas pueden ser un aporte sustantivo para revisar y cualificar esas intervenciones. ¿Por qué motivos los equipos de salud podemos nutrirnos con ese aporte?

**I.** En primer lugar, las investigaciones feministas han revelado que el género constituye un fuerte estructurador de desigualdades en salud: condiciona las modalidades en que las personas, según sean varones o mujeres, cisotrans, atraviesan sus procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado. Contamos con evidencia suficiente para afirmar que el género impacta en cómo las personas protegen su salud, perciben síntomas, transitan enfermedades, subjetivizan malestares, acceden a los sistemas de salud y toman decisiones respecto al cuidado del cuerpo y la salud. Particularmente, las perspectivas feministas interseccionales potencian el análisis de estas desigualdades proponiendo la lectura articulada de distintos estratificadores sociales como la clase social, el género, la pertenencia étnica/racial, el status migratorio o la diversidad funcional. ¿Cómo impactan las inscripciones de las personas que atendemos en estos vectores de estratificación social en su salud-enfermedad? Construir nuestros diagnósticos de situación post pandemia en esa clave nos acerca significativamente a ajustar nuestra intervención a las especificidades y necesidades de las poblaciones de nuestros territorios.

Simultáneamente, los estudios feministas han evidenciado que el género opera como constructor de desigualdades en las condiciones de trabajo de los equipos de salud. Podemos pensar la histórica configuración de las profesiones desde el patrón varones curan/mujeres cuidan; o los procesos de feminización de la medicina y otras disciplinas de la salud, que se acompañan de procesos de precarización de las condiciones de trabajo. O también, atender a las brechas de género en la ocupación de los cargos de autoridad en el sistema; o a los obstáculos de las personas trans y no binarias que integran equipos de salud y se ven afectadas por variadas discriminaciones en sus lugares de trabajo.

**II.** En segundo lugar, destacamos el valor de las aportaciones feministas también radica en su capacidad para interpelar los modelos de atención tributarios de la racionalidad biomédica hegemónica en el campo de la salud. Ellas han sido incisivas en dislocar lo más constitutivo de esa racionalidad: la noción de enfermedad como desviación de norma biológica, con etiología monocausal; la objetualización y universalización “del paciente” a partir de la referencia del cuerpo y del sujeto varón; la pretensión de neutralidad; y la esencialización de la diferencia sexual, con la consecuente naturalización de la organización cissexista y heteronormada del sistema de atención.

Por efecto, los feminismos convocan a revisar los modelos de atención, considerando que tanto en la formulación o implementación de una política de salud, como en la intervención cotidiana en el primer nivel, se puede incurrir en reediciones de normatividades, estereotipos y prejuicios basados en el género. Y aquí es interesante apostar al ejercicio autoreflexivo -a nivel individual y de los equipos- para examinar desde una clave interseccional en qué modalidades nuestra forma de intervenir puede estar reproduciendo esas normatividades.

**III.** En tercer lugar, las perspectivas feministas están en línea con nuestro marco normativo y los lineamientos de nuestras políticas públicas. En términos generales los equipos de salud conocemos las leyes vigentes en el área de la salud sexual y (no) reproductiva, las violencias por motivos de género y la igualdad de género. Es de suma importancia que nos tomemos el tiempo para reflexionar sobre las implicancias de ese marco normativo en nuestra tarea cotidiana. Para conocer y analizar las políticas públicas que intentan efectivizar los derechos consagrados en la legislación. Contamos con Planes Nacionales que propician la transversalización de la perspectiva de géneros y diversidad en el diseño y ejecución de las políticas públicas en salud y la erradicación de las violencias[1]. Contamos, además, con materiales del Ministerio de Salud que procuran la atención de la salud integral de personas LGBTI+ y específicamente de niñas y adolescencias trans, travestis y no binarias[2]. A ello sumamos legislación, políticas y materiales producidos a nivel provincial y municipal que en el mismo sentido apuntan a la igualdad de género en el campo de la salud. Por ello, las perspectivas feministas -que sustentan tales marcos normativos, políticas y materiales- son una valiosa herramienta para su análisis y adecuación a cada territorio.

En suma, entonces, los tres motivos enunciados ayudan a advertir que las perspectivas feministas tienen un gran potencial para optimizar nuestras intervenciones en salud. ¿Cómo pueden concretamente enriquecerlas?

Por un lado, fortalecen la construcción de diagnósticos de situación: visibilizan la interseccionalidad de desigualdades y vulneraciones de derechos que afectan a las poblaciones con las que trabajamos. Por eso, se constituyen en una herramienta para la clínica, que cualifica la mirada y la escucha.

Por otro lado, robustecen nuestras estrategias de atención: convocan a revisar nuestras prácticas y su posible reproducción de estereotipos y normatividades que impliquen desigualdad, discriminaciones y violencias. Asimismo, convocan a respuestas integrales construidas interdisciplinaria e intersectorialmente, que incluyan protagónicamente los saberes y puntos de vista de las poblaciones con las que trabajamos.

Finalmente, habilitan lecturas críticas del campo de la salud y sus políticas interpelando sus prioridades, las poblaciones que contiene y/o que expulsa, las violencias y discriminaciones que visibiliza y/o naturaliza, y su capacidad de transformar desigualdades. Y, lo que es más interesante, habilita la posibilidad de que como trabajadorxs de la salud del primer nivel de atención nos agenciemos como actores protagónicos del campo, discutamos su racionalidad hegemónica e incidamos en esas políticas. Las epistemologías feministas abonan a la desestabilización de las relaciones de fuerza del campo de la salud y a la legitimación de los conocimientos y las experiencias que construimos en nuestra intervención cotidiana. Así, apropiarnos de los aportes feministas puede contribuir a la puesta en valor de nuestros conocimientos y trayectorias en los micro y macroescenarios en los que se dirime el acceso al derecho a la salud.

---

[1] *Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivos de Género (2020-2022) MMGyD. Plan Nacional de Igualdad en la Diversidad (2021-2023) MMGyD. Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública (2020). Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de géneros y Diversidad.*

[2] *Materiales de interés: Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación (2020).*

*Recomendaciones para la atención integral de la salud de niñas y adolescencias trans, travestis y no binarias. Ministerio de Salud de la Nación (2021).*

*Manual Clínico Atención integral de la salud ante situaciones de violencias por motivos de género. Herramientas para equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación y OPS (2022).*



### **La salud mental en los Servicios de salud: encrucijadas y desafíos.**

Basada en importantes antecedentes de reforma institucional y en normativas internacionales y nacionales, la ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N° 26.657 establece la necesidad de implementar una modalidad de atención ambulatoria e interdisciplinaria, coordinando redes de base territorial y promoviendo una mayor participación de la red de apoyo de los/las usuarios/as desde una perspectiva fundada en la protección de derechos.

A partir de este marco normativo, plantearemos un conjunto de desafíos fundamentales que deben afrontar las políticas y los servicios de salud mental, tanto al nivel central como en el desempeño de la red de instituciones locales que actúan en el espacio territorial, y que deben traducirse, hoy más que nunca, en decisiones presupuestarias y herramientas eficaces de gestión.

El primer desafío relevante está centrado en lograr la progresiva supresión de las instituciones totales y su reemplazo o sustitución definitiva por dispositivos de base comunitaria.

Los Asilos, Hospicios, o Colonias de Alienados en Argentina tuvieron como misión dar respuesta a los males sociales de la época como la indigencia, el alcoholismo, la tuberculosis, el retardo mental y la locura, de acuerdo a la impronta ideológica que le imprimió la élite gobernante en las primeras décadas del pasado siglo. Este programa institucional conjugaba la visión científica de la época y las corrientes, por entonces innovadoras, que proponían el tratamiento moral, la rehabilitación por la educación y/o el trabajo y la atención bajo la modalidad de puertas abiertas.

Pero a lo largo de su dilatada historia, las Instituciones Totales han demostrado en la práctica el fracaso de las redes de atención, pues aquello que no podía ser resuelto o contenido en instituciones de base comunitaria o en establecimientos sanitarios de más bajo umbral ha sido frecuentemente derivado a tales instituciones, que no han dado prueba de eficacia desde el punto de vista sanitario y que se legitimaron asegurando sólo un mínimo de protección y supervivencia.

Al cabo de unas décadas se manifestaron problemas tales como el hacinamiento o la imposibilidad de dar atención a los internos, y la discontinuidad o inexistencia de programas de rehabilitación se expresaron en malas condiciones de vida, privación de estímulos, progresivo deterioro de las capacidades y bajo nivel de autonomía funcional. Debilitadas desde el punto de vista administrativo, cuestionadas desde el punto de vista sanitario, desarticulada de las redes y con un costo exponencial que en nada se correspondía con los resultados sanitarios. diversos referentes públicos alertaron sobre la necesidad de encarar un proceso de reforma del modelo de atención. Este problema ya había sido reconocido ya por Ramón Carrillo, quien denominaba a los hospicios psiquiátricos o manicomios como resumideros humanos en los que se ejercía una psiquiatría terminal, y proponía crear anexos para enfermos mentales crónicos en hospitales generales, o bien centros de psiquiatría preventiva de base territorial.

Pese a tales denuncias, estas instituciones se constituyeron en el núcleo más irreductible y complejo de transformar por el modo en que se ha encarnado en las representaciones y las prácticas de quienes prestan servicios de salud mental.

En el momento actual, la visión desinstitucionalizadora expresada originalmente por

referentes del movimiento de Salud Mental y que se encarna en la ley nacional produce un giro copernicano: ya no se trata de aislar al sujeto sin adoptar ninguna clase de tratamientos, sino plantear una gama de recursos y servicios cuyas acciones sirvan a un objetivo común: resolver problemas que afectan la salud mental –que oscilan entre aquellos de carácter leve y aquellos otros de carácter más severo- de personas, familias y/u otros referentes de la comunidad.

Ello ha provocado que las políticas de salud mental se hayan visto impelidas a un proceso de adecuación, consistente en: a) fortalecer la respuesta de los servicios en hospitales generales -con o sin internación- ; b) incrementar la capacidad de respuesta en el primer nivel asegurar la integralidad y continuidad de la atención de atención; c) disminuir la brecha de tratamiento que afecta a los padecimientos mentales más severos; c) habilitar nuevos dispositivos de base comunitaria, cuyo objetivo es mitigar los efectos de la institucionalización y alentar procesos de inclusión social.

Aún cuando los dispositivos de base comunitaria no se hallan aún disponibles en cantidad ni preparados técnicamente para sustituir una respuesta alternativa al modelo asilar, el camino iniciado en diversas jurisdicciones del país resulta promisorio si logra fortalecerse y consolidarse de modo continuo a lo largo del tiempo.

Otro de los problemas endémicos del sistema de atención ha sido la disociación entre los servicios de salud mental y el resto de los servicios de salud, que representa también hoy un desafío impostergable para la gestión de los servicios de base territorial.

Si bien estamos aún lejos de constatar una integración efectiva entre los servicios de salud mental y otros servicios especializados, resulta esencial incorporar modalidades de gestión que mejoren la calidad, el registro y sistematización de las prácticas, estrategias que trabajen con una adecuada nominalización de la población a cargo, nuevas formas de auditoría y planificación de los recursos asistenciales desde una perspectiva epidemiológica.

Por otra parte, el Movimiento de Salud Mental introdujo una visión que trascendió medidas de restauración o circunscritas a responder ante la demanda, para incorporar las medidas preventivas que permitieran anticipar y evitar los daños a la salud mental, o bien tendientes a proteger y/o reforzar las condiciones existentes de salud.

La respuesta preventiva en salud mental ha permitido una mayor sistematización de las prácticas profesionales, tanto las de orientación selectiva como universal, e implicaron la apertura a nuevos escenarios que trascendían por completo el hospital de alienados para comenzar a diseñar intervenciones en juzgados, escuelas, fábricas, cárceles y/u otros ámbitos en los que transcurría la vida cotidiana de los sujetos.

También implicó concebir el rol del profesional de Salud Mental, ya no al servicio de un modelo custodial o con un sesgo marcadamente asistencialista, sino pensar intervenciones profesionales desde un rol de orientador, educador o asesor institucional. La tercera cuestión importante es la práctica interdisciplinaria en los servicios de salud. El movimiento de Salud Mental exhibió desde su origen una vocación interdisciplinaria, e interpeló los modos de atención instituidos que eran hegemonizados por la psiquiatría convencional. Las disciplinas que fueron integrándose paulatinamente a los servicios, tales como la psicología o aquellas nucleadas en el área de los cuidados y la rehabilitación, han ido logrando un estatuto de progresiva autonomía profesional y, dado que en este proceso de integración se cuestionó el statu quo ante, también ha generado conflictos y disputas de poder.

A partir de los años 70, el campo se enriquece con enfoques innovadores como el

denominado Salud Mental en la Comunidad, que impactaron sobre las disciplinas intervinientes y han contribuido a reforzar una concepción interdisciplinaria del saber y las prácticas comunitarias.

El examen de las normativas sancionadas durante las últimas décadas permite comprender las relaciones entre las profesiones que integran el campo, pasando de la colaboración tutelada que describe la ley 17.132 a la relación entre pares profesionales que establece la ley 26.657. Asimismo, esta simetría profesional se fundamenta en las respectivas leyes de ejercicio profesional y en la ley de educación superior que, al incluir un artículo específico sobre las actividades reservadas, establece el carácter autónomo de las mismas.

Las distintas profesiones, organizadas corporativamente, han ido pautando a lo largo de varias décadas los criterios de fundamentación de sus prácticas controlando la formación y oficialización de los títulos acreditantes, y regulando la intervención profesional mediante los cuerpos colegiados que se reconocían e identificaban como parte de un colectivo profesional. Así, irán delimitando y conquistando actividades reservadas, por lo cual las relaciones entre ellas se producen, independientemente de la pericia técnica, mediante la posibilidad de delimitar incumbencias en áreas específicas de intervención.

Por último, y en el marco de un cuestionamiento del modelo tradicional de atención, durante el transcurso del siglo XX, y en una importante cantidad de países, se abrió camino una nueva visión acerca de la enfermedad y la discapacidad mental centrada en la idea fundante de que el sujeto afectado es, por sobre todas las cosas, un sujeto cuyos derechos deben ser respetados.

Esto se ha materializado en gran parte de las reformas en el modelo de atención, las cuales se sustentaron de manera indisociable en un abigarrado conjunto de leyes, normativas, acuerdos y declaraciones internacionales – algunas de carácter obligatorio o vinculante y otras de carácter no vinculante que abonan o justifican una transformación en el régimen de atención actualmente vigente.

Más allá de que en los últimos años se ha puesto de manifiesto la creciente brecha entre las normativas que consagran derechos y los obstáculos que se interponen para su satisfacción, es posible concretar importantes logros si se profundiza aún más el consenso social, se construye mayor viabilidad política, se fortalecen las capacidades institucionales y se logra disponer de recursos económicos que permitan dotar de factibilidad a las iniciativas propuestas.

A partir del nuevo escenario planteado tras la propagación del virus COVID-19 y las medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) adoptadas por el Estado nacional durante los años 2020 y 2021, se han producido una cantidad de situaciones disruptivas que afectaron las condiciones de salud mental, expresadas en problemas prevalentes de ansiedad, trastornos de estrés postraumático e intentos de suicidio.

Estos problemas pusieron a la vez de manifiesto la inmensa brecha entre las necesidades y demandas sanitarias y las dificultades de acceso a los servicios por varios factores concurrentes: a) Las restricciones a la movilidad circulatoria; b) La menor disponibilidad de recursos humanos, técnicos y económicos en las instituciones sanitarias; c) Los procedimientos de triage que no contemplaron como prioridad la atención de los padecimientos mentales severos o el consumo abusivo de sustancias; d) El debilitamiento de las redes de apoyo y sostén necesarias para cuidar a las personas en contexto de aislamiento, sobre todo aquellas con mayor vulnerabilidad social.

En este contexto tan desfavorable, y cuyas secuelas todavía son evidentes en la salud de la población es necesario recobrar algunos de los desafíos antes planteados, los que se hallan contenidos en la Ley Nacional de Salud Mental.

Una de ellas es la necesidad de diversificar y sustituir progresivamente la oferta de servicios especializados y los dispositivos socio-sanitarios contemplados en la ley, concebidos de manera flexible y que tomen en cuenta los sistemas de apoyo requeridos ante las dificultades - muchas de ellos resultantes del período post pandémico- que hoy afectan a los sujetos con padecimientos mentales severos.

Por último señalar que, en el contexto pandémico, es necesaria una labor interdisciplinaria acorde a los complejos problemas emergentes evitando rígidas hegemonías disciplinarias, y logrando sortear las pujas corporativas que han obrado como obstáculos para dar una respuesta integral en los servicios de salud.

Un párrafo aparte merecen los procesos de formación, ya que es necesario capacitar de forma continua a profesionales y técnicos en el desarrollo de competencias para las intervenciones en comunidad, y para implementar acciones de prevención, atención de crisis y/o emergencias y las ulteriores actividades de integración social.

Y jerarquizar, en ese sentido, el rol que cumplen los recursos humanos no convencionales como los Acompañantes Terapéuticos o cuidadores domiciliarios, quienes realizan tareas que otros profesionales no asumen, se desempeñan en la informalidad y carecen a menudo de reconocimiento oficial por las autoridades sanitarias o bien por las instituciones que deben asegurar o proveer asistencia.

En síntesis, impulsar los cambios institucionales necesarios que, ya hace más de una década, han sido señalados y establecidos normativamente como necesarios e impostergables en el campo específico de la salud mental.

### **“La medicina de nuestra época: ¿hasta dónde podemos ampliar nuestra mirada?”**

Esta pregunta nos lleva a reflexionar sobre algunos aspectos que a veces de tanto nombrarlos se nos vuelven cada vez menos conocidos. Si nos preguntamos ¿qué es Medicina? ¿Es una ciencia natural, una ciencia social, un arte o una ciencia espiritual en el sentido de humana? En lo cotidiano, los hechos nos responden que es todo eso en una combinación especial, y todo profesional de la salud en su práctica, puede reconocer que en su fundamento, la medicina es una CIENCIA DEL ACTUAR. Hacemos diagnóstico, a partir de lo que pasó en el pasado, en el presente intervenimos con un tratamiento, y el futuro se vuelve pronóstico, no solo para el paciente, sino para las modificaciones que tenemos que hacer sobre nosotros mismos como miembros del equipo de salud así como también sobre el sistema del que somos parte.

Cuando profundizamos sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico nos confrontamos a la pregunta ¿qué es lo que lleva a un ser humano a enfermarse? La respuesta más completa incluye varios niveles. Al nivel físico, ya sea como predisposición o como noxa o condiciones del entorno, que todos conocemos, hay que agregarle el nivel del estilo de vida, el de las situaciones emocionales y los conflictos en las interrelaciones, así como el nivel individual del paciente y, tal como se puso de manifiesto en la pandemia, el nivel de lo que como Humanidad experimentamos en conjunto. Y entonces, al lado de ¿qué es lo que nos enferma? se erige la otra pregunta, ¿qué es lo que nos mantiene sanos, que es realmente la salud? En este sentido la definición de salud de la OMS de 1946 “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”, si bien ha sido criticada, no se ha modificado desde entonces. La organización holandesa para la Investigación y el desarrollo de la salud, publicó en 2011 un análisis con un reporte cualitativo que investiga los indicadores de salud y los agrupa en seis dimensiones y un reporte que muestra las diferencias que existen en el concepto de salud de los pacientes, los distintos integrantes del equipo de salud, las aseguradoras y los distintos niveles de educación (Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al BMJ 2011;343:41.) . A partir de este trabajo proponen redefinir: “La salud es la capacidad de adaptación y autogestión en relación con los retos sociales, físicos y emocionales”. Este concepto denominado “Salud Positiva” plantea herramientas de fácil aplicación que no solo benefician al paciente, integrándolo como protagonista de su proceso de salud, sino que aumentan la satisfacción de los profesionales.

Esta posibilidad de no solamente vivenciarnos como parte del problema, sino sabernos parte de la solución, nos implica plantearnos una ampliación en nuestro paradigma, en donde no sólo nos orientemos al paciente como un objeto, basado en la patogénesis, en los factores de riesgo y en los déficits, sino que nos orientemos también hacia el paciente como sujeto, basado en la salutogenesis, en los factores de protección y en los recursos. Así con pequeñas acciones que están a nuestro alcance, podríamos ir transformando nuestros sistemas de salud basados en modelos de control que focalizan en el problema y crean un balance estático para evitar las variaciones por modelos de adaptación, resilientes, que focalizan en el sistema, estimulan la autorregulación a partir de las variaciones creando así un balance dinámico, más ecológico y por ello más adecuado al ámbito de la vida. Esto también implica plantear cambios en la educación de los profesionales de la salud, (The Lancet Commission, 2009, Health professional for a new century).

Como ejemplo de una mirada íntegra para la medicina de nuestra época, se presentó la Medicina Antroposófica (MA), desarrollada en 1920 por Ita Wegmann (médica) y Rudolf Steiner (filósofo). La MA se practica en más de 80 países, tiene más de 1500 artículos

publicados y se ejerce dentro del sistema público en Alemania y Suiza, también con hospitales de segundo y tercer nivel, y hospitales universitarios. La MA tiene un enfoque individual con el paciente a partir de un concepto de terapia multimodal, por el cual a los métodos científicos actualmente reconocidos los amplía con un tratamiento basado en otros medicamentos y terapias. Para poner al paciente en el centro de nuestra mirada, es necesario que el proceso de formación sea acompañado por el así llamado camino interior del médico y el terapeuta, de manera que la transformación interior resulte en una ampliación de nuestra manera de pensar y observar, de sentir y empatizar con el ser humano que busca nuestra ayuda, y por lo tanto también en una ampliación en nuestra manera de actuar y acompañar.

*Mariela Gatica Valdés, médica pediatra, oncóloga clínica, coordinadora médica de Fundación Los Girasoles y coordinadora docente del Curso de Formación de Medicina Antroposófica.*



### ¿Un sistema de salud para nosotrxs y otro para lxs otrxs?

El problema que nos interesa plantear es que, mientras se afirma desde Alma Ata hasta la actualidad que la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) debe servir para reducir las desigualdades en el acceso a la salud, al menos en el caso argentino es un instrumento para la producción y la reproducción de la desigualdad. Eso se debe a que el sistema de salud está tan profundamente segmentado que casi podríamos hablar de dos sistemas de salud diferentes: uno para quienes se encuentran dentro del circuito formal de trabajo y otro para quienes quedan por fuera. La APS se aplica solo en el segundo.

Cuando se denuncia la fragmentación del sistema de salud argentino, suele repetirse una descripción basada en la fuente de financiamiento. Decimos que está dividido en tres grandes subsistemas: el estatal, financiado por los impuestos; el de la seguridad social, sustentado por los aportes de trabajadorxs y empleadorxs, y el privado, que se sostiene por la cuota que abonan los clientes. A su vez, cada subsistema se encuentra atomizado y hay grandes desigualdades entre sus partes. Sin embargo, tener diferentes fuentes de financiamiento no condiciona la desigualdad en el acceso. Podrían implementarse diversos mecanismos de redistribución para que los subsectores y cada una de sus partes se emparejen en términos presupuestarios, que no es menor, pero se perpetuaría la inequidad si se mantuviesen los dos sistemas de salud en paralelo.

Lo que diferencia a los dos sistemas de salud es la lógica que los organiza. Básicamente, mientras que uno se guía por la intención de garantizar un derecho (y lamentablemente muchas veces no pasa de la intención), el otro se ocupa de prestar un servicio. El subsector estatal, que cubre a toda la población pero es la única cobertura con la que cuentan las personas que están por fuera del circuito del trabajo formal, se rige por la APS, se ocupa de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, ordena sus efectores por niveles de complejidad y, con los problemas que todos conocemos, cuenta con mecanismos de referencia y contrarreferencia. Los subsectores de la seguridad social y de la medicina prepaga, por su parte, cubren a quienes trabajan en relación de dependencia, son monotributistas o aportan como contribuyentes autónomos y aplican un modelo de atención hiperespecializada de la enfermedad. Se considera que una obra social o una empresa de medicina prepaga es mejor si resulta más rápido y sencillo conseguir turno con el especialista que unx quiere ver.

En el aspecto económico, la modalidad de cobro de quienes trabajan en uno y otro sistema también difiere. Mientras que los efectores del subsector estatal son también estatales, tienen inicialmente un presupuesto asignado y sus trabajadorxs cobran un sueldo acordado en paritarias, la enorme mayoría de los prestadores de las obras sociales y prepagas son privados y, salvo en el caso del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP, conocido popularmente como PAMI) que paga por cápita, cobran por cada prestación que realizan. Cada especialista, centro de diagnóstico y clínica necesita realizar muchas prestaciones para cobrar más. Por lo tanto, les conviene que lxs usuarios estén enfermxs o crean que lo están.

Otro aspecto que distingue a nuestros dos sistemas de salud es la participación popular. Mientras que el sistema dirigido a la población desocupada o informalmente empleada la promueve o la considera necesaria, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga prescinden de ella.

La convivencia de los dos sistemas de salud está naturalizada y casi no la percibimos. Si

bien eso ya es grave, empeora cuando nos damos cuenta de que lo que naturalizamos es la existencia de una gigante proporción de la población, alrededor del 40%, que nace, vive, se reproduce y muere por fuera del circuito del trabajo formal. Son millones de compatriotas que, más allá de contar con la cobertura del subsector estatal del sistema de salud, carecen de aportes jubilatorios, vacaciones pagas, aguinaldo, feriados, días por enfermedad, familiar enfermo o examen y de indemnización en caso de despido. Es una parte enorme de nuestro Pueblo que pareciera haber estado siempre así de excluida. No obstante, es posible y necesario ubicar la fecha de inicio de este estado de las cosas. Fue durante la última dictadura cívico-militar (1976 - 1983) que, con la destrucción sistemática del aparato productivo del país junto al achicamiento del Estado, se dejó fuera del sistema a toda esa cantidad de gente que no pudo volver a incluirse en los casi cuarenta años que llevamos de democracia.

Durante la misma dictadura se dieron otros dos fenómenos con alto impacto sanitario: la implementación de la estrategia de APS, que sirvió de base para el sistema de salud destinado a la población excluida, y la irrupción de las empresas de medicina prepaga, que aparecieron como una opción para los sectores privilegiados y habilitaron la posibilidad de pensar la salud como un negocio. Ambos estaban relacionados con la recesión mundial y el retroceso del Estado de bienestar derivados de la crisis del petróleo iniciada en 1973.

Hablar en abstracto del sistema de salud o de la historia resulta mucho más fácil que pensar nuestras propias prácticas. Hay algo especialmente complicado con respecto a la situación que acabamos de plantear para quienes trabajamos en el subsector estatal. Al mismo tiempo que atendemos en el sistema dirigido a la población excluida del circuito del trabajo formal, estamos convencidos de sus bondades, sentimos orgullo por él y militamos la APS, somos usuarixs del otro sistema de salud y preferimos, si podemos, contar con la cobertura de una empresa de medicina prepaga porque nos da la posibilidad de conseguir turnos más rápido, lugares más lindos para internarnos y una respuesta más oportuna en caso de necesidad. La pregunta que adviene es la siguiente: si el sistema basado en la APS, con prevención, promoción y mecanismos de participación comunitaria es el mejor posible ¿Por qué elegimos el otro cuando nos toca ser usuarixs?

No creo que la respuesta sea que, en efecto, el sistema mercantil es mejor y debe extenderse a toda la población. Es lo que pasó en varios países, como EE.UU. o Colombia, con muy malos resultados. Las desigualdades se perpetúan y el acceso sigue dependiendo de la capacidad de pago de cada familia. Tal vez el paso que debemos dar es preguntarnos cómo debe ser un sistema de salud democrático, equitativo, inclusivo en el que confiemos tanto que no fuera necesario buscar otro tipo de cobertura para nuestrxs hijxs.



### Empatía en el Contexto de la APS

La pregunta crucial aquí es quien soy con el otro. Quién estoy siendo como prestador de salud. J.M. Delacroix apunta a la antropología del prestador de salud. La pregunta antropológica plantea la cuestión fundamental del hombre en su relación con el mundo, con el universo cultural, social, folclóricamente, políticamente. En las ciencias, una teoría es indispensable para dar estructura y tener una columna sólida de conocimiento, pero es solo una teoría, un método, una técnica. Según el autor lo relevante es donde apoyamos nuestro “ser ahí” con el paciente. En pilares que tienen sus bases, no solo en el aprendizaje teórico-técnico, sino también en nuestra historia personal y familiar, en la concepción de ser humano contenida en nuestro enfoque filosófico y en la confrontación entre nuestra antropología personal y la que está contenida en los enfoques en los que nos instruimos. Desde ahí partimos a nuestro encuentro con el paciente y desde ahí estaremos siendo, comprendiendo y relacionándonos con ese otro.

Deberíamos siempre volver a preguntarnos cómo nos definimos como agentes de salud, cómo entendemos el concepto de prestar atención a otro sujeto padeciente o necesitado de nuestro conocimiento profesional. ¿Es que trabajamos o atendemos como prestadores de salud? ¿Pensamos en la satisfacción del paciente? Y si la pensamos, ¿la pensamos en términos técnicos o psicotécnicos? ¿Solo resolver el problema de salud es suficiente? Y, por último, ¿influye la empatía profesional en la calidad de atención prestada? Motivos que siempre deberían llamarnos a la reflexión.

Dentro de las relaciones humanas, la relación médico paciente es una de las más complejas e intensas. Esta relación está matizada y a veces determinada por el contexto histórico, social, cultural y económico (Rodríguez Arce, 2008). Es un vínculo que va más allá de un proceso científico o mercantil; es una relación encauzada a diagnosticar la problemática del paciente y llevar a cabo las acciones pertinentes para el restablecimiento de la salud. En este, debe existir un trato cordial, afectuoso, de confianza, aprecio y respeto mutuo (Díaz, 1998).

El estudio del vínculo Profesional de la salud-Paciente fue tratado por Lain (1964), quien que antes que la relación médico enfermo, la relación vincula a dos personas con un fin de ayuda; una convivencia que se actualiza como sucesiva coejecución. Una relación interhumana pura y exclusivamente objetivante donde se combina una peculiar estructura; y donde cada uno tiene intereses que mueven al actuar. En esta relación existen variados efectos anímicos, confianza o desconfianza, esperanza o desesperanza, voluntad de lucha ante la enfermedad o postración ante la misma. Es un intercambio en el que participan elementos relacionales, así como emocionales en el que están implícitos los sentimientos, principios y vivencias de todos los actores. Es una relación dinámica, con roles que pueden variar con el tiempo. Este vínculo es una fuente crítica dentro de la percepción de bienestar en los pacientes, así como de satisfacción para el profesional en su ejercicio profesional (Pellegrino, 1990).

La empatía es fundamental en la percepción de satisfacción en el área de la salud. En este ámbito se podría definir como un atributo cognitivo que incluye el entendimiento de experiencias y perspectivas del paciente como individuo, siendo capaz el profesional de transmitir esa intención al paciente (Hojat, et al., 2002). Hojat y Gonella diferencian a la empatía como el poder compartir comprensión y a la simpatía cuando se comparten las emociones de los pacientes. Esa concepción de la empatía como desprovista de emocionalidad es relevante cuando se cuestiona sobre la dimensionalidad de la empatía y su relación con la función social y clínica de los profesionales de la salud

(Hemmerdinger, et al., 2007). La empatía profesional y la satisfacción son tópicos de interés para la investigación desde hace décadas. Muchos autores han hecho referencia a la importancia, no solo del acto médico de calidad (como prestación de calidad en un servicio de salud) sino además, de una buena relación profesional paciente, siendo la satisfacción del paciente entendida como conjunción de ambas. Por este motivo es la empatía parte fundamental de las prestaciones no solo de calidad, sino también con trato humano y personalizado (Cruz Riveros, 2020; Esquerda et al., 2016; Farias, et al., 2017; Hemmerdinger, et al., 2007). Es una cualidad fundamental para una relación médico-paciente exitosa; buenos niveles de empatía deberían traducirse en una buena relación además de la percepción de satisfacción por parte de los pacientes (Pollak, 2011).

**Agradecemos a quienes cumplieron el rol de moderador temático en las mesas de trabajo, facilitando el intercambio de ideas y aportando a la construcción de conocimiento.**

Irene Guardia  
Augusto Pfeifer  
Paula Tosto  
Patricia Galardo

Juan Mastroianni  
Paula Cullen  
Sara Labat

Mariela Gatica  
Silvina Aguilar  
Vanina Sánchez Arteaga



### 3. Trabajos presentados

#### **“Aguantadero de emociones.”**

Alejandra Fuxman, Sandra La Porta, María Solalinde.  
Cafys Rincón (María Teresa de Calcuta)

**Resumen:** Desde el CAFyS Rincón de Milberg creamos desde Abril del 2022, este funcionamiento grupal, teniendo como objetivo principal ofrecer a las mujeres con problemáticas de género, sea por Violencia actuales o por violencias pasadas, por problemáticas que hicieran que ellas no puedan expresarse ,o por necesidades vinculares hostiles que estuvieren atravesando en la vida, teniendo en cuenta que el tiempo de Pandemia no permitía dar lugar u ofrecer éstos espacios a la comunidad. Siempre nuestra mirada profesional es ofrecer un espacio terapéutico vivencial, en donde en cada encuentro se trabajan diferentes temáticas que surgen de demandas y necesidades de las participantes (temas relacionados a la maternidad, culpa, límites, salud de la Mujer, sexualidad, saberes del propio cuerpo etc). Este taller también surge de la necesidad de dichas mujeres de contar con un espacio grupal y terapéutico ante la dificultad de abordar turnos en el área de psicología individual y la urgencia que amerita en lo cotidiano de sus vidas atender, escuchar, dar opciones a buscar soluciones a sus problemáticas que en el encuadre de la asistencia individual por lo antes mencionado no da respuestas rápidas por la problemática al acceso. Uno de los objetivos específicos del taller es dar respuesta a la mayor cantidad de mujeres posibles y en un lapso breve de tiempo, así como fomentar el encuentro a través de la palabra y del cuerpo.

[https://drive.google.com/file/d/1LR93LZtUcibnum-5kjSi6npidco9Fx12/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1LR93LZtUcibnum-5kjSi6npidco9Fx12/view?usp=share_link)

#### **“Abordando Salud Mental y Adicciones desde el Primer Nivel de Atención.”**

Ivana Gaddi, Priscila Herrera.  
CAFyS Talar Sur

**Resumen:** Con el propósito de exponer el trabajo interdisciplinario y el abordaje de los sujetos de atención que concurren al centro; hemos realizado una presentación con la colaboración del equipo de salud mental y adicciones, para proyectar las tareas realizadas a los diferentes efectores y a la comunidad con el fin de que se tome conocimiento de las tareas llevadas a cabo en este espacio, centradas en la promoción, el cuidado y la recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria. Esta presentación tiene como objetivo principal dar a conocer nuestra labor enfermera, en el área de salud mental y adicciones, con el fin de promover nuestras labores y desempeño de facultades propias pero diversificadas a lo meramente concerniente de lo asistencial en el campo de la clínica, entendiendo que salud mental requiere cualidades intrínsecas que se forjan y forman en esta práctica particular.

[https://drive.google.com/file/d/1rVsvBRtdRLie9tpy3WCThFFquyccQsIN/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1rVsvBRtdRLie9tpy3WCThFFquyccQsIN/view?usp=share_link)

**“Aciertos y dificultades en el vínculo temprano, el desafío de las primeras consultas con el bebé.”**

Claudia Rost.  
CAFyS Pacheco

**Resumen:** Como profesionales de la salud sabemos que el saber "QUÉ HACER," ante las patologías que presentan las niñas y los niños, nos permite - diagnosticando precozmente, tratando adecuadamente, realizando prevención - bajar la mortalidad materna, perinatal, neonatal, infantil; pero ahora sabemos que también importa, y mucho el " CÓMO HACER": cómo realizamos la consulta en salud, cómo ALOJAMOS , cómo CUIDAMOS, cómo SOSTENEMOS... Y SI BIEN NO HAY UNA SOLA FORMA DE HACERLO, lo cierto es QUE NO ES DE CUALQUIERA MANERA.

[https://drive.google.com/file/d/1izdiVy\\_y2ITi9E01TcOn7piXKW3beysu/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1izdiVy_y2ITi9E01TcOn7piXKW3beysu/view?usp=share_link)

**“Acompañamiento a las trabajadoras sexuales situadas en la Avenida Larralde.”**

Edith Barrios, Verónica Granda.  
CAFyS Juan Urionagüena - Tábanos

**Resumen:** El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo y descriptivo realizado por un equipo interdisciplinario de salud, el cual recorrió la Avenida Larralde, Partido de Tigre, donde se encuentran las trabajadoras sexuales con el objetivo de conocer sus necesidades insatisfechas de salud integral con la finalidad de proporcionarles control sanitario, apoyo psicosocial y que sepan que tienen un lugar de acompañamiento desde el municipio. El trabajo que realizan las expone a riesgos de salud a diario. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) o infecciones de transmisión sexual (ITS), generalmente se adquieren por contacto sexual. Las bacterias, los virus o los parásitos que causan estas enfermedades pueden transmitirse de una persona a otra, por la sangre, el semen o los fluidos vaginales y otros fluidos corporales. Las ETS no siempre presentan síntomas. Es posible contraer infecciones de transmisión sexual de personas que parecen estar perfectamente sanas y no saben que cursan una infección. En el trabajo sexual, se asumen constantes riesgos como ITS y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Las personas que se dedican a la venta de servicios sexuales, además de las difíciles condiciones de su trabajo, enfrentan a diario el rechazo de sus propias comunidades, con altos niveles de estigma y discriminación. Superando la tensión entre el reduccionismo ginecológico y la salud integral, nos preguntamos de qué manera se puede ofrecer una atención de la salud que tenga en cuenta la particularidad del trabajo de estas mujeres, sin caer en prácticas que las reduzcan a lo que es sólo una parte de su cuerpo y de sus vidas. Las posibilidades de llevar a cabo una práctica segura están atravesadas por diversos elementos que desbordan el problema del conocimiento o información con que se cuenta. Por un lado, se aprecia de qué manera las condiciones materiales de existencia (ser mujeres a cargo de hogar, en condiciones habitacionales precarias y en situación de pobreza) determinan las posibilidades de uso y negociación del preservativo con los 4 clientes, más allá de los conocimientos que se tengan respecto de las formas de transmisión y prevención del VIH/sida y otras ITS. Por el otro, cambian las condiciones de cuidado en general en función de la legislación vigente y de la relación que se establece con el sistema policial, judicial y de salud.

[https://drive.google.com/file/d/13UgpmY-4w5IcFTYiFBamgwF9Zht9WB4c/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/13UgpmY-4w5IcFTYiFBamgwF9Zht9WB4c/view?usp=share_link)

**“Adaptación de los HDI en épocas de pandemia. Construcción de un nuevo espacio con el sostén de nuevos vínculos.”**

Mercedes Acuña, Carolina Bonsaver, Paula Cullen, Marianella Chiaramoni, Federico Keten.  
**HDI Benavidez, HDI Don Torcuato**

**Resumen:** Mostrar la capacidad de adaptación de un equipo de dispositivo sanitario con exámenes complementarios y derivación a un espacio de internación de 2do nivel con tratamiento, seguimiento y alta de paciente Covid-19 en articulación con el primer nivel de atención y red comunitaria, para responder ante la necesidad de atención de los vecinos de Tigre durante la Pandemia Sars Cov2 2020. Destacar la construcción de nuevos dispositivos de atención a partir de la incorporación del equipo de kinesiología al equipo de Clínica Médica y Enfermería de los HDI. Compartir la experiencia del trabajo realizado en interdisciplina por los equipos de Salud Mental y Adicciones, Cuidados Paliativos y Trabajo Social HDI Benavidez y Don Torcuato.

[https://drive.google.com/file/d/1c7DGyGvjrKulcSk7gxxgMX4jmyxUqiUoE/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1c7DGyGvjrKulcSk7gxxgMX4jmyxUqiUoE/view?usp=share_link)

**“Conformación del equipo interdisciplinario en pandemia: sus cambios, obstáculos y reorganización.”**

Noelia Barraza, Gisele De Bartolis, Orlando Insaurralde, Virginia Lamberta, Cynthia Maiellaro.  
**CAFyS Almirante Brown**

**Resumen:** En el contexto del llamado Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) decretado a nivel del territorio nacional en marzo/2020 debido a la Pandemia originada por el SARS-CoV2, el equipo de salud debió ajustarse a las medidas sanitarias y dar respuesta a la alta demanda de atención que se fue presentando. Dentro de este marco, a partir de un caso índice, se empezó a gestar la conformación de un equipo interdisciplinario integrado por Psicología, Trabajo Social y Medicina General, acompañado por la Coordinación del Centro de Salud, el apoyo del personal de Enfermería y administrativo, en pos de dar una respuesta interdisciplinaria a las situaciones problemáticas que fueron surgiendo. Dichas problemáticas fueron pesquisadas a través de las consultas habituales, las demandas espontáneas y/o las articulaciones institucionales. Para cada una se proyectó un horizonte de trabajo, se pensó en los objetivos, las posibles estrategias/acciones a implementar, su planificación desde un abordaje situado con la salida al territorio para llegar al resultado previsto y su posterior seguimiento socio-sanitario. No obstante, si bien hubo un trabajo interdisciplinario en red para cada situación, también hubo obstáculos que dificultaron las intervenciones, como por ejemplo el aumento de demanda y el cambio de funciones de una de las profesionales, la trabajadora social, que implicó el reordenamiento y sobrecarga de tareas para el equipo restante. A pesar de ello, se consideró que cada encuentro con los sujetos era una oportunidad para promover espacios de salud, interrumpir los posibles circuitos de violencia y dar lugar a la restitución de derechos vulnerados.

[https://drive.google.com/file/d/1lFzkuVNpYYvFgB2LZC09-QEz1VNuVJgV/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1lFzkuVNpYYvFgB2LZC09-QEz1VNuVJgV/view?usp=share_link)

### **“Controles itinerantes de Salud en el Adulto.”**

Claudia Costas, Cynthia Maiellaro.

**Coordinación Eje Adulto (Dirección de Medicina Asistencial)**

**Resumen:** Atravesadas por una pandemia que puso en jaque nuestro sistema de salud, es que planteamos un trabajo itinerante por los CAFyS desde la Secretaría de Salud a fin de colaborar ante el aumento de la demanda de turnos para adultos sanos. La falta de recurso humano para la atención de pacientes sano nos hizo plantear que es un control de salud. Repasar las Guías de Práctica Clínica debería ser una actividad cotidiana de los profesionales de la salud. ¿Estamos realizando las prácticas correspondientes a APS? Con el Móvil Favoloro, que nos dio la capacidad de generar un espacio físico itinerante, sumando al equipo de enfermería, y una nutricionista, iniciamos en Agosto 2022 la recorrida por los CAFyS. En la primera visita a los pacientes accedían a pruebas de serologías (test rápido HIV, VDRL y HCV) con previa información sobre la práctica, mediciones antropométricas, y control de inmunizaciones. Luego continuaba el examen físico. Según los datos recabados en una planilla confeccionada para que el paciente utilice con todos los participantes de la actividad, se evaluaba la necesidad o no, de pedir algún estudio complementarios. La información luego es transcrita a la historia clínica. Aquellos pacientes que lo requerían fueron citados en una segunda vuelta (se les daba fecha y hora), donde participó la nutricionista aportando información sobre hábitos saludables. De todos los pacientes que concurrieron la mayoría ya eran pacientes con Patología ya instaurada. La asistencia fue del 54%. En los CAFyS con mayor adherencia hubo participación activa de los equipos de salud.

[https://drive.google.com/file/d/1H29dLtOUc9nKmfC-BkCJycc\\_4hRP9mDq/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1H29dLtOUc9nKmfC-BkCJycc_4hRP9mDq/view?usp=share_link)

### **“De la salud mental a la salud integral: relato de experiencia sobre el consultorio compartido de Psicología y Medicina General.”**

María Gabriela Duarte, Constanza Agustina Luzi.

**CAFyS Juan Urionagüena - Tábanos**

**Resumen:** Este trabajo busca compartir la experiencia del consultorio compartido entre Psicología y Medicina General de enero a noviembre de 2022. El mismo tiene por objetivo sostener un espacio de atención y seguimiento de pacientes crónicos de salud mental con sintomatología estable y al mismo tiempo lograr una mejor gestión del recurso humano, mejorar la accesibilidad de la población al sistema de salud y brindar una mejor respuesta a la demanda de los pacientes con padecimientos de salud mental. En este recorrido hemos podido observar las ventajas que ofrece el trabajo realizado desde el enfoque de la salud integral y la interdisciplina, brindando un espacio de escucha, cuidado y seguimiento para los pacientes y mejorando su desarrollo y adherencia.

[https://drive.google.com/file/d/1Zrhu0Wixwj2ulEfUMgaLAWj9LOyRuvaU/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1Zrhu0Wixwj2ulEfUMgaLAWj9LOyRuvaU/view?usp=share_link)

**“Disminución de la cobertura de vacunación durante la pandemia. Estrategias para mejorar la vacunación de la población.”**

Natalia Chillo, Laura Francesconi, María José Vianni.

**Dirección de Medicina Preventiva**

**Resumen:** En marzo de 2020, con la declaración por parte de la OMS de la situación de pandemia del COVID 19, se cerró el acceso a muchas de las actividades de prevención de los sistemas de salud. La vacunación es una de las actividades de prevención en salud más importantes y una de las estrategias de salud más costo efectivas que existen. Si bien el mensaje de la OMS y el Ministerio de salud de Argentina siempre fue el de sostener la vacunación a pesar de las restricciones, la pandemia tuvo un impacto negativo en todas las actividades de prevención y particularmente en las coberturas de vacunas. Las coberturas de vacunas a nivel nacional disminuyeron, con el consiguiente aumento de población susceptible a enfermarse. A nivel local, se observó también un importante descenso en 2020, que no logró mejorar en 2021. Es de destacar que las coberturas ya venían en descenso en los años previos a la pandemia. Desde la Secretaría de Salud del Municipio de Tigre, se intentó dar respuesta a esta situación con distintas estrategias. El objetivo del siguiente trabajo es describir el impacto de la pandemia en las coberturas de vacunas y evaluar algunas de las estrategias utilizadas para dar respuesta a esta problemática.

[https://drive.google.com/file/d/1rGjE7d-XiogXC\\_vfbpCFGX3br6qjrvrJ/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1rGjE7d-XiogXC_vfbpCFGX3br6qjrvrJ/view?usp=share_link)

**“Dispositivo Interdisciplinario de atención de la Salud Integral a niñas y niños de 1 a 12 meses de edad en territorio: hacia mejores prácticas de atención en Atención Primaria de la Salud y Salud Comunitaria.”**

Natalia Bidondo.

**CAFyS Ricardo Rojas**

**Resumen:** En el presente relato de experiencia se abordará un dispositivo de atención de la Salud Integral, orientado a alojar a niños y niñas de entre 1 y 12 meses de edad, junto a sus referentes afectivos. El diseño de este Dispositivo Interdisciplinario de Atención de la Salud Integral para niñas y niños de entre 1 y 12 meses de edad emerge como respuesta al principal factor externo que propició su práctica, relacionado al contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) por COVID-19 y sus “aperturas” sociales más recientes, acontecidas en Marzo del 2022, cuando las estadísticas de atención a la población de entre 0 y 12 meses de edad del área programática de Ricardo Rojas arrojaban un problema significativo entendido como la falta de acceso a la salud de dichas niñas y niños y sus familiares, específicamente, relacionado con la falta de controles pediátricos y dificultades en los lazos de crianzas y cuidados saludables. De este modo, en un primer tiempo, este dispositivo fue pensado bajo la mirada de “Atención y control de niños/as sanos/as”, cuyo fin se orientaba hacia el inicio y sostenimiento de la atención pediátrica mediante los controles de salud de niños/as que, o bien no habían iniciado sus consultas, o las habían iniciado y dejaron de asistir al Centro de Salud, durante el período de ASPO. El desafío radicó, y radica a la fecha, en el sostenimiento de una mirada interdisciplinaria posible, que facilite la orientación de este dispositivo de atención a niñas y niños “sanos” hacia Mejores Prácticas de Atención Primaria de la Salud (APS) y Salud Comunitaria (SC) desde una perspectiva integral, bajo el enfoque de Promoción- Prevención-Atención de la Salud con perspectiva de derechos.

[https://drive.google.com/file/d/1iWiLEEFdX6lwaB8ilnheH3oTVWPQjMXG/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1iWiLEEFdX6lwaB8ilnheH3oTVWPQjMXG/view?usp=share_link)

**“Consultorio Compartido: una experiencia en Atención Primaria de la Salud y Salud Comunitaria en el territorio, que articula una escucha posible desde Psicología y Medicina General.”**

Natalia Bidondo, Claudia Costas.  
**CAFyS La Paloma**

**Resumen:** Como relato de experiencia queremos compartir el trabajo realizado en articulación interdisciplinaria entre Psicología y Medicina General, para la atención de usuarias y usuarios del Sistema de Salud Mental del área programática de La Paloma. Para ello, se tornó necesario sortear varios obstáculos, desde aquellos que responden a la organización interna (coincidencia horaria, franja horaria, posible de sostenes por estos pacientes, etc.), hasta la transmisión de las nuevas modalidades de atención conjunta a usuarias y usuarios, a fin de despejar la orientación del dispositivo de Consultorio Compartido implementado en CAFyS. Una vez sorteadas estas dificultades comenzamos el acompañamiento, a lo que ya denominamos espacio compartido, tomando como propia la actividad: ya no se trataba de “pacientes derivados”, sino que las profesionales éramos partícipes de su tratamiento y seguimiento.

[https://drive.google.com/file/d/16uHwVTU6nID34jyOJD7JsZdAjZRxl4QE/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/16uHwVTU6nID34jyOJD7JsZdAjZRxl4QE/view?usp=share_link)

**“Dispositivo SAYMA. Desarrollado por el servicio de Kinesiología del HMIT para otorgar soporte ventilatorio a pacientes con COVID-19.”**

Mercedes Acuña, Diana Altomonte, Yanina Bruno, Florencia Ceballos, Paola Garro, Carlos Luna, Belén Quiroz, Alejandra Vallejos, Ximena Santillán.  
**Hospital Materno Infantil de Tigre**

**Resumen:** Mostrar cómo el equipo de Kinesiología del Hospital Materno Infantil de Tigre se pone a disposición del Municipio de Tigre durante la pandemia y desarrolla un dispositivo de alto flujo para responder a la necesidad de su comunidad. Se consiguió disminuir un 30% la necesidad de ventilación mecánica invasiva y la derivación a centros de alta complejidad en un contexto de un sistema de salud saturado con la implementación de un dispositivo de alto flujo llamado SAYMA desarrollado por las kinesiólogas del HMIT. En la actualidad el dispositivo SAYMA continúa siendo utilizado en las áreas críticas y en la internación general del HMIT, en los HDI Don Torcuato y Benavídez estando a disposición de los vecinos de la comunidad de Tigre.

[https://drive.google.com/file/d/1v5iJULLcCiwrQXeRHJm-8aMX3wlQ3Sg6/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1v5iJULLcCiwrQXeRHJm-8aMX3wlQ3Sg6/view?usp=share_link)

**“Dispositivos que alojan y construyen comunidad: Equipo Móvil de Enlace Comunitario.”**

Alejandra Corti, Julian Delgado, Romina Giuliodori, Sebastián Hornes, Victoria Menéndez, Teresa Paredes, Facundo Perna, Casandra Rodriguez Scheffer.  
**Región Sanitaria V - Equipo Móvil de Enlace Comunitario (EMEC)**

**Resumen:** En el año 2020 se crea el EMEC, Equipo Móvil de Enlace Comunitario. El objetivo del equipo era poder intervenir de manera integral, interdisciplinaria e intersectorial en situaciones complejas que afectan la salud mental de las personas y que por diferentes razones no pueden acceder a un centro de salud o a otro tipo de efector. Nuestra función, además de realizar análisis situados, es articular y enlazar nuestras intervenciones en red con otros efectores. En el presente trabajo nuestra intención es relatar nuestra tarea como equipo de enlace en salud mental, en intervenciones con niños, niñas y juventudes. La experiencia relata el trabajo realizado a partir del pedido de una evaluación interdisciplinaria en domicilio de un joven de 13 años. Haremos un recorrido sobre las distintas intervenciones realizadas con los distintos actores. El objetivo de dicho recorrido es interpelar las acciones teniendo en cuenta los conceptos abordados en el recorrido de la materia, revisando discursos y representaciones.

[https://drive.google.com/file/d/1X1hCkushx-SqDac3ibSRmbbsvYfwN7Jy/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1X1hCkushx-SqDac3ibSRmbbsvYfwN7Jy/view?usp=share_link)

### **“Entrelazados por los jóvenes.”**

Sebastián Bogado, Romina Hansen, Pamela Quispe, María Soledad Sacchiero, Sabrina Schneider.  
**CAFyS Benavídez**

**Resumen:** Previo a la pandemia existía una red barrial que funcionaba con reuniones mensuales. Durante el ASPO cada institución de la red se tuvo que reestructurar y ocupar de actividades interinstitucionales. El equipo de salud se vio obligado a abocar su trabajo a la atención asistencial, dejando en un segundo plano lo comunitario. Por eso fue necesario el apoyo en instituciones barriales para ésta labor. La experiencia tiene como eje central relatar el trabajo en red realizado a partir del intento de suicidio de una adolescente. Esto dio lugar al desarrollo de espacios de intercambio entre los estudiantes donde surgieron nuevas situaciones problemáticas. Se generaron nuevos espacios barriales y se implementó dispositivo de foro juvenil con el acompañamiento del equipo municipal de prevención de suicidio adolescente.

[https://drive.google.com/file/d/1XPI8hBbpjL\\_jgn-zo0OS6OH0iULoriMv/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1XPI8hBbpjL_jgn-zo0OS6OH0iULoriMv/view?usp=share_link)

### **“Impacto de la implementación de pruebas rápidas para VIH/ITS en el primer nivel de atención en el municipio de Tigre.”**

Camilo Delgado.

**Programa de VIH, ITS y Hepatitis Virales (Dirección de Medicina Asistencial)**

**Resumen:** Siguiendo el eje temático planteado, “Buenas prácticas en APS: Desafíos post pandemia”, es conveniente sobresaltar la recuperación de los logros alguna vez alcanzados y los objetivos superadores planteados. De más está ahondar en datos “intra-pandemia” y el descalabro producido en el sistema de salud, tanto público como privado, entre otras cosas como consecuencia del agotamiento y la falta de recursos para enfrentar una pandemia nunca vista por la humanidad. Humanidad moderna, globalizada, mediatizada. Muy distinta incluso a la que enfrentó la pandemia H1N1 en 2009. No hay discusión en cuanto a que la falta de recursos sigue existiendo, pero es imprescindible focalizar nuestra energía en lo que sí podemos mejorar, en lo que sí está a nuestro alcance y en lo que, más allá de nuestra vocación incuestionable, está dentro de nuestras responsabilidades como efectores y actores fundamentales de la salud pública. Salud que impacta, claro, en los/las más desfavorecidos/as. Los objetivos planteados en este trabajo están relacionados a la estrategia del uso de pruebas rápidas para ITS (infecciones de transmisión sexual) en el Primer Nivel de Atención (PNA), considerando evaluar la respuesta post pandemia de un trabajo que nos involucra a todos los actores del PNA del Municipio de Tigre. Los test implementados en nuestro territorio son para la detección de sífilis, vih y hepatitis C. Éste último no será evaluado dada su menor disponibilidad y por ende menor volumen de testeo. El impacto en salud pública respecto a las ITS que puede generar la implementación de las pruebas rápidas es muy grande, siempre y cuando el testeo esté acompañado de circuitos claros de acción en todos los niveles con resolución completa del problema.

[https://drive.google.com/file/d/1kkRecgLChaAcWzVMNhYS9E0mHVjdTOYY/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1kkRecgLChaAcWzVMNhYS9E0mHVjdTOYY/view?usp=share_link)

**“Espacios comunitarios itinerantes en el barrio La Paloma: recaptación de niñas y niños al sistema de salud local en territorio.”**

María José Donatucci, María Laura Francesconi, Emilce Guzmán.  
CAFyS La Paloma

**Resumen:** La pandemia por COVID-19 tuvo un fuerte impacto en el sistema de salud local, provincial y nacional. E implicó un reto para la atención primaria de la salud, y su rol ante una situación de emergencia mundial. Además del impacto producido a nivel socioeconómico de los habitantes del municipio, incrementando la vulnerabilidad social. Se produjo un descenso en las coberturas de vacunación y un descenso en los controles de salud pediátrico. Habiendo pasado más de 24 meses de ésta situación, y habiéndose reorganizado el sistema de salud municipal, el equipo del centro de salud de La Paloma plantea para el año 2022 recuperar espacios en territorio con el objetivo de captar a aquellos vecinos que se han alejado del CAFyS por la pandemia del 2020.

[https://drive.google.com/file/d/1Y5h5TL7Ea6vniVLjknzBbFfosSYrARvD/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1Y5h5TL7Ea6vniVLjknzBbFfosSYrARvD/view?usp=share_link)

**“Dispositivos de abordaje en puerperios y primeras infancias en APS; promoción de la salud y alcances del rol de lxs psicólogxs.”**

Samanta Ajler, Julieta Briamonte, Candelaria Nieva.  
CAFyS Troncos / Pacheco / Las Tunas

**Resumen:** Los puerperios y primeras infancias, las planteamos en términos que aluden a la pluralidad necesaria para comprender lo que alberga; la diversidad y multiplicidad. Reconocemos en ello la importancia de ofrecer espacios flexibles y permeables, para alojar y propiciar el despliegue de las singularidades, y comprendiendo que la historia que atraviesa a cada quien, se transforma y cambia de rumbo en todo momento. Un punto que resulta indispensable para pensar esta práctica, es el lugar que se le asigna a lxs psicólogxs como rol a desempeñar en la atención primaria de la salud.

[https://drive.google.com/file/d/1mAb3D85kIspI2A2pkdy9Pxa9DyBjstbt/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1mAb3D85kIspI2A2pkdy9Pxa9DyBjstbt/view?usp=share_link)

**“Implementación de estrategias para erradicar Chagas congénito desde primer nivel de atención del Municipio de Tigre: Estudio longitudinal descriptivo retrospectivo del abordaje en los años de pandemia y desafíos post pandemia.”**

Laura Francesconi, María José Viani, Natalia Chillo.  
Dirección de Medicina Preventiva

**Resumen:** La Enfermedad de Chagas es una enfermedad de tratamiento sencillo con antiparasitarios durante 60 días y de tratamiento vectorial controlado, sin embargo, tiene una alta prevalencia en nuestro país y en América Latina, y debido a la migración se encuentra en crecimiento en países desarrollados. Esto se debe a la principal vía de transmisión en la actualidad: la transmisión vertical o por vía materna. Es por ello que se plantea como principal objetivo disminuir ésta transmisión para poder alcanzar el objetivo mayor que es la erradicación de la Enfermedad de Chagas. La base fundamental de esto es el estudio y tratamiento de las mujeres en edad fértil y embarazadas, y de los nacidos de madres Chagas + como del resto de su descendencia.

Para ello se han desarrollado estrategias de abordaje de la enfermedad a partir del año 2022 en el Municipio de Tigre. En el presente trabajo se plantean los resultados obtenidos hasta la actualidad, las debilidades encontradas y busca hallar herramientas que permitirán un correcto abordaje a futuro. La población de estudio serán aquellas mujeres embarazadas y sus hijos que resultaron Chagas + en los años 2020 y 2021, que hayan sido controladas y controlados en el sistema de atención primaria local.

[https://drive.google.com/file/d/1QxLjf6uhGjJn9k8zypjGdNVnQ8dU2fTZ/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1QxLjf6uhGjJn9k8zypjGdNVnQ8dU2fTZ/view?usp=share_link)

**“Incorporando la Residencia de Enfermería Comunitaria en Tigre: Un desafío en post pandemia.”**

Deysi Lobo, Emanuel Lara, Julia Leonardi, Sonia Gomez.

**Residencia de Enfermería Comunitaria Tigre**

**Resumen:** El presente relato de experiencia busca dar cuenta del proceso de armar una nueva residencia de Enfermería Comunitaria en el Municipio de Tigre. No sabemos bien qué fecha designar para el nacimiento de este espacio, ya que se encuentra en proceso de armado y crecimiento desde el momento en que surgió la idea de su apertura hasta hoy, transitando los inicios de su segundo año de funcionamiento. La formación de postgrado para el colectivo de enfermería es un desafío, una necesidad, una apuesta, un terreno a profundizar, una vacancia, un aprendizaje. Acá estamos, sumando nuestro aporte...

[https://drive.google.com/file/d/1JsvZ2m\\_ICZwDvaEsbOyqfeRLdX7lvLI3/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1JsvZ2m_ICZwDvaEsbOyqfeRLdX7lvLI3/view?usp=share_link)

**“Intervenciones posibles frente una demanda creciente: La complejidad del desarrollo infantil.”**

Florencia Penesi, Lezcano Cecilia, M. Claudia Rost, Paula Cullen. Colaboración: Natalia Chillo.  
**Programa Desarrollo Infantil (Dirección de Medicina Asistencial)**

**Resumen:** La complejidad del desarrollo infantil nos convoca e interpela para la construcción de una mirada amplia y sostenedora. “La capacidad para desarrollarse de un niño dependerá de la posibilidad de subjetivarse, es decir, de constituirse en un ser que pueda pensar y desear”. Hoy nos encontramos en un escenario complejo en cuanto a las dificultades en el desarrollo infantil: retraso en la adquisición de pautas madurativas, problemas en la comunicación y el lenguaje, dificultades socioemocionales, compromiso de las habilidades motoras; muchas de ellas ocurridas por empobrecimiento del ambiente facilitador y el momento histórico que transcurrimos.

[https://drive.google.com/file/d/1vFUjyuaCAv9fFORq87RtTPEdbENqP2Ue/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1vFUjyuaCAv9fFORq87RtTPEdbENqP2Ue/view?usp=share_link)

**“Investigación en terreno frente a un caso sospechoso de EFE.”**

Laura Francesconi, María José Viani, Natalia Chillo.

**Dirección de Medicina Preventiva**

**Resumen:** El Sarampión y la Rubéola son enfermedades en eliminación que requieren acciones permanentes para sostener un territorio libre de circulación. La pandemia de COVID-19 ha profundizado la disminución en las coberturas de vacunas del Calendario Nacional de Vacunación (CNV) que se registraron en los cinco años previos, esto sumado al antecedente reciente de brotes de Sarampión en los años 2018 y 2019-2020 en el área metropolitana de la provincia de Buenos Aires y la situación regional de circulación de virus sarampión en Brasil, tornan imperiosa la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en todo el territorio provincial, el manejo adecuado de los casos sospechosos, y las medidas de prevención y control acompañantes.

[https://drive.google.com/file/d/1Vqw86ktBtrk75O1u1ePICaR1uAPr1EUb/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1Vqw86ktBtrk75O1u1ePICaR1uAPr1EUb/view?usp=share_link)

### **“La administración en la Salud Mental y las Adicciones.”**

Tamara Figueroa, Tatiana Garcia.

**CAFyS Talar Sur**

A partir de la pandemia el equipo de SM y Adicciones modificó sus dispositivos de atención para poder brindar una mejor respuesta ante la nueva realidad.

1. Seguimiento de pacientes de forma virtual/ telefónica.
2. Apertura de demanda espontánea para poder sostener el seguimiento de pacientes que necesitaban la continuación de los tratamientos.
3. Flexibilidad en los dispositivos.
4. Seguimiento telefónico de pacientes que necesitan esquemas de medicación

[https://drive.google.com/file/d/1FjgdptTKVRscuk01h5iDx9W4NKq2uafm/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1FjgdptTKVRscuk01h5iDx9W4NKq2uafm/view?usp=share_link)

### **“La integración de la salud mental en la atención primaria de la salud.”**

Tamara Field.

**CAFyS Talar Sur**

**Resumen:** Ya en 1948 la OMS definía “salud” como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Este trabajo desarrolla la incidencia y prevalencia de los trastornos de salud mental, tanto en la población general como en el municipio de Tigre.

Estos cuadros deben ser abordados desde la atención primaria con el objetivo de un diagnóstico temprano, disminuir los tiempos de tratamientos y lograr una mejoría sintomática de los pacientes.

Los trastornos de Ansiedad son los cuadros más frecuentes su clasificación y definición, nos permite entender uno de los principales pedidos de consulta en psiquiatría. Acorde a la creciente demanda de salud mental, es de suma importancia identificar las principales posibilidades con que disponen los sistemas de salud, pensar estrategias para reducir los intolerables desfasajes entre las aspiraciones y la realidad.

[https://drive.google.com/file/d/1wFnfXAkab5z4xc5tKDxtdQB57W\\_gMrlv/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1wFnfXAkab5z4xc5tKDxtdQB57W_gMrlv/view?usp=share_link)

**“Lo que tienen para decirnos. Voces recogidas por el Equipo de Prevención del Suicidio Adolescente.”**

Eugenia Battafarano, Karina Abalo Miller, Lucía Sceppacuercia, Mercedes Sánchez, Roberto Massoni.

**Equipo de Prevención del Suicidio Adolescente (EPSA)**

**Resumen:** El presente escrito se propone un doble objetivo, presentar el modo de trabajo del Equipo de Prevención del Suicidio Adolescente, y recuperar las voces de los y las adolescentes a partir de los discursos que se producen en el marco de las intervenciones. Partiendo de la consideración del suicidio como un problema de salud pública, se promueve un abordaje preventivo centrado en un modelo de acción en salud mental comunitario. Las acciones que se describen están orientadas a realizar un diagnóstico participativo de los problemas percibidos por los y las adolescentes. Se realiza a través de dispositivos que promueven el diálogo y la escucha atenta de los adultos que ejercen funciones de cuidado. Al tiempo que se implementan estrategias, como los Foros Juveniles, que motorizan la participación comunitaria e intersectorial.

[https://drive.google.com/file/d/1pksnU8cRoz8HcqJOeFhkmQjYhShFEqw4/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1pksnU8cRoz8HcqJOeFhkmQjYhShFEqw4/view?usp=share_link)

**“Manejo odontológico del paciente con TEA en la Atención Primaria de la Salud.”**

Verón Candela.

**CAFyS Almte. Brown**

**Resumen:** El trastorno del espectro autista (TEA) es considerado una afección que engloba una serie de problemas durante el desarrollo del cerebro lo cual afecta la interacción social y la comunicación social.

Dentro del campo odontológico en la actualidad es muy común que se presente un paciente con esta patología a la consulta, debido a que la misma en los últimos años ha ido en aumento, además la atención odontológica en estos pacientes es considerada un reto por parte del profesional por el escaso conocimiento de la enfermedad, el complejo cuadro que presentan y los consecuentes temores de los padres que pueden limitar la asistencia a la consulta de manera oportuna. La atención odontológica se convierte en un desafío que deberá orientar sus acciones con empatía para atender a esta población con participación de la familia.

Se observan deficiencias en la higiene oral que se realiza en hogares de pacientes con TEA, la presencia de caries dental y enfermedad periodontal. Por tal motivo y por la dificultad de atención de estos pacientes, la prevención y la promoción de la salud bucal juegan un papel muy importante.

Durante la atención odontológica se recomiendan citas cortas programadas estratégicamente, con técnicas conductuales individualizadas con apoyo de pedagogía visual y tratamiento multidisciplinario.

Por lo tanto, la presente exposición tiene como objetivo dar a conocer un caso clínico de un paciente con TEA y cómo fui abordando durante la atención odontológica.

[https://drive.google.com/file/d/1pp\\_foWGPPQQ5t09RT2hUc4vdnA90BjJC/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1pp_foWGPPQQ5t09RT2hUc4vdnA90BjJC/view?usp=share_link)



### **“Nuestro trabajo más allá del 2020.”**

Carolina Hernandorena, Karen Jaxa Bakowski.

**Coordinación SSRy(n)R (Dirección de Medicina Asistencial)**

**Resumen:** La pandemia por COVID-19 constituyó una amenaza hacia la población que vio restringida su capacidad de desplazamiento, alteró los contactos o vínculo sociales, llevando al aislamiento, alterando el acceso al cuidado de la salud y obligando al sistema de salud a enfocar la atención en los pacientes afectados por el virus, intentando no desatender las prestaciones que se brindan dentro de los distintos niveles de atención.

La atención de la salud sexual y reproductiva es considerada un servicio esencial, motivo por el cual, debió garantizarse aún en tiempos de pandemia. El acceso a los métodos anticonceptivos (MAC) mantiene la autonomía de las personas, reduce los embarazos no intencionados, e impacta favorablemente en la vida de las personas. Al contrario, la discontinuación de este servicio se traduce en un aumento de los embarazos no intencionados, muchos de los cuales terminarán en abortos inseguros o complicaciones graves del embarazo, con aumento de la mortalidad materna e infantil.

Los servicios de planificación familiar debieron mantener el cuidado de la salud sexual y salud reproductiva de mujeres, adolescentes, niñas y toda persona con capacidad de gestar, asegurando la provisión de métodos anticonceptivos.

En el Municipio de Tigre se reorganizaron los espacios de atención para crear corredores de atención a personas con COVID o con sospecha de estar infectadas, lo que implicó entre otros cambios la reasignación de consultorios para la atención de población priorizada.

Con el objeto de disminuir la posibilidad de contagio, se emplearon la estrategia de “acercamiento sin contacto” (teleconsulta, SMS, WhatsApp, videollamadas o llamadas telefónicas) y atención descentralizada, realizando en CAFyS demanda espontánea de pacientes respiratorios febriles y en los Polideportivos se aseguró y garantizó la atención de prácticas priorizadas: Salud sexual reproductiva y no reproductiva (control prenatal, puerperio, anticoncepción, acceso a la IVE / ILE ante embarazo no intencionado), Control de recién nacido, menores de 1 año de edad, patología crónica, Adulto crónico, Farmacia, Laboratorio para control prenatal y paciente crónico.

Se organizaron actividades en territorio, en relación al momento epidemiológico del COVID-19, con el trailer de salud sexual aumentando el acceso a prácticas de rastreo, prevención y promoción de la salud (PAP, anticoncepción, acceso a LARCS, vacunación), como así también con acciones puerta a puerta.

En cuanto al control de embarazo, la persona gestante continuó accediendo a su control prenatal pertinente, aprovechando cada encuentro para fortalecer y otorgar información sobre preparación integral para la ma/paternidad, ya que se encontraban cancelados los encuentros grupales. Se trató de trabajar la importancia de controles prenatales de calidad independientemente de la cantidad de veces que la persona gestante podía acercarse al CAFyS, priorizando diagnóstico de vitalidad fetal y estudios complementarios básicos y necesarios.

Durante la Pandemia COVID 19 en enero 2021, se realizó la sanción de la Ley 27610, de interrupción voluntaria del embarazo, fortaleciendo nuestros espacios de atención vinculados a esta temática y la articulación con el segundo nivel de atención, después de tantos años de lucha.

Mediante esta evaluación de datos estadísticos vinculados a la atención de las personas en relación a la salud sexual reproductiva y no reproductiva, se muestra el impacto de la Pandemia, las estrategias planteadas para la organización de los espacios de atención y la posibilidad de revisar nuestra práctica, en los distintos contextos o momentos epidemiológicos. Dejando plasmado en estos datos todo el trabajo de este gran equipo de trabajo que constituimos, recordando y reflexionando lo que nos enseña la salud comunitaria acerca de que la salud es política, que nadie se salva solo ni sola, que somos parte del problema, que el primer paso es cambiar nuestras vidas y que debemos comprometernos con la comunidad en la que vivimos.

[https://drive.google.com/file/d/1zqXXOz4XWoXkEZiD6wy9nRdgmXyYrJMxk/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1zqXXOz4XWoXkEZiD6wy9nRdgmXyYrJMxk/view?usp=share_link)



### **“Planificación anual post pandemia del eje niñx.”**

Paola Caso, Virginia Lamberta, Andrea Lugones, Laura Padua.  
**CAFyS Don Torcuato**

**Resumen:** POBLACIÓN A CARGO: Niños de 0 a 16 años que vivan dentro del área programática OBJETIVO: Actividad comunitaria: Realizar acciones de promoción y prevención de la salud orientadas a puericultura, cuidado del cuerpo, ESI y enfermedades prevalentes. PROPÓSITO: Actividad comunitaria, Promover la lactancia materna y la alimentación saludable. Favorecer los ambientes libres de humo. Prevención de la violencia y abuso sexual infantil, Difundir los contenidos de educación sexual integral.

[https://drive.google.com/file/d/1a7faF7HX1IVqxWeOgVXN9AaxFokyOs-8/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1a7faF7HX1IVqxWeOgVXN9AaxFokyOs-8/view?usp=share_link)

### **“Programa de salud bucal Islas del Delta.”**

Farkas Juan, Furci Nestor Galvan Claudia, Kusevitzky Malena, Miranda Anabella, Sousa Mabel, Pizarro Liliana, \*Toral Mariana.  
**Coordinación de Odontología (Dirección de Medicina Asistencial)**

**Resumen:** La caries dental es considerada un problema de salud pública en razón de su prevalencia y el impacto en la calidad de vida de las personas. La pandemia de COVID-19 ha creado desafíos para el campo de la odontología y la salud bucal. Este trabajo, propone abordar la problemática de salud bucal pertenecientes a poblaciones con vulnerables con barreras de accesibilidad geográfica al sistema de salud del municipio. La propuesta se enmarca en la modalidad de práctica social curricular de vinculación entre universidad y sociedad caracterizado por el análisis de los problemas y prácticas de salud en su contexto. El objetivo de este trabajo es describir programa de atención odontológica preventivo asistencial intensivo focalizado en una población escolar isleña caracterizado por un enfoque de riesgo, una experiencia de construcción compartida entre universidad, municipio y comunidad escolar para desarrollar un modelo de intervención efectivo en términos de mejora de la salud bucal de escolares.

**Metodología:** La selección del espacio territorial para la intervención se realizó según criterio de vulnerabilidad social y necesidad de tratamiento odontológico. Se diseñó e implementó un programa de atención clínica con fuerte perfil preventivo- promocional centrandó las acciones del 1º nivel de atención en el espacio físico de dos escuelas isleñas. (tecnología simplificada).

**Resultados:** Población cubierta: 278 escolares. Prestaciones totales: 2641, Grupo de 3 a 12 años (64% curativas, 32% preventivas, 2,3 % exodoncias), en grupo de escolares de ≥ 13 años. Prestaciones realizadas: 638 (preventivas: 36.89%; curativas: 19,69 %). El 72 % de los escolares atendidos alcanzaron el alta básica operativa.

[https://drive.google.com/file/d/1mjZfGpOHPsGwGS5epJJDHNqrmP5IJH43/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1mjZfGpOHPsGwGS5epJJDHNqrmP5IJH43/view?usp=share_link)

**“Qué lugar ocupan las redes afectivas en el proceso de externación: experiencias y testimonios recuperadas a partir del trabajo del dispositivo móvil de enlace territorial con base en la comunidad.”**

Alejandra Corti Regueira, Facundo Perna, Teresa Paredes, Yanina Gout.  
**Región Sanitaria V - Equipo Móvil de Enlace Comunitario (EMEC)**

**Resumen:** Nuestro objetivo, luego de detallar el estado de situación actual en relación al proceso de transformación del sistema de Salud en Región V, es presentar una propuesta en relación al trabajo necesario con las redes afectivas, familias y comunidad de aquellas personas que comienzan a atravesar un proceso de externación asistida luego de, en muchos casos, años de haber estado institucionalizadas. Desarrollaremos algunas conclusiones y reflexiones a partir de experiencias recogidas en las intervenciones realizadas desde el dispositivo móvil con base en la comunidad en Región Sanitaria V.

[https://drive.google.com/file/d/11Hh49Z5-KK5cfLR1SHPzZT1IHLqfiNgC/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/11Hh49Z5-KK5cfLR1SHPzZT1IHLqfiNgC/view?usp=share_link)

**“Relato de la experiencia de acompañamiento a niños, niñas y adolescentes con diabetes en las escuelas.”**

Valeria Flores, Gabriela Ledesma, Cecilia Lezcano, María Marcela Raggio,  
María Gabriela Trabucco, Verónica Vidal.  
**CAFYS CEPAN**

**Resumen:** La Diabetes Tipo 1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la edad pediátrica. Es de origen autoinmune, y la mayoría de los niños no presentan antecedentes familiares. Esta forma de diabetes no se puede prevenir, y constituye el 90% de los casos diagnosticados en NNYA. La concientización de la comunidad en general, y de la comunidad escolar, tiene especial relevancia para estrategias de educación ya que en general los N, N y A, pasan varias horas en la escuela y tanto docentes como personal de la escuela que conocen los síntomas cardinales de la enfermedad pueden alertar a las familias y actuar como facilitadores de la atención oportuna.

[https://drive.google.com/file/d/1YF565efcolSehncsm3acsgJFER-rOqh/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1YF565efcolSehncsm3acsgJFER-rOqh/view?usp=share_link)

**“Salud sexual integral en las adolescencias: procesos y construcciones.”**

Emanuel Darío Lara, Julieta Piñeiro.

**Equipo Salud Adolescente (Dirección de Medicina Asistencial)**

**Resumen:** La presente experiencia que se relata a continuación da cuenta de un trabajo realizado en materia de gestión en relación a la salud integral adolescente entre marzo y noviembre de 2022. A partir de una propuesta de articulación de tres secretarías del municipio (Educación, Desarrollo Social y Salud) para la intervención en un dispositivo de prevención y promoción de Salud Sexual Integral (SSI) en escuelas secundarias. Desde el sector salud tomamos la decisión de realizar un trabajo diagnóstico sobre la oferta existente en el subsistema público municipal para la población adolescente. Durante el 2022 se llevaron a cabo reuniones con jefxs y profesionales referentes en la temática de SSI y salud adolescente de todos los Centros de Atención Familiar y de Salud (CAFyS) del municipio de Tigre. Las mismas tuvieron como objetivos: dar a conocer el trabajo que se viene realizando, tanto de la mesa intersectorial para la Educación Sexual Integral (ESI), como así también aquellos particulares desde el área de Salud; crear redes e instalar la temática de adolescencias en salud; relevar y compartir la situación de cada equipo sobre la temática en cada CAFyS y en los territorios. El trabajo se organizó por regiones, pensando en la georeferenciación dada por el entrecruzamiento entre las escuelas a las que asisten lxs adolescentes, los CAFyS por los que circulan y el lugar en el que viven. Toda este contenido se sistematiza en este relato de experiencia y abre a nuevos proyectos de gestión que se podrán implementar el próximo año, a fin de profundizar en la agenda de los equipos del Primer Nivel de Atención (PNA) la salud de las adolescencias con perspectiva de derechos, género, interculturalidad y diversidad.

[https://drive.google.com/file/d/1EjG\\_dTCcw1itbxUtbWDueGeLvgUyaoJC/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1EjG_dTCcw1itbxUtbWDueGeLvgUyaoJC/view?usp=share_link)

**“Protocolo de Intervención del SES.”**

Mariel Ale, Agustín Fulco, Facundo Pocil.

**SES. Sistema de Emergencia Social**

**Resumen:** Resumen: El sistema de Emergencia Social, en adelante SES es un dispositivo de emergencia compuesto por profesionales de Trabajo Social y Psicología, junto a un chofer que aborda situaciones de emergencia nocturna vinculadas a los circuitos de: violencias de género e intrafamiliar, vulneración de las infancias, situación de calle, salud mental, desprotección social, óbitos y situaciones emergentes en las que se considere necesaria la presencia de un profesional que contribuya a la minimización de las consecuencias que originaron la demanda junto a la restitución del equilibrio que se vio afectado por el incidente crítico.

[https://drive.google.com/file/d/1R5VfRFXVqFHKQPUKygGmxZKLhv3bFOY7/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1R5VfRFXVqFHKQPUKygGmxZKLhv3bFOY7/view?usp=share_link)

### **“Taller de Caminata Saludable y Huerta Comunitaria Agroecológica.”**

Andrea Castera, Juan Cruz Canton.  
**CAFyS Pacheco**

**Resumen:** Crear espacios donde se puedan realizar acciones para promover hábitos saludables en la población y mejorar la calidad de vida. Los Talleres “Caminata Saludable” y “Huerta Comunitaria Agroecológica” se desarrollan en el Cafys Gral Pacheco, sus integrantes son pacientes atendidos por distintas especialidades del mismo. El primer taller consiste en encontrarnos en la Plaza de Pacheco, allí se realiza la elongación correspondiente antes de comenzar el ejercicio, luego una dinámica grupal antes de caminar 6 a 7 vueltas a la plaza para finalizar en el Cafys donde se realiza nuevamente un estiramiento muscular. Cada día de taller todos los integrantes se pesan, se toman la tensión arterial y participan de una charla, los temas abordados cuentan con dos ejes fundamentales: Nutrición y Psicología. En el segundo taller participan 4 talleristas especialistas en Huertas Agroecológicas del IMASN quienes guían a los pacientes en el trabajo de la huerta del Cafys. Un día de taller consta de un control, mantenimiento de los canteros, riego de los mismos, y cosecha donde cada integrante se lleva parte de la misma. Además se realizan charlas de información nutricional y preparaciones culinarias relacionadas con las verduras y frutos que se cosechan cada semana. Concluyendo consideramos que logramos establecer dos espacios donde a través de las actividades desarrolladas se promueve la buena salud y una mejor calidad de vida de la población asistente.

[https://drive.google.com/file/d/1AoInfe4kEKiZTxVrIQd41Jk3h4\\_LQ3Bn/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1AoInfe4kEKiZTxVrIQd41Jk3h4_LQ3Bn/view?usp=share_link)

### **“Tigre Crece Sano. Relato de la experiencia de acompañamiento a niños, niñas y adolescentes con sobrepeso y obesidad post pandemia.”**

Paula Domenech, Gabriela Ledesma, Cecilia Lezcano, María Natalia Molinos, María Lorena Siriani, María Gabriela Trabucco. Colaboración: Julieta Hernández, Nerina Vairini, Camila Ubierna.  
**CAFyS CEPAN**

**Resumen:** El aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad (SyO) en la población general, es un hecho conocido y de creciente preocupación. En el grupo de 5 a 17 años, el 41% de NNyA de la Argentina (ENNYS II, 2019), tienen exceso de peso. Desde un enfoque de estrategias de atención primaria, en el CEPAN abordamos de una manera integral el problema del SyO infantojuvenil, a través de un dispositivo grupal, denominado Tigre Crece Sano (TCS). Este programa comenzó en el año 2013 y a través de los años ha ido adaptándose a las necesidades cambiantes del tratamiento, desde un enfoque clínico asistencial en consultorio hacia intervenciones grupales de NNyA y adultos cuidadores.

[https://drive.google.com/file/d/1YLosBGZ0vv-01UmpQ6Nj3CFPik6vgypJ/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1YLosBGZ0vv-01UmpQ6Nj3CFPik6vgypJ/view?usp=share_link)

**“Una mirada sobre el desarrollo de las infancias desde las necesidades del territorio.”**

Cecilia Dal Bosco, Luz Falabella, Marcela Souza, Miriam Vasalo.

**CAFyS Rincón**

**Resumen:** El objetivo de este trabajo es abordar de manera integral el desarrollo y la trayectoria escolar de niños de 0 a 12 años, en su contexto familiar y comunitario, desde una perspectiva de integración social y territorial. Para tal fin, se necesitan acciones vinculadas al desarrollo infantil dentro de la Atención Primaria de la Salud (APS), equipos interdisciplinarios, inclusión del sector educativo, desarrollo social y participación de la comunidad. Es necesario instalar, en el primer nivel de atención, el epicentro de las acciones preventivas, de promoción y detección oportuna de los problemas, ya que el porcentaje de problemas en el desarrollo infantil en las áreas más desfavorecidas socialmente supera el 45%.

[https://drive.google.com/file/d/1GQncmuvQU318UToJ9QsvINEA2m-hfb1f/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1GQncmuvQU318UToJ9QsvINEA2m-hfb1f/view?usp=share_link)

**“Sosteniendo a los que sostienen. Tejido entre disciplinas. La interdisciplina como estrategia de abordaje al niño con desafíos en el desarrollo y su familia.”**

Inés Valeria Gobato, Florencia Penesi.

**CAFYS Carupá**

**Resumen:** En agosto del 2021 comenzamos un nuevo espacio dentro del Cafys Carupa que fue mutando de forma, resultando según nuestras observaciones el consultorio compartido la mejor estrategia de abordaje interdisciplinario para niños con desafío en su desarrollo. Este espacio nos permite construir preguntas, interpelando los discursos, comprendiendo otros lenguajes, sin renunciar a los propios. Dentro del programa de “Desarrollo infantil en Atención Primaria de la Salud (APS)” se implementó el consultorio interdisciplinario como dispositivo y herramienta de intervención en APS, alojando y sosteniendo al niño y su familia. Ante la angustia de los padres y de la escuela frente a la demanda inmediata y creciente de un diagnóstico y los escasos recursos del sistema, el consultorio compartido nos permite organizar, evaluar, sostener y acompañar al niño y su familia. En este espacio se realizan intervenciones basadas en el niño, su familia y la escuela, pensando la complejidad y multicausalidad de los trastornos del desarrollo.

[https://drive.google.com/file/d/1LF8m4e7zkuSAaQFCMv1g74IWfuuuqYRU/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1LF8m4e7zkuSAaQFCMv1g74IWfuuuqYRU/view?usp=share_link)

## 4. Reflexiones finales

El presente texto fue compartido mediante su lectura en el cierre de las jornadas a cargo del equipo organizador. Se transcribe textual, a fin de reproducir ese momento.

Autor: Lic. Emanuel Lara.

### “La cabeza piensa donde los pies pisan.”

Tomo la palabra como parte de este equipo organizador de las 5tas Jornadas Científicas de APS, a modo de cierre de las mismas, pero también de apertura y de continuidad.

#### 1. Síntesis preliminar

Me gustaría iniciar leyéndoles un pequeño fragmento de un texto de Frei Betto, fraile brasileño, teólogo de la liberación, que se titula: “Paulo Freire: una lectura del mundo”.

Dice así:

«Ivo vio la uva», enseñaban los manuales de alfabetización. Pero (...) Paulo Freire, con su método de alfabetizar concientizando, hizo que adultos y niños (...) descubrieran que Ivo no vió sólo con los ojos. Vió también con la mente y se preguntó si uva es naturaleza o cultura. Ivo vió que la fruta no resulta del trabajo humano. Es Creación, es naturaleza. Paulo Freire enseñó a Ivo que sembrar uva es acción humana en-la y sobre-la naturaleza. Es la mano, multiherramienta, despertando las potencialidades del fruto. Así como el propio ser humano fue sembrado por la naturaleza en años y años de evolución del Cosmos. Recoger la uva, triturarla y transformarla en vino es cultura (...). El trabajo humaniza a la naturaleza y al realizarlo, el hombre y la mujer se humanizan. Trabajo que instaura el nudo de relaciones, la vida social.

Gracias al profesor, (...) Ivo vió también que la uva es recogida por jornaleros que ganan poco, y comercializada por intermediarios, que ganan mejor. Ivo aprendió con Paulo que, aún sin saber leer, él no es una persona ignorante. Antes de aprender las letras, Ivo sabía construir una casa, ladrillo a ladrillo. El médico, el abogado o el dentista, con todo su estudio, no era capaz de construir como Ivo. Paulo Freire enseñó a Ivo que no existe nadie más culto que otro, existen culturas paralelas, distintas, que se complementan en la vida social.

Ivo vio la uva y Paulo Freire le mostró los racimos, la parra, la plantación entera. Enseñó a Ivo que la lectura de un texto es tanto mejor comprendida cuanto más se inserta el texto en el contexto del autor y del lector. Es de esa relación dialógica entre texto y contexto que Ivo extrae el pretexto para actuar. (...) Ivo vió la uva y no vió al ave que, desde arriba, observa a la parra y no ve a la uva. Lo que Ivo ve es diferente de lo que ve el ave. Así, Paulo Freire enseñó a Ivo un principio fundamental de epistemología: **la cabeza piensa donde los pies pisan.**”

Y es con esta última frase con la que considero que podemos hilar esta síntesis. Porque le hemos puesto cuerpo a la pandemia, a esta post pandemia, al trabajo que hacemos día a día en cada uno de los espacios que habitamos en el lugar del sistema de salud municipal en el que estamos. Y es desde ahí donde podemos pensar, donde debemos pensar, donde venimos pensando y haciendo. Para luego volver a pisar. Todo en un espiral dialéctico indisociable. Queríamos llevar a cabo estas jornadas para poder visibilizar esas buenas prácticas que se realizan y, por qué no, que sean llevadas hacia otros centros de salud, a otros equipos de trabajo, que definan que ese modo de intervención es posible y necesario de poner en acto para la población con la que se trabaja.



## **2. Síntesis de aperturas**

Retomando un poco lo que Martín De Lellis traía ayer en la mesa de apertura acerca de la territorialidad como componente fundamental de la estrategia de la APS, considero importante señalar que es desde allí, desde esos territorios, donde salieron estas experiencias que fueron contadas, relatadas, compartidas, intercambiadas, dialogadas, problematizadas estos 2 días de jornadas. En los territorios están nuestros pies. Cómo así también están los pies de la gente que vive en esos territorios, que piensa y sabe cómo vive y qué necesidades en salud tiene. Porque, cómo decía Gabriela Gatica hoy, el cuidado de la vida y no sólo la salud se da en un tiempo y en un contexto determinado y por allí podemos encontrar una respuesta a la pregunta de hasta dónde podemos ampliar nuestra mirada.

Felicitamos, celebramos y agradecemos el compromiso de quienes presentaron sus trabajos, trayendo un pedacito de cada territorio que habitamos trabajando. También agradecemos y celebramos a quienes asistieron a cada una de las mesas participando activamente con preguntas, intervenciones, reflexiones... dialogando, escuchando, siendo parte. Por último, agradecer a los y las invitados e invitadas temáticas, que pusieron sus saberes y experiencias también en juego para este objetivo común de la construcción de conocimiento en las que se vieron implicadas estas jornadas.

Construcción de conocimiento que, como decía Gabriela Pombo ayer, se da gracias a que existen estos espacios donde se debate, se expresa, se contrapone, se dialoga, donde hay consenso porque hay disenso. Reivindicar lo científico de y para la APS. Es necesario continuar construyendo y recreando instancias como éstas en el primer nivel de atención con perspectiva de derechos. Y cuando digo derechos hablo los nuestros como trabajadores y trabajadoras comprometidos con la formación y con la mejora constante del sistema de salud, de nuestras condiciones laborales en sentido amplio, y también de los derechos de la población en general, derecho a la salud integral como parte del “buen vivir”, como plantearon los movimientos indigenistas de latinoamérica. Y por eso quiero también poner en valor la apuesta que constituye el hecho de que se hayan retomado estas Jornadas Científicas de APS. Porque, como decía Leonel Tesler hoy, una pata fundamental para integrar el sistema de salud quizás sea transversalizar la estrategia de la APS.

## **3. Síntesis de lo trabajado**

Otro modo de sintetizar puede ser esta nube de palabras que ven detrás, la cual fue armada con los nombres de los trabajos que se presentaron. La misma jerarquiza en tamaños más grandes las palabras que más se repitieron. Menciono algunas de las que más resonaron en las mesas de trabajo: redes, acompañamiento, salud integral, estrategias, redes afectivas, salud mental, emociones, infancias, tejido, interdisciplina, sostén, procesos, construcciones, entrelazados, salud bucal, desarrollo infantil, vacunación, complejidad, adolescencias, pandemia, territorio, comunidad, prevención, integración, voces, impacto, comunitario, planificación, compartido.

No quisiera dejar de nombrar y ser sensible a muchas de las emociones que circularon estos días, individual y colectivamente, que se manifestaron en muchas formas y lugares. En las aulas vi risas, lágrimas, aplausos, danzas, movimientos, atención. En los pasillos: encuentros y desencuentros con abrazos, miradas, charlas, sorpresas. Conocernos y re-conocernos, re-encontrarnos luego de un tiempo en el que trabajamos mucho más con la tecnología como intermediaria, pero sin mediar los cuerpos. Intercambios con emoción, con sentimiento, con pasión. No sin conflicto, como todo en esta vida. Jugados y jugadas. Integrales.

Mencionar que durante estos dos días hubo 12 mesas de diálogo en las que se presentaron 36 trabajos científicos, mayoritariamente en formato de relatos de experiencias. Más de 100 autores y autoras de esos trabajos científicos. Cada una de esas





#### 4. Síntesis final

Para finalizar, creo estar en condiciones de afirmar que estas 5tas jornadas científicas serán un nuevo piso donde poner los pies para seguir pensando y actuando. Parafraseando a Heráclito "nadie puede cruzar el mismo río dos veces, porque, ni quien lo cruza ni el agua, sean los mismos".

Y sin embargo, vamos al río de los territorios una y otra vez.

Ayer, en una de las aulas donde exponían compañeras de enfermería y administración, retomaba a Marcelo Percia, psicólogo psicoanalista argentino, que en sus "Sesiones en el naufragio" trae el concepto de IMPODER. Él hace referencia a los conceptos en Gilles Deleuze que distinguen entre poder y potencia.

*Entre un poder que quiere dominar y un poder que quiere crear. Un poder que moviliza pasiones tristes (poseer, tener, controlar, imponer, vigilar, conservar) que disminuyen potencias y un poder que da la posibilidad del dar.*

*Impotencias deslucen pasados, entristecen presentes, amargan porvenires.*

(...)

*Omnipotencias que fracasan se hacen llamar impotencias.*

*Omnipotencias confunden poder dominar con potencia. Se desvelan empeñadas en poder todo.*

*Mientras la vida compone potencias no personales ni individuales, afectividades que se conjugan pudiendo y no pudiendo.*

Y en otro fragmento, afirma: *Impoder que sigue el rastro de lo posible por llegar más allá de la imposibilidad.*

Quizás, con esta idea de IMPODER, podamos volver a este río una y otra vez, de otros modos, renovados y renovadas, conmovidos y conmovidas. Y con estas "buenas prácticas" de los equipos que nos hemos convidado.

Me animo a decir, a tono de opinión personal, que vamos a volver a encontrarnos pronto en las 6tas Jornadas para seguir construyendo un nuevo piso donde los pies se apoyen en este campo que es la salud colectiva.

Gracias.

#### 5. Fotos y Videos

Video Apertura: <https://youtu.be/NNrra2LWOwo>

Video Cierre: <https://youtu.be/A1l8mTV9vsY>

Video con fotos de los equipos: <https://youtu.be/gTlqakkKV2s>



**¡Muchas gracias!**



**TIGRE**  
MUNICIPIO