

margen N° 67 – diciembre 2012

## La incorporación de las ciencias sociales en un proyecto con adultos mayores. Proyecto Hábitos Saludables del CeSAC N° 7

Por Marta Murray, Verónica Analía Minassian, Luisina González, Natalia Sabrina Israeloff y Noelia Sabrina Capo

**Marta Murray.** Trabajadora social de planta. CeSAC N° 7. Hospital de agudos D. F. Santojanni.

**Verónica Analía Minassian.** Jefa de residentes de Educación para la Salud (RIEpS). CeSAC N° 7. Hospital de agudos D. F. Santojanni.

**Luisina González.** Residente de tercer año de Educación para la Salud (RIEpS). CeSAC N° 7. Hospital de agudos D. F. Santojanni.

**Natalia Sabrina Israeloff.** Residente de segundo año de Educación para la Salud (RIEpS). CeSAC N° 7. Hospital de agudos D. F. Santojanni.

**Noelia Sabrina Capo.** Residente de primer año de Educación para la Salud (RIEpS). CeSAC N° 7. Hospital de agudos D. F. Santojanni.

### Introducción

#### Presentación del espacio y su historia

Queremos presentar la experiencia de trabajo en un proyecto que realizamos en el centro de salud y acción comunitaria N° 7 (CeSAC N° 7) dependiente del Hospital de Agudos Donación Francisco Santojanni, ubicado en el suroeste de la Ciudad de Buenos Aires, en el barrio Piedrabuena, de Villa Lugano. El proyecto es llevado adelante por un equipo subdividido en dos grupos interdisciplinarios conformados por profesionales de planta y residentes de Educación para la Salud (RIEpS) y de Enfermería General Integral y Comunitaria (REGIC). La Residencia de Educación para la Salud es interdisciplinaria y en este momento participan del proyecto una psicóloga y una psicopedagoga.

El proyecto *Hábitos Saludables- Caminatas del CeSAC 7* se inició en el año 2003, cuando el equipo de enfermería del CeSAC N° 7 realizó un relevamiento sobre los diagnósticos de las consultas de la guardia durante el primer semestre de dicho año. A partir de ello se evidenció como principal motivo de consulta la hipertensión arterial (HTA). Así surge la iniciativa de abordar el problema de las enfermedades cardiovasculares desde la perspectiva de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, realizando caminatas y actividad física para la reducción de

factores de riesgo. Durante los primeros años la convocatoria se dirigía a todos/as aquellos/as que concurrían frecuentemente a la guardia a controlar los signos vitales.

En el año 2007 se suman al equipo de enfermería otros/as profesionales que amplían la convocatoria y reformulan la dinámica de trabajo: agregando a las caminatas un momento de recepción y un taller post-caminata. Hasta entonces, como mencionáramos, el proyecto estaba orientado a la reducción de factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), mediante la realización de actividad física y talleres de educación para la salud, partiendo del supuesto de que los/as participantes no contaban con información suficiente acerca de su proceso de salud-enfermedad-atención. En esta etapa algunos de los temas trabajados fueron: hipertensión, diabetes, colesterol, nutrición, plantas medicinales, importancia de la actividad física.

Durante el año 2009 se reformula el proyecto y se amplían los objetivos para incluir otros aspectos tales como el desarrollo de los vínculos entre los/as participantes, las dimensiones subjetivas, el ejercicio de las funciones cognitivas y la participación en lo relativo a la gestión del CeSAC. De este modo, las intervenciones comenzaron a fortalecer la recuperación de sus propios saberes y experiencias, así como su capacidad creativa y lúdica.

## **La estrategia de APS en la Ciudad de Buenos Aires**

### Definiendo la población

A pesar que desde su misma denominación, los Centros de Salud y Acción Comunitaria, deberían encuadrar su accionar en los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud (APS), brindando una atención integral a toda la comunidad, los mismos por lo general están focalizados en la salud materno infantil, dejando de lado otras etapas del ciclo vital. Al mismo tiempo, suelen priorizar la atención individual, desaprovechándose instancias grupales de resolución de problemas de salud, que fomenten la participación comunitaria. Otra característica de la APS que no se implementa -o al menos no de manera uniforme en el primer nivel de atención- es la programación local, ya que lo que en la práctica se observa es una apropiación y/o adaptación acrítica de los programas de nivel central, sin un diagnóstico detenido del territorio y la población de su área de responsabilidad.

A continuación nos valdremos de algunos números para observar la relación entre la población adulta mayor y el primer nivel de atención.

En la Ciudad de Buenos Aires podemos observar que contamos con una población

envejecida, constituyendo los adultos mayores, un 17% de la población general. Cuando nos detenemos a observar cuál es el reflejo de esta proporción en la población atendida por el sistema de salud en su primer nivel de atención, vemos que en los CeSACs constituyen sólo el 5%, elevándose al 12% en Cobertura Porteña de Salud (CPS). Aún considerando estas diferencias, podemos afirmar que la participación de estas personas en los efectores de APS es sensiblemente inferior a la de la población general.

A nivel local los/as adultos/as mayores de 59 años representan un 21.4% del total de la población para el área programática del Hospital Santojanni. En comparación con el total del área referida, el grupo de edad mayor de 59 años en el área del CeSAC N° 7 supera al del área programática del hospital en un 1.4%. Del mismo modo, la diferencia porcentual entre la población del CeSAC N° 7 y la del total del CGP 8 respecto a este grupo de edad es 7% superior para el primero (21,4% y 14,4% respectivamente).

En este sentido, consideramos que el proyecto *Hábitos Saludables- Caminatas del CeSAC 7*, al proponerse un trabajo específico orientado a los adultos mayores, retoma las potencialidades de la APS en lo que respecta a la definición de la población y a la accesibilidad de la misma al sistema de salud. Si bien no contamos con información rigurosa, cabe la pregunta de por qué los adultos mayores siendo un grupo significativo al interior de la sociedad, no acceden masivamente al sistema público de salud en su primer nivel de atención. Una posible hipótesis de trabajo es que la oferta de servicios de salud no está orientada a esta franja etaria y en el camino de implementar este proyecto visualizamos que los/as adultos/as mayores aumentan su concurrencia al ofrecerles una propuesta que los/as convoca como destinatarios. En este sentido, resulta pertinente retomar la perspectiva del envejecimiento activo ya que la misma nos brinda el sustento teórico para considerar que el acceso a una temprana calidad de vida genera un mejor desarrollo del ciclo vital y permite envejecer positivamente. A partir de esta perspectiva subrayamos la importancia de que los grupos y las personas accedan a una atención integral de la salud, incorporen hábitos saludables, implementen actividades que les generen bienestar y participen activamente en su comunidad. Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad.

Adoptar esta perspectiva implica el desafío de revisar las prácticas instituidas, incluyendo o reformulando dispositivos de trabajo para contribuir a una mirada integral acerca de la salud, que haga de la APS una atención de calidad y no una estrategia para reducir costos.

## **El trabajo en equipo**

### El aporte específico de las Ciencias Sociales

En este apartado nos proponemos caracterizar y reflexionar sobre la modalidad de trabajo del proyecto. Apostamos al trabajo en equipo que, operativamente, está conformado por dos subgrupos interdisciplinarios que se reúnen periódicamente: uno compuesto por dos médicas generalistas, una nutricionista y residentes de enfermería general integral y comunitaria; y el segundo, por una trabajadora social y residentes de Educación para la Salud; en los últimos tres años, una psicóloga, una socióloga, una antropóloga y una psicopedagoga. También un enfermero de planta acompaña alternadamente a ambos grupos.

En una primera instancia el proyecto era conducido en sus lineamientos por el equipo de formación médica enfocándose hacia los procesos bio-físicos. En esos primeros momentos las profesionales de las disciplinas sociales tenían un rol auxiliar, facilitando la comunicación de los aspectos relativos al tratamiento, tratando de favorecer la adherencia. Con el tiempo, se fue gestando desde estas profesionales otra lectura de las situaciones que aparecían en el trabajo cotidiano, paralelamente a las devoluciones de los/as caminantes que valoraban del espacio otros aspectos que no eran los específicamente relacionados con las patologías por las que se acercaron en un primer momento. Las/os caminantes en general llegaban al espacio derivados por profesionales del CeSAC debido a sus problemas de salud pero al momento de evaluar colectivamente la actividad, destacaban que cuando llegaron al espacio estaban tristes, afectados/as por diferentes situaciones personales (partida de los hijos, desempleo, separaciones, duelos, etc.) y que habían podido establecer vínculos gratificantes, mejorando su estado de ánimo. Estos resultados eran mencionados como cambios positivos, colocándolos en el primer plano de sus discursos. Así se fueron identificando aspectos que afectaban a la enfermedad de base pero que a su vez la rebasaban. Como resultado de este proceso fue necesario reformular los objetivos del proyecto, incluyendo actividades lúdicas para desarrollar la trama grupal y el trazo singular de cada participante. Estos conceptos fueron tomados de la conceptualización de la Lic. Graciela Jasiner, quien plantea que los grupos centrados en la tarea (GCT) tienen la potencialidad de generar espacios saludables en la medida que apelen a la grupalidad y la creatividad. La Trama grupal alude a los anudamientos que se establecen entre los participantes generando las condiciones necesarias para la contención, la confianza y la seguridad que habilite a cada uno a desarrollar su Trazo singular, entendiendo a este último como la enunciación de la palabra singular y la producción de

lo propio que vuelve sobre el grupo modificando la trama.

Si bien el grupo se pensó como dispositivo potenciador de la atención de las ECNT, su despliegue develó otras potencialidades que decidimos explorar. Se tiene presente el padecimiento y las cuestiones relativas a la reducción de los factores de riesgo: se realiza actividad física, medición de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. A su vez, apuntando hacia la salud integral se han tomado como ejes otras dimensiones de los sujetos y del grupo, trabajando sobre los aspectos que ellos/as mismos/as mencionan como aportes del espacio. En los últimos años se han planificado secuencias de actividades enfocadas al juego, la memoria y la creatividad, la escritura, la literatura y otras ramas del arte, la comunicación, el conocimiento mutuo y el afianzamiento de los vínculos. De este modo circula la palabra y la mirada entre los y las caminantes, más allá de las/os coordinadoras/es, y descubrimos que la trama grupal es un factor de protección frente a estas enfermedades. Asimismo se favorece la horizontalidad: las/os coordinadoras/es ya no somos vistas/os como especialistas, portadores de un saber específico, sino que cada uno/a es valorado en su saber y el espacio habilita a compartirlo con el/la otro/a, a ponerlo en juego. Hoy en día, esta lógica de trabajo basada en la salud integral se ha instalado: el deseo y el placer también encuentran su lugar. Cada jueves se hacen presentes, y cuando nosotras llegamos son los/as caminantes quienes nos reciben preguntándonos: “¿A qué jugamos hoy?”

## **Bibliografía**

- Carballeda, A. La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Revista Margen N° 23. Lugar de edición s/d. 2001.
- Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario. Estadísticas de Salud. Centros de Salud y Cobertura Porteña de Salud- Plan Médico de Cabecera. Informe anual 2010. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Mayo 2011.
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de salud de la Nación. 2005.
- OMS. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2002.
- Jasiner, G. Los grupos, hoy. Instituto de Investigaciones Grupales. Buenos Aires. 2007.
- Jasiner, G. Coordinando grupos. Una lógica para los pequeños grupos. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2008.
- Jasiner, G. Nociones fundamentales sobre grupos centrados en una tarea. Instituto de

Investigaciones Grupales. Buenos Aires. 2008.

- Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario. Estadísticas de Salud: Los adultos mayores en los Centros de Salud y el Plan Médico de Cabecera. Informe de las personas de 65 y más años de edad atendidas en el año 2008. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

- RIEpS. ASIS CeSAC N° 7. RIEpS. Mimeo.