



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

**Especialización en Psicología en Servicios de Salud
Cohorte 2017**

Programa de Practicantados y Residencias

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA:

“Intervención con niños y niñas en Primer Nivel de Atención en las ruralidades de San José- Rondas Rurales. Sistematización de Experiencias.”

Directora de Especialización: Profa. Adja. Mag. Margarita Fraga

Coordinadora Académica: Profa. Agda. Mag. Silvana Contino

Residente: Lic. Ps. Gianina Varietti - CI: 4.857.330-4

Tutora: Profa. Adj. Mag. Alicia Migliaro

Resumen

La siguiente sistematización parte de una intervención realizada en San José, Uruguay en el año 2017. Esta actividad se desarrolló en el marco del Primer Nivel de Atención en Salud según lo establece la Ley 18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud a través del convenio de Practicantes y Residentes de Facultad de Psicología-ASSE.(Convenio ASSE-UdelaR; ASSE, 2009)

Se pretende mostrar el dispositivo de Rondas Rurales y la intervención con las infancias en las ruralidades desde los talleres realizados en las escuelas rurales.

Se reflexionará algunas líneas con respecto al lugar del psicólogo desde dónde partió dicha intervención, abriendo el abanico a la psicología rural como campo en construcción, analizando su alcance a la salud mental desde el Primer Nivel de Atención en Salud.

Palabras claves: Psicología Rural, Infancia, Primer Nivel de Atención en Salud.

Introducción

Con motivo de la presentación del trabajo final para la obtención del título de la Especialización en Psicología en los Servicios de Salud, en el marco del Programa de Practicantes y Residentes en convenio con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Facultad de Psicología, se presentará una sistematización de experiencia de la intervención con niños y niñas en Primer Nivel de Atención (PNA) en salud en las escuelas rurales de San José a través del dispositivo de Rondas Rurales (RR) en el año 2017. (Convenio ASSE-UdelaR; ASSE, 2009)

El objetivo de la sistematización es problematizar algunas líneas con respecto al rol del psicólogo y la salud mental desde el PNA con niñas y niños de las escuelas rurales que se participó.

La elaboración y participación del trabajo fue llevado a cabo por la practicante de psicología que ese año realiza su pasaje por el equipo de salud mental de ASSE de la ciudad de San José de Mayo y por la residente que es quien presenta la experiencia por interés antes mencionado.

La intervención se realizó en un total de siete RR, servicio de accesibilidad que apuesta a la atención preventivo asistencial y a la promoción en salud en el PNA. Su principal objetivo es generar actividades de educación con niños, niñas, sus familias y la comunidad local de las zonas rurales del departamento.(Battaglino, 2019)

En esta oportunidad se hará foco en una ronda rural seleccionada, precisamente la experiencia del taller con niñas y niños que participaron ese día problematizando la temática de violencia como eje principal a través de un juego de mesa que funcionó como vehículo para analizar situaciones que transitan en su vida cotidiana.

Se sistematizará la intervención a través de una viñeta e ilustrar con fotos lo que nos encontramos cuando vamos hacia las ruralidades del departamento de San José. Metodología que apele a los sentimientos, sensaciones e impresiones de lo que fue trabajar con niños, niñas y las maestras de las escuelas rurales sobre la violencia, temática de interés de las políticas públicas.

Fundamentación

“ Los acontecimientos propios de una vida traen consigo mutaciones, buscan medios expresivos, se efectúan de diferentes maneras y en distintos hechos. En su despliegue estimulan la potencia creativa, las producciones individuales y colectivas en el pensamiento-experiencia, en los modos de existencia individuales y colectivos”.(Lee Teles, 2009)

Son varias las razones que han llevado a elaborar algunas líneas en esta sistematización de experiencia. Se nombran algunas a modo de acercar al lector lo que se ha plasmado, para que pueda dialogar con el texto, con el *pretexto* de elaborar sus propias conclusiones.

En principio desde lo formal académico la entrega de un trabajo escrito, que denote lo trabajado en el territorio coronado como el último eslabón de la cadena de tres años de la práctica como residente de psicología en la ciudad de San José de Mayo.

En segundo lugar se propone producir conocimiento con mirada crítica sobre el trabajo de promoción y prevención de salud desde el PNA con el colectivo de los niños y niñas en las ruralidades.

Por otro lado se procura devolverle a la Facultad de Psicología por escrito lo que fue una oportunidad de extensión universitaria cómo estudiante de la Especialización de Psicología en Servicios de Salud y al Servicio de Salud, una de las tantas experiencias transitadas.

Por último se pretende recuperar la experiencia a través de la escritura y registro fotográfico dando luz al alcance que puede tener la psicología en el ámbito rural, dilucidando algunas preguntas que intentan enriquecer la sistematización en cuanto a la psicología, la psicología rural y las infancias.

Metodología

Se utilizará la sistematización de experiencia como metodología que acompañe y guíe el pensar del presente trabajo. Surge de la necesidad de recuperar y comunicar la experiencia con niños y niñas en las ruralidades, a modo de darle un giro crítico y reflexivo de lo vivenciado dejando una huella que antecede a quien se acerque al trabajo, entretejiendo nuevos horizontes problematizadores.

La utilización de esta técnica metodológica nace de la mano del educador popular Paulo Freire quien pone la mirada en revalorizar los aprendizajes que surgen de las experiencias con diferentes actores sociales con sus propios lenguajes, saberes y perspectivas. El valor de lo que se aprende surge a partir de la reflexión de lo vivido con otros.(Agüero et al.,2017)

La sistematización como herramienta metodológica aborda integralmente a la realidad social, la constituye desde un saber científico con práctica transformadora. Se trata de interpretar lo sucedido en base a un ordenamiento y reconstrucción organizada del proceso,

mirándolo ahora de forma crítica, tomando distancia de lo que ocurrió para plantear el objetivo, el objeto y eje del recorte de lo que se quiere sistematizar en la experiencia.(Berruti et al.,2014)

El objetivo de la sistematización del presente trabajo apunta a reflexionar conceptualizaciones con respecto a la posición del psicólogo y la salud mental desde el primer nivel de atención en salud con niñas y niños de las escuelas rurales que se participó en el período comprendido de junio a diciembre del año 2017.

El objeto a sistematizar son los talleres dirigidos a niños y niñas de 3°, 4°, 5° y 6° de las escuelas rurales visitadas en el período comprendido de junio a diciembre en un total de siete rondas en el año 2017. Precisamente se hará foco en una ronda rural elegida por ser la que se tiene más registro tanto narrativo como fotográfico. Se intentará desplegar a través de una viñeta el taller dirigido a los niños y niñas que participaron ese día.

El eje de la sistematización es poder reflexionar sobre la psicología, la psicología rural en el medio rural a través del programa de rondas rurales específicamente con las infancias.

Contextualización de la Intervención

El programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud se inaugura en el año 2010 al firmar el Convenio ASSE-Facultad de Psicología en el marco del SNIS. Los practicantes son estudiantes del último ciclo de la Licenciatura en Psicología y los residentes son egresados con menos de tres años de antigüedad.(Convenio ASSE-UdelaR; ASSE, 2009)

El convenio tiene como objetivo principal la formación de psicólogos especializados en los niveles de Salud que establece el SNIS y la posibilidad de inserción laboral en los

misimos. Por lo tanto el programa de Residentes se enmarca dentro de ésta propuesta haciendo hincapié en la estrategia de Atención Primaria en Salud, focalizando las acciones en el trabajo en red con los diferentes actores institucionales de la comunidad.(Muniz, 2013)

La Residencia tiene una duración de tres años en el Servicio de Salud, donde el residente debe rotar por dos Niveles de Atención en Salud y el Practicantado tiene una duración de un año en un Servicio de Salud. La carga horaria tanto de practicantes como de residentes es de cuarenta horas semanales distribuidas en: tareas de atención veinticinco horas y tareas académicas quince horas semanales. Los cargos de Residentes y de los Practicantes son financiados por A.S.S.E.(Muniz, 2013)

Se cuenta con el apoyo de referentes- docentes desde la Facultad de Psicología, articulador fundamental para facilitar la integración operativa del Residente y del Practicante en el Servicio, para favorecer la integración de la actividad de atención con la académica. Además en el servicio se cuenta con un referente psicólogo/a que acompaña el proceso en el territorio, actor clave en el entramado de las diferentes redes que se pueden diagramar con otros servicios y/o la comunidad..(Convenio ASSE-UdelaR; ASSE, 2009)

El Practicantado acredita para la formación de grado, mientras que la Residencia otorga una Especialización de Psicología en los Servicios de Salud. (Muniz, 2013)

Es necesariamente una apuesta a la actualización de los profesionales en formación en el marco de la dinámica inherente al campo de la salud mental en los servicios de salud. La inserción de psicólogos y psicólogas residentes se valora como campo novedoso y de conquista frente al sistema de políticas públicas en salud en los diferentes niveles de atención como indica el SNIS.(Muniz, 2013)

El pasaje por dicha experiencia brinda la posibilidad del encuentro con herramientas técnicas que permiten la posibilidad de observar, sistematizar, analizar y compartir conocimiento crítico y reflexivo que aporten a las necesidades de la comunidad. La diversidad de escenarios que se presentan en la inserción del psicólogo o psicóloga en los diferentes Niveles de Atención en Salud en los departamentos dónde el programa ha llegado, tiene un plus preponderante en el compartir con los demás compañeros y compañeros residentes el quehacer del rol y el pensar de las diferentes prácticas. La reflexión de los diferentes actores que están implicados en el programa enriquece la visión desde dónde se piensa a la comunidad y cuáles son los lineamientos que cada profesional decide seguir.

La intervención en el equipo de salud mental.

En los primeros meses del año 2017 se inauguró el Programa de Practicantes y Residentes en el Equipo de Salud Mental de ASSE de San José de Mayo, lugar destinado para nuestra práctica, correspondiente a un Segundo Nivel de Atención en Salud. Con esa mezcla de emociones y sentimientos cuando llegas a un lugar desconocido, con ganas de conocer, de aprender y querer lanzarte a todo proyecto que se presenta.

Se comienza a tomar contacto en primera instancia con la manera de trabajar que tiene el equipo de salud al cual se fue destinado. Más adelante se observan las implicancias, las subjetividades y los atravesamientos que tenía el equipo que cuenta con trayectoria e historia que los enlaza desde hace aproximadamente veinte años.

El Equipo de Salud Mental está constituido por dos psiquiatras, dos psicólogas, dos asistentes sociales, una licenciada en enfermería, una enfermera, y una secretaria destinando sus horas al segundo y tercer nivel de Salud en la ciudad de San José de Mayo. Se le suma al

equipo para brindar sus servicios al tercer nivel de atención, más precisamente al Centro de Rehabilitación un coordinador de talleres y tres talleristas. Los integrantes del equipo habitan la misma ciudad, comparten horas de la semana laborables y entre algún mate narran sus historias personales. Poco a poco nos fuimos acomodando a ese momento del equipo en aquel año. Para ellos también era un momento particular, llegaban dos personas nuevas al equipo, dónde una de ellas se quedaba por tres años y no pertenecía a la comunidad maragata (denominación utilizada para los nacidos en San José), y la otra persona que llegaba era de la comunidad, pero no era conocida por ellos; lo novedoso irrumpía. Por donde se lo observara había que pensar qué necesidades tenía el servicio, que tareas pensar para cada rol. La casa de estudios, Universidad de la República, Facultad de Psicología, ingresaba allí. Reuniones con referentes académicos, responsabilidades a las referentes en territorio, roles en construcción en el territorio.

La mayor parte de los integrantes del Equipo se concentraban y reunían en el Centro de rehabilitación “Amanecer” que se encuentra ubicado a unas diez cuadras aproximadamente del Hospital Central de Asse. El Centro corresponde al tercer Nivel de Atención en Salud, el servicio está dirigido a las personas con diagnóstico de esquizofrenia y discapacidad intelectual. Cada actividad que se planificaba se partía desde el Centro, independientemente de la tarea. Los tres Niveles de Atención de Salud en el interior del país cómo lo establece el SNIS se encuentran muy próximos uno con otro, encontrando desde el lugar de residente sus fortalezas y debilidades en el momento de planificar las tareas de intervención.

Contextualización de las Rondas Rurales

Antecedentes.

Un mojón importante en la historia de la Salud fue la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud realizada en Alma Ata (OPS,1978), dónde se constataron proposiciones importantes sobre la Salud a nivel mundial entendiendo la necesidad del apoyo de otros sectores sociales, políticos y económicos.

La atención primaria es un modo de organizar la atención en salud de las personas, que se hace lo más cerca posible de la gente, de sus lugares de vida y trabajo, y que se lleva a cabo desde instituciones que no son de alta complejidad estructural, pero si han de estar concebidas con un sentido de alta eficiencia.(Calatayud, 1999)

En el año 2005 se da un hito histórico en el Uruguay, con la asunción del Dr Tabaré Vázquez, líder del Frente Amplio que da lugar a un cambio en la manera de pensar a la persona en su integralidad y a la sociedad uruguaya. Con ésta mirada en el año 2007 se encauza una importante reforma en el sistema sanitario (Martiarena, 2020).

La creación de la Ley 18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) publicada en el año 2007, se basa en la estrategia APS y apuesta a integrar los prestadores de salud ya existentes y reorganizar sus servicios para que tengan un mayor alcance a toda la población del territorio nacional. El objetivo fundamental que se propone es asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud de todos los habitantes que residen en el Uruguay. (Artículo 4) Se fortalece por principios rectores entre ellos, la promoción de la salud, la equidad, continuidad y oportunidad de prestaciones. Se apuesta al derecho de los usuarios a estar informados sobre su situación de salud.(Artículo 3) Se apoya en tres pilares

fundamentales, cambio en el modelo de gestión, cambio en el modelo de financiamiento y cambio en el modelo de atención.

En cuanto al cambio del modelo de gestión, la creación de la Ley 18.161 (2007) de la Administración de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado que se relaciona con el poder ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) y es parte del SNIS. Entre sus principales competencias se dirige a la organización, y gestión de los servicios destinados al cuidado de la salud en modalidad preventiva y tratamiento de enfermos. A su vez ejerce la coordinación con los demás organismos del Estado que presten servicios de Salud, apostando a una mayor accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superponer servicios. Le compete mantener actualizado el diagnóstico de los usuarios, elaborando estrategias más adecuadas para la superación de los mismos. Tendrá un consejo de asesores honorarios nacional, departamental y local donde garantizará la participación de los usuarios y trabajadores.

Referido al cambio del modelo financiamiento la creación de la Ley 18.131(2007) del Fondo Nacional de Salud (FONASA) administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y financiará el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del seguro de enfermedad, jubilados, funcionarios públicos y otros dependientes del Estado. Los beneficiarios pueden optar por su afiliación a las instituciones de asistencia médica colectiva contratadas por BPS o ASSE.

El cambio del modelo de atención se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y de la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la APS y priorizará el primer nivel de atención. (Artículo 34, Ley 18.211)

La mencionada ley establece:

“Está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad, y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel, nacionales, departamentales y comunitarios”.(Artículo 36, Ley 18.211)

Se hace visible la realidad de cambio en el país en diferentes sectores que apuesta dicha ley, no quedando exento la salud rural y siendo prioritaria como política pública (Borgia et al., 2012)

Es así que en el segundo gobierno de Frente Amplio con José Mujica como presidente se decreta un documento sobre salud rural que antecede al Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), estableciendo que es necesario mejorar las condiciones de acceso a la salud integral de los pobladores rurales.(Martiarena,2020)

Para lograr mayor accesibilidad, continuidad y calidad de salud, se afirma la cercanía de los prestadores del primer nivel de atención en salud a los pobladores rurales. Los objetivos direccionan las características de las policlínicas rurales, apostando a actividades comunitarias, que incluya actores de la comunidad abriendo redes a otros servicios de la zona, como los centros educativos. Se apunta a rondas asistenciales y preventivas de salud con frecuencia de al menos dos al año (MSP ,2007)

Se oficializa el Plan Nacional de Salud Rural (2010) por parte del MSP que pretende llegar al territorio en conjunto con la Unidad de Descentralización de la Dirección General de la Salud (DIGESA), con las Direcciones Departamentales de Salud (DDS) y los referentes de los programas de salud rural de cada departamento. Una herramienta de salud pública para aportar y contribuir a la concreción de la política de desarrollo integral rural del Uruguay con la intención de mejorar la calidad de vida y la salud de los habitantes rurales desde una mirada integral. Se busca generar espacios de vida saludables, dignos, con participación de todos los actores involucrados , apostando a la articulación de todos los sectores a nivel país contribuyendo a la actualización del conocimiento sobre el medio rural del Uruguay (PNSR, 2010)

Para obtener un mayor alcance con respecto a la salud rural el documento plantea fomentar herramientas de mejora de acceso a servicios logrando una coordinación con los recursos existentes fortaleciendo el Primer Nivel de Atención (PNA) conformado por un equipo de salud interdisciplinario con una perspectiva familiar, comunitaria, epidemiológica, productiva y social.(PNSR, 2010)

En San José se piensan y toman estas líneas por parte de la DDS y se llevan a cabo acciones con diferentes Instituciones para concretar lineamientos en pro de la salud de las poblaciones que se encuentran en el medio rural.

Como podemos inferir cuando se presentan cambios también hay incertidumbre y en ese sentido con respecto a la Salud Rural no todo era color de rosa. Se transitaba un momento socio-histórico-político- cultural del país donde se vivían tensiones a nivel institucionales pensado la Salud Rural, la accesibilidad de los Servicios a las diferentes zonas, la descentralización de la salud, se elaboraron decretos que no se aprobaban, una realidad que

punzaba, las instituciones que participaban exigían infraestructura para poder llevar a cabo lo que se pensaba.(Rodriguez, 2017)

Historizando a partir del registro inicial de las entrevistas

Para obtener un registro inicial sobre el inicio y desenlace del Programa de Rondas Rurales, se realizaron entrevistas individuales semi-abiertas de carácter presencial a algunos actores principales que participaron en diferentes momentos del proceso de la misma. [Ver Anexos]

Las entrevistas se realizaron en el período de nuestra Intervención a: la Dra Araceli Rodriguez, que estuvo en el inicio del programa como Directora Departamental de San José; la Ing Agrónoma Nancy Montesdeoca desde la Intendencia Departamental de San José; la Dra María Noel Bataglino que en ese momento era la Directora Departamental de Salud; la directora de la R.A.P (Red de Atención Primaria en Salud) Lorena Saavedra y los Referentes - Coordinadores del Programa de Rondas Rurales que integraban el equipo de la Departamental en Salud , Lic en Nutrición Eugenia Frías y el Lic en trabajo Social Víctor Minetti que ese año abandona el cargo.

El registro permitió de primera mano ir a la fuente de hechos iniciales, para reconstruir lo más certero posible cómo se originaron y su desenlace. (Jara, 1994). Los y las entrevistadas que no se encontraban vinculados al programa realizaron un esfuerzo en sus memorias para construir los diferentes momentos a partir de la propia participación.

¿Cómo surge la propuesta y por qué?

Uno de los antecedentes que se ha marcado por parte de la coordinación como inicio de las Rondas Rurales fueron las Ferias Rurales.

En el año 2008 se trabajó con éste programa vinculados a un grupo de estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales que estaban haciendo un trabajo de extensión en Colonia Damón. (Cantieri, 2009). La actividad se realizó en un salón comunal de la zona, dónde participaron muchos adultos, población a la que estaba enfocada la intervención. Se contaba con dispositivos para la atención asistencial que brindaban algunas Instituciones que se fueron involucrando por diferentes vías, la Intendencia de San José, ASSE, Asociación Médica de San José (AMSJ), Hospital Evangélico (H.E), Ministerio de Desarrollo Social. Las instituciones brindan algunos servicios a través de los técnicos que se encuentran disponibles para la realización de Papanicolaou, pesquisas de agudeza visual, actualización del carné de vacunas; stands con folletería de promoción de salud bucal y charlas sobre alimentación saludable. Por su parte los vecinos de la zona participaban vendiendo sus productos generados en sus tambos, huertas o en sus hogares.

Las Ferias Rurales eran instancias que tenían como principal objetivo la promoción y atención en salud, ir a los lugares donde los servicios no llegaban y vincular a distintos actores. Se realizaron aproximadamente dos al año en varias localidades de la zona rural, la intención proponía acercar los servicios sociales y de salud con la que contaba las áreas urbanizadas. (Rodríguez, 2017)

Se pensaba en la manera de tomar contacto con las personas que vivían en las diferentes zonas rurales para conocer de cerca a los residentes allí y una de las acciones que se llevó a cabo fue la capacitación a personas referentes en los medios rurales para que acompañen los programas dirigidos a la población rural, llamados promotores de salud. La

capacitación la realizó la Intendencia de San José en conjunto con el MSP. Valoraban necesario y exitosa la participación de las personas con vocación de servicio, referentes de la zona que habitaban, agente de desarrollo para lograr que se acorten las brechas y brindar accesibilidad. (Montesdeoca, N).

Desde el año 2008 hasta 2015 se realizaban actividades e intervenciones puntuales con los prestadores que pudieran acercarse y brindar sus servicios.

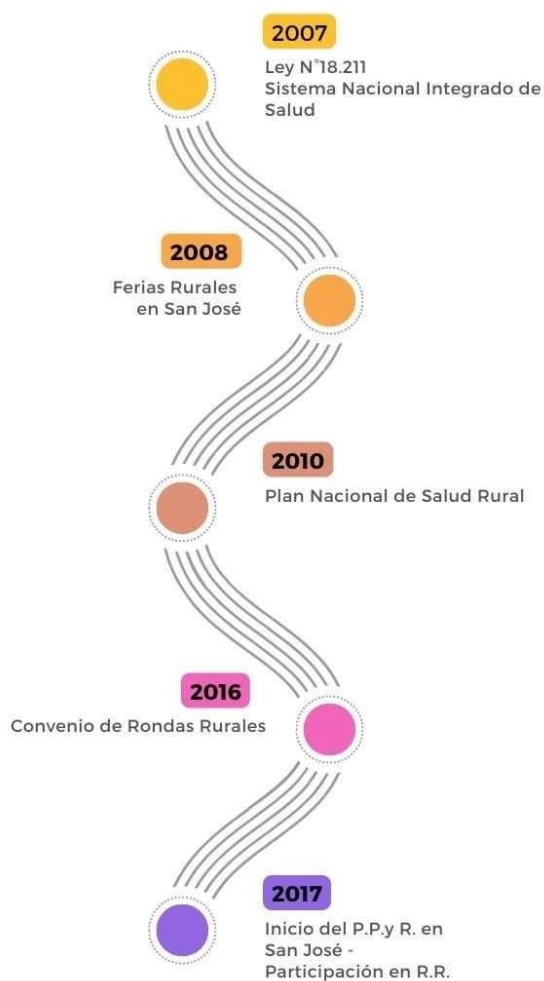
De acuerdo a lo que indica el Instituto de Estadística Nacional (INE) del año 2011 la población total de San José es de 108.309 personas, siendo población urbana 91.838 (85%)y población rural 16.471(15%) (MSP, 2017). Se visualiza que es el departamento con mayor porcentaje viviendo en la ruralidad dispersa, lo que dificulta el acceso a la atención en salud, y el incremento de mayores riesgos tanto laborales, ambientales, etc. (Battaglino, M 2019)

Con el objetivo de elaborar estrategias para alcanzar mayor cobertura, en el año 2016, se firma un acuerdo de Rondas Rurales de Salud en San José, impulsado por el Ministerio de Salud Pública, desde el Plan Nacional de Salud Rural, considerado el acto más formal de compromiso de todas las instituciones, tanto públicas como privadas con validación de aproximadamente dos años. Bajo el lema de “Rondas Rurales Asistenciales y Preventivas” con la finalidad de generar actividades de sensibilización y atención en el cuidado de la salud, de niños, niñas, sus familias y la comunidad local de las regiones rurales del departamento. Con esta estrategia se busca brindar un acceso adecuado a la población, colaborando en la actividad educativa de las instituciones de la zona y proporcionando un proceso de educación y promoción en el primer nivel de atención y el uso de los servicios públicos a toda la comunidad hospedante de las actividades. (DDS, 2017).Es a partir de este momento donde las Rondas se comienzan a realizar cada quince días.

Se presenta una línea de tiempo (Figura 1) con el fin de observar los momentos claves, que marcan la secuencia de cómo fue el camino político-social de elaboración del programa de rondas rurales.(Agüero et al.,2017) La idea es ilustrar a través de esta técnica lo que se recabó a través de documentos y las entrevistas de los diferentes actores que participaron de alguna u otra forma desde el comienzo.

Figura 1

Línea de tiempo



¿Cómo se planifican y coordinan las mismas? (atribución de roles y responsabilidades)

La Población con mayor acceso a Rondas en San José son asalariados agropecuarios, considerándose de esta forma a aquellos individuos que realizan sus tareas en el sector privado a cambio de un salario en relación de dependencia, principalmente desarrollan actividades en los tambos. (DDS, 2017) Para la realización de las Rondas se planifica de acuerdo a la Previa, momento que antecede a la realización de las actividades que tiene como objetivo escuchar y recabar los pedidos o demandas de las escuelas a través del discurso de las maestras. La maestra o maestro, más lo primero que lo segundo, se encuentran un número considerable mayor de mujeres en esta profesión en las ruralidades, aportan la visión de la zona, qué necesidades hay, qué problemas detectan, y en base a eso se diagrama la planificación de la Ronda.

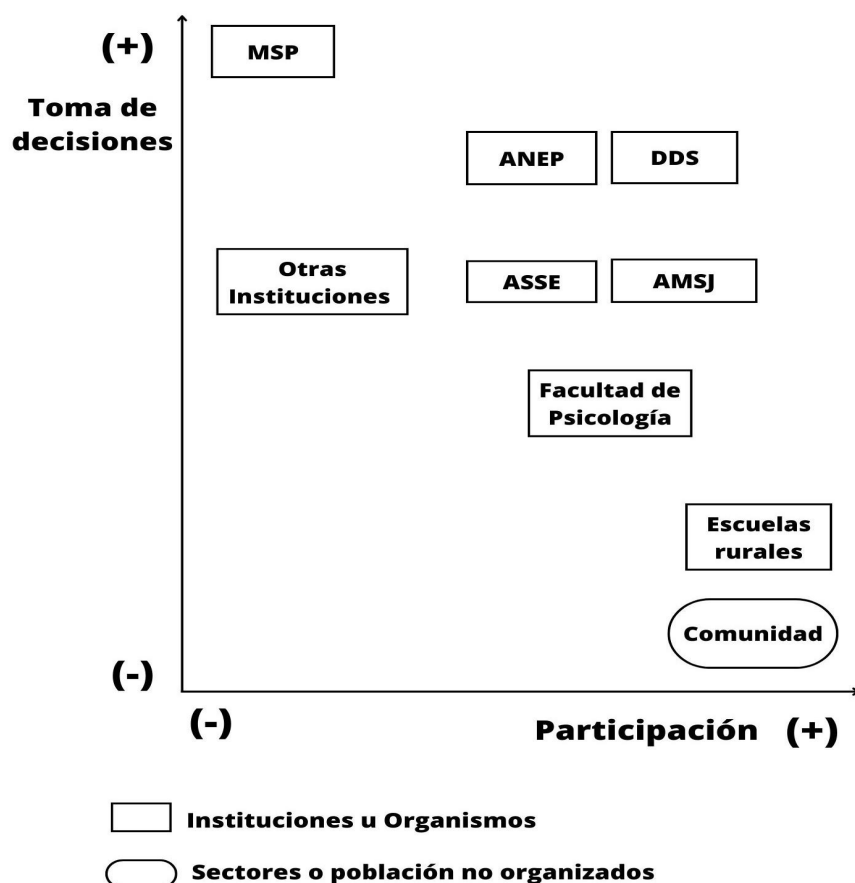
Battaglimo (2018) indica que las previas se hacen en las escuelas porque hasta ahora siguen siendo el lugar de referencia de la población y es allí dónde se encuentran las maestras y los maestros, obteniendo la información más directa. Sostiene que es una debilidad que debería mejorar, que deberían participar de esas previas las comisiones de apoyo, las comisiones de fomento de las escuelas rurales, que es muy fuerte en el medio. La comisión de apoyo son los referentes del medio, tienen una participación muy importante en todo lo que son las actividades de la zona y en su manera de ver, deberían estar presente en las previas. Se presentan limitaciones en cuanto a los tiempos de todos los actores involucrados (maestra/o, referentes o representantes de las instituciones, miembros de la comisión, familias de los niños y niñas), reunirse se considera valioso pero es inaccesible.

La propuesta asistencial está enmarcada de antemano, porque se depende de los servicios que brindan los prestadores directos. La propuesta de actividades de promoción de salud varía, en comunicación permanente con las Instituciones que están en el programa.

Para ilustrar las instituciones, organizaciones y la comunidad que han participado en las RR se realiza un mapa de actores descriptivo (Figura 2), a modo de brindar mayor visibilidad y vehiculizar reflexiones desde la perspectiva de quien suscribe. Es necesario aclarar que se toma como referencia los aportes del Profesor español Visallante.T(2006) sobre la metodología participativa y reflexiva de desarrollo de mapas sociales elucidando una manera de entender el dispositivo de Rondas Rurales.

Figura 2

Mapa de actores de las Rondas Rurales



En este sentido se toman dos ejes que guían la estructura de la esquematización, por un lado un eje vertical que indica el poder en la toma de decisiones, en el cual se van a ubicar en la parte inferior los actores que tienen menos peso en la planificación del dispositivo y en la parte superior se observan las instituciones determinantes en la gestión. En el eje horizontal se visualiza la participación de los involucrados en las R.R ubicándose más a la derecha los actores cuya participación está directamente relacionada a la ejecución de las actividades realizadas. (Villasante, 2006). Esta herramienta permite visualizar las Instituciones en la organización de las Rondas Rurales, evidenciando el poder en la toma de decisiones en función de la participación directa.

El **MSP** como rector de salud y articulador de los prestadores públicos y privados es el organismo con mayor poder de salud en el Uruguay, desde dónde se elaboran las políticas de salud que rigen los planes de las R.R, pero no tienen representación directa en el campo se ubica más a la izquierda en el mapa.

La Administración Nacional de Educación Pública (**ANEP**) como organismo estatal responsable de la planificación, gestión y administración del sistema educativo público en sus diferentes niveles de enseñanza (inicial, primaria, secundaria y de formación de docentes) tiene participación directa en el programa de RR, a través de la maestra coordinadora CAPDER (Centros de Apoyo Pedagógico Didáctico para Escuelas Rurales). Se encarga en conjunto con su equipo de trabajo, en la agrupación de las escuelas en torno a la escuela base. Las escuelas base o sede como se denomina, son las encargadas de recibir a las demás escuelas que estén en la delimitación del territorio. Se observa que la escuela tenga capacidad para alojar a otras y que pueda ser accesible tanto en su estructura edilicia como

geográficamente. Caminos en el mejor estado posible para tener en cuenta el gran factor climático. Robaina, C (2018) Entrevista)

La **Dirección Departamental de Salud (DDS)** tiene un rol preponderante como facilitador, articulador, de todos los actores involucrados y gestor del servicio. Le compete definir las políticas de salud del departamento en relación directa con las políticas nacionales, gestionar y articular el trabajo de todas las instituciones involucradas y monitorear la situación sanitaria del departamento. (Battaglino, 2019). En las RR tiene contacto directo con la maestra CAPDER

Los principales prestadores de Salud que brindan sus servicios directamente y que se encuentran presentes en cada actividad son **ASSE y AMSJ**, ya que nuclean al mayor número de usuarios por R.R. Estas instituciones brindan médicos, enfermeros y/o instrumentos que se necesitan dependiendo de cada planificación.

En **Otras Instituciones** se encuentran:

Las que brindan servicios de salud pero que cuentan con menos afiliados en el departamento y por lo tanto tienen menor presencia en las RR. Estas son: Hospital Evangélico, Círculo Católico, GREMCA, Casa de Galicia, CASMU, Médica Uruguaya.

El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), con sus programas de Cercanía, Uruguay Crece Contigo (UCC) realiza atención en móvil propio, ofrece cribado de hemoglobina y toma de muestras para Papanicolaou a cargo de partera; el Servicio de Atención en Violencia Basada en Género (SVBG) aborda las situaciones, primera escucha, derivaciones y seguimiento y Oficina Territorial. También se encuentra el Instituto Nacional de la Juventud(INJU) que participa con actividades recreativas con adolescentes. La Junta Nacional de Drogas a través del dispositivo Ciudadela que atiende a personas con consumo

problemático de drogas, brindando charlas a los jóvenes y adultos que se interesen en el tema. La Comisión de Zoonosis, brinda servicio de castraciones a perros. Junta Departamental y Ministerio del Interior (MI) a través de la policía comunitaria, policlínico móvil de UCC, realizan sus aportes facilitando el traslado de niños, niñas, maestras y técnicos a las escuelas sede.

Es de orden ubicar a la **Facultad de Psicología** perteneciente a Universidad de la República del Uruguay (UDELAR) en el mapa de actores, que participa a través del Programa de Residentes y Practicantes en convenio con ASSE. Su participación se encuentra cercana a los actores a los que se enfoca el programa, elaborando y desarrollando sus intervenciones pero con menos poder en la toma de decisiones desde la planificación de las RR.

Como actores claves en cuanto a la participación e involucramiento dentro de las RR encontramos a la **Escuela Rural** y a la **Comunidad**. Son los destinatarios finales hacia donde está dirigida toda la planificación del dispositivo. La Escuela Rural con sus maestros, niños, colaboradores de actividades (cocineros/as, profesores de huerta, padres de la comisión de fomento) está involucrada en la coordinación final de la ejecución, a través de la maestra CAPDER, planificando días y horarios en que se van a llevar a cabo, y a la comunidad se le informa de la planificación para que puedan participar en las actividades

Escuela Rural y Comunidad

En Uruguay hay datos de que las primeras escuelas rurales surgen entre los años 1804 y 1809. Luego de varias décadas de movimientos políticos y culturales entre 1917 y 1940 se fomenta un marco de sustento metodológico importante para las escuelas rurales. En esos

momentos se piensa al maestro rural y su formación académica. El enfoque estaba en que la escuela rural fuera el centro de múltiples actividades extraescolares. (Carro, 2012)

Las escuelas trascienden su objetivo dicotómico enseñanza- aprendizaje, se prestan para festividades de los niños, niñas, familias, vecinos, para la comunidad (Murtagh en Landini, 2015). El maestro rural en el lugar de agente de desarrollo, conoce el territorio en donde trabaja, articula recursos, es facilitador de encuentros y comunicaciones y además promueve el trabajo en red. Por esta razón para la planificación de las RR, se toman a las escuelas como el establecimiento de referencia para la comunidad, realizar las actividades allí tiene un beneficio directo en el encuentro de los niños y niñas. (Frías, 2017).

Se intenta pensar la comunidad desde las referencias desde el ámbito de la Psicología Comunitaria:

“La comunidad entendida como un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines”. (Montero, 1998)

Figura 3*Ejemplo de planificación de una Ronda Rural*

Cronograma Talleres					
Grupo	Actividad		11:20 a 11:30	Actividad	
	10:30 a 11.30	Referente		11:30 a 12:30	Referente
Inicial (hasta 4 años)	Motivación inicial	Carpa UCC			
Inicial	Alimentación saludable	AMSJ/UCC	Descanso y Cambio de Actividades	Expresión Corporal	MEC
Primero y Segundo	Expresión corporal	MEC		Alimentación saludable	MSP
Tercero y Cuarto	Huerta Orgánica	Red Agroecología		Actividad Física	ASSE
Quinto y Sexto	Buen trato	Com. Salud Mental		Banco de Sangre	AMSJ
Liceales	Cabildo Joven	INJU		Sexualidad	
Maestros y Referentes Com.	Violencia Dom.	DAT MIDES		Ciudadela	JND
Adultos	Autocuidado Pol. Comunitaria				
12:30 Cierre					

Nota: Extraído de planificación de la Dirección Departamental de Salud (DDS)

¿Cuáles son las principales problemáticas que se visualizan en las escuelas rurales?

Desde el equipo coordinador de las RR se refiere que las situaciones son variadas. Los principales problemas desde lo asistencial que detectan en los niños y niñas es la falta de la actualización del carnet de vacunas, procediendo a actualizar los controles requeridos por el MSP (carnet de vacunas, control odontológico) (Frías ,2018)

Se observan problemas en el ámbito social, las derivaciones que se le hacen al MIDES por situaciones de violencia doméstica, situaciones de falta de compromisos de las familias al cuidado de niños y niñas, de violencia y maltrato. Lo que manifiestan las maestras son problemas de comportamiento de algunos niños y niñas, dónde se han detectado situaciones de violencia en sus hogares.(Frías ,2018)

Dentro de todo el equipo que va a las rondas se intenta canalizar esas situaciones con diferentes técnicos, pensar a dónde se derivan. Se brinda herramientas a las maestras y maestros para que puedan contar con un abanico de recursos, tanto el día de las RR como en las previas. Se puntualiza que se realizan derivaciones de una familia por ejemplo a una institución que brinda servicios sociales pero que luego se pierde la contra-referencia.(Frías ,2018)

Una de las limitaciones que se puede observar del dispositivo de las rondas rurales es el armado del dispositivo en sí mismo. si bien este análisis no intenta prejuzgar un trabajo que tiene algunas dimensiones que se desconoce por el simple hecho de no estar en la gestión del mismo, desde la participación se considera que en ocasiones los lentes urbanocéntricos con los que se mira lleva a tener el armado pautado desde talleres que se ofrecen. las previas son catalizadoras de las problemáticas que suceden y se busca la manera de abordarlas con los talleres que ya se tienen previstos. de alguna manera es ajustar los que sucede a lo que ya está predeterminado con una mirada globalizadora y unificada de las situaciones.

Presentación de la intervención en las infancias

El equipo de salud mental de ASSE de la ciudad de San José de Mayo, brinda sus servicios al segundo y tercer nivel de atención en salud, lo que explica que no hay antecedentes de participación en las rondas rurales.

Con el ingreso de los cargos de residente y practicante al servicio se piensa en activar las redes de salud para situar las posibilidades de participación de ambos roles en la comunidad. De esta manera el servicio tendría mayor alcance con la población, conocimiento de la misma y se extenderían las redes con otros actores de la comunidad en la atención de salud.

Se toma contacto con los referentes y coordinadores de las Rondas en ese momento y se propicia el acercamiento en el mes de marzo del 2017 al dispositivo. Se observa, se escucha y se piensa de las posibilidades y desafíos para desarrollar una actividad que atienda al pedido de las maestras y maestros de las diferentes zonas.

En las previas y en las Rondas el pedido por parte de las maestras y maestros que se escuchaban tenían como eje principal la preocupación por la convivencia escolar en niños y niñas, donde los malos tratos eran visualizados, se hacía referencia a situaciones de insultos entre ellos se dejaban dudas con respecto a situaciones de violencia intrafamiliar. Relataban que en ocasiones no había mapas de rutas claros por parte de las instituciones de educación y salud para seguir lineamientos frente a situaciones específicas.

Se entiende por pedido la manifestación de la percepción de necesidad de ayuda hacia un otro u otros que puedan dar respuesta a su requerimiento. (Rodríguez, 2017)

El pedido formulado de atender a las maneras de relacionarse los niños y niñas de las ruralidades fue escuchado y se problematiza con el equipo de salud mental, principalmente

Las referentes en territorio para pensar la manera de construir una técnica participativa que pueda ser replicada en las escuelas que se aborden.

Se realiza el taller de Buentrato en un total de siete RR, participando un total de ciento veintisiete niños y niñas de entre nueve y catorce años.

Figura 4

Rondas Rurales en las que se participó

Ronda Rural	Escuela Base	Escuelas participantes	Cantidad de niños/as	Grado	Prestador principal	Fecha
Paso Came	N°19	61, 93, 29, 13, 20	18	3°, 4°	ASSE	20/06/2017
San Gregorio	N°43	14, 64	12	4°, 5°, 6°	AMSJ	11/07/2017
Fajina	N°7	30, 23, 90, 72, 37	13	3°, 4°	AMSJ	27/07/2017
Estación González	N°56	57, 5, 70, 36, 89, 4, 16, 27	25	5°, 6°	AMSJ	01/08/2017
Camino del Carretón	N°62	24	6	5°, 6°	AMSJ	15/08/2017
Cañada Grande	N°21	Ronda Suspendida*				05/09/2017
Raigón	N°31	11, 39, 40, 9, 31, 34	11	5°, 6°	Círculo Católico	10/10/2017

Ecilda Paullier	78	28, 112, 79	42	5°, 6°	Hospital Evangélico	24/10/2017
--------------------	----	-------------	----	--------	------------------------	------------

*Cañada Grande- Escuela Sede N°21 Se decide suspender la ronda debido a que el predio de la Escuela se encontraba inundado por la lluvia y no podrían realizarse actividades afuera, siendo insuficientes los salones para llevar a cabo todas las propuestas de la ronda.

Experiencia en la Ronda Camino del Carretón

El día se presentaba soleado, un quince de agosto, de pleno invierno.

El punto de encuentro, de salida para las zonas rurales era en la departamental de salud de san José, ubicado el local en el centro de la ciudad de San José de Mayo.

Allí los actores de las diferentes instituciones que participan en la ronda se disponen a las ocho y treinta de la mañana. Se saludan y se presentan al unísono de “¡qué día frío!”, resonando comentarios “¡llegue con poco abrigo!”, “!me abrigue de más!”, “¡traje el mate!”, “¿me convidas con uno?”, “¡pasé por una panadería y compré bizcochos para compartir!”.. Mientras se espera la llegada de todos los participantes, se distribuye el cronograma del día en papel, aunque de antemano se nos manda a todas las instituciones por mail. La ronda está establecida que empieza a las diez de la mañana y termina a las trece.

El clima es un factor determinante y necesario abordar para llegar a las diferentes ruralidades. Si bien en las conversaciones de pasillo, de encuentros con otras personas en un lugar determinado de cómo nos sentimos con respecto al clima es un tema que abre diálogo,

aquí cobra otra dimensión. Que el día esté frío y acompañados por un sol radiante es una dicha de festejo para llegar al campo. El sol da color, calor y visibilidad en los caminos. Difiere mucho de un día lluvioso, con neblina, o heladas que cuelan hasta los huesos. Ni que hablar que un día con éstas características ponen en alerta de cómo llegar a cada escuela dónde se realizará la ronda y cómo los niños de escuelas vecinales pueden hacerlo si el clima ha afectado a los caminos, tanto los principales como los linderos.

Cuántas variables había que tener en cuenta para que se pudiera realizar las actividades y cuánto para celebrar cuando llegaban los niños a la escuela. Sin niños no hay rondas.

Los referentes ultiman detalles con los participantes a modo de llegar con todos los insumos que se requieren para ese día en las diferentes actividades (carteles, banners, frutas y verduras, pelotas). Nos reubicamos en los vehículos con los que se cuenta, camioneta de la Intendencia, camioneta de la departamental, vehículos particulares, agrupados algunos por afinidad, otros u otras enganchados en la charla que se había situado y a la que no es posible cortar.

Nos disponemos en la camioneta de la Intendencia departamental, camioneta lujosa a mi entender, con aire acondicionado en cada asiento, parecíamos que íbamos a un evento de alta gala. “¡Y si que lo íbamos!” pero no a la gala que se puede estar en el imaginario colectivo cuando se describe semejante vehículo.

Acompañados por el mate que no puede faltar en el viaje, pero con mucho cuidado de no arruinar el tapizado con yerba mate nos disponemos a conversar y a apreciar el paisaje. Algunos técnicos se presentan, otros ya se conocen. El chofer de la carroza nos dice “que es necesario tener a psicólogas en el equipo de las Rondas. Que otros años no pasaba y en

ocasiones se han presentado situaciones con familias determinadas y no se sabe ¡ qué hacer! ”.

En el camino se aprecia los diferentes colores del campo, los diferentes relieves, los animales que lo habitan (vacas, ovejas, gallinas, chanchos, perros, gatos caballos), las casas alejadas una de las otras, algunas con colores más encendidos y otras más tenues o faltas de pinturas, que te preguntas en el imaginario de varios escenarios al respecto; si estará la casa abandonada o es una decisión de los que la habitan o él o la que lo habita, o cual es la razón, si es que la hay. Lo lindo de transitar el camino y observar son todas las preguntas que llegan a la mente y la imaginación de múltiples escenarios.

Figura 5

Paisaje del Camino del Carretón



Recorrimos 15 km aproximadamente en media hora porque el camino tenía algunos pozos que había que desviar a modo de mantener la derecha en el camino que no está

delimitado. Lo que en una ruta en buen estado con una camioneta con esa tecnología se puede hacer en diez minutos, en un camino vecinal se lo hace en media hora o más, dependiendo del estado del clima. Luego del movimiento carretero llegamos a la escuela 62, la escuela que recibe, que abre sus puertas para mostrar dónde trabajan, cómo trabajan, y las actividades realizadas. Las Rondas son una oportunidad para exteriorizar su escuela, su segundo hogar, el sitio de encuentro de múltiples actividades y festejos.

Sabemos con anterioridad que ésta Ronda es “chica”, que el núcleo de niños son pocos, en esta oportunidad se esperan niños de las escuelas 24 ubicada en camino del carretón y 82 ubicada en Ruta 3 Km 78.

Figura 6

Participantes presentes en la Ronda Rural



Se da comienzo a las actividades del día en una ronda que se realiza a modo de encuentro en el patio de la escuela, allí cada uno se presenta, y se colectiviza por parte de los referentes el cronograma de actividades de la jornada. La presentación la realizan los técnicos de las diferentes instituciones y las maestras referenciando a qué escuela pertenecen y el núcleo de niños que las acompañan.

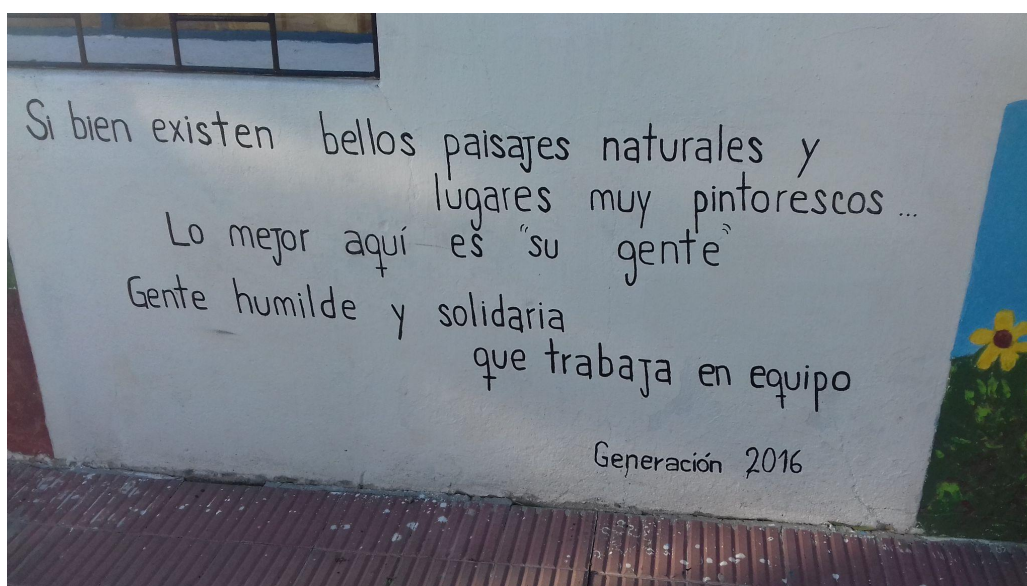
Los niños y niñas atentos al cronograma leído a viva voz por los coordinadores , atienden con qué profesional y qué actividades van a realizar en un principio y al finalizar la presentación rompen ronda y se acercan entusiasmados asegurándose de estar con las personas correctas listos para que comience el encuentro.

Nos ubicamos en un salón que se nos asigna de antemano, gestionado por la organización de los referentes en conjunto con el director o directora de la escuela y nos hacemos un lugar. Corremos bancas con ayuda de los niños y niñas, en medio de diálogos de los que pertenecen a la escuela que se visita, “¡ éste en mi salón, ésta es mi banca, mi mochila, lo que está en la cartelera lo hicimos con el maestro de la huerta!”.

Nos disponemos en el piso del salón todos sentados a “lo indio”, se presentan y nos presentamos, los niños y niñas relatan que la mayor parte de ellos se trasladan a sus escuelas en bicicleta, algunos caminando, y si queda más lejos en vehículos que pueden ser propios o que el patrón les presta a sus padres.

Figura 7

Frase estampada en una pared de la escuela que refleja el sentir de la gente allí



El juego cómo vehículo, los niños cómo los pasajeros de un viaje diferente, novedoso.

Se piensa con las referentes del equipo de salud mental del servicio cómo planificar un taller con niños y niñas que de alguna manera sea replicado en cada ronda rural, para tener referencias partiendo de las mismas reglas del juego.

Se planifica tomando como referencia el taller desde el concepto metodológico de la Educación Popular donde lo define como:

“Dispositivo de trabajo de grupos, que es limitado en el tiempo y se realiza con determinados objetivos particulares, permitiendo la activación de un proceso pedagógico sustentado en la integración de la teoría y práctica, el protagonismo de los participantes, el diálogo de los saberes, y la producción colectiva de aprendizajes, operando una transformación en las personas participantes y en la situación de partida”(Cano, 2012)

Sostenidos en este método que organiza el trabajo, que nos delimita en un tiempo determinado es que se piensa en los niños y niñas situando al jugar como acción que mueve al diálogo y al cuerpo.

El juego como técnica participativa de educación popular, utilizado en función de un tema y objetivo específico y que nuclea los participantes a los que se apunta de cara a la promoción del buen trato.(MTP, s.f)

Nos encontramos en nuestra búsqueda bibliográfica con un juego de mesa llamado Antivirus - BT (Buen Trato) juego para aprender a convivir con otros niños y niñas, donde participan entre 3 y 18 participantes de un tiempo estimado de 40 minutos. Es diseñado por

un programa llamado CLAVES que es parte de una Sociedad Civil Organizada Juventud de Cristo en Uruguay(Casas, et al., 2003) que trabaja en la prevención del maltrato y del abuso sexual hacia niños, niñas y adolescentes así como en la promoción activa de los vínculos y la cultura del buentrato. Con más de 20 años de experiencia han trabajado con diversos públicos tanto en Uruguay como en América latina. Los materiales que han sido creados y desarrollados por el Programa Claves no tienen incidencia religiosa, son materiales que han sido desarrollados para que diferentes actores sociales dedicados a la prevención de la violencia y maltrato infantil puedan hacer uso de ellos y puedan ser abordadas desde una manera dinámica en pro de problematizar situaciones de la vida cotidiana que se naturalizan.

El Programa trabaja en torno a la sensibilización y capacitación en la temática del buen trato, con y hacia niños, niñas, adolescentes, familias, referentes educativos y profesionales. Procura a su vez, generar conocimientos, construir herramientas didácticas y abrir espacios de participación. Punto desde dónde nos centramos para problematizar situaciones con los niños y niñas que participaban del día que se hacía la actividad. (Casas, et al., 2003)

Figura 8

Planificación del taller de intervención en Rondas Rurales

Planificación del taller:

Dirigido a:

Tercero, cuarto, quinto y sexto grado de las escuelas rurales que están seleccionadas por ANEP-CEIP.

Objetivo General:

-Promover a través del juego la reflexión de las relaciones interpersonales entre pares.

Objetivos Específicos:

-Pensar diferentes situaciones problema que plantean las tarjetas y poder buscar juntos la mejor manera de abordarlas.

- Problematizar situaciones de la vida cotidiana que suceden en los lugares donde transitan (hogar, escuela, familias, entre otros).

- Fomentar como valores principales: La empatía, solidaridad y compañerismo.

Desarrollo:

Presentación de todos y todas que participamos del encuentro dispuesto en una ronda en un salón destinado ese día. Los niños y niñas decían su nombre, edad y que escuela representaban.

Procedimiento: se acerca la temática, el porqué de trabajar con ellos. Se invita a que piensen que les sugiere el Buen trato y el Mal trato.(Casas, et al., 2003)

Se divide la cantidad de participantes y se los agrupa en no más de 6 equipos, la manera de agruparlos fue usando la técnica de concederles un número a cada uno, dependiendo del total de niños y niñas. Se agrupan con el mismo número. Todos los 1, todos los 2, etc.

Se les otorga una ficha de color a cada grupo, que los representará en el tablero que tienen frente formando una ronda. Proceden a ubicar su ficha en el área de salida que está señalizada con una computadora que se encuentran en las esquinas del juego(puntos de partida de cada equipo) y que a su vez están conectadas una con otras.

Cada computadora tiene uno o más virus particulares, que la infecta y entorpece su conexión a la red. Le pedimos a cada grupo que lea en voz alta que tipo de virus presenta la computadora que le correspondió. Los virus son los siguientes:

(Discriminación/Aislamiento); (Robo/Destrucción); (Golpes/manoseos);(Amenazas/Presiones); (Chismes/Mentiras/Burlas); (Insultos).

Durante el transcurso del juego procuraremos activar ciertos antivirus que nos van a ayudar para desactivar estos virus que dañan emocionalmente a las personas con el objetivo de llegar al centro del tablero dónde se termina el juego logrando así una convivencia libre de virus.

Para llegar al objetivo hay que trasladarse por casilleros que tienen algunas indicaciones agrupadas a los lados del tablero: 1-íconos de fiesta: el grupo toma una tarjeta y realiza la consigna, que pueden ser un desafío con sus compañeros de grupo (prendas, dígalos con mímica, representar una emoción particular).

2-ícono de “MSN”: el grupo toma una tarjeta y al compartirla con el resto de los compañeros y compañeras responden a una situación particular que los invita a pensar, debatir y reflexionar. Adaptamos éste punto actualizando el juego con el ícono de Whatsapp.

En ésta experiencia de ronda participaron cuatro varones y dos mujeres de quinto y sexto grado de primaria de diez, once y doce años, los seis pertenecen a la escuela N° 62 que fue la escuela base; dicho establecimiento cuenta con un total de veinticinco niños y niñas en primaria y veinticinco adolescentes en séptimo, octavo y noveno grado liceal. De la escuela veinticuatro que era la invitada no habían niños y niñas de esas edades, la escuela cuenta con un total de siete niños y niñas su totalidad.

Del registro inicial que tomamos con los niños y niñas, frente a las problematizaciones de las tarjetas de MSN que se eligieron al azar se recabó a través de la escritura las respuestas en tiempo real de lo que se reflexiona en el momento.

1)-Cuando se forman los equipos de fútbol en el recreo, nunca eligen a Daniel por no jugar bien ¿Cómo te sentirías si fueras Daniel?

“¡Ah eso pasa siempre!” dice a viva voz Diego, que tiene 11 años y que nos cuenta que su pasión es jugar al fútbol. En los recreos pasa con Thiago que hoy no vino y que cómo

no le gusta el fútbol pero necesitamos quien ataje va al arco! no le gusta y no sabe jugar, y exclama “¡ sí, porque el que no sabe jugar va al arco!”. En ese momento preguntamos qué pasa entonces con Thiago, cómo creen que se siente el compañero; Juan señala “ y mal, discriminado”. Diego nos dice que él sabe jugar al fútbol, pero que si fuera Thiago o Daniel se molestaría mucho. Manuela comparte que con las mujeres pasa lo mismo con el juego del elástico, si no sabes saltar bien te ubican en un extremo para sostener el elástico y de ahí no salís más. A mi me lo hacen, y me pone muy triste que lo hagan. Paulina agrega que debería de decirlo cuando se siente así porque ella no se da cuenta cuando se pone mal. Juan con voz baja dice que se sentiría ignorado, Paulina habla encima y dice que Juan es tímido y que no habla mucho en general. José agrega que le pediría a los demás para que lo ayuden a practicar y jugar mejor. Gonzalo refiere que le pasó en su Escuela anterior, que se practicó y mejoró mucho.

2)-José rompió tu figura favorita, entonces tú le rompiste la mochila, luego José te dio un puñetazo en la cara. ¿Cómo te parece que continuará esa historia? ¿Cómo terminará?

En tono alto Gonzalo nos dice “¡ y mall, ¿cómo más?!”, “ ¡a mi no me gusta la pelea pero si uno le pega al otro y así no termina bien!”. Manuela refiere que ella le diría a la maestra. Paulina dice si está bien eso, pero si mi madre se entera que yo le rompí la figurita a alguien o algo me mata! Si a mi mi padre me mata dice Diego que nos mira con cara de vergüenza. Yo creo sostiene José que la piña estuvo de más. Yo le diría a la maestra también y que ella vea que hace con eso, comparte Juan. Los invitamos a pensar si hay otras maneras de terminar con una situación que se inició desde una mala decisión. Gonzalo aporta que él pediría perdón si fue él quien rompiera la figura a otro compañero. Juan dice que él no sabe

qué haría y Paulina dice “¡pero es fácil!”, yo le digo a mi mamá, que ella sabe resolver las cosas!, la idea es que la resolvamos nosotros Pauli, le responde Manuela.

3)-¿Se dan situaciones de que se adjudiquen apodos o nombres hirientes?

“José dice si a mi me dicen “Colita” porque tengo el pelo más largo atrás, depende de quién me lo diga si me molesta o no”; “Juan señala que son feos los sobrenombres, me molesta que me digan orejudo, ¡yo no tengo la culpa de mis orejas!”, Bueno le dice Paulina pero ahora no te pones a llorar cómo antes. Manuela refiere que la llamaban afrodescendiente y que no iba a nombrar a nadie, pero que en su momento, refiriendo al tiempo pasado le molestaba mucho y que llegaba a su casa llorando de la rabia que le generaba. Las miradas entre quienes coordinamos nos dan la pauta de cuándo interrumpir los diálogos entre los niños y niñas para abrir a la reflexión y a nuevos cuestionamientos sobre lo que se intercambia. El cambio de la voz, del tono y de alguien nuevo en el grupo de los ya conocidos abre camino a la escucha entre ellos y el posible pienso de nuevos comienzos.

4)-¿Cómo se sintieran si un amigo les mintiera?

“Paulina dice que decepcionada, que ya le ha pasado, que ella lo hace pero las mentiras de ella son piadosas”. Manuela alude que ella “lo casca, le pego si me miente alguien”; “¡ te parece que para tanto le dice Diego!” y agrega ``sos un poco exagerada vos! “No está bien mentir”, dice José.

Abrimos a pensar el porqué de las mentiras, que los conduce a recurrir a tal afirmación que conduce a que algunas consecuencias no sean las que se busca.

Luego de culminado el juego, dábamos el lugar a que pudieran compartir y reflexionar sobre qué les había parecido el juego, cómo se sentían luego de haber transcurrido por la experiencia y abierto a lo que quisieran compartir.

Paulina alude con una sonrisa “¡ con ganas de seguir jugando!” y pregunta si hay premio al ganador, invita a la risa grupal. Diego, Manuela y Juan se sintieron bien sin más que agregar. Gonzalo refiere que fue “una charla emocional” Sosteniendo que su hermana que es mayor que él va a la psicóloga y hablan de las emociones y de cómo se siente, como acá hoy. Y yo nunca había hablado con una, dice José con expresión avergonzada, a lo que le respondemos casi que a la misma vez: “¡y hoy hablaste con dos!”.

Terminada la jornada del día se participa de un almuerzo que la escuela base organiza a modo de compartir con todos los actores presentes el día de la ronda. Los técnicos colaboramos con un fondo económico que se junta a modo de alcancía para colaborar con la escuela para el almuerzo. Un compartir entre todos en el pastito o dónde se encuentre un lugar para sentarse, acompañado del solcito que a las doce aproximadamente calienta más, con la milanesa al pan en la mano, disfrutando de la comida casera y de charlas con compañeros “¡ que mejor que terminar así!”.

Se regresa respetando los lugares del inicio a modo de asegurar el retorno y disponerse algunos técnicos a sus hogares, nosotras, a la reunión de equipo de salud mental dispuesta todos los martes de 13 a 17 horas. La vuelta invitaba a una siestita reparadora, si, a una dormidita de las que se estilan en el interior del país principalmente, dónde se paraliza el mundo al menos por dos horas. Diría que con media hora de viaje alcanzaba para recargar energías y continuar la jornada en San José y en mi caso volver al ruido de mi casa en Montevideo, que también elijo y decido vivir.

Nota: Se utilizaron nombres ficticios para preservar la identidad de los niños y niñas

Reflexiones

Lo posible. Las tensiones. Las Contradicciones.

En acuerdo con Alfredo Manuel Ghiso(2011) donde recupera una frase de Paul Ricoeur: “Entre vivir y narrar existe una separación, por pequeña que sea. La vida se vive, la historia se cuenta”(p7), reflexiona que en el momento de generar y socializar los textos sobre la práctica, durante la sistematización, se pueden generar conflictos en torno a la experiencia realizada, porque las narrativas la rehacen, la desordenan, la reordenan y las resignifican desde la perspectivas de los diversos sujetos involucrados en ella. (Sistematización. un pensar el hacer, que se resiste a perder su autonomía.) Se sostiene que la realización de la presente sistematización permite ir al encuentro del análisis de tensiones , contradicciones en varias dimensiones de la intervención. El contacto luego de tres años aproximadamente con la experiencia permite mirar con otros lentes la manera de estar en el campo.

La inscripción de la Salud Mental como programa prioritario dentro del SNIS fue un hecho que abrió el terreno a nuevas conquistas en diferentes ámbitos de la población, reuniendo a más actores de la salud para entender a la persona en su integralidad.(Muniz, 2013). Por lo tanto, se encuentra a partir del Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en convenio con ASSE la oportunidad de insertarse en un equipo de salud mental en una ciudad determinada del territorio uruguayo. La determinación de todos los factores para coincidir con los actores en los servicios es un desafío que hay que resaltar para que se pueda presentar el pienso y seguimiento de las tareas a desarrollar por los académicos en formación.

El perfil del psicólogo requerido por la Especialización de Psicología en Servicios de Salud apuesta a un profesional que resuelva situaciones que se planteen en los tres niveles de atención de la Salud, utilizando las herramientas convenientes a cada situación.

(Muniz,2013). Partiendo de la intención de la formación de nuevos profesionales con carácter de insertarse a las nuevas modalidades que apuesta el país, se piensa en la posición del psicólogo que se dirige a las diferentes ruralidades que existen en San José. En este sentido se piensa en la intervención del psicólogo hacia el PNA en Salud a través del taller con niños y niñas en el dispositivo de Rondas Rurales en retrospectiva encontrando algunos cuestionamientos que abren nuevas maneras de mirar la práctica.

La intervención en las infancias desde el equipo de Salud Mental de ASSE rescata las vivencias de algunos niños y niñas de las diferentes ruralidades. Sus voces se hacen presente sobre la temática del buen trato a través de las diferentes problematizaciones que se presentaron en el juego de mesa. La temática sobre la violencia que se trabajó con niños y niñas que concurrieron a los talleres es un problema de salud pública y hacia dónde las políticas sociales apuntan.

A nivel Internacional se aprobó en 1989 por la Organización Mundial de las Naciones Unidas (ONU), la Convención sobre los Derechos del Niño, donde se afirma que los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos.

Establece en su Artículo 3 lo siguiente:

“ 1.En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las Instituciones públicas o privadas de bienestar social, las autoridades administrativas, o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el Interés superior del niño”.
(ONU, 1989, párr. 4)

En nuestro país a través de la Ley N° 17.823 del Código de la Niñez y Adolescencia (Uruguay, 2004) se garantiza el cumplimiento de los derechos, deberes y garantías de todos los niños, niñas y adolescentes del país. Por lo que es de orden de las instituciones estatales asumir roles que apunten a la identificación de necesidades y carencias de las poblaciones perciban.

La violación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes debe ser abordada como prioridad por las políticas públicas con mirada hacia las diferentes ruralidades, tomando como punto importante partir de la mirada plural de las personas con las que se van a encontrar, no sesgada en una masa homogénea.

Rosa Cristina Monteiro refiere que

“No podemos hablar de una única ruralidad ni de una oposición maniquea entre lo rural y lo urbano. No debemos hacerlo porque resulta empobrecedor trabajar con la idea de que lo rural es homogéneo. Esta ha sido la idea de toda la modernidad, según la cual lo urbano era un factor de desarrollo y lo rural era lo que no se desarrollaba. Por esto, en la modernidad, “rural” significa atraso, y “urbano” desarrollo”.(Landini et al., 2015)

Tomando el aporte de la autora y en acuerdo con ella una de las contradicciones que es posible constatar en la intervención con los niños y niñas, parte del inicio de la planificación del taller, que fue replicado en todas las RR con los mismos objetivos. Nos conduce a una mirada sesgada de las múltiples problemáticas existentes en las comunidades donde estaban situadas las escuelas rurales. Lo posible fue participar de algunas de las previas que se realizaban, escuchar los pedidos de las maestras y entender hacia qué escuela nos dirigimos y con qué características. La limitación fue no poder dar respuesta a la mayor cantidad de situaciones planteadas. Esta limitación obstaculiza la mirada de las ruralidades como potencializadores que a través de la pluralidad de vivencias, de voces y subjetividades

generan especificidades que deben ser abordadas desde el sector salud. Es interesante vislumbrar que si bien cuando nos acercamos al campo y estamos en el campo la tranquilidad que nos abraza desde la naturaleza, no es la misma que se visualiza cuando se mantiene contacto con las situaciones que allí suceden. Cada escuela difiere una de otra, y sus conflictos también y las maestras son catalizadoras de eso. Desde su lugar observa el alumnado y las familias que se acercan, dónde la preocupación en muchas situaciones es una constante que pugna a buscar redes que acompañen eso que se naturaliza o es invisibilizado.

Es necesario contar con “un diagnóstico de la situación mental que se pueda hacer de la zona o territorio, dónde es necesaria una visión menos hospitalocéntrica, más comunitaria, más participativa y colaborativa, entre los equipos de APS y los de salud mental”. (Tizón, 2000)

El Psicólogo inserto en la comunidad acompañaría el cambio en la orientación del Sistema de Salud ampliando la perspectiva intrapsíquica que dominaba la psicología tradicional, rompiendo barreras, saliendo a la comunidad, conjuntamente con un equipo interdisciplinario y accesible a las personas que los contacten. Acercarnos a los lugares donde las personas se reúnan, dónde ya haya dispositivos funcionando allí, para de esta manera promocionar salud.

En ese punto un motor de búsqueda de nuevas miradas a la intervención es el encuentro de quien narra con la participación de la psicología en las ruralidades. Donde se ha trabajado por parte de muchos profesionales interesados en el tema en un campo de intervención de la psicología con las personas que habitan los campos.

Se señala por Leite y Dimenstein que “[existe] una enorme laguna de participación de la psicología en estas cuestiones, especialmente respecto de las ruralidades, los modos de subjetivación y los procesos psicosociales e identitarios en contextos rurales” (Dimenstein,

M 2013 como se citó en Landini et al., 2015). De hecho, hace demasiado tiempo que venimos pensando lo rural a partir de los lentes urbanos que tradicionalmente nos propone la psicología, lo que distorsiona lo que vemos, limitando nuestras posibilidades de actuar eficazmente en esos ámbitos” (Landini. et al2015)

Esta mirada nos abre la posibilidad de pensar la vuelta al campo desde otra perspectiva. Reflexionar sobre las diferentes ruralidades, deconstruyendo lo que las estadísticas nos marcan, dónde todo está delimitado por franjas, dónde en las fronteras, en las coyunturas se generan problemáticas de las más variadas. Integrarse con los actores de las comunidades rurales, buscar en conjunto las maneras de favorecer el encuentro. Por lo que se considera necesario que a través del posicionamiento de los psicólogos en el PNA en salud o desde el equipo de salud desde dónde se parte (en nuestra intervención desde un equipo de salud mental de un segundo nivel de atención en salud) se piense en conjunto con los demás técnicos. Es necesario el acercamiento de las diversidades de la comunidad, para poder entender y construir respuestas a las múltiples problemáticas que están presente.

Trabajar desde una red social cómo dice Elina Dabas:

“la noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo (...) que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes, al ser éstos socialmente compartidos (Dabas 1999)

Es necesario apostar a la interrelación y el trabajo con las familias, los equipos de trabajo, el barrio, las organizaciones, las escuelas, la comunidad en general. Apostando a la descentralización de los servicios, creando alternativas para llegar más lejos.

Es importante brindar servicios amigables a las personas, que se sientan cómodos cuando realicen una consulta y respaldados por los servicios de salud. De esta manera se logra una mayor participación y empoderamiento de los integrantes de las ruralidades, para llegar a propiciar Salud y no solamente dirigirse cuando no hay otra alternativa. Esta retroalimentación que se genera puede aportar al pienso de las maneras de enseñar en los diferentes ámbitos académicos, en el acercamiento a las comunidades rurales. La importancia del encuentro con las disciplinas que desarrollan sus lineamientos para fortalecer el posicionamiento del psicólogo en los tres niveles de salud que plantea el SNIS.

En esta línea se destaca a Alicia Migliaro, la cual señala:

“La psicología rural está llamada tanto al análisis como a la acción, a la producción de conocimiento y a la intervención social. Será ésta una psicología rural que pueda interpelarse a sí misma y a los contextos en los que opera. Una psicología rural abierta al diálogo con otras disciplinas y saberes no académicos. Una psicología rural que no esquive el debate epistemológico ni las tensiones políticas. Una psicología rural lúcida, crítica, inquieta” (Landini et al., 2015)

Es interesante observar que si bien cuando nos acercamos al campo, la tranquilidad que nos abraza desde la naturaleza, no es la misma que se visualiza cuando se mantiene contacto con las situaciones que allí suceden. Cada escuela difiere una de otra, y sus conflictos también. Las maestras son capaces de captar todo esto. Desde su lugar observan el alumnado y las familias que se acercan, dónde la preocupación en muchas situaciones es una constante que pugna a buscar redes que acompañen eso que se naturaliza o es invisibilizado.

Reflexiones finales

Es posible resaltar los aprendizajes obtenidos en el atravesamiento por la experiencia de inserción como profesional de la psicología, residente en el programa de Rondas Rurales del departamento de San José.

El proceso del pasaje por la Facultad de Psicología como estudiante de una Especialización que apuesta a la actualización de los profesionales, permitió pensar las prácticas con el colectivo de residentes y docentes, abriendo nuevos derroteros.

Es importante destacar el encuentro con la diversidad de los niños y niñas que habitan las ruralidades profundas. El valor de sus voces que reflexionaron y problematizaron desde sus lugares lo que pensaban con respecto a las situaciones que se fueron presentando, abriendo nuevos diálogos con sus compañeros y compañeras de todos los días. El juego como técnica que impulsa la participación y la apertura de lo novedoso tuvo un plus en la producción de nuevos diálogos generadores de problematizaciones nuevas y quizás el inicio de nuevas maneras de pensar-se ellos en su cotidianidad.

El encuentro con la Psicología Rural, campo que está en permanente construcción y que apuesta a acercarse más a los habitantes de las zonas rurales, permite cuestionar y pensar en las múltiples maneras de poder realizar la práctica en las escuelas rurales para obtener una mirada más nítida de donde se está y hacia dónde se quiere ir. Es necesario encontrar caminos que lleven a entender mejor esa realidad, a poder abarcar esa heterogeneidad desde una perspectiva más amplia que no se encuentre sesgada por los enfoques urbanos.

Referencias

Administración de Servicios de Salud del Estado. (2009). *Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E) y la Universidad de la República - Facultad de Psicología.*

https://psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf

Agüero, et al (2017) *El Camino de la Sistematización*. INTA

Bagnato, M., Gimenez, L., Marotta, C, Netto, C, Rodriguez, A (2001) *De Ofertas y Demandas: Una Propuesta de Intervención en Psicología Comunitaria*. Revista de Psicología, 002, pp101-109.

<https://revistapsicologia.uchile>.

Battaglino, M (2019) Fortalecimiento de la participación comunitaria en el Servicio Rondas Rurales del Departamento, Coordinado por la Dirección Departamental de Salud de San José. Claeh.

Berrutt , L. Cabo, M, Dabezies, M (2014) *Sistematización de Experiencias de* Calatayud, F (1999) *Introducción a la Psicología de la Salud*. Paidós Tramas Sociales.

Borgia, F., Gularte, A., Gabrielzyk, I., Azambuja, M., Soto, J., Corneo, M., Giménez, H., Arraras, M., & González, S. (2012). *De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay a la priorización de la salud rural como política pública..* Saúde em Debate, 36(94), 421-435.

Dabas, E (1999) *Redes en Salud*. Redes en Salud

<http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/giles/redes.pdf>

Extensión. Cuadernos de Extensión. N°3. Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM)

Cantieri, R. (2009.). *De la colonia colectiva al predio individual : formas y procesos asociativos en productores familiares colonos. Estudio de caso en productores lecheros familiares. Colonia Damón-INM. 443. Instituto Nacional de Colonización. Departamento de San José. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.*

<https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html> [Accesado el 9 Diciembre 2022]

Carro, S (2012) *Tejiendo Redes. La relación Escuela, Familia y Comunidad en el medio rural*. Psicolibros Universitario

Casas, A et al (2003) *Manual Derecho al Buentrato*. Mastegraf srl

Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978, setiembre 6-12).

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Ghiso, A (2011, enero-abril) *Sistematización. Un Pensar el hacer, que se resiste a perder su autonomía*. Decisión

Jara, O. (1994). *Para sistematizar experiencias: Una propuesta teórica y práctica*. Alforja.

Jara, O. (2018). *La sistematización de experiencias: Práctica y teoría para otros mundos posibles*. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano.

Judasa (s.f). *Manual Técnicas Participativas*. Sucre Bolivia.

Landini, F et al, (2015) *Hacia una Psicología Rural Latinoamericana*. Clacso.

Lee Teles, (2009) *Política Afectiva- Apuntes para pensar la vida Cotidiana*. Fundación La Hendija.

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>

Muniz, A. (2013, mayo). Propuesta de especialización de psicología en servicios de salud.

<https://psico.edu.uy/ensenanza/posgrado/especializacion-en-psicologia-en-servicios-de-salud>

ONU (1989, diciembre 6). *Convención Sobre los Derechos del Niño*.

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

Tizón, J. (2000) *La atención primaria en salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante*. vol 26.Nº 2.30 de junio

[https://core.ac.uk > download >](https://core.ac.uk/download)

Uruguay (2007, diciembre 13). Ley Nº 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>

Uruguay (2007, diciembre 13). Ley Nº 18.161: Administración de los Servicios de Salud del Estado

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007>

Uruguay (2011, marzo). Plan Nacional de Salud Rural

https://pmb.parlamento.gub.uy/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=8062

0

Uruguay (2004, septiembre 7). *Ley 17.823 Código de la Niñez y Adolescencia*

<https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>

Uruguay (2017, octubre). *Info Salud San José*.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-pública/sites/ministerio-salud-pública/files/documentos/publicaciones/INFOsalud>

Visallante, T (2006) Redes y Conjuntos de acción: para aplicaciones estratégicas en los tiempos de la complejidad social. vol.11.6 REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales

<http://revista-redes.rediris.es>

Anexos

Entrevista a Víctor Minetti, ex-coordinador de las Rondas Rurales

El marco teórico de las Rondas está en construcción. Se trata de un trabajo interinstitucional, de redes, trabajo en red comunitaria (vecinos, organizaciones sociales, prestadores, organizaciones formales y no formales).

El impulsor es el Primer Nivel de Atención y el combate de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como el Decreto de Salud Rural de 2012, que actualmente habría sido demolido, y la política pública de Gobierno de Cercanía “llevarle a la gente el servicio a la casa”. La Ronda Rural como respuesta de la política pública del Gobierno de Cercanía.

En San José hay población rural dispersa, “En la ruralidad vos tenés que estar en el medio, llegar al medio para desarrollar políticas públicas”.

Proceso de las Rondas:

En el año 2012 comienzan a funcionar como ferias rurales, en 2013 continúan con este formato, realizándose 1 vez por mes y con mayor incorporación de prestadores, intendencia dptal y MGAP.

En 2014 se realiza una ronda por semana, apoyados por el proyecto de desarrollo territorial, y con la incorporación de más actores institucionales.

En 2015 se comienzan a realizar las previas y las rondas pasan a hacerse cada 15 días, como hasta la actualidad.

En Junio de 2016 se firma el acuerdo.

Además del trabajo interinstitucional y en red, destaca también la apertura de primaria, “se puede intervenir en los temas que aparezcan”, y el trabajo multidisciplinario con más de 20 técnicos.

Señala que hay familias que esperan las Rondas, pero faltan dispositivos que ayuden a un mayor involucramiento de éstas. “Las políticas de salud no toman a la familia como intervención, si como unidad de medición”, y en su opinión las Rondas deberían apuntar hacia una fuerte intervención en la familia, faltan para ello más líneas de acción.

También hay otras experiencias de “Rondas Rurales” en el resto del país, como por ejemplo, Paysandú y Durazno, pero no con tanta frecuencia ni continuidad como en San José.

Las principales problemáticas que ha observado son: casos de abuso, violencia, depresión, niños hiperactivos, negligencia, consumo (principalmente en zonas puntuales), IAE en familiares.

Ante casos excepcionales que así lo requieran, instituciones como MIDES, BPS, e INAU, van a terreno.

Como debilidades señala: debilidad en cuanto a la contra-referencia, se intentó la implementación de un sello a los pases médicos, para que se les de prioridad a las personas derivadas en las Rondas, pero no funciona como es esperado; evaluación principalmente cuantitativa, debilidades en cuanto al Sistema de Salud.

Referencias teóricas sugeridas y para mayores datos:

- Piñeiro, Medio rural y población dispersa
- Elina Dabas. Redes
- Oscar Garrastegui Piso 2 oficina 206, Ministerio de Salud pública

Entrevista a Dr. Ma Noel Battaglino, directora Dptal de Salud

02 de Mayo 2018

El Plan de Salud Rural comienza en 2010, cuando surge se fue citando desde la Departamental a todos los que se consideraba estaban involucrados en esa temática, instituciones sociales y también el grupo de asociaciones rurales, sindicato de los trabajadores rurales, para ver qué necesidades se ponían sobre la mesa y empezar a proyectar algo desde ahí.

En las primeras instancias estuvieron la parte social muy presente, que después se fueron retirando, los trabajadores, los gremios, se fueron retiraron de esas conversaciones. Cuando se firma el Convenio, no participaron más, se les ha ofrecido volver a participar pero hasta ahora nunca tuvimos respuesta afirmativa.

El proyecto era mejorar la accesibilidad y acercarse al área rural pero con un enfoque bien integral, si bien la asistencia era como uno de los pilares fundamentales, no era lo único.

Si bien es cierto que en nuestro Dpto tenemos una población rural dispersa y con problemáticas específica, también es real que hoy día la accesibilidad geográfica no es un problema, las distancias que tenemos en el departamento no son tan grandes, ni tampoco hay accidentes geográficos. Lo que sí sabemos es que hay una barrera de accesibilidad cultural, que es esa idea que la población rural tiene de la salud, muy diferente a la que tenemos en el sector urbano. Todo lo que es promoción y prevención la población rural no lo toma como trascendente, para ellos no es importante, ellos es el día a día, consultan si tienen alguna molestia, algún dolor, algo puntual, y a veces, sino se me pasa solo en 2 o 3 días.

Por eso queríamos acercarnos con actividades de promoción y prevención.

Las escuelas rurales siempre son como un lugar de referencia, se empezó a trabajar con las escuelas rurales, pero lo que vimos (porque es un proceso que se ha ido evaluando y corrigiendo sobre la marcha), es que llegábamos a los niños, que es fundamental porque además en esto de inculcar y fomentar hábitos esa es la edad donde vamos a tener más éxitos si eso logra continuar, pero la población adulta seguía quedando como muy alejada, con poca participación. Por ello fue que este año se planteó el cambio de horario, teniendo en cuenta el horario de trabajo de las personas que trabajan en el tambo, porque nuestro Dpto forma parte de la cuenca lechera, y es la principal rubro dentro de lo rural. Se trató de generar una instancia donde se pudiera prolongar el horario de participación.

Lo otro es mejorar la convocatoria no sólo en los niños que llegaran con un afiche algo más claro de lo que se iba a hacer, sino también los adultos de la zona, entonces de parte del BPS nos van informando cuales son los días de cobro para poder hacer una movida en cuanto a comunicación, ahí llegamos a la tercera edad, que también es una población difícil de que venga, tenemos que ir a buscarlos nosotros.

Nos siguen quedando pendiente los adultos y en eso pensamos trabajar con otras instituciones referentes de la zona, como clubes deportivos, los grupos de MEVIR, todo lo que podamos detectar como referentes y de agrupaciones.

También vamos a trabajar en las Mesas de Desarrollo Rural, esa es una instancia que tiene el MAGP con referentes de las localidades en cuanto a temas productivos, por lo general se encargan de eso pero queríamos incorporar esto. Hasta ahora no hemos podido ir a ninguna mesa, pero sí de parte del director de ganadería del departamento tuvo muy buena aceptación esta propuesta, y él iba a ser el encargado un poco de transmitir, hasta que de ellos surgiera la necesidad de preguntarnos a nosotros. Tengo entendido que es mensual, nosotras fuimos este año en Febrero con Eugenia donde mostramos qué era la Ronda Rural, cuál era nuestro proyecto, qué cosas teníamos para ofrecer, y cómo queríamos acercarnos. Fue bienvenido pero hasta el momento en las siguientes rondas de desarrollo rural no hemos participado por ahora.

¿Qué le falta a la ronda rural? Nosotros creemos que le falta la continuidad asistencial, porque si bien captamos al paciente, después lo perdíamos, no sabíamos que pasaba. La idea era captarlo, contactarlo con su prestador de salud, y tener una idea de cómo se seguía atendiendo ese paciente. Por ejemplo, va un adulto, se toma la presión y tiene cifras elevadas, con eso no vamos a hacer un diagnóstico, pero si es una alerta para que ese paciente concurra a su prestador, su médico de cabecera la haga un seguimiento y determine si es hipertenso o no, si hay que tratarlo o no, esa retroalimentación la teníamos que tener nosotros también. Esto lo hemos trabajado mucho con los prestadores últimamente, mejorar ese engranaje de referencia y contrareferencia, ellos tomarnos a nosotros como alguien que iba a tratar de armar ese proceso de continuidad asistencial.

Este es un convenio entre diferentes organismos y Ministerios, siempre el proceso fue liderado desde la Dirección Departamental de Salud, y siempre hubo un referente acá a cargo. En su momento cuando empezaron fue Javier Bentancor, nurse que ha participado muchas veces en las Rondas por la AMSJ; cuando Javier se va queda Víctor y cuando Víctor se va queda Eugenia. La Institución siempre tiene una persona que se encarga de coordinar y gestionar esto, pero esa coordinación es con 22 instituciones.

La previa es la recorrida a las escuelas anterior a la realización de cada ronda, ahí se ve las problemáticas de la zona, qué necesidades hay, qué problemas podemos intentar mejorar, y en base a eso se diagrama cómo se va a desarrollar esa Ronda. No es una propuesta que esté cuadrada, enmarcada, que sea siempre la misma, sino que se va amoldando en lo que va surgiendo de esas previas anteriores. Eso creemos que es una gran fortaleza porque creemos que no es un producto armado que viene y aterriza, es consultado por los referentes de la zona cual es la propuesta para esa localidad.

Las previas se hacen en las escuelas porque hasta ahora siguen siendo el lugar de referencia, entonces se va a las escuelas, se conversa con las maestras, una debilidad que debería mejorar, es que yo creo, que deberían participar de esas previas las comisiones de apoyo, las comisiones de fomento de las escuelas rurales, que es muy fuerte en el medio. La comisión de apoyo son los referentes del medio, tienen una participación muy importante en todo lo que son las actividades de la zona y en mi opinión deberían estar presente en las previas, pero ahí tenemos la dificultad de los tiempos, de nosotros cuando podemos ir, de las maestras cuándo nos pueden atender y que los padres puedan concurrir en un horario que por lo general es el horario nuestro de oficina cuando salimos a hacer las previas, pero sería un valioso aporte que pudieran participar.

La forma de aplicar las estrategias del Programa de Salud Rural es a través de las Rondas.

El Primer Nivel es un equipo básico de salud que debe resolver en forma integral los problemas de esa población, entonces se precisa el equipo, una población referente designada para ese equipo, no es tan fácil de implementar, eso lleva tiempo. ASSE este año tomó como línea principal de trabajo, terminar de armar esos equipos de asistencia. Y a través de las UDA rurales, de las unidades asistenciales, es que se está comenzando a implementar. En el Dpto, Ecilda Paullier, donde hay una UDA, ha sido el que más ha logrado formar esos equipos y está trabajando en eso, pero en el resto del Departamento y el país queda mucho por mejorar todavía.

En todo lo que es el cambio del modelo asistencial, tenemos que el sector público se ha enfocado más en eso, y al sector privado le sigue costando mucho, porque el sector privado sigue pensando muy en el modelo anterior y sigue centrando la gran mayoría de sus recursos en el segundo y tercer nivel de atención, el primer nivel sigue siendo un médico solo en una policlínica, eso ha llevado a que el primer nivel tenga tan baja resolutiveidad. Se resuelve muy poco, cuando todos sabemos que lo ideal es entorno al 80 o 85 %, no está dada la estructura como para resolver ese porcentaje de problemáticas, sino tenemos laboratorio, no tenemos

rayos, no tengo una psicóloga, una asistente social o una enfermera, que es el equipo básico para la asistencia, voy a poder resolver muy poco con una sola persona.

Para nosotros es muy importante que nos digan, una localidad que tiene 500 habitantes qué servicios debe tener, eso debería estar pautado, por ahora va quedando librado al sentido común, el sentido común es muy subjetivo, y cuando uno va a negociar con un prestador de salud sino tiene algo sólido, es muy difícil, esa parte no se llegó a reglamentar.

San José fue pionero en empezar con las Rondas, lo que ha pasado es que el desarrollo a nivel nacional ha sido muy dispar. Tenemos desde lo que antes se llamaba ferias de salud que era algo basado en la promoción y prevención pero algo como muy puntual, y que se desarrollaban 3 o 4 en el año, a lo que nosotros llamamos Ronda Rural, que es asistencial y preventiva. La frecuencia con la que nosotros hacemos esas actividades, no la tiene ningún otro departamento, porque acá se hace de Marzo hasta Noviembre, dos por mes, es una altísima frecuencia. Eso nos pone el reto de cómo optimizar los recursos, son muchos recursos los que están involucrados, porque son 22 instituciones que no participarán todas en todas las Rondas pero es una disponibilidad de recursos de las instituciones que muchas veces sentimos que si bien es eficaz no es eficiente. Porque cuando hacemos los balances vemos que hay un montón de recursos invertidos y que los resultados no fueron del todo los que esperábamos.

Otro debe que tenemos en la Ronda y que este año el objetivo es mejorarlo es cómo evaluar, la evaluación tiene que ser durante todo el proceso, desde que empezamos a planificarla, durante y posterior, y para eso tendríamos que tener indicadores de resultados, que es un gran desafío. Cómo medís los resultados en salud no es fácil, hay pocas cosas medibles, mucho cualitativo y eso sigue siendo subjetivo y cómo lo documentás es lo difícil.

Por ejemplo, una encuesta de satisfacción, eso sería lo cualitativo, que de alguna forma la tenemos, no de los usuarios pero a través de las maestras sí. Desde Primaria con la coordinadora de las escuelas rurales que es Cristina, a fin de año hacen esta evaluación que es cualitativa y muchas de estas cosas que se han ido corrigiendo surgen a partir de esa información, pero me parece que tendríamos que tener algo a nivel de los niños, (obviamente diseñado para su edad), y a nivel de los adultos que concurren. Y después siempre algo cuantitativo hay que medir, por ejemplo tenemos número de consultas realizadas, tenemos números de controles que el control aporta algo diferente a lo que es la consulta en lo que refiere a promoción también, tenemos números de PAP realizados, números de vacunas administradas, pero esto en la parte asistencial. Nos falta indicadores de resultados en la parte de promoción, porque la promoción vos la esperas con cambios hacia adelante y en mucho tiempo, no en lo inmediato.

Hay 16.000 habitantes del departamento que están en la zona rural que es dispersa, entonces para llegar con un dispositivo que se instala, es eso lo que nos pasa, es poca la gente, eso es un desafío extra.

Otra estrategia que hemos estado hablando es con relación a la radio, que en la población rural llega mucho, la radio 41, es otra punta a trabajar, deberíamos tener un referente en la 41 que promocióne donde va a estar la Ronda en cada oportunidad.

Les propusimos a los prestadores si ellos tenían en su base de datos a sus afiliados, si los podían agrupar por localidades y si se podía a esa población que está próxima a tu zona mandarles un recordatorio de que va a estar la Ronda Rural, tienen tal y tal servicio. Y bueno eso no fue fácil, porque si bien los tienen por localidad, cómo después poder filtrar para ver a quién les mandan el mensaje, eso no les resultó fácil, pero fue otra cosa que tratamos de proponer. Todo lo que es información a través de los equipos informáticos y la georreferenciación hay que seguirla puliendo, ha mejorado mucho porque ahora tenemos algo, antes no teníamos nada pero aún tenemos dificultades.

En Mal Abrigo hay una policlínica de ASSE conveniada, complementada con la AMSJ, pero también hay que pensar ¿qué población tenemos ahí?, la localidad tiene 200 y algo de habitantes, le sumas la zona de influencia (...) pero son poblaciones muy chiquititas y qué están a 20 minutos de san José. Entonces cuando se maneja la estrategia de los recursos, dónde los vas a instalar, están esas dificultades. Por eso yo creo que es real la barrera de lo cultural.

Comunidades Saludables hay dos en el Dpto, una en Rodríguez y otra en Libertad, es un trabajo interinstitucional con la comunidad, en centros poblados, donde no se trabaja lo asistencial, se trabaja promoción y prevención.

Los Promotores de Salud, es un tema que ha sido muy discutido y abordado. Hace unos años atrás se formó promotores de salud en las distintas localidades, pero después empezaron los conflictos entre cuáles son los roles que pueden asumir, qué actividades pueden realizar y ahí ha sido muy discutido y resistido, pero en un principio los promotores eran parte de esto (PNSR), porque para nosotros es muy valioso ese papel en la comunidad. El tema es que es voluntario, entonces hay personas que están 2 o 3 meses y después no participan más. También se formaron Promotores de Seguridad Vial, hay hasta un libro que se hizo para capacitar. En nuestro departamento hay varios promotores pero en este momento los tendrías que salir a rastrear, y están todos alejados de la participación.

Todas las JUDESA que son las Juntas Departamentales de Salud donde participan los Trabajadores y los usuarios (...) había una persona que iba de los usuarios y que se encargaba de difundir derechos, deberes, cómo se organizaban, cómo se reunían, etc .. esa persona por motivos de salud no pudo ir más y no hubo más representante, es todo este tema de la participación social que es difícil de mantener.

Entrevista a Lic. Ps. Lorena Saavedra, directora RAP San José

Martes 06 de Marzo 2018

¿Cómo es la atención en salud de las personas del medio rural del Dpto? (Policlínicas, distancia, personal, servicios, reglamentación, costos de traslado)

No hay ninguna reglamentación en cuanto a cuántas policlínicas debe haber en las zonas rurales o a qué distancia deben estar, los recursos humanos se designan de acuerdo a la población y cantidad de usuarios. Lo que no se realiza es atención a domicilio.

Hay puestos y policlínicas, dependiendo la zona. Por ejemplo en Villa Rodríguez hay 3 médicos de medicina general, un médico de familia, pediatra una vez por semana y ginecología 1 vez por semana. En otras zonas la frecuencia o cantidad de personal es menor, por ejemplo en Juan Soler las consultas de pediatría y ginecología son 1 vez por mes.

Cuando es necesario trasladarse por algún estudio o consulta con especialista dentro del Dpto, el costo del traslado lo cubre el particular, cuando es en otro departamento ASSE cubre el traslado de esa persona y acompañante.

¿Cuáles son las principales problemáticas que se observan en cuanto a salud en esta población?

Los hombres de mediana edad que no consultan, llegan al centro de salud cuando ya hay algo muy grave, principalmente problemas relativos a enfermedades crónicas no previsibles y no los estamos pudiendo captar. Las mujeres con el tema del PAP, mamografía .. suelen consultar y controlarse más .

También hay una dispersión de usuarios que no son captados, o población rural que migra frecuentemente.

Los adultos mayores en el medio rural también, y los jóvenes que no están en el sistema.

¿Cómo y cuándo surgieron las Rondas? ¿Qué te parecen como dispositivo de descentralización y accesibilidad de servicios?

Surgieron a partir de un convenio realizado entre el Gobierno Departamental y Salud Pública. Cada año se hace una planificación, previas anteriores a cada Ronda a realizarse, la ejecución de las mismas y finalmente la evaluación.

De lo mejor ... las rondas posibilitan un encuentro de actores y una sinergia muy buena, se apunta hacia una racionalización y optimización de recursos, actividades compartidas y complementadas.

Este año la primer Ronda es el 25 de Marzo en Ituzaingó. Recientemente fuimos a realizar la previa y esta será la primera vez que se da la articulación con una localidad de otro departamento, en este caso con la policlínica de 25 de Agosto, quién participará, ya que la comunidad transita entre ambas zonas.

Hay una caja “caja de insumos” en donde se reúne material médico-asistencial, todos los años antes de comenzar las Rondas se repone todo lo que haga falta. Cada centro de salud hace su aporte en proporcionalidad al número de usuarios que tiene, en este caso AMSJ y ASSE son quienes más usuarios en el Dpto tienen, siendo la AMSJ quién tiene mayor número de usuarios en el medio rural. El resto de las mutualistas colaboran con cosas puntuales que sean necesarias, por ejemplo “una balanza”.

¿Desde cuándo la RAP participa y qué tipo de propuestas y/o servicios llevan a cabo?

Venimos trabajando desde antes de la firma del convenio. Aportamos recursos materiales en la “caja de insumos”, en cuanto a lo asistencial, parteras para realización de PAP, médico de familia, carné de salud. También se llevan a cabo talleres de APS de acuerdo a las demandas detectadas. Yo he venido participando con talleres de sexualidad.

¿Qué son las UDA y qué relación tienen con las Rondas?

Universidad Asse ... es un programa de fortalecimiento de Recursos Humanos a través de la docencia, el coordinador del Dpto es Gastón Pérez, médico de familia y docente. Participan estudiantes de medicina que realizan sus prácticas ... trabajan mucho con las escuelas rurales.

¿Cuáles han sido las principales problemáticas y demandas detectadas en las Rondas?

Las mismas ya mencionadas, principalmente que no hemos logrado llegar a hombres de mediana edad y adultos mayores, las Rondas están muy enfocadas en los niños pero también hay una problemática real que hay que atender.

También se han detectado niños que no estaban captados en el sistema.

Hubo un caso puntual muy impactante de 5 hermanitos con desnutrición y muchos problemas de defensas, que se detectaron en una ronda, se movilizaron los recursos y al año siguiente cuando volvimos parecían otros. Por eso es tan importante la articulación de recursos y la referencia y contra referencia.

También muchas veces, por ejemplo, las mujeres asistían a realizarse el PAP, pero se perdía la parte de asesoría médica que también es muy importante. A partir de este año se seguirá haciendo PAP pero ya quedan con un médico de referencia para que la atención sea integral.

Otro cambio de este año será en cuanto al carné de salud. Ahora LA Intendencia ya no puede expedirlos más, por lo que se darán solo provisoriamente por 6 meses, vencido ese plazo cada usuario deberá renovar el carné con su médico de referencia.

¿Qué cambios plantearía o serían necesarios para un mejor aprovechamiento del dispositivo?

Estoy muy de acuerdo con todo lo que se planteó en la evaluación del año pasado. El cambio de horario era necesario. También hay veces que se va con demasiados dispositivos, eso hay que ajustarlo.

¿Hay alguna otra experiencia de prevención y promoción de salud en el medio rural en el Dpto?

Hay dos convenios: Convenio de complementación de servicios entre ASSE y AMSJ en Mal Abrigo, y otro convenio también entre ASSE y AMSJ en el cual ASSE se encarga de la atención en salud de Kiyú y AMSJ de Cufuré, y en el invierno la atención en Kiyú es en conjunto.

Las APS también se coordinan y complementan. El órgano rector que da seguimiento a estos convenios es el Ministerio.

Materiales de utilidad:

- Convenio de las Rondas entre Gob. Dptal y Salud Pública
- Convenios de complementación Mal Abrigo, Kiyú y Cufuré.
- Programa Salud Rural (buscar en la página del Ministerio)

Entrevista a Eugenia Frías, coordinadora de Rondas Rurales, Departamental de Salud San José.

Jueves 15 de Marzo 2018

¿Cómo surgieron las Rondas y cómo ha sido el proceso?

Surgieron en el 2008 a raíz de un grupo de estudiantes que estaban haciendo un trabajo de extensión de la Facultad de Ciencias Sociales en Colonia Damón, vinieron un poco a contarnos cómo era el trabajo que ellos hacían y en base a eso planificamos la primer *feria de salud*: el formato era muy similar sólo que no estaban tantas instituciones involucradas en un Convenio, sino que eran instituciones que nos juntábamos ese día para hacer esa jornada específica, no estaban en el marco de una escuela sino que era por ejemplo en una comunidad, en la colonia Damón, ahí fue en un salón comunal y bueno participaron muchos adultos, porque estaba enfocado en esa población, teníamos también la parte asistencial, parteras que hacían los PAP, se hacían pesquisas de agudeza visual, se daban vacunas, teníamos puestos de promoción de salud bucal, comida saludable, de algún prestador de salud que llevaban un poco de promoción y charlas, charlas de alimentación saludable, de

componentes de la salud, el MIDES también había llevado una charla, y algún vecino de la zona podía llevar su stand, por ejemplo había un stand de frutas y verduras que un vecino llevó para la venta. Estaba zoonosis con las castraciones también. Ahí se centró mucho en el adulto, después teníamos a las chiquilinas de Trabajo Social que hicieron un trabajo muy de hormiga, de promoción, casa por casa, porque ellas estaban trabajando en ese lugar. Y bueno ahí después de esa se hicieron más o menos dos por año, medio como a demanda, donde se veía que se podía llegar más a la parte rural, o a la gente que tenía más problemas para acceder a los servicios de salud.

Finalmente en el 2012 se pudo planificar algo con más periodicidad y se hacían 1 vez al mes

En el 2013 se sostuvo lo mismo.

Creo que en el 2014 se empiezan a hacer cada 15 días y en el 2016 el 5 de Julio, se firmó el Convenio, con todas las instituciones que hoy participan.

El convenio tiene una vigencia de dos años.

Esto también fue impulsado por el Ministerio de Salud Pública, desde el programa de Salud Rural, ahí se tuvo también que preparar lo que veníamos haciendo por escrito (el programa para efectuar en el territorio), para recibir ciertas ayudas como la camioneta que vino equipada con material médico con balanza pediátrica, de adulto, electrocardiograma, todo para la atención.

¿Hay otros departamentos que tienen Rondas Rurales?

Algunos sí, no todos. Colonia tiene pero es diferente, creo que más parecido a las ferias. Y otros departamentos tienen también desarrollada la parte de salud rural. Pasa que San José tiene una parte rural muy grande y muy inaccesible, muy para adentro digamos, en comparación con otros departamentos, tiene como una población rural profunda, eso es un poco lo que caracteriza a San José en esto de la salud rural. Y bueno en las primeras salidas nos dimos cuenta, niños que hace mucho tiempo no se controlaban, las vacunas, se identificaban niños que estaban muy atrasados con las vacunas o con los controles.

También se hacen derivaciones específicas a especialistas, el médico que evalúa a cada médico en los controles puede hacer una derivación en caso necesario, si encuentra algo, por

ejemplo al odontólogo, al oftalmólogo, traumatólogo, según lo que el médico evalúe de ese niño o ese adulto. En las planillas que nos dejan los médicos siempre nos ponen si hay una derivación a dónde se deriva y de qué prestador es ese adulto o ese niño, y nosotros desde acá, de la Dptal de Salud, hacemos la derivación. Con los PAP hacemos lo mismo, se nos entregan las muestras de los PAP que se hicieron y nosotros los derivamos a los servicios de salud sean del dpto. o no, porque nos ha pasado por ejemplo en San Gregorio, que estamos muy cerca de Flores, de atender usuarios de prestadores que están en Flores, nos ha pasado lo mismo en el límite con Canelones, entonces ahí tenemos que derivarlo a la dptal de ese lugar y de ahí se deriva al prestador. Después de que se derivamos, nosotros no sabemos si por parte del prestador hubo un llamado a ese usuario, lo que se habló en un principio es que llamen a ese usuario para que se haga el control, pero si efectivamente se está realizando o no, no sabemos, también se le dice al usuario que tiene que ir y pedir consulta con el especialista, los resultados de los PAP también tienen que ir y retirarlos en el prestador.

Caja de insumos

A principio de año, antes de que se comiencen las Rondas, los prestadores que integran el equipo, se juntan y cada uno pone insumos para la atención. ASSE y AMSJ son los que más han puesto hasta ahora porque son los que más usuarios tienen en el departamento, pero también los demás prestadores participan y colaboran desde espéculos, gasas, guantes, algodón, aparatos para la toma de presión, para hacer los gluco test, suero, todo el material médico que utilizan, en eso colaboran los prestadores además de poner un médico y una enfermera y partera, hasta el año pasado, ponían un funcionario que hacía PAP. Y talleres específicos que se les piden, por ejemplo, la semana del corazón, el taller de RCP a Ucor, al equipo de referencia de violencia doméstica de AMSJ se le pidió talleres puntuales, de acuerdo a las demandas puntuales que se recogen en cada escuela se va viendo que taller se va a hacer. Han surgido por ejemplo taller de higiene, de pediculosis también y bueno eso se lo pedimos al prestador, si tiene que ver con la salud y no lo podemos cubrir con los técnicos que vamos normalmente se le pide al prestador que pueda cubrir con ese taller.

Situaciones y problemáticas detectadas en las Rondas

Las situaciones son variadas. Los principales problemas pueden ser alguna falta de vacunas. Los niños que se detectan están atrasados con las vacunas, en ese momento se actualiza todo,

carné de vacunas, control, lo que nos está faltando en ese control, si requiere, porque ya tiene la edad, es el control del odontólogo y el control del oftalmólogo. Este año odontólogo sí vamos a tener porque la odontóloga va a hacer la pesquisa de todos los niños de la escuela, pero el control oftalmológico nos está faltando.

También se detectan problemas en torno a lo social, las derivaciones que se le hacen al MIDES por situaciones de violencia, situaciones de falta de compromisos de los padres de cuidado de esos niños y de acercarse a la escuela, de maltrato, esos problemas también se han visto. Puntualmente lo que nos manifiestan las maestras son problemas de comportamiento de algunos niños, que eso ya va más a lo afectivo, a lo psicológico.

Dentro de todo el equipo que va a las rondas intentamos canalizar esas situaciones con diferentes técnicos, ver a donde se deriva, de tener conversaciones con las maestras también, lo importante es que los equipos técnicos asesoren a las maestras, se intenta abordar todo, por lo menos hacer el contacto y la derivación. Desde las previas también se detectan situaciones.

Nosotros hacemos por ejemplo la derivación a Mides de una familia, Mides coordina para hacer una visita y nosotros ya no tenemos esa contra-referencia de qué fue lo que pasó después.

Registro

También este año queremos tener todo registrado, saber cuántas personas participaron de cada ronda, poder llevar un control de cuánta gente va, a qué va, cuantas intervenciones tuvo Mides, cuantas Bps.

Objetivos de las Instituciones

Los objetivos de las Instituciones van cambiando, se re-perfilan, se va viendo. Por ejemplo, BPS siempre nos acompañó pero este año también nos van a acompañar con asistentes sociales para intentar llegarle más al adulto mayor, que es una de las cosas que no estamos pudiendo llegar en las Rondas, el adulto mayor no se acerca, tampoco tenemos donde ir a promocionar la Ronda, no tenemos dónde encontrar a los adultos mayores sino vamos casa por casa que para nosotros es imposible poder hacerlo, no hay por lo general en el medio rural, asociaciones de jubilados o un núcleo de adultos mayores que se reúnan por algo, es difícil poder llegar.

Adulto / adulto mayor

Es difícil acercarse al adulto, al adulto mayor más difícil todavía. Lo que estamos intentando ahora con BPS es también poderlos incluir a ellos en las previas y poder localizar a los Adultos mayores, invitarlos a que participen, y también ahí el BPS participar con lo que son asesoramientos en cuanto a vivienda y cuidados. La asistente social va a ir a la previa, pero además, por ejemplo, en Ituzaingó y en Mal Abrigo, ellos tienen día de pago de jubilaciones, y ese día puntualmente se va a ir para agarrar a los adultos mayores que estén en el cobro de la jubilación y promocionar la Ronda.

Es adulto de por sí, es difícil controlar sino sienten algo, es difícil que se acerque como prevención, y más aún todavía el hombre, sí, de la cantidad de controles que uno puede tener en una ronda, no sé cuál será el porcentaje de hombres, hay veces que no hay, son todas mujeres.

Se había pensado en un folleto informativo, o que cada prestador deje una información, la idea siempre está, ahora tenemos que pensar qué ponemos en ese folleto, porque un folleto muy extenso no lo leen, también hay cosas que escapan a uno.

Participamos de una mesa rural, mesa de desarrollo rural, porque también estamos intentando llegar a lugares donde no estábamos llegando. La lidera el Ministerio de Ganadería y se reúnen en PROLESA, ahí se reúnen, hay representantes de varias representantes, distintas organizaciones que tienen que ver con lo rural, y bueno ahí también fuimos a explicar lo que eran las rondas, mostramos el cronograma, estamos intentando que los adultos se acerquen porque si no queda muy en la órbita de los niños, eso lo fuimos aprendiendo con el tiempo.

Las primeras rondas fueron ferias de salud enfocadas a adultos, después empezaron en el marco de las escuelas en el 2012, pero ahí nos quedamos solo con la escuela, después empezamos a ver que había que hacer previas, y ahí empezamos a salir a hacer la promoción, solos, después empezamos a ver que era necesario que otras instituciones nos acompañaran, cada año intentamos perfeccionar la ronda. La previa te acerca mucho más a la escuela, a la maestra (...)

¿Cómo se organiza cuál va a ser la escuela sede de cada Ronda?

Nos juntamos con la maestra CAPDER, (Centros de Apoyo Pedagógico Didáctico para Escuelas Rurales) que es Cristina Robaina, quién coordina las escuelas rurales, ella conoce todas las escuelas y es la persona indicada para decirnos en cuáles escuela se puede hacer, según la cercanía, según las agrupaciones, porque ellos ya tienen agrupaciones, las escuelas tienen agrupaciones, su núcleo de escuelas de referencia donde se juntan para varias actividades, entonces según las agrupaciones vamos viendo, también tenemos que tener en cuenta el acceso del ómnibus, de todos los que vayamos, porque hay escuelas que realmente para acceder no está fácil.

Este año cambiamos un poco el tema de la modalidad, el año pasado Cristina hizo una evaluación donde se preguntó quién quería recibir y en base a eso fue que se hizo la coordinación este año, a los que dieron que querían recibir. También en esas evaluaciones salió el tema de extender el horario, porque una escuela rural se tiene un horario diferente al de las escuelas urbanas, es de 10 a 15 y trasladarse solo por la jornada de las rondas realmente como que les cortaba un poco la planificación del día y a su vez los padres después tenían que ir a buscarlos, no hacían una jornada completa.

Este año Primaria nos va a ayudar con la locomoción, van a pagar transporte y tiene que ser una jornada de todo el día para que eso se dé. Primaria va a pagar ómnibus para trasladar a los niños, esto en todas las rondas a partir de que autoricen la plata que va a ser alrededor de Mayo.

¿Por qué las Rondas Urbanas?

Esas fueron solicitadas, por ejemplo Ituzaingó fue solicitada por ASSE ellos tienen el objetivo de poder acercar la gente un poco más a la policlínica, por una cuestión de que tienen las colonias muy cerca, la gente tiene como referencia las colonias, cuando tienen una policlínica que está en el pueblo y quieren mostrar un poco cuales son los servicios.

Y bueno Urbanos siempre se han hecho, capaz que antes no las llamábamos urbanas ...

Por ejemplo Ciudad del Plata, cuando nosotros fuimos el año pasado que hicimos Delta, hicimos un montón de PAP, y estamos hablando de un lugar que tiene a muy pocas cuadras policlínicas de ASSE y de AMSJ, y sin embargo ahí se detectó demanda, no concurre la gente a los centros de salud que tienen más cercano. Se hicieron muchas cédulas por parte del

MIDES, fue mucha la demanda, pese a que estamos frente a una población urbana con acceso a todo.

Mal Abrigo también, por más que sea un centro poblado está bastante alejado de San José, también se identificó demanda.

Rodríguez y Libertad nos unimos a lo que son los días de Comunidad Saludable, que son un conjunto de agrupaciones que se denominan “Comunidad Saludable” y hacen actividades diferentes durante todo el año, promoción de salud, y una vez al año hacen una actividad grande y nosotros nos vamos a unir a eso.

Ecilda no la queríamos dejar afuera porque siempre estuvo en el cronograma y también participan mucho, hay lugares donde realmente hemos tenido buena respuesta y no queremos dejar de ir.

En las urbanas no se priorizan los controles de salud, es más feria y taller, por ejemplo en Ituzaingó vamos a tener solo PAP y vacunas, controles médicos no porque hay una policlínica en frente a la plaza, los talleres todos y se hace tipo feria, stands con información. Todas van a ser más o menos en el mismo formato, la que puede cambiar un poco es Ciudad del Plata porque tiene demandas específicas.

¿Qué relación hay entre la UDA y las Rondas Rurales? ¿Participan?

No, ellos no han participado, en algún año capaz que sí, no que yo recuerde.

¿Cómo se evalúan las Rondas?

Por ahora hay una evaluación cuantitativa de la cantidad de rondas que se hicieron, la cantidad de controles, de PAP. Hemos hablado siempre de hacer un indicador pero ha quedado en la necesidad y en las ganas de, porque no sabemos cómo llevar a cabo un indicador que evalúe toda la Ronda, no solamente la parte cuantitativa, sino también de los talleres y de un montón de cosas. En algún momento se habló de que cada Institución hiciera una evaluación, tendríamos que juntarnos y ver.

Cantidad de Rondas

El Ministerio nos pide cumplir con una meta, este año tenemos la idea de hacer 19 Rondas y el Ministerio nos pide como mínimo 4. Lo que pasa que no todo el país está igual en esto de las Rondas, para nosotros es más fácil porque ya lo venimos haciendo desde hace mucho tiempo, capaz que para otros departamentos es más complicado.

Lo bueno de las Rondas y de que han tenido continuidad, es porque todas las instituciones están comprometidas, que lo valoran como muy positivo, la intervención, la llegada a lo rural, y que se creó un buen clima de trabajo, todo el mundo va con ganas, creo que eso es lo que le ha dado la continuidad.

Organización Rondas 2018

Va a tener como dos tiempos, la mañana con actividades más específicas, después en el medio va a haber un intercambio de técnicos. Por ejemplo, en la mañana va a estar la parte de controles del prestador de salud de 10 a 13hs. Y de 13hs a 15hs va a quedar el policlínico móvil de la Intendencia que va a hacer consulta no controles, no va a firmar el carné. Los PAP se van a definir un horario también.

En la mañana van a ser los talleres más recreativos, y en la tarde el resto de los talleres. Este año tenemos fijo la escuelita de seguridad vial de la Intendencia que va a estar en todas las Rondas. Vamos a tener el uso responsable de las TICS, de las tecnologías y la pesquisa de la salud bucal que se van a hacer en todas las escuela

¿Conoces otra experiencia de promoción de salud en el medio rural?

No, sólo las Rondas

09/05/2018

Entrevista a Nancy Montesdeoca (Ingeniera Agrónoma)

La parte de la Intendencia que ha asumido siempre el compromiso de las Rondas Rurales es la parte de Gestión Ambiental y Salud que son los que directamente asumen esa responsabilidad.

Nosotros (Dirección General de Desarrollo) como siempre tenemos proyectos con otras instituciones desde OPP y eso es acompañado de recursos, muchas veces hacemos lo que tiene que ver con lo rural, lo que es extensión y social lo hacemos a través de las Rondas Rurales por ejemplo o a través de escuelas rurales, o instancias de formación de Promotores

de Salud, pero la escuela Rural y la maestra CAPDER que es muy referente y acompaña desde su rol las Rondas.

En este momento no estamos acompañando porque siempre se hace en un marco de un proyecto o desde una intencionalidad, con objetivos marcados.

Con el proyecto: Desarrollo Territorial, se vio que estaba poco difundida la Ronda, entonces nuestra función fue colaborar con las Rondas en la difusión, entonces salíamos una semana antes a todas las escuelas y se agitaba allí, en todo lo que eran centros rurales, de jóvenes, de mujeres, iban a la comunidad, después se acompañaban en las Rondas. Lo más importante era mejorar la convocatoria y la difusión. La gente se enteraba.

En ese momento fue muy positivo, mejoró mucho la participación, si bien es cierto que la ronda en si sumaba profesionales y prestadores, que en un principio no estaban todos los prestadores y en ese momento todos los prestadores pudieron tener participación porque también le facilitaba que sus afiliados tuvieran cobertura más próxima.

En otro proyecto que se llamó Lechería Familiar se hizo un trabajo sobre Promotores Rurales, se hizo un curso de Promotores de Salud lo habíamos hecho en conjunto con MSP, se hizo en un proyecto previo donde se hizo acompañamiento, llevábamos al técnico, se hizo las inscripciones, egresaron como 20 técnicos. Era interesante el Promotor de Salud, se postulaba gente de pequeñas localidades y de las ruralidades. Se les otorgaba algunas facilidades para que pudieran hacer el curso.

Se pensaba para gente con vocación de servicio, todo lo que es la salud preventiva, en campañas. Operadores, Agentes Sociales.

Rol de Agente de Desarrollo: ejemplo Informática en el medio rural, en ese momento no estaba el Plan Ceibal, en ese momento se hizo con MEC, nosotros compramos un equipo de computadoras. se trabajo con jóvenes y todas las capacitaciones fueron muy exitosas. También se hizo con UTU, más exigente. Se formó mucha gente en informática.

Clases de Gimnasia para mujeres, porque se constató que sólo había deportes de fútbol y el interés era sólo de hombres.

Se trabajaba según las temáticas y las organizaciones Sociales que hay en cada lugar. (Comisiones de Fomento, grupo de mujeres)

Construcción de Redes, es valioso para todos, para los técnicos, así como para los que participan.

En las dos instancias fue que se participó para las Rondas Rurales.

Entrevista a Araceli Rodríguez (Médico Pediatra, Ex Directora Departamental de Salud).

Miércoles 02 de Mayo 2018

Una de las tareas desde el ministerio es estimular la Promoción en Salud.

El Plan de Salud Rural es de 2010, pero nosotros arrancamos previamente con las ferias de Salud. Las ferias eran instancias que buscaban la promoción, algo de atención también, ir a lugares donde no hubiera directamente servicios de salud, por ejemplo policlínicas, y vincular a distintos actores.

Si bien se empieza a trabajar en el año 2010 de cara a los lineamientos de un posible decreto, ya en el año 2008 se trabajó con ferias rurales, donde vinculadas al grupo de trabajadoras sociales, se realizó en Colonia Damon una feria de Salud, donde participaron varias instituciones, fue bien abordaje interinstitucional, participó: ASSE, AMSJ, H Evangélico, Mides, Zoonosis, entre otras, se hicieron castraciones, con un carácter de difusión, se entregaba folletería de las prestaciones del Mides también fueron profesores de Educación Física, PAP y se hizo una mesa saludable, taller de alimentación saludable. Y bueno ahí arrancaron las ferias, esa fue la primera y definimos hacer 3 o 4 por año.

Luego se realizó en Villa Rodríguez una feria que si bien tenían toda una infraestructura de Salud, policlínica y demás, por solicitud de la gente se realizó. (No recuerda bien cómo fue la demanda).

En Ecilda se hizo en una fiesta popular, también se sumó en ese lugar la escuela de Seguridad Vial, y desde allí que surge todo lo que tiene que ver con la Salud Rural.

Desde allí que el Ministerio lo tomara como un programa Nacional y se fijara la mira en ver cómo estaban las prestaciones a nivel rural. Incluso se hizo un decreto donde se establecía la infraestructura que tenían que tener los prestadores, los servicios según la cantidad de habitantes, se hizo pero nunca se aprobó ni se votó, no sé dónde se trancó que nunca salió.

FEMI por ejemplo, hizo un comunicado de que si no salía el decreto no se iban a cumplir con las exigencias que allí se habían planteado. Nosotros además como Ministerio departamental trabajamos para algo que supuestamente iba a salir y que nunca salió y quedamos medios desfortalecidos frente a las instituciones, igual más allá de eso se logra mantener las rondas, no quizás con lo que establecía del radio, la frecuencia con la que tenía que ir el médico o la partera, según cuántos habitantes.

De parte de FEMI hubo toda una crítica y un contraproyecto. Supuestamente se iba a generar un acuerdo entre los dos proyectos, pero después se cambió de Ministro.. Y bueno se sacó el ojo, la prioridad a eso.

No se le dio la prioridad a la Salud Rural.

Anteriormente se habían formado Promotores de Salud, junto con esto hubo unos llamados que hacía la OPP (Oficina de Planeamiento y Presupuesto) que era para las intendencias para proyectos que se presentaran con mirada a la salud, educación se resolvió que la intendencia

para productores rurales, familiares y nosotros en salud llevar rondas y hacer un curso de promotores de salud rurales, duró como un año se hizo las capacitaciones de Salud, se hizo entrega de diplomas. Apoyó también para las rondas pero no sólo era de las Rondas. El hecho de que los Promotores de Salud sean voluntarios se perdió con el paso del tiempo esa figura por diferentes razones y porque luego no había una inserción clara de trabajo en ese rol. Otra de las cosas que no se terminó de definir.

Luego se aprendió a trabajar en equipo, se definió trabajar interinstitucional tomando a la escuela como eje.

En Mal abrigo se hizo autodiagnóstico, convocamos a la gente, se hicieron mesas de trabajo, explicamos lo que íbamos a hacer ... y dónde se creía que se iba a pedir ambulancias, etc etc, no fueron temáticas más sociales. Sorprendió las demandas. Y después fuimos con la feria en base a las necesidades que ellos planteaban.

Y muchas veces, cuando las Rondas ya estaban instaladas lo que se hacía era las previas, con el fin de estimular la participación de la gente, porque también lo que veíamos es que al vincularnos sólo a la escuela, no llegábamos a veces a la gente. En los horarios que la gente del campo trabaja ...El tema de las castraciones era una manera de captar a los adultos.

Se hicieron talleres de ofidios también, porque hubo un momento que había una situación puntual.

El fin de las rondas era de promoción y abordar temas que a ellos les preocuparan y también lo asistencial. También lograr que la gente se vinculara, siempre se veía más participación de las mujeres, entonces vincular a temas que tiene que ver con las mujeres, haciendo talleres, el tema de violencia. Más que nada tema tabúes, adicciones, era darle un poco la vuelta que a veces no se habla mucho y que son bastantes problemáticas a nuestro entender.

Las Rondas sirven para hacer un diagnóstico situacional de la población rural, y de hecho lo que llevas a la ronda está en base hecho al diagnóstico que sacaste antes, será muy fino o no, depende de las herramientas que pongas lo que podés sacar, pero siempre algo aporta.

La importancia de la prevención, porque las personas todas, pero principalmente las que viven en el medio rural se vinculan porque tienen algo, si no no van, y la idea de las Rondas es justamente llevar ésta otra mirada.

Aportes de María Noel en la Entrevista con Araceli:

Este año en las Urbanas se van hacer en lugares como plazas, ya se hizo en Ituzaingó por ejemplo. Cómo seguir generando otras actividades. Dónde siempre se va aprendiendo.

El Ministerio está pidiendo ejemplos de buenas prácticas de los prestadores impulsando el primer nivel. Este proyecto es muy valioso. Continuidad de los casos que se detectan, entonces hablamos con los prestadores que nosotros los contactamos pero ellos nos deben devolver el seguimiento de los usuarios. Lo que tiene que ver con la Referencia y Contrarreferencia. Por ejemplo: en Ituzaingó se captó un caso de una embarazada, diagnóstico embarazo y ahora se sigue que fue hacerse la primera ecografía, y ahí queremos saber los meses como se sigue controlando. es una forma de medir el resultado.

Diagnóstico que hizo Femi, dónde es más complejo aún, dónde no es un problema de recursos, la población rural tiene recursos, sino que es una barrera cultural en la accesibilidad de los servicios y eso hay que trabajarlo.