

Piloto Sala de Situación de Salud Local para la prevención del SUH. Módulo Alimentos.



Sala de Situación de Salud como modelo innovador de gestión intersectorial para la prevención del Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) promovido desde las áreas de control de alimentos locales en siete municipios. Argentina, 2015-2017.



Autores/as:

Albil, Silvia Rosana; *Centro de Desarrollo Agroalimentario - Municipalidad de Gálvez*
Codevilla, Agustín; *Área alimentos-Comuna Máximo Paz*
Depetris, Cecilia; *Municipalidad de Oliva*
Irazuzta, Sandra Del Valle; *Municipalidad de Oliva*
Marchetti, Elsa Patricia Del Valle; *Secretaría de Salud y Bienestar Social-Municipalidad de San Fernando del Valle de Catamarca*
Fernández Canigia, Juan Francisco; *Municipalidad de San Martín de los Andes*
Fernández, María Isabel; *Instituto del Alimento - Municipalidad de Rosario*
Rondini, Alina; *Dirección de calidad alimentaria - Laboratorio de alimentos. Municipalidad de Córdoba*
Salcedo, Ana; *Municipalidad de San Fernando del Valle de Catamarca*

Colaboradores/as:

Peralta, Jorgelina; *Dirección de calidad alimentaria - Laboratorio de alimentos. Municipalidad de Córdoba*

Equipo coordinador:

Lamelas, Ángela Fanny; Lucesoli, María Eugenia; Negrín, Gisela; Cavallín, Noelia
ANMAT-INAL-Dirección de Prevención y Vinculación Federal.

Correspondencia: salasisituacionsuh@gmail.com

Agradecimientos:

Agradecemos el apoyo constante y la confianza que nos brinda Roberta Sammartino. Apoyo sin el cual no podría haberse realizado el presente trabajo de sistematización.

Fuente de financiamiento: El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA “Dr. Abraam Sonis”, categoría ESTUDIO MULTICÉNTRICO, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación para la Salud.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mayo de 2017.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
El Sistema de Control de los Alimentos en Argentina	8
Gestión del control de alimentos en el nivel local	8
Vigilancia	9
Determinantes de la salud relacionados a los alimentos y promoción de la salud	10
La sala de situación de salud como modelo de gestión	11
El piloto: la experiencia a sistematizar	12
Antecedentes de evaluaciones a experiencias de promoción de la salud locales	14
Construyendo Políticas Públicas a nivel local: el rol de la Sistematización de Experiencias	16
OBJETIVOS	18
MATERIALES Y MÉTODOS	19
Tipo de estudio y diseño. La sistematización de experiencias participativa como metodología	19
Precisiones sobre el diseño metodológico y definición de ejes de sistematización	19
Selección de casos	21
Ámbito de estudio	22
Municipio de Córdoba	22
Municipio de Oliva	24
Municipio de Gálvez	24
Comuna de Máximo Paz	25
Municipio de Rosario	26
Municipio San Martín de los Andes	27
Municipio San Fernando del Valle de Catamarca	28
Instrumentos y procedimientos para la recuperación de las experiencias	29
Análisis e interpretación del proceso	30
RESULTADOS	31
Municipio de Córdoba, Córdoba	31
La experiencia	31
Intersectorialidad	32
Mirada integral	33
Gestión basada en información local	34
Municipio de Oliva, Córdoba	35
La experiencia	35
Intersectorialidad	36
Mirada integral	37
Gestión basada en información local	38
Municipio de Gálvez, Santa Fe	40
La experiencia	40
Intersectorialidad	41
Mirada integral	42
Gestión basada en información local	43
Comuna de Máximo Paz, Santa Fe	44
La experiencia	44
Intersectorialidad	45
Mirada integral	46
Gestión basada en información	48
Municipio de Rosario, Santa Fe	49
La experiencia	49
Intersectorialidad	50
Mirada integral	51
Gestión basada en la información	52

Municipio de San Martín de los Andes, Neuquén	52
La experiencia	53
Intersectorialidad	53
Mirada integral.....	55
Gestión basada en la información.....	56
Municipio de San Fernando del Valle de Catamarca, Catamarca	57
La experiencia	57
Intersectorialidad	58
Mirada integral.....	59
Gestión basada en la información.....	60
LAS REFLEXIONES DE FONDO: ¿POR QUÉ PASÓ LO QUE PASÓ?	62
Análisis y síntesis interpretativa.....	62
Limitaciones de la sistematización	62
Aprendizajes sobre los trayectos recorridos	62
Interpretación crítica.....	65
Integración del Módulo Alimentos a las Salas de Situación de Salud. Caminos posibles.	67
LOS PUNTOS DE LLEGADA.....	69
Aprendizajes y recomendaciones	69
Conclusiones	70
RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA	73
LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	74
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

RESUMEN

Introducción:

Para la prevención del SUH en el nivel local se requiere fomentar un abordaje integral e intersectorial, desde un enfoque de determinantes de la salud y de la cadena agroalimentaria. Se implementó un Proyecto Piloto impulsado desde las áreas de control de alimentos que busca validar un modelo de gestión y vigilancia basada en información local.

Objetivo:

Extraer aprendizajes acerca de la experiencia de la implementación del Proyecto Piloto Sala de Situación de Salud para la prevención del SUH en siete municipios de Argentina.

Métodos:

Se realizó un Estudio Multicéntrico de carácter descriptivo en el cual se realizó la Sistematización participativa de experiencias desarrolladas entre los años 2015 y 2017. Se seleccionaron siete municipios en forma intencional. Se utilizaron herramientas de recuperación y registro como líneas de tiempo, registro de actividades, entrevistas y relatos de actores.

Resultados:

El modelo tomó distintos cursos al ser implementado en diferentes contextos. En todos los casos fortaleció las capacidades locales para la vigilancia. La construcción de información primaria descriptiva de la situación local de los determinantes de la salud relacionados con los alimentos permitió planificar estrategias diferenciadas con mayor amplitud, especificidad y precisión, adecuadas a cada contexto. El trabajo intersectorial fue un factor imprescindible para avanzar en la problematización y planificación de intervenciones integrales. El tamaño del municipio, el apoyo institucional y el desarrollo de vínculos con las mesas de trabajo intersectoriales fueron factores que afectaron la implementación del proyecto.

Conclusiones:

La Sala resulta un modelo innovador, factible y adecuado para la gestión y vigilancia de alimentos, ya que constituye una herramienta para la generación de políticas de prevención de SUH y promoción de la salud orientadas y vinculadas a la realidad local. Son necesarias estrategias que permitan replicarlo y ampliar su territorialidad.

PALABRAS CLAVES

Palabras clave según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)¹

Enfermedades Transmitidas por los Alimentos; Higiene Alimentaria, Inocuidad de los Alimentos, Evaluación en Salud, Gestión de la información en salud.

¹ Biblioteca Virtual en Salud Argentina. Disponible en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

ABSTRACT

Introduction:

The promotion of a comprehensive and intersectoral approach, based on a health determinants and agrifood chain perspective, turns out necessary for HUS prevention. The implementation of this pilot project was led by the Food Control Local offices which sought the validation of a surveillance and management locally information based model.

Objective:

To build and gain lessons learned from the process of implementing and performing the Pilot Project HUS Prevention Health Situation Room in seven cities.

Methods:

A descriptive Multicenter Study involving participatory systematization of seven experiences developed between the years 2015 and 2017 was carried out. Seven municipalities were intentionally selected. Recovery and logging tools, such as timelines, activity logs, interviews and protagonist's voices were used

Results:

The model took different courses when implemented in different contexts. In all cases, local capacities for surveillance were strengthened. Building primary information that described the food related health determinants situation at the local level revealed to be a facilitator for planning more accurate, specific and context-suited differentiated intervention strategies. Intersectoral work proved to be an essential factor for advancing in the problematization and planning of integral interventions. City size, institutional support and the relationship with the intersectoral planning committee were factors that affected the implementation of the project.

Conclusions:

The HUS Health Analysis Situation Room revealed to be an innovative, feasible and adequate model for surveillance and managerial food control activities since it proved to be a tool for the generation of locally oriented public policy on HUS prevention and health promotion. Strategies are needed to replicate and expand their territoriality.

KEY WORDS

Keywords according to descriptors in Health Sciences (DeCS)

Foodborne Diseases, Food Hygiene, Food Safety, Health Assessment, Health Information Management.

INTRODUCCIÓN

Existe consenso sobre la necesidad de fomentar un enfoque preventivo en la vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria (FAO, 2007), y puntualmente del Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) que es endémico en nuestro país (Rivas, 2006; Ibarra, 2008). Esta enfermedad es un problema crítico para la salud pública en Argentina, con la mayor tasa de incidencia mundial en niños menores de 5 años de edad (MSAL, 2014). El SUH se constituye como una enfermedad trazadora (Jiménez Paneque, 2006), ya que, al compartir grupos de riesgo, territorio y formas de transmisión, implementando estrategias de prevención de SUH, se previenen también otras enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).

Según FAO, el conocimiento de la situación (disponer de información oportuna y confiable) y la pro-actividad en la generación de políticas/acciones preventivas son componentes fundamentales de una vigilancia adecuada de dichas enfermedades. Se requiere además una mirada integral a lo largo de la cadena de producción de alimentos para lo cual es imprescindible la interacción entre los distintos actores involucrados.

En el nivel local, la generación de políticas de promoción y prevención basadas en información construida localmente requiere innovar en los modos de gestión de las áreas de control de alimentos.

Las modalidades tradicionales de gestión, basadas en un paradigma con fuerte impronta punitiva/correctiva (planteado desde un lugar de vigilancia/castigo), pusieron el foco de su intervención en medidas de reacción y no de prevención. Los sistemas de control de los alimentos han comenzado a cuestionar estas modalidades y en la actualidad tienden a adaptarse al paradigma basado en la evaluación de los peligros, la estimación de los riesgos y la identificación de escenarios de riesgos. En Argentina, este proceso implica cambios importantes para todo el sistema, no solamente en lo que respecta a las actividades operativas, sino principalmente porque se constituye en una nueva manera de "ver y abordar el trabajo" estableciendo un cambio cultural que tiene a la prevención y a la promoción de la salud entre sus principales desafíos.

Para asumir estos desafíos el Programa Federal de Control de Alimentos propicia en las áreas de control de alimentos municipales el desarrollo de un modelo de gestión participativo y local para la vigilancia de la salud, el *Proyecto Piloto Salas de Situación de Salud para la*

Prevención del SUH-Módulo Alimentos. Es menester extraer los aprendizajes de esta experiencia para enriquecer y retroalimentar esta política. La presente sistematización es un aporte en este sentido.

El Sistema de Control de los Alimentos en Argentina

El Sistema Nacional de Control de Alimentos (SNCA) en Argentina es descentralizado y federal. Puede caracterizarse como un sistema de organismos múltiples (FAO/OMS, 2003) en el que cada organismo que lo conforma es autoridad de aplicación de la normativa sectorial en su jurisdicción. Los SNCA tienen como propósito garantizar la salud de la población y por lo tanto disminuir la carga de enfermedades transmitidas por alimentos.

Para armonizar criterios y establecer lineamientos de trabajo en conjunto, las 24 Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y el Instituto Nacional de Alimentos (INAL) se articulan en el marco del Programa Federal de Control de Alimentos² (PFCA). Los niveles municipales tienen esta responsabilidad a nivel local. Estas áreas se caracterizan por su gran diversidad en cuanto a capacidades institucionales, recursos disponibles, áreas de las que dependen, entre otros.

Gestión del control de alimentos en el nivel local

“La gestión del control de los alimentos es el proceso continuo de planificación, organización, seguimiento, coordinación y comunicación en forma integrada , de numerosas decisiones basadas en el análisis de riesgos y de distintas medidas para garantizar la inocuidad y calidad de los alimentos ...” (FAO, 2007: 21). En base a este concepto , se pueden enumerar algunas líneas de acción tendientes a llevar a cabo este proceso de gestión en el nivel local : elaboración y administración de políticas de control de los alimentos ; participación en la elaboración de normas u ordenanzas ; preparación y respuesta frente a las emergencias relacionadas con el control de los alimentos ; recopilación de datos y vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos y la exposición a riesgos relacionados con la cadena alimentaria; información, educación y comunicación (FAO, 2007).

Este concepto de gestión de alimentos se enmarca en un nuevo paradigma de carácter

²Con la finalidad de articular las actividades entre los actores que forman parte del sistema de control de alimentos en Argentina, se creó el Programa Federal de Control de Alimentos, que se constituye como una instancia diálogo entre las Autoridades Sanitarias de las 24 jurisdicciones y el INAL.

preventivo que en las últimas décadas viene a reemplazar al paradigma anterior de carácter reactivo.

Las áreas de alimentos a nivel local están transitando un camino desde un enfoque punitivo hacia uno basado en la valoración del *peligro riesgo*. A su vez, amplían las actividades de fiscalización sumando otras de promoción y prevención de la salud. Sin embargo, este proceso es incipiente y el sector no participa habitualmente de espacios del campo de la salud.

Vigilancia

Desde los organismos internacionales, se define a la Vigilancia como “la labor sistemática de recopilación, compilación, análisis, interpretación y utilización de información de interés para la evaluación, prevención y lucha contra las enfermedades transmitidas por los alimentos” (FAO/OMS, 2005). También, como “la capacidad y la autoridad del servicio nacional de control de alimentos para mantener un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis e interpretación de datos relativos a la inocuidad de los alimentos como los relacionados con los problemas de la salud humana, que pueden ser utilizados para establecer políticas basadas en ciencia, normas y directrices basadas en el riesgo” (IICA, 2006: 12). Esta definición se centra en las capacidades del sistema de generar políticas basadas en información y en la relación entre la inocuidad de los alimentos y la salud humana. Ambos enunciados parten de un enfoque preventivo y enfatizan en la necesidad de contar con información oportuna y actualizada para el diseño de políticas públicas sanitarias.

Desde este punto de vista, la vigilancia debe ser activa e integral. Activa en el sentido de realizar acciones antes de que sucedan los casos de enfermedad o la contaminación del alimento e integral porque debe abarcar todos los eslabones de la cadena de producción, manipulación y consumo de alimentos.

Diversos autores han clasificado a la vigilancia en relación al proceso salud-enfermedad-atención (PSEA). En este sentido, la vigilancia puede restringirse a eventos o enfermedades (vigilancia epidemiológica), puede ampliarse con la vigilancia de los factores de riesgo que explican dichas enfermedades (vigilancia sanitaria), o incluso puede incorporar la vigilancia de los determinantes que explican los factores de riesgo para enfermar y morir (vigilancia de la salud). Esta última propuesta amplía el campo de la vigilancia atendiendo aquellos factores y situaciones que condicionan o determinan el PSEA.

La vigilancia actual del SUH en Argentina es de tipo epidemiológico, aunque formalmente se

denomina de salud, y se encuentra poco articulada con las áreas bromatológicas a nivel municipal (Belardo, 2013). El estudio de los casos no se relaciona generalmente con el del alimento que muchas veces es tardío e infructuoso. Rivero *et al* (2013) han hecho aportes importantes en este sentido, identificando mayor incidencia de SUH en residentes en zona rural, explicada por el contacto más frecuente con materia fecal de bovinos, consumo de leche sin pasteurizar y la mayor proporción de familiares que realizan actividades de riesgo. Para realizar una vigilancia activa e integral es necesario incorporar el análisis de los condicionantes y determinantes socio-ambientales relacionados con el SUH. Entre ellos se encuentran aquellos relacionados con las distintas cadenas de producción, manipulación y consumo de alimentos involucrados. Las autoridades sanitarias de control de alimentos a nivel local se encuentran en un lugar privilegiado para la producción de este conocimiento.

Determinantes de la salud relacionados a los alimentos y promoción de la salud

Desde la perspectiva de la promoción de la salud, vigilancia significa además de la búsqueda de una gran cantidad de datos e indicadores, el reconocimiento de la complejidad de los problemas de salud. Para ello, requiere el uso de metodologías cualitativas y el desarrollo de estrategias participativas y territorializadas, con el fin de avanzar en abordajes interdisciplinarios e intersectoriales.

Las estrategias de promoción se diferencian de las prácticas preventivas tradicionales, que son entendidas como aquellas intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia. Los proyectos de prevención y de educación en salud se estructuran mediante la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas de cambios de hábitos. Diferenciando ambos conceptos Dina Czeresnia profundiza en el de promoción:

La idea de promoción se refiere al fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud. Promoción en ese sentido, va más allá de una aplicación técnica y normativa, aceptándose que no basta conocer el funcionamiento de las enfermedades y encontrar mecanismos para su control. (Czeresnia, 2008: 57)

Para realizar un análisis integral de la situación de salud de una población es necesario tener

en cuenta las condiciones del contexto social que tienen impacto en la salud -determinantes sociales de la salud-, como también los procesos por los cuales se traducen en efectos sanitarios (PMycS, 2013).

La sala de situación de salud como modelo de gestión

En latinoamérica hay una extensa trayectoria en la implementación de salas de situación, para diversos usos y niveles de gestión en salud. El factor común de estas experiencias es “el reconocimiento del carácter estratégico” (Moya, 2010) para el análisis integral de salud y su uso en los distintos niveles de gestión. La apreciación situacional en este marco se realiza en diálogo con otros actores, así se diferencia marcadamente del diagnóstico entendido como un monólogo realizado por un sólo actor, alejado de la situación, encerrado en su propia mirada del mundo que lo rodea (Matus, 2014)

Asimismo, diversos autores señalan que la propuesta de Sala de Situación, en cuanto a su contribución a la política de salud, continúa siendo un reto que requiere discusión conceptual, metodológica y aprendizaje basado en la experiencia (De Salazar, 2002, Sozzi de Moraes, 2010).

El tipo de sala de situación que nos ocupa se asemeja a las de Brasil, utilizadas en el seguimiento de la situación de salud y condiciones de vida, así como en el apoyo a la planificación y gestión de recursos, más que en el abordaje exclusivo de situaciones agudas como epidemias o contingencias sanitarias.

Se entiende entonces a la Sala de Situación de Salud Local (SSSL) como un espacio físico y virtual donde una mesa de trabajo intersectorial (MTI) analiza información sistematizada para caracterizar la situación de salud de una población y apoyar la gestión en salud en el marco de la acción intersectorial municipal (PMycS, 2013).

La MTI se constituye como una instancia de diálogo, discusión y encuentro de los diversos actores y sectores comprometidos en la construcción de salud de la comunidad. Es una oportunidad para la democratización de la información.

En cuanto a su uso, se espera que la Sala sea un instrumento para la gestión institucional, la negociación política, la identificación de necesidades, la movilización de recursos, el monitoreo y evaluación de las intervenciones a lo largo del tiempo.

En este sentido, se plantea que este modelo de gestión a través del cual se elaboran políticas públicas de manera intersectorial en base a información proveniente del territorio, puede aplicarse para vigilancia de la salud relacionada con los alimentos.

Como antecedente, desde el año 2008 se desarrolla en nuestro país el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables (PMycS). En el marco de este programa, se promueve la creación de SSSL y el trabajo a través de una MTI. La participación de las áreas de control de alimentos en las MTI es incipiente y la incorporación del módulo de alimentos como propuesta de trabajo se plantea como una oportunidad para problematizar y abordar la prevención del SUH y otros problemas relacionados con los alimentos.

El piloto: la experiencia a sistematizar.

El *Proyecto Piloto Salas de Situación de Salud para la Prevención del SUH-Módulo Alimentos* tiene como propósito promover la conformación de un Módulo de alimentos en la Sala de Situación de Salud Local. Tomando como eje la prevención del SUH, el proyecto brinda a los municipios un modelo de gestión innovador que busca facilitar la adopción de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud y prevención de diversas enfermedades relacionadas con los alimentos.

El proyecto piloto se enmarca de la *Estrategia para la prevención de contaminación de los alimentos con STEC*³ priorizada por el PFCA. La coordinación de la Red Nacional de Protección de Alimentos (RENAPRA)⁴ impulsa el desarrollo del proyecto que implementaron en forma voluntaria 21 municipios durante los años 2015 y 2016 hasta la actualidad. Se planifica la finalización del piloto en julio de 2017 para consolidarse luego como una línea de trabajo permanente. Cabe destacar que el mismo no tiene transferencias monetarias.

El Módulo Alimentos está conformado por las acciones de recolección y análisis de información primaria y secundaria sobre los escenarios y las prácticas de riesgo que condicionan la ocurrencia del SUH. Para ello propone articular las áreas de control de alimentos con diversos actores de la comunidad, representando un instrumento para la toma

³Estrategia Federal para el Fortalecimiento de las Acciones Regulatorias, de Control, Vigilancia, Promoción y Prevención de la Contaminación de Alimentos con STEC (E. coli productora de toxina shiga).

⁴La Red Nacional de Protección de Alimentos (RENAPRA) es una organización no jerárquica con lazos y nexos horizontales, conformada por agentes de los organismos de Control de la Inocuidad de Alimentos de los diferentes niveles jurisdiccionales (Nacional, Provincial y Municipal)

de decisiones en el diseño de políticas públicas. En este sentido, se promueve el trabajo intersectorial y participativo para problematizar y abordar temas relacionados con alimentos. Por las vías de transmisión implicadas y por las características de la enfermedad, se identificaron escenarios de riesgo pertenecientes a las distintas etapas de la cadena agroalimentaria para poder conocer qué sucede y qué determinantes condicionan las prácticas que allí ocurren. Así fueron definidos los ocho escenarios de riesgo que componen el Módulo Alimentos: Escenario mataderos, Escenario carnicerías, Escenario comercios de alimentos listos para consumo, Escenario comedores institucionales, Escenario jardines maternos, Escenario niños en edad escolar y docentes, Escenario hábitos en hogares y Escenario Agua (de riego/de consumo/recreacionales)

En cuanto a su estrategia el proyecto piloto comprende los siguientes aspectos: a) el abordaje integral de los determinantes de la salud relacionada con los alimentos en 8 (ocho) escenarios de riesgo para SUH; b) el desarrollo y fortalecimiento del trabajo intersectorial y c) el desarrollo de capacidades de los municipios para la gestión en el control de alimentos, especialmente para la vigilancia⁵.

A partir de ellos se programaron 4 (cuatro) líneas de acción para el desarrollo del Módulo Alimentos en la SSSL: 1) Promoción del desarrollo de relaciones intersectoriales, manifestada por la integración de las áreas de control de alimentos a las Mesas de trabajo intersectorial existentes ó, en caso de no existir, establecer vínculos para su creación. 2) Recopilación y compilación de información primaria y secundaria, en la que se realiza una caracterización socioecológica de la comunidad, la selección y relevamiento de escenarios de riesgo y la georreferenciación de esta información. 3) Análisis de la situación de salud local (ASSL) en relación al SUH, en la cual se procesa y presenta la información, se identifican y priorizan problemas y se presenta en forma de un Módulo Alimentos en la SSSL. 4) Generación de políticas basadas en el ASSL.

Estos procesos constitutivos de las etapas de implementación en territorio se pueden realizar simultáneamente en el tiempo, especialmente aquellos que se encuentran dentro de las primeras dos líneas de acción.

⁵Estas categorías son similares a las utilizadas para la evaluación externa del PCYMS (Cimmino *et al.*, 2014), adaptadas al campo de control de alimentos

Una situación importante que cabe destacar en la vida del proyecto, es el momento de cambio de gobiernos. Esto significó un impasse político e institucional que atravesó al proyecto en todos sus niveles durante varios meses (entre octubre de 2015 y marzo de 2016) modificando en algunos casos sustancialmente el curso programado de la implementación. En otros casos significó el abandono del piloto debido al cambio de gestores locales.

El proyecto es un “piloto”, por lo que se estableció un tiempo limitado para su implementación en diferentes municipios del país. En su carácter de piloto aspira a validar el modelo propuesto y sus herramientas mientras promueve la construcción colectiva de las mismas y la incorporación de los saberes y estrategias de abordaje recuperadas de las experiencias en el territorio.

Las áreas de control de alimentos pertenecientes a cada municipio son las impulsoras del proyecto piloto, excepto en el caso de San Martín de los Andes donde el área que lo impulsa es Zoonosis.

Antecedentes de evaluaciones a experiencias de promoción de la salud locales

Como antecedente de experiencias relacionadas en nuestro país, se puede mencionar una investigación en terreno llevada a cabo en 2 municipios de la provincia de buenos aires durante 2007-2008 mediante la implementación de un programa de educación comunitaria . El programa consistía en la realización de un diagnóstico de situación local , una capacitación a formadores y una evaluación de impacto de la intervención . Producto de esta última se pudo concluir que “es necesario, hacer del alimento saludable una política de estado” (Caletti *et al.*, 2009). Ya que en dichas comunidades se hallaron “graves deficiencias en la infraestructura de servicios de ambos municipios y en los recursos para supervisión de la elaboración y comercialización de alimentos entre otros . Los resultados del diagnóstico de situación permitieron adaptar el programa a las condiciones específicas locales , elemento necesario para lograr una intervención eficaz”(Caletti *et al.*, 2009).

Caletti *et al.* (2009) plantea que para que los programas de promoción de la salud relacionados al SUH puedan ser eficaces , “se necesita información adecuada sobre las condiciones específicas en que los alimentos se contaminan y circulan en un área determinada, las formas que adopta su comercialización , las condiciones de vida , hábitos y

comportamiento alimentario de la población local, sus valores y sus costumbres”. Enumera en forma clara las múltiples aristas del problema que nos ocupa y la necesaria integralidad de su abordaje.

En segundo lugar, en evaluaciones externas realizadas en el marco de la acreditación de municipios en el PMyCS se analizaron situaciones facilitadoras y obstáculos para el desarrollo del programa a través del análisis de los proyectos realizados. Entre otras cuestiones, se identificó que, cuando el referente de la mesa pertenece al área de salud la gestión se caracteriza porque “se trabaja en coordinación con distintos programas y/o direcciones de dicha dependencia (intrasectorialmente), pero en escasa medida se articula con otras áreas municipales y extramunicipales” (Cimmino *et al.*, 2016). También se identificaron factores facilitadores del trabajo intersectorial entre los que se destacan el tamaño pequeño del municipio. En cuanto a la integralidad de la mirada se señala que este enfoque se fortalece con la participación en los equipos de profesionales provenientes del campo de la salud con un perfil socio sanitario.

Otra cuestión relevante es que el 59% de los proyectos aborda las temáticas referidas a : enfermedades crónicas no transmisibles , salud ambiental , tránsito y embarazo en la adolescencia y que los municipios habitualmente articulan con programas nacionales y gestionan su implementación local en forma de proyectos de la MTI. Pero muchas veces las estrategias utilizadas no se adaptan a las características de los destinatarios y tienden a sostenerse pese a no generar la respuesta esperada. En el marco del programa se trabaja desde cuatro grupos de determinantes de la salud, pero frecuentemente las intervenciones se enfocan sobre uno de ellos. Debido a esto se ha planteado que “el trabajo intersectorial en la priorización y elaboración de árboles de problemas es primordial para mejorar las estrategias de abordaje de los proyectos y la identificación de sus causas. Este enfoque más integral puede permitir trabajar los proyectos desde más de un determinante en articulación con diferentes sectores y áreas municipales y extramunicipales” (Cimmino *et al.*, 2016). Como se ve la relación entre el trabajo intersectorial, los problemas abordados y las estrategias utilizadas para hacerlo en una cuestión crítica que surge de la evaluación de la implementación de un modelo similar en diferentes territorios.

Construyendo Políticas Públicas a nivel local: el rol de la Sistematización de Experiencias

Aquí entenderemos a las políticas públicas como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que, en un momento determinado, tanto los ciudadanos como el propio gobierno consideran prioritarios (Tamayo Sáez, 1997, citado por Fernández Arroyo y Schejtman, 2012). Estas acciones y decisiones involucran a una multiplicidad de actores, sectores o niveles de gobierno.

La política pública no es resultado de un proceso lineal, coherente y necesariamente deliberado de diseño o formulación, sino que es objeto de un proceso social y político que configura un campo en disputa. Pero, aun persiguiendo los mismos objetivos, los programas y proyectos no se mantienen en el tiempo tal como fueron diseñados cuando se ponen en marcha, se modifican al vincularse con otros programas y acciones y al ponerse en contacto con cada territorio.

Las experiencias son procesos históricos y sociales dinámicos, están en permanente cambio y movimiento, esto las convierte en procesos vitales, poseedores de una riqueza acumulada única. Ese saber construido, esas trayectorias diversas y complejas, son las que nos proponemos recuperar en esta investigación, a modo de una sistematización de experiencias. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora (Jara, 2011).

La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo.

Abordaremos el proceso de sistematización siguiendo dos supuestos: le antecede una práctica en común; todo sujeto es sujeto de conocimiento y posee una percepción y un saber producto de su hacer. Así, la sistematización es un proceso de construcción de conocimiento sobre una práctica social, donde se negocian discursos, teorías y construcciones culturales con el fin de construir un objeto de reflexión y aprendizaje común.

La sistematización de distintas experiencias de implementación del proyecto piloto busca dar cuenta de sus fortalezas y debilidades, particularidades y similitudes, recuperando lecciones

aprendidas por parte de los propios actores. Con dichas herramientas se podrán modificar prácticas, repensar y rediseñar el proyecto y aportar a la construcción colectiva de nuevas formas de gestión de las áreas de control de los alimentos. Así la pregunta que orientó nuestra sistematización fue: ¿Qué aprendizajes surgen de las experiencias de implementación del Proyecto Piloto Sala de Situación de Salud para la prevención del SUH - Módulo Alimentos como modelo de gestión innovador para las actividades de vigilancia y gestión de alimentos en siete municipios entre los años 2015-2017?

OBJETIVOS

Objetivo general

-Reconstruir, describir y reflexionar acerca de la experiencia de la implementación del Proyecto Piloto Sala de Situación de salud en cuanto modelo de gestión innovador para las actividades de vigilancia y gestión de alimentos para la prevención del SUH en siete municipios entre los años 2015 y 2017.

Objetivos específicos

-Reconstruir y describir la experiencia de implementación del Proyecto Piloto Sala de Situación de salud en cada Municipio.

-Reflexionar sobre este modo de gestión tomando como ejes de análisis la intersectorialidad, la mirada integral y la gestión basada en la información local.

-Realizar una interpretación crítica de las reflexiones surgidas de la experiencia en forma de aportes para la construcción de un nuevo modelo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio y diseño. La sistematización de experiencias participativa como metodología

Se realizó un Estudio Multicéntrico de carácter descriptivo en el cual se desarrolló la Sistematización de siete experiencias de implementación del PPSS.

Se puede encuadrar a la Sistematización de Experiencias como una investigación evaluativa formativa de carácter pluralista. Cabe destacar aquí que existen diversos enfoques de sistematización que ponen el acento en diferentes aspectos: reconstrucción ordenada de la experiencia, conceptualización de las prácticas, carácter participativo del proceso o en su carácter de proceso productor de conocimientos. Este trabajo pondrá énfasis en este último aspecto.

Tomamos como referencia la metodología de sistematización de experiencias propuesta por Jara (2011). Se pueden ordenar los siguientes pasos que no necesariamente tienen un desarrollo secuencial y cronológico:

1. Vivir la experiencia
2. Delimitación del objetivo ¿Para qué queremos sistematizar?
3. Definición del objeto ¿Qué experiencia queremos sistematizar?
4. Precisión del eje de sistematización
5. Reconstitución de la experiencia
6. Ordenamiento de elementos presentes en la experiencia
7. Interpretación crítica
8. Elaboración de conclusiones

Precisiones sobre el diseño metodológico y definición de ejes de sistematización

Para poder discutir y consensuar entre todos los participantes el diseño del proyecto de sistematización, se realizaron talleres presenciales y virtuales y se trabajó con documentos colaborativos en línea.

En estos talleres abordamos consensuamos los **propósitos** que guiaron la sistematización: reordenar y guiar el trabajo, consensuar, aprender y legitimar, buscar caminos posibles, transformar, compartir y brindar experiencia a otros

Respecto al **objeto a sistematizar**, cada municipio definió un recorte de la experiencia del Proyecto piloto. Este recorte puede incluir el desarrollo completo del proyecto en uno o varios escenarios de riesgo en los que estén trabajando.

En los encuentros presenciales y virtuales se trabajó sobre las definiciones conceptuales de los **ejes a sistematizar**. Se acordó profundizar en los aspectos innovadores del Proyecto y sus pilares fundamentales: *la intersectorialidad, la mirada integral y la gestión basada en la información local*. Se reafirmó la definición operacional propuesta de cada eje delimitando sus dimensiones y variables.

Intersectorialidad		
Definiciones	Intersectorialidad Integración de los distintos sectores del municipio y los diferentes actores de la comunidad en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones para mejorar las condiciones sociales y sanitarias en los espacios donde viven las personas, el territorio.	
	Acción intersectorial Consiste en aunar fuerzas, conocimientos y medios para la generación de relaciones, alianzas y acuerdos, trabajo coordinado e intervenciones conjuntas de los sectores de la sociedad.	
Dimensiones	Condicionantes	Factores que actúan como facilitadores u obstaculizadores del trabajo intersectorial.
	Modalidad de participación	Modos de desarrollo del trabajo intersectorial y relaciones entre el área de control de alimentos y otros actores.
	Capacidad institucional para la implementación de estrategias	Comprende las relaciones del área de control de alimentos con otras instituciones para llevar adelante las estrategias diseñadas en el marco del PP.

Mirada integral		
Definición	Es el enfoque que incluye el análisis de los múltiples determinantes que intervienen a lo largo de la cadena agroalimentaria. Entre ellos: determinantes socio-ambientales, sistemas de producción de alimentos, prácticas de elaboración de alimentos, prácticas y costumbres de consumo de alimentos y condiciones medio ambientales que influyen en las prácticas de higiene, elaboración y consumo de alimentos. Para analizar estos determinantes se requiere la incorporación de una mirada interdisciplinaria e intersectorial en el análisis de situación local.	
Dimensiones	Inclusión de determinantes de salud	Inclusión en el análisis de los problemas locales los determinantes y condicionantes que influyen en ellos.
	Inclusión de la cadena agroalimentaria	Inclusión en el análisis de los problemas locales de información de los eslabones de la cadena agroalimentaria involucrados.

Gestión basada en la información local		
Definición	Es la definición y aplicación de intervenciones sustentadas en la información local; orientando las acciones hacia la atención de las prioridades identificadas a fin de mejorar las condiciones de salud y de vida de la población	
Dimensiones	Relevamiento de datos primarios	Proceso de recolección y elaboración de información sobre escenarios de riesgo para SUH.
	Identificación de problemas	Detección de problemas a partir de la información local.
	Definición de estrategias	Comprende a los programas y acciones surgidos en el marco de la implementación del PP.
	Acciones conjuntas	Identificación de las acciones surgidas a partir del trabajo intersectorial.
	Amplitud de las acciones	Amplitud de las acciones surgidas a partir del trabajo.
	Características de las acciones	Características de las acciones surgidas a partir del trabajo.

Selección de casos

Para la selección de los casos, se realizó una convocatoria al interior del piloto para participar en forma voluntaria de la sistematización. Se seleccionaron siete municipios teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Su distribución en diferentes regiones utilizando un criterio federal.
- Incluir diversos tamaños poblacionales: categorizando a los municipios según su población como sigue: pequeños (hasta 19.999 habitantes), medianos (municipios desde 20.000 hasta 49.999 habitantes) y grande (mayor a 50.000 habitantes)

- Reflejar la heterogeneidad en cuanto a las características de la experiencia.

La sistematización de experiencias se desarrolló en siete de los veintiún municipios participantes del Proyecto Piloto. Se encuentran distribuidos en la región Sur, Centro y NEA del país y pertenecen a cuatro provincias:

- Municipio de Córdoba, Córdoba
- Municipio de Oliva, Córdoba
- Municipio de Gálvez, Santa Fe
- Municipio de Máximo Paz, Santa Fe
- Municipio de Rosario, Santa Fe
- Municipio de San Martín de los Andes, Neuquén
- Municipio de San Fernando del Valle de Catamarca, Catamarca.

Ámbito de estudio

A continuación, se describen brevemente algunas características de los municipios participantes: su tamaño y perfil socioeconómico, su situación en relación a los casos reportados de SUH, las características institucionales de las áreas de control de alimentos y se describe la existencia de mesas de trabajo intersectoriales en la comunidad. Esta descripción tiene el objetivo de introducir al contexto en el cual se desarrollaron las experiencias sistematizadas.

Municipio de Córdoba

La ciudad de Córdoba tiene 1.329.604 habitantes (Censo Nacional 2010), según el tamaño de su población entra en la categoría de municipio grande.

La ciudad de Córdoba es un importante centro universitario. En cuanto a su actividad económica se destacan por su importancia el sector comercial, el sector servicios, y el sector industrial. El sector primario, es mínimo en comparación al resto de la provincia, tiene su lugar en el cinturón verde, en las afueras del área urbanizada

En relación a la incidencia de SUH, como se muestra en la tabla a continuación las tasas de notificación son similares en el municipio y la provincia de Córdoba y en ambos casos son mayores a las del total país. En todos los casos muestran un aumento en el 2016 en relación al 2015.

Tabla 1. Casos y tasas de notificación de SUH por 100.000 habitantes. Municipio y Provincia de Córdoba, Argentina. Años 2015-2016.

Municipio/ Provincia	2015 SE52		2016 SE52		Fuente
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Municipio de Córdoba	16	1,20	20	1,50	Centro de Epidemiología Municipal
Provincia de Córdoba	44	1,23	59	1,64	Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación
Total País	339	0,79	379	0,87	

Fuente: Elaboración propia.

El control de alimentos está a cargo de la Dirección de Calidad Alimentaria, que depende de la Subsecretaría de Atención de la Salud. Esta dirección realiza las auditorías y la vigilancia de los alimentos a través del laboratorio. Este último tiene entre sus funciones realizar análisis para otorgar la habilitación de los productos para su comercialización como así también de vigilancia y de actuación respecto a cualquier brote de ETA.

Desde 2009 existe un Programa Municipal de Prevención de SUH que realiza actividades preventivas y educativas vinculadas al SUH, del cual participa la Dirección de Calidad Alimentaria.

Además, la ciudad de Córdoba es Municipio Responsable en Salud desde octubre de 2016, en el marco del Programa MyCS. Esto implica que tiene en funcionamiento una Sala de Situación de Salud Local. El área de alimentos no participa hasta la fecha en la MTI de la sala.

Durante el transcurso de la experiencia se conformó una mesa interinstitucional en la cual participan instituciones provinciales y municipales con el objetivo de planificar actividades de prevención de SUH, debido al aumento de casos en la provincia.

Municipio de Oliva

La Ciudad de Oliva se encuentra ubicada a 96 Km de la capital provincial Córdoba. Según datos del Censo Nacional 2010, su población total alcanza los 11.809 habitantes, entrando en la categoría de municipio pequeño.

En Oliva no hay casos de SUH notificados desde el año 2010 (Fuente: Secretaría de Salud de la Municipalidad de Oliva). Sin embargo, esta enfermedad es una problemática de relevancia a nivel provincial. Como se mencionó en la descripción del Municipio de Córdoba la tasa de notificación de SUH por 100.000 habitantes en la provincia es mayor que la tasa a nivel nacional (Tabla 1).

Oliva es una ciudad que asienta fundamentalmente su economía en la actividad en la Administración Pública; en el sector comercial e industrial y en el sector agropecuario.

La gestión de alimentos en la estructura municipal se enmarca en la Dirección de Medio Ambiente, Bromatología e Inspección General. En esta Dirección, que cuenta con seis trabajadorxs, se realizan diversas actividades entre las que se encuentran las referidas a alimentos.

Tradicionalmente, las acciones de vigilancia en alimentos desde el área se realizaban a partir de un cronograma de trabajo, planificando los controles a los distintos comercios agrupados por rubro. La frecuencia de visita a cada establecimiento depende del peligro-riesgo que caracteriza a la actividad.

Desde 2007 la ciudad participa del PMyCS, a través de cual acreditó como municipio Responsable en Salud en el 2015 al inaugurar la SSSL. La MTI está conformada por referentes de áreas municipales y de instituciones de la comunidad.

Municipio de Gálvez

El municipio de Gálvez está ubicado en el Departamento San Jerónimo en el centro-sur de la Provincia de Santa Fe. Cuenta con una población igual a 19.309 habitantes según el Censo Nacional 2010, queda así categorizado como municipio pequeño.

Es un centro urbano pequeño, donde conviven la actividad agropecuaria con la industrial (industrias metalmecánica, gráficas y plásticas), la comercial y la de servicios.

En los últimos años (2015-2016) no hubo casos de SUH en la ciudad (Fuente: Estadísticas Hospital Dr. Alfredo Beatti-SAMCo Gálvez). En la provincia de Santa Fe hubo 29 casos en 2015 y 27 en 2016 que representan una tasa de notificación de SUH por 100.000 habitantes

igual a 0,85 y 0,79 respectivamente. Tasas similares a las observadas a nivel nacional 0,79 (2015) y 0,87 (2016) (Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación).

El Centro de Desarrollo Agroalimentario (CeDA), cuenta con cinco trabajadorxs en su área y depende de la Subsecretaría de Salud y Desarrollo Social y de la Subsecretaría de Zoonosis y Ambiente municipal. El CeDA también es un organismo descentralizado de la Agencia Santafesina de Seguridad Alimentaria-ASSAL.

El CeDA tiene un importante desarrollo institucional. Parte de un marco estratégico desde el que se plantea la necesidad de repensar el alimento, no sólo en lo que concierne a normas a cumplir o controles a realizar, sino como necesidad de hacer una construcción del concepto de alimento en salud, abarcando lo nutricional y la seguridad.

En el marco de las acciones de control de los alimentos implementa un sistema de auditorías basada en la capacitación y uno de vigilancia basada en laboratorio como parte de la vigilancia integral de las enfermedades transmitidas por los alimentos. Además, desarrolla un sistema epidemiológico local. Se realiza la investigación y confirmación de casos y brotes; encuestas-relevamientos poblacionales, sobre temas relacionados a salud, hábitos y factores de riesgo; y se lleva un registro epidemiológico local. Mediante el mismo se recolectan y procesan datos de la ENO, entre ellas el SUH. Este sistema epidemiológico local, fue la base para el inicio de la Sala de situación local en salud. Con cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en el año 2005 Gálvez tuvo su primer SSSL. En la actualidad el municipio pertenece al PMyCS y reinauguró su sala en el marco de este programa.

Comuna de Máximo Paz

Máximo Paz es una localidad pequeña del departamento Constitución, provincia de Santa Fe. Tiene una población de 3.513 habitantes (Censo Nacional, 2010), se ubica en la categoría de municipio pequeño.

La principal actividad económica es la agrícola-ganadera y existen pequeñas y medianas empresas que son fuente de empleo en la comuna. Hay un matadero municipal y en los últimos años, se incrementó el número de personas que desarrollan microemprendimientos relacionados a la producción de alimentos en sus casas.

En relación a la ocurrencia del SUH, no se notificaron casos en los años 2015-2016. Como antecedente cabe destacar que antes de comenzar el piloto, en el año 2014 hubo un caso de SUH en la comuna (Fuente: SAMCo - Máximo Paz). La provincia de Santa Fe, tal como se describió en el apartado descriptivo de Gálvez, presenta tasas de notificación de SUH por 100.000 habitantes similares a las observadas a nivel nacional en los años 2015-2016.

El área de alimentos por convenio trabaja en red con la Agencia Santafesina de Seguridad Alimentaria ASSAL. Realiza rutinariamente actividades de control, auditoría, capacitación y participa en la investigación ante un brote de ETA. El área está formada por una sola persona. No existía previamente una MTI en la comuna. Diversos actores vinculados al problema fueron convocados a participar del proyecto: centros educativos, el centro de salud, policía, representantes de comercios, clubes y centros deportivos y las secretarías de medio ambiente, de salud, de producción y de desarrollo social.

Municipio de Rosario

Rosario está ubicada al sur de la provincia de Santa Fe. Su población es de 948.312 habitantes (Censo Nacional 2010), entra en la categoría de municipio grande.

Se caracteriza por su potencial agroexportador, concentra las principales vías de comunicación del país y una capacidad instalada en industrialización y manufacturas que, junto a su sistema de puertos, la consolidan como un centro neurálgico nacional y del Mercosur. Su principal industria es la alimenticia.

En Rosario no se recabaron los datos de notificación de SUH en la ciudad. La provincia de Santa Fe, tal como se describió en el apartado descriptivo de Gálvez, presenta tasas de notificación de SUH por 100.000 habitantes similares a las observadas a nivel nacional en los años 2015-2016.

El Municipio de Rosario se encuentra dividido en seis distritos: Centro, Norte, Noroeste, Oeste, Sudoeste y Sur. Cada distrito es una área funcional y operativa de servicios y se realiza allí la coordinación de las actividades entre las distintas áreas de gobierno (Salud, Promoción Social, Cultura, etc).

El proyecto piloto se llevó a cabo en el Distrito Noroeste de la ciudad, cuya población es de 170.765 habitantes (18,01% del total) y su superficie 43,82 km² (24,52% del total).

El organismo específico de control de alimentos es el Instituto del Alimento dependiente de la Secretaría de Salud, cuya estructura organizacional está conformada por departamentos.

Existe un área de epidemiología que interviene en la vigilancia de las ETA, sin embargo, este proyecto se desarrolla desde el Departamento de Auditoría, específicamente desde el sector a cargo de las auditorías del Distrito Noroeste de la ciudad. Esta área tiene entre sus funciones la realización de las auditorías de habilitación y renovación de habilitación municipal de comercios alimentarios, atención de denuncias, auditorías de rutina y en eventos especiales como ferias, mercado y otros eventos públicos en los cuales se manipulen alimentos.

Rosario participa en el PMyCS, funcionan en este marco Mesas de Trabajo Intersectoriales descentralizadas por distrito/barrios dada la gran extensión y tamaño de la ciudad. El Instituto de Alimentos no participa de las MTL.

Municipio San Martín de los Andes

San Martín de los Andes es la ciudad cabecera del departamento Lacar. Su población según el Censo Nacional del 2010 es de 29.748 habitantes, entra así en la categoría de municipio mediano. El eje económico de desarrollo es el turismo (esquí, pesca, montañismo, camping, andinismo, etc.). Producto de esta actividad, la población se incrementa notablemente en las temporadas pico, generando demandas adicionales a los recursos naturales. En los últimos años hubo un importante crecimiento poblacional que determinó que los asentamientos habitacionales se fueran extendiendo en forma paulatina a otras áreas más accesibles económicamente con la consiguiente expansión de los servicios básicos.

La provincia de Neuquén presenta una de las tasas de incidencia más elevadas de SUH dentro del país y de la región patagónica. Se destaca que la tasa de notificación de SUH por 100.000 habitantes en la provincia disminuyó a la mitad en 2016 respecto al 2015. En 2015 en San Martín de los Andes se registró una tasa que supera por más del doble a la registrada en la provincia. (Tabla 2)

Tabla 2. Casos y tasas de notificación de SUH por 100.000 habitantes en San Martín de los Andes y Provincia de Neuquén, Argentina. Años 2015-2016.

Municipio/ Provincia	2015 SE52		2016 SE52		Fuente
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Municipio San Martín de los Andes	2	6,72	***	***	Zona Sanitaria IV, de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén.
Provincia de Neuquén	15	2,42	7	1,11	Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación
Total País	339	0,79	379	0,87	

Fuente: Elaboración propia

***=No se recabaron los datos.

La Dirección de Bromatología depende de la Secretaría de Hacienda y Finanzas y se divide en dos subáreas: Departamento de Bromatología de la que dependen el Área de Bromatología y el Área de Seguridad. Dentro del equipo profesional cuenta con un Médico Veterinario y una Licenciada en Bioquímica y 6 inspectores idóneos.

La Unidad Ejecutora de Salud Ambiental y Zoonosis, de la cual depende el becario que ha liderado la implementación del proyecto en el municipio, depende a su vez de la Subsecretaría de Gestión Ambiental (Secretaría de Planificación). Desde ella se realizan tareas de control en fauna urbana y prevención de zoonosis.

San Martín de los Andes es Municipio Responsable desde el año 2014 en el marco del PMyCS. La MTI funciona en la SSSL, en el ámbito de la Secretaría de Desarrollo Humano, está conformada por integrantes del Municipio, Ministerio de Salud de la Provincia, Ministerio de Ciudadanía de la Provincia, Consejo Provincial de Educación, ONGs de varios ámbitos. Entre los participantes del nivel municipal participan Salud Ambiental y Zoonosis y no integra la mesa la Dirección de Bromatología.

Municipio San Fernando del Valle de Catamarca

La ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca es la capital de la provincia de Catamarca. Su población total es de 159.703 habitantes (Censo Nacional, 2010), entra en la categoría de municipio grande.

La ciudad cuenta con un parque industrial, el Pantanillo, que posee entre otras, empresas del rubro de la alimentación. Otro sector importante de la economía es la cosecha de olivo y la producción de aceite. Los productos locales son las conservas y los tejidos como el poncho. Un evento a destacar, es la Fiesta Nacional e Internacional del Poncho, con amplia convocatoria tanto regional como nacional.

En relación a la incidencia de SUH en los últimos dos años en el municipio, no se pudo obtener información precisa. A nivel provincial se reportaron en 2015, 1 caso y en 2016, 2 casos que representan una tasa de notificación de SUH por 100.000 habitantes igual a 0,25 y 0,50 respectivamente (Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación). Estas tasas de notificación de SUH en la provincia de Catamarca son menores a las observadas en el nivel nacional 0,79 (2015) y 0,87 (2016).

La Administración de Bromatología del municipio depende actualmente de la Dirección de Inspección General, perteneciente a la Secretaría de Planeamiento y Modernización. Desde el área se realizan actividades de habilitación y controles a comercios y transporte; análisis de alimentos y agua; operativos programados en eventos y fechas especiales y actividades de difusión y capacitación a la comunidad.

El municipio cuenta con una SSSL y se lo acreditó como Municipio Responsable en el marco del PMyCS. La MTI está conformada por integrantes de diferentes dependencias del municipio, áreas de la provincia y organizaciones no gubernamentales. El área de bromatología no participa de las reuniones de la mesa.

Cabe destacar que en este municipio el proyecto se implementó en forma paralela a través de dos secretarías, desde la Secretaría de Salud (Dirección de Atención Primaria de la Salud) y desde la Secretaría de Modernización y Planeamiento (Administración de Bromatología).

Instrumentos y procedimientos para la recuperación de las experiencias

La reconstitución de la experiencia por parte de los municipios participantes se realizó utilizando diferentes métodos de recuperación de lo vivido, algunos participativos y apelando a la subjetividad de los actores involucrados y otros a través registros concretos de actividades. Estos diferentes métodos incluyen:

- Registro de las reuniones de MTI
- Registros audiovisuales de las actividades
- Registros de actividades realizadas (relevamientos, talleres, etc)

- Talleres participativos de recuperación de la experiencia por cada municipio
- Informes de recuperación del proceso vivido por municipio de acuerdo a modelo sugerido por la coordinación. Uno a medio término de la experiencia y otro como cierre de la sistematización.

Análisis e interpretación del proceso

La redacción del presente informe estuvo a cargo de la coordinación de proyecto. Documento que plasma la experiencia vivida, destacando las lecciones, aprendizajes y nuevos conocimientos surgidos del conjunto de las experiencias.

RESULTADOS

La presentación de los resultados se organiza por municipios participantes y según los ejes de la sistematización. Luego de una breve presentación de la experiencia a sistematizar en cada municipio se presentan los principales resultados: aprendizajes extraídos y caminos recorridos en cada eje sistematizado desde la voz de quienes llevaron adelante la experiencia en cada localidad.

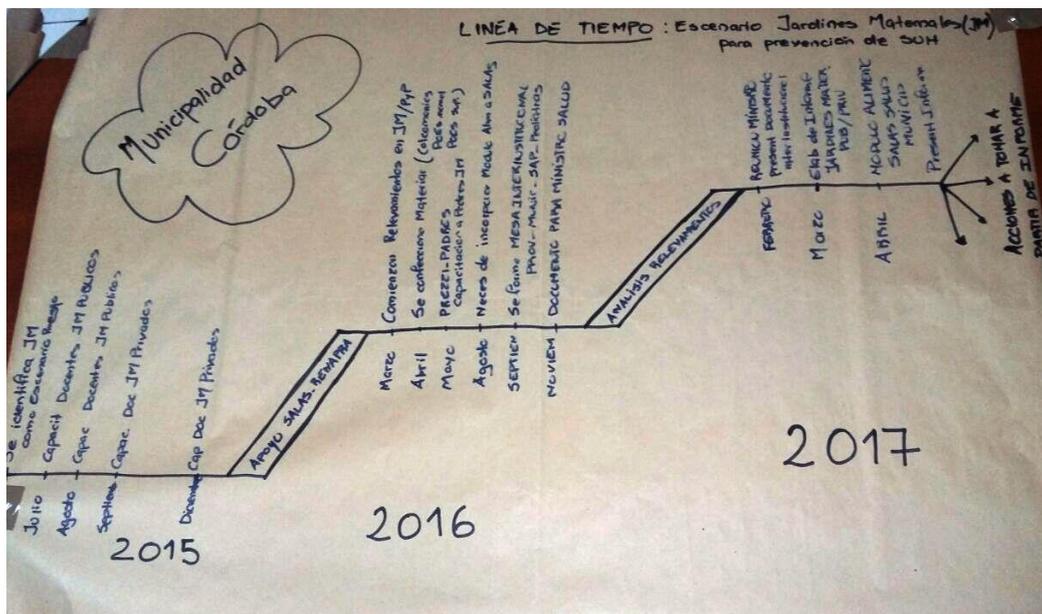
Los resultados son la respuesta a las preguntas que guiaron la sistematización: ¿cómo transcurrió la experiencia? ¿qué sucedió en el camino transitado en relación a la intersectorialidad, la mirada integral y la gestión basada en información local? ¿qué particularidades caracterizan cada experiencia, cuáles fueron los puntos críticos, claves en cada eje?

Municipio de Córdoba, Córdoba

La experiencia

En la ciudad de Córdoba el proyecto piloto fue impulsado en el escenario jardines maternales por el laboratorio de Alimentos. Paralelamente se encontraba en desarrollo una MTI conformada en el marco del PMyCS con la cual, luego de elaborar, comunicar y visibilizar un diagnóstico del escenario, finalmente se empieza a interactuar.

Línea de tiempo:



Intersectorialidad

El desarrollo del proyecto piloto en el escenario jardines maternales propició la articulación de trabajo con otras áreas dentro de la estructura municipal y hacia el interior de la Dirección de Calidad Alimentaria.

En el escenario trabajado se ampliaron los vínculos ya existentes, sensibilizando a los actores sobre la temática y generando acciones de colaboración en aspectos puntuales relacionados con el relevamiento:

Se realizaron reuniones con los funcionarios de las áreas de Educación y Entes Privados para ponerlos al tanto de la preocupación que tenía el área de salud de la cantidad de casos de SUH y de la importancia de involucrar a otros sectores en la elaboración y diseño de estrategias tendientes a prevenirlo... con el área de epidemiología se trabajó en la ubicación georeferencial de los casos de SUH locales del año anterior y del año en curso. (Alina, referente del proyecto en Córdoba)

Por otro lado, a pesar de los esfuerzos realizados, durante la implementación del proyecto no fue posible la participación en la MTI de la Sala de Situación Local debido en parte a que la priorización de problemas de esta no incluía temas relacionados al SUH ni a otras ETA. Aunque sí se desarrolló un vínculo de trabajo fluido con el Centro de Epidemiología Municipal y se utilizaron diversas instancias como de II Foro de SUH, realizado en el marco

del observatorio ANMAT, para reforzar vínculos con actores significativos como el laboratorio central y la asociación LUSUH. Posteriormente, la presentación de los indicadores del escenario Jardines Maternales a los actores convocados repercutió favorablemente y esto motivó la invitación a participar de la MTI:

Hasta el momento se trabajaba aisladamente desde la bromatología con la participación de epidemiología aquí en el laboratorio de alimentos, esto sería un avance porque nosotros iríamos a la mesa de salud municipal con la inauguración de este módulo alimentos y con todos nuestros resultados y relevamientos hechos con el proyecto salas del escenario jardines maternales.
(Alina)

Las características del municipio en cuanto al tamaño y multiplicidad de actores plantean dificultades en la construcción y mantenimiento de vínculos:

La mayoría de las dificultades se plantean referentes a la recolección de datos del municipio, ya que al estar descentralizado y al ser un municipio muy grande, las áreas se encuentran en distintos lugares físicos y con continuos cambios de conducción, por lo que cuando se establece un vínculo con flujo de información, al poco tiempo hay que volver a generar vínculos nuevos. (Alina)

Como fue mencionado, el área de alimentos participó también de una mesa interinstitucional convocada ante el aumento de casos de SUH en la provincia, en la que participaron áreas provinciales y municipales. En este ámbito se expuso el trabajo realizado en el marco del proyecto piloto. Esto junto a las actividades realizadas en el Proyecto Carnicerías Seguras⁶ y el Programa municipal de prevención del SUH tuvo un amplio reconocimiento y fue valorado positivamente por parte de la mesa.

Mirada integral

Al transitar la experiencia se enriqueció la mirada al interior del escenario Jardines maternales, incorporando el relevamiento de prácticas y la voz de los involucrados. La propuesta del proyecto amplió la lógica de las intervenciones pasando de realizar actividades de vigilancia basada en laboratorio y acciones de capacitación a sumar información sobre las prácticas de riesgo desde una mirada poblacional:

⁶ El Proyecto Carnicerías Seguras, es impulsado por la Coordinación de RENAPRA, se implementa desde 2014 a través de las áreas de control de alimentos locales y tiene como ámbito de intervención las carnicerías.

Las fichas de relevamiento nos proporcionaron herramientas de búsqueda de información valiosa para modificar aspectos relacionados con la capacitación como así también con la habilitación de estas instituciones. (Alina)

Como aporte al modelo se destaca que se realizaron relevamientos a los trabajadores/as complementando al realizado en las instituciones. De esta manera, se incorporó la voz del personal de los jardines lo que permitió acercarse desde otro ángulo a las situaciones reales, a las prácticas habituales y al conocimiento existente sobre el tema abordado:

Los resultados del análisis de situación realizado modificaron el preconceito que se tenía sobre el conocimiento de las docentes sobre la problemática de SUH en nuestro ámbito, como así también sobre la necesidad de capacitación en esa área específica. (Alina)

Gestión basada en información local

Las características de una gran ciudad y el escaso personal disponible imposibilitaban la implementación del proyecto tal como estaba propuesto. Ante esta situación se encontró como alternativa la realización de una encuesta a los docentes durante las capacitaciones realizadas. Esta metodología y herramienta de relevamiento fue incorporada luego, por el colectivo del proyecto.

Trabajar con datos primarios permitió visualizar situaciones reales y así planificar políticas sanitarias de prevención orientadas a la problemática detectada:

En los baños según lo encuestado existe un gran porcentaje de toallas, pero en su mayoría son de tela, en el caso de los jardines municipales se podría gestionar que la empresa de limpieza sea la responsable de proveer toallas descartables y jabón líquido y que esto esté incorporado al pliego de licitación. (Alina)

Contar con nuevas herramientas y métodos para relevar datos sobre escenarios de riesgo permitió complementar y sumar información a la investigación epidemiológica de los brotes de SUH con una mirada integral, de cadena:

Rodear los casos de SUH con las acciones de control y vigilancia... es decir a qué comercios concurrió ... a qué jardines, natatorios, etc.; en muchos casos con toma de muestra de alimentos. (Alina)

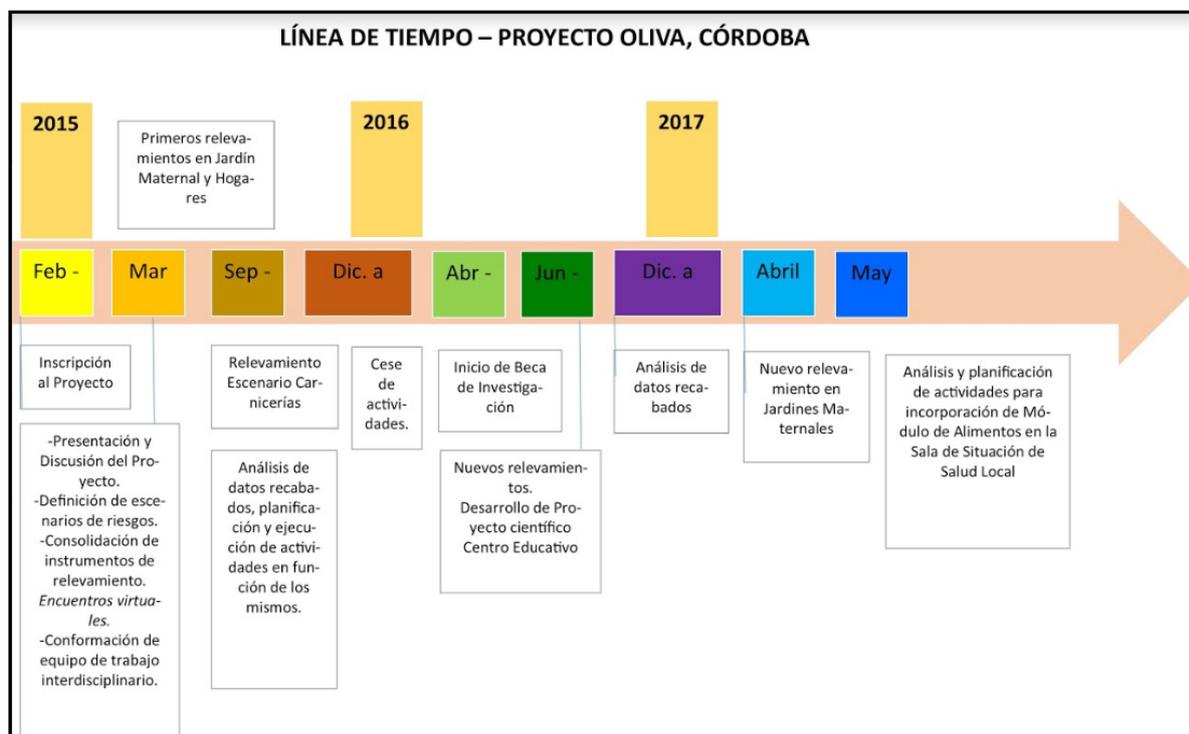
Municipio de Oliva, Córdoba

La experiencia

Oliva es Municipio Responsable en Salud en el marco del Programa MyCS. La referente del programa y de la SSSL en el municipio es la actual directora de bromatología. Ella es quien cuenta que en el 2015 cuando se abrió la convocatoria desde la Red Nacional de Protección de Alimentos (RENAPRA) “nos sumamos al proyecto porque consideramos que es necesario contar con una mirada ampliada que incluya a todos o a la mayor cantidad de factores incidentes en las enfermedades transmitidas por los alimentos.”

Así, esta experiencia tenía el objetivo de sumar a una sala ya existente el Módulo de Alimentos. Se propuso relevar todos los escenarios de riesgo propuestos por el proyecto. Para la sistematización se limita la experiencia al trabajo en los escenarios por los que se comenzó: Carnicerías, Hogares, Niños en edad escolar (Escuelas primarias), Jardines Maternales y Agua. Participa de esta sistematización quien está a cargo de la secretaría de salud y también es miembro de la MTI.

Línea de tiempo:



Intersectorialidad

Como ya fue descrito, la MTI conformada por referentes de las áreas municipales, tiene un activo funcionamiento y una dinámica de trabajo fluida, en articulación con diferentes actores de la comunidad.

La propuesta de RENAPRA fue un impulso para incorporar a la sala indicadores específicos de alimentos. La existencia de trabajo previo en la temática con diversas acciones de prevención y promoción promovidas desde la mesa en conjunto con el área de alimentos, facilitó la incorporación del proyecto piloto que supuso sumar nuevos escenarios y fundamentalmente relevar en ellos información primaria.

Los escenarios a trabajar fueron seleccionados en función de la posibilidad de complementar la implementación del proyecto con actividades previas de manera tal que se pudiera aprovechar esas oportunidades de “acceso” a los escenarios, ya sea por controles, por actividades educativas y/o intereses expresados. (Cecilia, referente del proyecto en Oliva).

Los distintos actores intervinieron en el proyecto de acuerdo a lo previsto, *parte de ellos participando activamente en planificación, relevamiento, análisis, otros facilitando el acceso a la información* (Cecilia). Por ejemplo, en los relevamientos participaron personal de la Secretaría de Salud, de la Dirección de Medio Ambiente, Bromatología e Inspección General, de la Dirección de Cultura, Educación y Deportes, de Acción Social, de Prensa y Comunicación, y docentes de escuelas de nivel primario. El proyecto no sólo encontró predisposición y apertura para colaborar en su desarrollo desde el ámbito institucional, también fue un motor para fortalecer y construir nuevos lazos con la comunidad.

Contamos con apoyo institucional del gobierno municipal, de las distintas áreas, de inspección zonal escolar y de las instituciones educativas. Este apoyo se manifestó en el tiempo e interés brindado para la realización de las actividades. Se generaron nuevos vínculos, con los jardines maternas, fortalecimiento de los vínculos con los centros educativos y responsables de carnicerías. Se modificaron otros en el sentido de haber podido iniciar acciones sobre aspectos que no se estaban considerando y que hacen a la salud de la población. (Cecilia).

Los vínculos formados son principalmente de cooperación, acercamiento, apertura. Han permitido y permiten reconocer y conocer a los otros actores, contar con información local,

cercana; potenciar recursos, ordenar acciones, fortalecer la toma de decisiones a través de la evaluación y planificación conjunta y participativa.

Los conflictos suelen presentarse en cuanto a la disponibilidad de tiempo para realizar las actividades:

...se pudieron solucionar reprogramando, distribuyendo de maneras distinta, rotando las actividades entre los participantes. (Cecilia).

Mirada integral

Las interacciones realizadas en los escenarios jardines y el fortalecimiento de vínculos existentes con centros educativos y responsables de carnicerías, permitió incorporar nuevos elementos al análisis de la realidad local y precisiones al conocimiento que se tenía previamente sobre estos escenarios:

Llevar la mirada hacia otros factores nos está posibilitando tener en cuenta situaciones/realidades que desconocíamos, y sobre ello poder generar acciones para prevenir, mejorar. (Cecilia).

Los nuevos vínculos construidos al andar en el desarrollo del proyecto sumaron nuevas miradas, con otros puntos de vista, otras perspectivas y realidades:

Identificamos aspectos que no conocíamos y requerimos colaboración de otros sectores/actores a los “convencionales” relacionados a la gestión de alimentos, como son trabajadoras sociales, docentes y otros. Esto permitió acceder a más información, a conocer más acerca de la realidad local. (Cecilia)

Además, como se ve en el siguiente ejemplo, los trabajadores/as de los escenarios fueron sensibilizados y sumaron al conocimiento de la situación aportando a esta integralidad de la mirada:

Las trabajadoras sociales y las personas que están a cargo del jardín maternal propusieron también llevar adelante las encuestas a los papás de los niños que estaban participando en el jardín, esto nos permitió conocer también cuales son las prácticas que estaban llevando en sus hogares y relacionarlas con lo que estaba pasando en el jardín maternal. Por ejemplo como venían las mamaderas desde la casa, como llegaban al jardín maternal y que se hacía en el jardín con esas mamaderas. (Cecilia)

Por otra parte, entre las herramientas propuestas por el proyecto, se señala la utilidad del

análisis territorial de la información:

La georreferenciación nos aporta una mirada ampliada y holística del territorio con los escenarios y otros factores que son transversales en la posibilidad de ocurrencia o prevención del SUH y otras ETA. Genera una apertura hacia el análisis, relacionando y cruzando información de distintos aspectos que hacen a la salud de cada individuo caracterizado sectorialmente y de la comunidad en general. (Cecilia)

La siguiente reflexión de la referente del proyecto en Oliva deja constancia de lo aprendido en esta experiencia en relación a la integralidad de la mirada y cómo las herramientas propuestas colaboraron con este enfoque:

El conocimiento del otro y de lo otro. La posibilidad de tener información local, del territorio que habitamos y sobre el cual actuamos, el aprendizaje sobre nuevas herramientas de gestión, de procesamiento y análisis de datos, la construcción de indicadores que nos permitan medir el efecto de acciones, comparar, reflexionar sobre lo que venimos haciendo en función de conocer mejor sobre “donde estamos parados” y la motivación para generar la capacidad de responder de otra manera cuando sea necesario, de entablar vínculos para trabajar de manera participativa, de mejorar lo que se hace y hacer lo que no estamos haciendo por desconocimiento y/o falta de recursos. La construcción de saberes entre todos. (Cecilia).

Gestión basada en información local

En el municipio la bromatología siempre formó parte de la MTI, el referente anterior también era el director del área por lo que primaba la mirada de la salud a partir de los alimentos, pero hasta el momento no se habían incorporado estadísticas o indicadores específicos a la Sala de Situación. Su incorporación permitió contar con información local y rediseñar y readaptar intervenciones para hacerlas más efectivas. Se fortaleció también la toma de decisiones a través del diagnóstico y planificación de forma articulada y participativa:

En cuanto a estrategias, tratamos de coordinar entre todas las actividades y la distribución de las mismas, definir plazos adecuados, pensar en otras formas de hacer (como por ejemplo, proponer la realización de actividades a otros actores/grupos, combinarlas con acciones que se realizan, etc.), informar de una

manera clara y accesible a todos los participantes. (Cecilia).

En cuanto a su integralidad, las intervenciones lograron incorporar elementos de la realidad local y redirigir las acciones en función de esa situación:

...surgieron muchas cosas... el diagnóstico nos mostraba que había hogares en donde no tenían heladera, estos son datos que el sistema de vigilancia no nos da. Poder relevarlos a través de este proyecto y de las planillas es muy enriquecedor y permite abrir la mirada y abrir la cabeza para saber que hay otra realidad y para direccionar las acciones nuestras. Estábamos pidiendo que mantengan la carne molida a dos grados y nos encontramos con que no tenían heladera, nos llevó a repensar qué hacer para abordar esa problemática (Cecilia)

Conocer el escenario, como sucedió en el escenario niños en edad escolar, también permitió que las campañas educativas regulares se vinculen de otro modo con la realidad local, haciéndolas más efectivas:

Fuimos relacionando las campañas con el proyecto, por ejemplo, la campaña de lavado de manos... Estábamos promoviendo el lavado de manos y nos encontramos con instituciones que no contaban con los elementos necesarios para hacerlo o que tampoco conocían la forma correcta. Esta información fue gracias al relevamiento que pudimos realizar. (Cecilia)

Las acciones realizadas se multiplicaron al multiplicarse recursos. Las mismas están dirigidas a la comunidad y a los destinatarios de los escenarios relevados, son de tipo promoción de prácticas seguras y hábitos saludables:

A medida que fuimos realizando el relevamiento de información a través de las planillas, surgieron necesidades que consideramos podíamos y debíamos abordar con acciones para aportar a la solución y/o mejora de las mismas. Se realizaron actividades como talleres sobre manipulación de alimentos, higiene, lavado de manos, campaña de lavado de tanques de agua domiciliarios, folletos referidos a esos temas, imanes sobre las temperaturas óptimas de conservación y la ubicación de los alimentos en la heladera, entre otras. (Cecilia)

Esto también se refleja en la importante participación de las instituciones educativas. Una de ellas manifiesta el interés de la institución en el tema al realizar un proyecto en el Feria de Ciencias relacionado al Síndrome Urémico Hemolítico que fue seleccionado en la provincia y

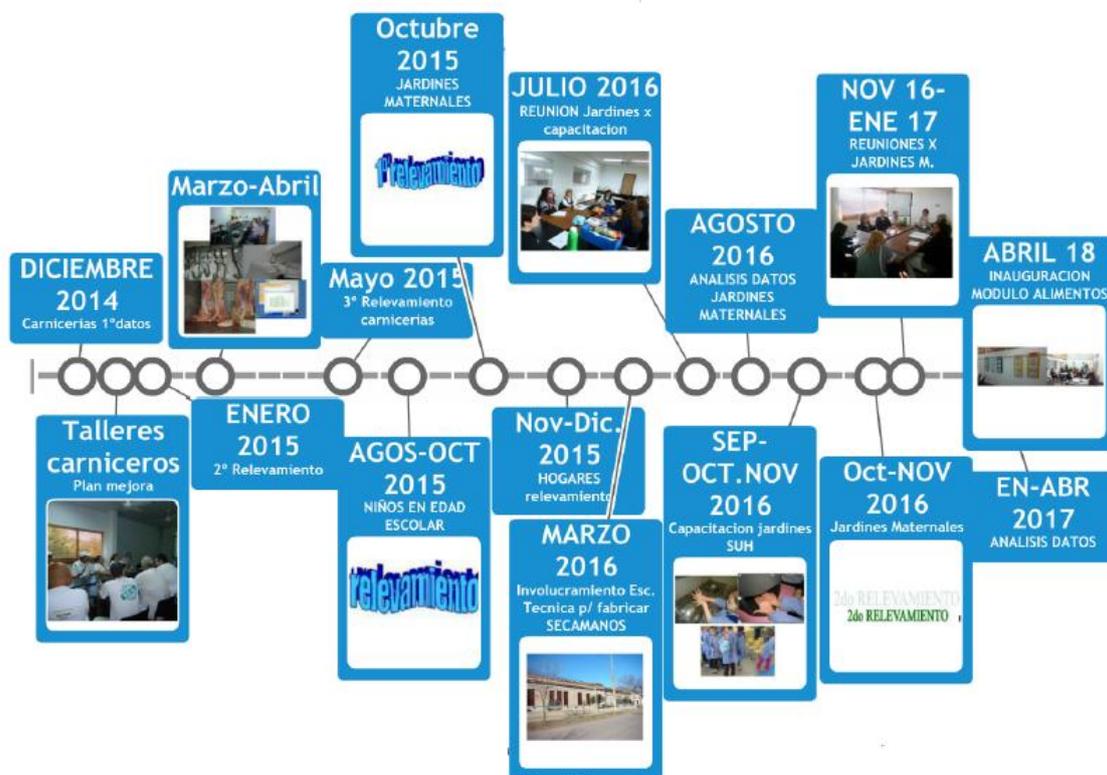
se presentó en instancia nacional. En el mismo se incorporaron herramientas de investigación (usaron las mismas encuestas que en el relevamiento) desarrolladas a través del proyecto piloto. Asimismo, se destaca también la solicitud de algunas instituciones para repetir y multiplicar las actividades llevadas a cabo, sobre todo las educativas.

Municipio de Gálvez, Santa Fe

La experiencia

En el municipio de Gálvez la experiencia se refiere a la inclusión del Módulo de Alimentos en la sala de situación de salud local. La responsable de implementación del proyecto, es la directora del Centro de Desarrollo Agroalimentario (CeDA), quién es a la vez referente del Programa MyC en la ciudad. Se trabajó sobre los siguientes escenarios: Carnicerías, Jardines Maternales, Hogares, Niños en edad escolar.

Línea de tiempo:



Intersectorialidad

Al momento de sumarse al piloto, ya existía una MTI en funcionamiento, por lo que se parte de un vínculo de trabajo y coordinación ya generado con el área de Alimentos. El CeDA es miembro de la mesa y su directora es tanto la referente del PMyCS como la impulsora de la construcción Módulo de Alimentos en la SSSL.

La dinámica de la mesa intercala el trabajo habitual en un equipo reducido y otra mesa ampliada que se convoca ante temas específicos por ejemplo en la priorización de problemas. El equipo más reducido lo componen básicamente distintos sectores del Hospital, Centro de Salud, CeDA, Subsecretaria Salud y Subsecretaria de Zoonosis. Este equipo tiene contacto diario en el traspaso de información.

Si bien ante la presentación del proyecto de incorporar el Módulo de Alimentos en la sala hubo interés y una buena predisposición por parte de los demás integrantes de la mesa, la participación activa en las tareas no se dio hasta avanzado el proyecto. Como el tema propuesto se relacionaba a alimentos, el resto de los participantes no alcanzaron a comprender la necesidad del involucramiento en esta primera etapa del proyecto. Consideraron que el

CeDA tenía las herramientas de cercanía y trabajo diario con los diversos escenarios elegidos.

Al mencionar Módulo Alimentos, lo relacionan con el área específica y no visibilizan el objetivo específico estimar prácticas o hábitos relacionados a SUH o enfermedades transmitidas por los alimentos. (Silvia, referente del proyecto en Gálvez)

Por otra parte, el trabajo en nuevos escenarios amplió el vínculo con nuevos actores que desembocaron en estrategias impulsadas colectivamente, como sucedió en el escenario jardines

Se convocó a Desarrollo Social que es el área que tiene la habilitación de jardines, para hacer el relevamiento en conjunto. (Silvia)

La presentación de los indicadores del Módulo permitió modificar la mirada de los diferentes actores sobre la transversalidad de los datos referidos a Alimentos. Es esencialmente en esta etapa del proyecto que se integran las diferentes miradas

No sólo desde el área de alimentos, sino desde los diversos actores que participan en cada escenario, el ver un gráfico permitió visualizar mejor cada situación. En la presentación, por ejemplo, los directivos de las escuelas si bien conocen su realidad en cada institución, al ver datos, inmediatamente se pusieron metas de trabajo, para resolver algunas prácticas. (Silvia)

La predisposición para participar del relevamiento en cada escenario fue buena, ya que el área de alimentos tiene buena llegada y aceptación con las instituciones y establecimientos por las acciones propias de intervenciones de cada año. En el escenario jardines maternas, donde no se trabajaba antes, fue más difícil el acercamiento, había desconfianza al principio.

Mirada integral

Se ampliaron los escenarios de relevamiento, incluyendo componentes de la cadena a los que no se llegaba antes. Realizar el relevamiento en terreno, permitió descubrir otras miradas, afianzar lazos con las instituciones que se trabaja cotidianamente y descubrir sectores nuevos con necesidades de intervención del área de alimentos.

Involucrarnos más en problemas de seguridad de los alimentos, pero desde otra mirada, no desde la mirada de auditoría sino desde la mirada hacia toda la comunidad o con una visión más amplia de toda la cadena. (Silvia)

En otro sentido, también se amplía la mirada hacia prácticas relacionadas a las ETA y no sólo

datos de casos:

Hasta el momento teníamos datos fríos, diarreas, enfermedades transmitidas por los alimentos, el modulo alimentos permite contar con otros tipos de datos que nos permite generar una idea de situaciones, prácticas o hábitos por los cuales se pueden llegar a enfermar los galvenses. (Silvia)

Gestión basada en información local

La presentación de los datos en el módulo fue un hecho muy significativo en el proyecto, se visualizaron situaciones que se desconocían y los actores involucrados se vieron interpelados por los datos generando un mayor compromiso con el trabajo conjunto.

En el escenario jardines, un espacio en el que no se trabajaba antes, se empezó a ser un actor con decisión, se logró posicionar al área, se realizaron acciones estratégicas como la modificación de una ordenanza tomando en cuenta la información relevada

Durante el proceso del relevamiento y análisis, también surgieron situaciones que requerían de mejora inmediata tendientes a la prevención. Se articularon varios actores, el técnico (las diversas áreas), el ejecutivo y el legislativo, y como producto final se obtuvo la modificación de la ordenanza correspondiente a Jardines Maternales-Materno Infantiles... Después de este proyecto y de la aprobación de la modificación de la ordenanza cambiará la participación del área de alimentos. (Silvia)

Otro ejemplo de la amplitud de las acciones realizadas sumando a nuevos actores se da en las escuelas primarias donde ya se tenía una trayectoria de trabajo en el escenario. Al realizar un taller de lavado de manos, se detecta la necesidad de sistemas de secado de manos adecuados en los sanitarios. Al ver esta situación se propone un proyecto de extensión con estudiantes de escuelas técnicas para que realicen secamanos automáticos como parte de una práctica de una materia.

Ver los indicadores de los escenarios relevados no sólo orientó las políticas e intervenciones, también sirvió como evaluación del impacto de acciones de prevención que se realizaban habitualmente

Los datos hacen repensar nuestras prácticas. En el escenario hogares sorprendieron algunos datos, Gálvez es una ciudad que hoy cuenta con 5340 manipuladores de alimentos que realizaron y aprobaron el curso, en una

población de 19309 habitantes según censo 2010. Y sin embargo de los encuestados el 43% descongela los alimentos a temperaturas ambiente. El 39 % no lava el tanque de agua. Un 6% nunca usa jabón para lavarse las manos y un 15% lo usa algunas veces. (Silvia)

En el escenario carnicerías, donde el área de alimentos ya venía trabajando previamente, se pudo mostrar el impacto de las acciones de capacitaciones en los establecimientos, la tendencia de los diferentes relevamientos en el tiempo mostró mejoras que pueden visualizarse, así como situaciones sobre las que hay que seguir trabajando.

Como principal dificultad enfrentada se destaca la falta de tiempo y de personal calificado para las tareas de procesamiento y análisis de datos poblacionales.

No poder organizar un grupo de trabajo que pueda analizar, procesar, comparar, sus propios datos, porque no sólo pasó con este proyecto, en sala de situación pasa lo mismo, las distintas instituciones te entregan el dato, pero son muy pocas veces que el mismo ya viene procesado, graficado, etc. (Silvia)

Por último, se plantea que el modelo produjo cambios en la circulación de la información en la comunidad, condujo a la modificación del destino y el destinatario de la información recolectada e impactó en la forma de gestionar:

El Módulo de alimentos cambia la forma de planificar actividades, programas, nos permite pasar de información cautiva en diversas instituciones (Hospital, Centro de Salud, Sanatorios) a tener la capacidad de ser generadores y receptores de información disponible para toda la comunidad...programas de prevención o promoción de la salud basados en resultados locales de situaciones específicas que tenemos la certeza que nos pasan a los galvenses. (Silvia)

Comuna de Máximo Paz, Santa Fe

La experiencia

En la Comuna de Máximo Paz se sistematiza la experiencia de conformación de una MTI a partir de la convocatoria realizada por el responsable del área de alimentos en el marco del proyecto piloto Salas de Situación de Salud para la Prevención del SUH - Módulo Alimentos. Desde la mesa se impulsó en forma conjunta el trabajo en los escenarios Mataderos y Niños en edad escolar. Algo para destacar en esta experiencia, es que a partir de la articulación

para ellos. Cuando se habla de profesionales de la salud para proyectos siempre se consideran a los médicos. Muchas veces nosotras tenemos más conocimiento de cómo se manejan las cosas en la cocina que ellos. (Enfermera del SAMCo)

Al cobrar visibilidad la diversidad de participantes jerarquizó el proyecto y posibilitó la obtención de recursos económicos para la oficina de alimentos y para la Sala:

Cuando se comenzó a formar la Sala, se empezó a saber qué actores la formaban, el proyecto comenzó a tener más relevancia (para los decisores políticos).
(Agustín, referente del proyecto en Máximo Paz)

La multiplicidad de actores permitió también consensuar políticas en materia de seguridad alimentaria y darle legitimidad a estas.

En un pueblo pequeño.... las decisiones de la mesa tienen más legitimidad que las de una persona. (Agustín)

El trabajo en la mesa puso en agenda el SUH y los problemas relacionados con alimentos, dándole complejidad a la problematización y facilitando un abordaje más integral.

La mesa Intersectorial es un gran logro para el área de alimentos, porque se comenzó a tratar los temas relacionados con los alimentos, antes no era un tema que estaba en agenda. Si existía algún problema se resolvía y quedaba ahí. En cambio, ahora si ocurre algún problema se planifica un acompañamiento a la situación y se da conocimiento a todas las instituciones que pueden estar relacionadas con el problema. (Agustín)

Por otra parte, la articulación lograda permite agilizar la gestión no solo en el problema SUH sino en otras cuestiones operativas de gobierno local. Por ejemplo, la entrega de medicamentos estaba relacionada con tres áreas diferentes del municipio, la interacción y coordinación de estos actores en la mesa hizo más efectiva la distribución de este recurso. Así, la mesa adquirió una dinámica de funcionamiento utilizada para abordar otros temas de gestión y operativos de la comuna. Esta dinámica se vio reforzada con la asunción del responsable de alimentos y becario al área de Desarrollo Social a mediados del año 2016.

Mirada integral

En Máximo Paz la integralidad de la mirada se relaciona fundamentalmente con la incorporación de la voz de diferentes actores involucrados al escenario, lo que a su vez

fomentó una ampliación la mirada hacia otros determinantes sociales de la salud durante los relevamientos.

Mediante el trabajo de relevamiento en los escenarios elegidos, se dirigió la mirada hacia prácticas de riesgo y se obtuvo información valiosa que no se encontraba disponible. Pero los principales aportes no provienen sólo de la información relevada que se encuentra parcialmente procesada, sino de la incorporación de la perspectiva de los actores del escenario. La participación de directivos y docentes en el diagnóstico y planificación de intervenciones enriqueció el abordaje en los establecimientos educativos. El proyecto logró sensibilizar e involucrar a los actores para repensar sus propias prácticas:

...existían cosas que desconocía, cuando los chicos se acercaron a la escuela para realizar el relevamiento, las preguntas que ellos iban haciendo, se me iba prendiendo la lamparita de mi cabeza, para ver si los niños hacían lo correcto o no. En cuanto a lo educativo (contenidos curriculares), se da lo mínimo e indispensable en cuanto alimentación, y estos temas que pueden dañar a nuestros niños los damos por altos. Se piensa acá no va ocurrir, buenos aires lo vemos lejos. (Docente de 2do grado integrante de la MTI)

Los actores de los escenarios y de la mesa incorporaron a su trabajo cotidiano temas de promoción de la salud:

Las docentes que estaban el año pasado en 3° grado al momento del relevamiento, en 2017 se encuentran en primer grado, por lo que nos llamaron para poder realizar una capacitación (que ya está programada) porque notan que los chicos que han ingresados les falta hábitos en higiene personal y en sus propias manos. Esto creo que es un lazo muy beneficioso tanto como para la sala, como para la comunidad educativa. (Agustín)

Por último, cabe señalar que a partir de las conversaciones en la MTI, se identificó a los buffets de clubes y centros deportivos como escenario de riesgo a trabajar, ya que en ellos se manipulan productos cárnicos y tienen una alta concurrencia de niños del grupo de riesgo a eventos deportivos. Esto es una muestra de la apropiación de una nueva forma de pensar sus intervenciones, surge del análisis de la comunidad, de la interacción entre los actores en la mesa y de una incipiente planificación más participativa.

Gestión basada en información

En relación a este eje se destaca que la modalidad de trabajo propuesta fue nueva y enriqueció el conocimiento sobre el territorio. Si bien no se llegó a realizar un análisis sistemático de la información relevada, fue de mucha utilidad para orientar las acciones promoción y prevención del SUH y otras ETA junto a los demás actores de la mesa, de manera articulada y consensuada.

Se trabajó en dos escenarios, antes no relevados, escuelas primarias y matadero municipal.

El relevamiento se realizó generando un vínculo amigable con los trabajadores del matadero. Comenzamos con unas charlas informales entre el grupo de trabajo de la sala y con la ayuda del personal de SENASA (Agustín).

Así, se pudo obtener mucha información y trabajar en modificaciones de hábitos y prácticas (uso de ropa de trabajo, procedimientos) que de otra forma no se hubiese sido posible. A su vez, se cuenta con una línea de base para monitorear en el futuro al establecimiento, que recientemente pasó a una administración privada.

En el escenario niños en edad escolar se logró generar información con un procesamiento provisorio, se obtuvieron conclusiones parciales que permitieron realizar actividades de prevención y promoción. Se planifica el procesamiento y presentación de dichos resultados en la sala durante el mes de mayo.

La falta de procesamiento de los datos para la construcción de indicadores para la sala, se vio limitada por falta de tiempo, de personal y falta de habilidades necesarias para trabajar con datos estadísticos. Estas dificultades se vinculan a su vez con el tiempo y los recursos disponibles para adquirir estas habilidades mediante las capacitaciones ofrecidas por el proyecto piloto.

Sin embargo, como ya se mencionó el trabajo intersectorial en el territorio permitió identificar problemas y comenzar a planificar acciones:

... permitió ver muchas cosas que antes se pasaban por alto. Además de los hábitos y prácticas relevados (lavado de manos, lavado de verduras y falta agua potable) vimos otros problemas como falta de cepillado de dientes en los niños (Agustín).

Los datos aún no fueron cargados en las planillas, pero debido al conocimiento que tenemos de las familias de los niños pudimos sacar ciertas conclusiones como

por ejemplo cuáles eran los barrios más vulnerables por ignorancia en la información, por falta de agua potable, entre otras cosas, por no contar con freezer (Agustín).

Como producto del relevamiento y de los vínculos establecidos, y aún en base a un análisis preliminar se realizaron acciones de capacitación dirigidas a los destinatarios (niños y trabajadorxs). Estas acciones se ampliaron a otros destinatarios (comunidad) y ámbitos como la cocina del hospital.

Con toda esta movida que se generó durante el 2016, en torno a la relación de las autoridades con la Sala y con las maestras que formaron parte del relevamiento, se organizó una Feria de Alimentación Saludable, donde los alumnos de primer grado trabajaron la temática de SUH (Agustín).

Independientemente del proyecto del Módulo Alimentos, la mesa funciona como un espacio de gestión y articulación intersectorial. La existencia de este espacio amplió y canalizó nuevas demandas. Las áreas participantes llevan sus problemas, por ejemplo, ante la solicitud se realizó un curso de BPM para cocineras del hospital. A partir de demandas puntuales se ponen a consideración proyectos que diferentes actores llevan a la mesa y se planifican acciones en conjunto.

Por último, trabajar en la mesa proporcionó y multiplicó recursos:

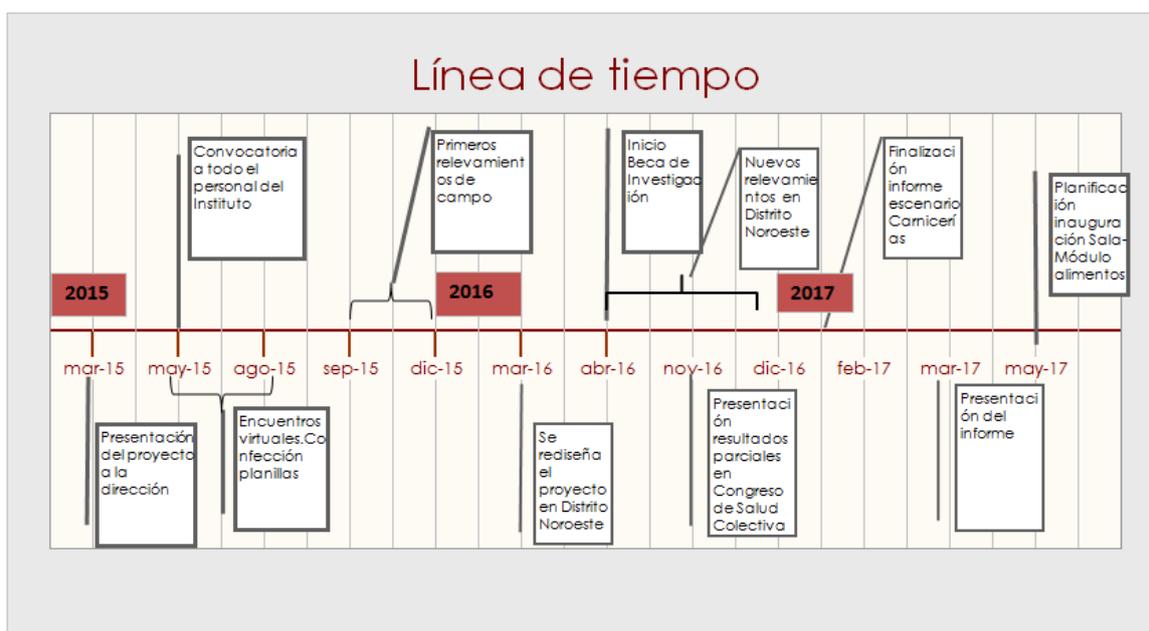
...la comunicación es más fluida y la resolución de los problemas no queda sólo en una institución, ahora abrimos el abanico y vemos como lo podemos resolver (Agustín).

Municipio de Rosario, Santa Fe

La experiencia

La experiencia sistematizada en este municipio se circunscribe al relevamiento de información para la acción en un escenario: Carnicerías. A la vez que geográficamente se limita al Distrito Noroeste de la ciudad. Esto no fue planificado así en un primer momento pero por los alcances en su implementación la experiencia quedó así delimitada.

Línea de tiempo:



Intersectorialidad

El proyecto fue impulsado por el Área de Inspección del Distrito Noroeste del Instituto del Alimento. En el camino transitado en el escenario carnicerías, se intentó establecer puentes al interior de la estructura organizacional dentro del sector de auditoría y con otras áreas sin lograr una interacción permanente. Por este motivo el trabajo se realizó exclusivamente en el distrito en el que se desempeña la becaria.

Con respecto a los vínculos generados con otras áreas de gestión del municipio, estos no se desarrollaron o fueron muy puntuales sin llegar a coordinar un trabajo en territorio. Esto puede ser debido en parte al nivel institucional desde el cual se realizaba la propuesta tratándose de organizaciones de gran tamaño y complejidad.

Si bien se tomó contacto con distintas áreas municipales no se generó interés en la articulación alrededor del proyecto. Cabe mencionar, que no había vínculos previos con el

sector de auditoría, a la que se mira como un área sólo de control y no de prevención y promoción.

(Hubo resistencia), por considerar al Instituto del alimento como un organismo de control, y a pesar de haber explicado el objetivo de las visitas a comedores comunitarios, hubo reticencia a trabajar con el sector de auditoría, accediendo sólo a trabajar en conjunto con el área educativa, realizando charlas conjuntas.

(Isabel, referente en Rosario)

Por otro lado, un primer análisis del escenario permitió la difusión del proyecto en otros ámbitos:

Una relación muy enriquecedora y de apoyo que se estableció a partir del proyecto, fue con la Coordinadora del área de Investigación de la Secretaría de Salud, a quien le pareció muy interesante el proyecto, invitándome a presentar el avance del mismo en las Jornadas de Salud Colectiva desarrolladas en la ciudad en el mes de noviembre. (Isabel)

Como municipio miembro del PMyCS, en Rosario se encuentran en funcionamiento mesas de trabajo intersectoriales. Debido al tamaño de la localidad se organizan mesas descentralizadas, como mesas barriales, con una gran participación de los vecinos, siendo muchas veces estos quienes plantean los problemas y necesidades detectadas. Pese a realizarse la propuesta a la mesa del D. Noroeste, no se pudo incorporar el proyecto como tema de trabajo en la mesa ya que los temas priorizados no tenían relación con ETA.

Los problemas relacionados con alimentos no se consideran como importantes ni están en agenda actualmente, ni por los ciudadanos ni por los distintos actores de las reparticiones municipales... Se están priorizando los problemas de inseguridad, violencia, adicciones y consumo de sustancias, como así también los reclamos relacionados a condiciones estructurales (iluminación, bacheo, etc.). (Isabel)

Mirada integral

Carnicerías era un escenario en el que ya se abordaba desde el trabajo de auditoría. El aporte que el proyecto hizo en este eje se da fundamentalmente en que se incorporó en el relevamiento la observación de situaciones vinculadas al contexto socioeconómico:

... me parece importante destacar como información “nueva” del escenario es el

aumento de las no conformidades relacionadas a las correctas prácticas de almacenamiento en equipos de frío, motivadas por los grandes aumentos en las tarifas de energía eléctrica que se sucedieron en el transcurso del año pasado. Estos desvíos incluían desde temperaturas incorrectas de almacenamiento (en algunos casos de excesiva sinceridad del carnicero, reconociendo apagar las cámaras por momentos), hasta utilización conjunta de las cámaras en los comercios multiservicios para productos cárnicos crudos con verduras, o incluso lácteos envasados (aún en aquellos casos en los cuales se disponían de 2 o más cámaras, pero las mismas se encontraban desenchufadas con el fin también de ahorro energético). Esto último me parece un buen ejemplo de cómo puede incidir un determinado contexto económico y/o político sobre un tema de salud pública, sin estar relacionado estrictamente con él. (Isabel)

Gestión basada en la información

La información relevada y los indicadores construidos permitieron por un lado tener una idea más clara de los problemas en el escenario y sobre todo poder mostrarlas cuantitativamente.

Se abordó el problema de forma más general, priorizando la ausencia de documentación y registros asociados a las distintas dimensiones analizadas, tanto recepción, limpieza, control de temperaturas, etc ... Si bien esto era algo sabido “empíricamente”, contando con datos numéricos que respaldan esta situación, se decide reforzar esta obligatoriedad de exigir y auditar la implementación de BPM de forma obligatoria para cualquier tipo de establecimiento. (Isabel)

Al no tratarse junto a otros actores la información relevada, el análisis de la información tuvo esencialmente relevancia hacia el interior de la Institución.

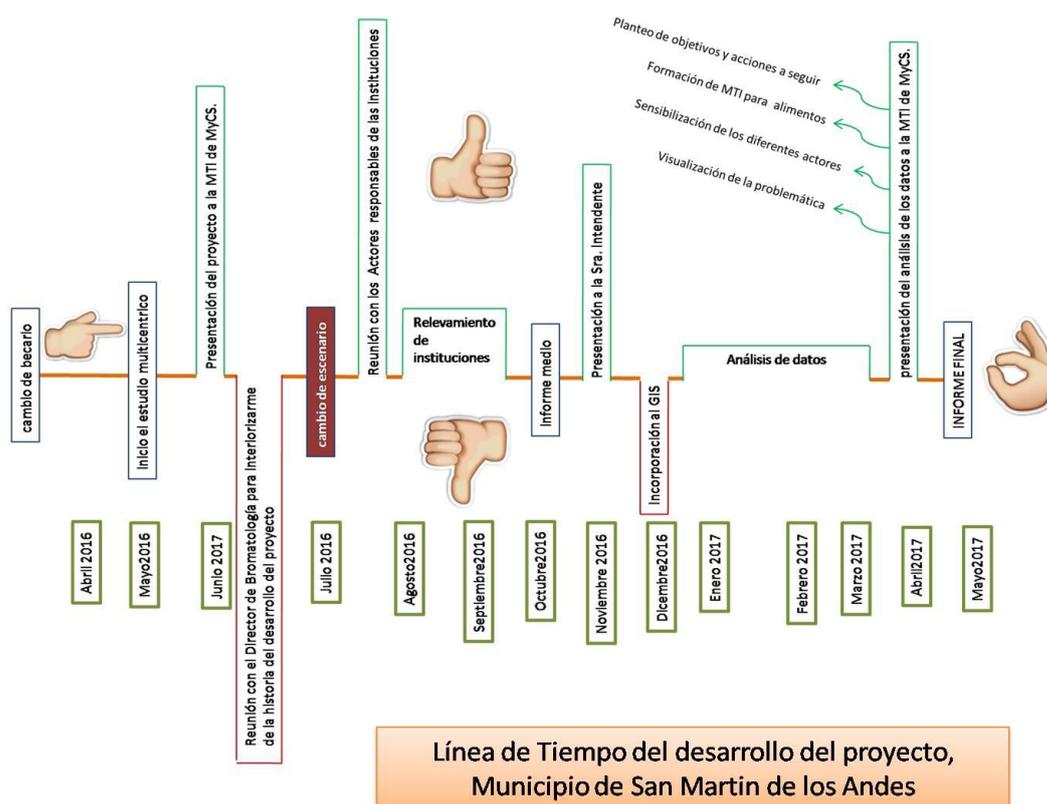
La presentación del informe de resultados del escenario, permitió posicionar el trabajo dentro de la organización. Se logró la aprobación para proyectar un espacio dentro del Instituto para la construcción del Módulo Alimentos, donde puedan presentarse y exponerse los indicadores.

Municipio de San Martín de los Andes, Neuquén

La experiencia

San Martín de los Andes es Municipio Responsable en Salud a partir de la participación en la estrategia de trabajo del PMyCS. Inicialmente el proyecto piloto Módulo Alimentos es llevado adelante por la Dirección de Bromatología, que luego no continúa en el proyecto. En su lugar lo hace el responsable del área de Zoonosis del municipio, integrante de la MTI del PMyCS. El proyecto es evaluado por la mesa y se decide continuar trabajando en el escenario Jardines maternos y Comedores de instituciones educativas y comunitarios. Es este segundo período de la experiencia el que aquí se sistematiza.

Línea de tiempo:



Intersectorialidad

La MTI en San Martín de los Andes (SMdA) ya tenía una dinámica de trabajo adquirida al momento de comenzar el proyecto. Esto funcionó como un facilitador para su implementación, a la vez que el proyecto fue un vehículo para ampliar y fortalecer vínculos con actores de la comunidad y otras áreas de gestión relacionadas al tema. Al elegir los

escenarios a trabajar, se priorizaron aquellos con los que ya se tenía un vínculo previo. Esta decisión y su fundamentación muestra la dinámica de trabajo adquirida previamente por la mesa:

... debido a la observación de situaciones en otras actividades que se están desarrollando, específicamente en talleres de nutrición responsable y creación de hábitos para niños a docentes de jardines de infantes, educadores de guarderías municipales y cocineros de dichos establecimientos, se ha observado el desconocimiento en la mayoría de los participantes sobre el SUH y las condiciones de manipulación que favorecen su transmisión. Es así que se han replanteado los escenarios de riesgo, dirigiéndose el trabajo hacia los comedores comunitarios y establecimientos educativos debido a que son sectores asequibles, con una población vulnerable cautiva y que ya tienen una sensibilización a la temática por las actividades que con ellos se vienen desarrollando. (Juan)

Además de la mesa técnica de trabajo de la SSSL, se convocó en distintas instancias a los actores vinculados al escenario elegido a una mesa ampliada: Secretaría de Desarrollo Social, responsables de las instituciones educativas y los comedores, la Dirección de Bromatología, la Zona Sanitaria IV y hospital.

Los actores vinculados al escenario relevado *se vieron movilizados por la temática debido a que reconocían una falencia en el desempeño de sus tareas. Estos nexos, especialmente con los directivos y trabajadores de las instituciones muestreadas, influyeron favorablemente (Juan)* en el desarrollo tanto del relevamiento en sí, como en el acercamiento hacia otras problemáticas como el abastecimiento de los comedores. En este sentido, se veía como una oportunidad para mejorar hábitos y prácticas y visibilizar ante el municipio los problemas priorizados en la mesa.

Desde el inicio de la implementación del proyecto éste fue muy bien tomado por las autoridades municipales, reconociendo en la problemática que aborda, que hay falencias a resolver desde el municipio y en la metodología propuesta para su vigilancia una herramienta de trabajo ágil y efectiva (Juan).

Resulta clave señalar que mediante la visibilización de los problemas detectados en el relevamiento se inicia una articulación con el área de bromatología:

...en la presentación en la MTI, donde participaron los responsables de las áreas municipales, responsables de las instituciones relevadas y la Dirección de Bromatología, se logró enlazar dos sectores relacionados por sus responsabilidades de control y comenzar a coordinar acciones en conjunto.
(Juan)

La intersectorialidad, es una herramienta indispensable para el proyecto. La construcción de esta fue y es mucho más que un espacio de reunión, ya que se ponen en juego las diferentes experiencias, saberes previos, intereses, perspectivas, hábitos y miradas internalizadas de los diferentes actores participantes. La intersectorialidad marcó la necesidad de aprender a romper ciertas estructuras para incorporar lo colectivo:

Igualmente es interesante cuando se incorporan nuevos actores a la MTI, los cuales no tienen costumbre del trabajo interinstitucional, ver el proceso de aprendizaje tanto de los ya intervinientes como los nuevos integrantes, por qué hay que romper con las reticencias del trabajo individual y salir de sus propios ámbitos a compartir experiencias y recibir opiniones externas que a veces no son del todo agradables. (Juan)

Mirada integral

La experiencia en el proyecto en SMdA interpela tanto a la MTI como al área de alimentos, acercando a ambos a una mirada más integral. En el primer caso pone en su agenda el problema SUH y en el segundo invita a formar parte de un equipo intersectorial que piensa y actúa sobre la salud de su comunidad.

El desarrollo del proyecto en nuestra localidad ha aportado diversos beneficios debido a la forma de implementación que tuvo. El hecho de haber sido encarado desde la MTI sin participación inicial del área de alimentos permitió que dicho estamento se interiorizara de una problemática sobre la cual aún no había puesto atención. Así mismo el área de Bromatología, que no llevó adelante el trabajo por motivos inherentes a situaciones personales y de tiempo de sus responsables, se incorporó a una forma de trabajo, donde encuentran el espacio adecuado para realizar tareas preventivistas sin sobrecargar sus funciones habituales, por la suma de actores que facilitan estas tareas.

Más allá de haber elegido un escenario donde ya había tenido intervenciones por otras actividades desarrolladas desde el programa de MyCS, todo el contexto que proponía el relevamiento y la información buscada por los formularios abrían en mí una visión de una problemática con la cual no tenía mucho contacto. (Juan)

Gestión basada en la información

El modelo de trabajo propuesto por el proyecto permitió a la mesa contar con información local que permitió orientar acciones de prevención.

Se identificaron problemas que no se desconocían, pero no estaban priorizados, relacionados con las prácticas relevadas, la falta de procedimientos estandarizados en los establecimientos y el ya comentado de abastecimiento a los comedores. La presentación en la sala permitió jerarquizarlos y generar acciones para resolverlos.

Al ponerles números se da otra relevancia a los problemas. En el análisis de resultados la mesa planificó actividades de capacitación y realización de protocolos, manuales, guías de procedimientos estandarizados y buenas prácticas en comedores y establecimientos educativos... Con el objetivo de que las prácticas realizadas no dependan de las costumbres de cada uno ni cambien al rotar la persona que trabaja. Las mismas prácticas se vieron en instituciones públicas y privadas. (Juan)

Las acciones generadas son conjuntas entre diferentes áreas, multiplicando recursos y ampliando los escenarios de intervención:

... en la presentación (de los datos relevados) en la MTI, donde participaron los responsables de las áreas municipales responsables de las instituciones relevadas y la Dirección de Bromatología, se logró enlazar dos sectores relacionados por sus responsabilidades de control y comenzar a coordinar acciones en conjunto.

Así también se logra desde la mesa interesar a un área municipal como es la de Bromatología en la dinámica del trabajo intersectorial, mostrándoles una herramienta de gestión que les será muy útil en su tarea de salir de ser considerados sólo un sector netamente fiscalizador.

Es por ello que, a partir de la sociabilización de los datos, se comenzaron a estructurar acciones entre Desarrollo Social, Bromatología, Hospital y Centros

Periféricos de Salud a fin de gestionar los procesos necesarios para revertir las situaciones observadas. (Juan)

Por último, se destaca la eficiencia de las acciones generadas:

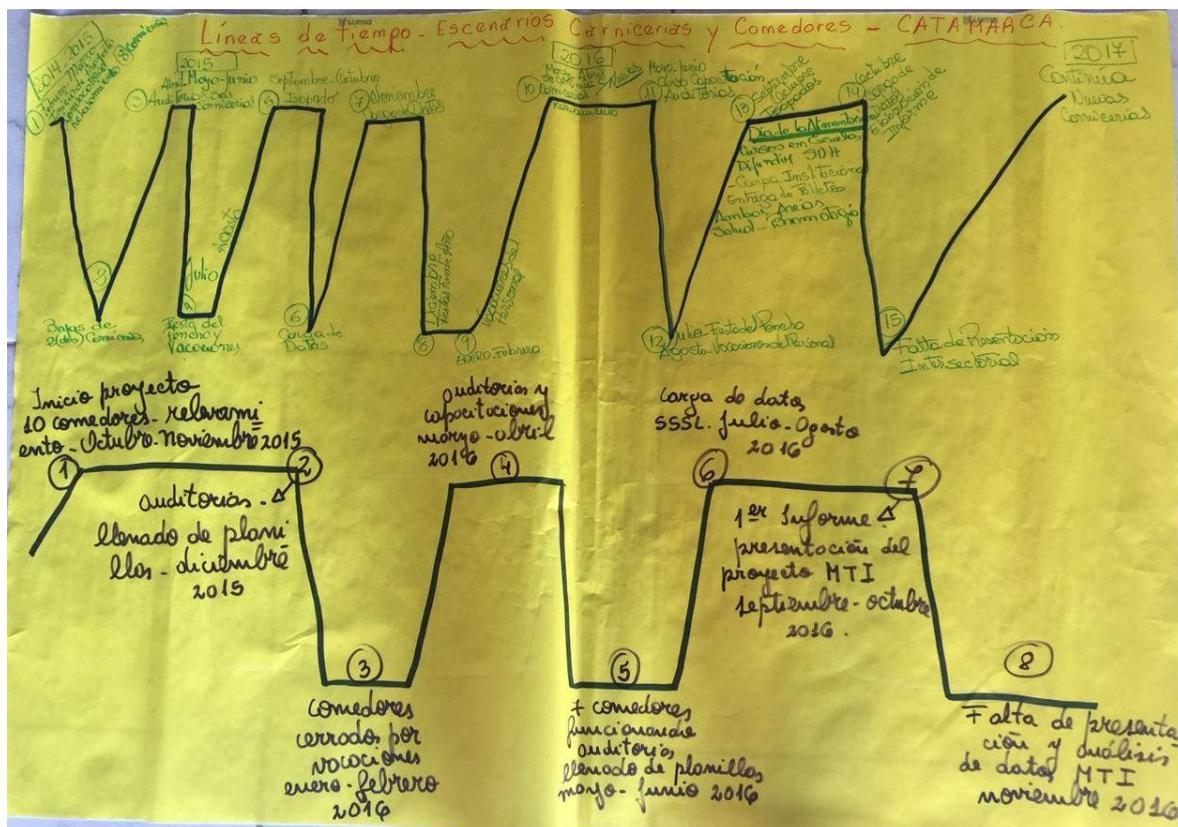
El hecho de trabajar sobre datos reales, de priorizar los problemas para ser más eficientes con las acciones, aprender a observar todo el contexto de cada problema, permitiendo incorporar la mirada de otros actores que mejoran la perspectiva y se evita así querer resolver las situaciones desde nuestra única mirada, nos permite crecer como instituciones encontrando un camino más simple y acertado para la generación de políticas pública saludables. (Juan)

Municipio de San Fernando del Valle de Catamarca, Catamarca

La experiencia

La experiencia a sistematizar en este municipio se circunscribe a la incorporación del módulo alimentos a la SSSL que se encontraba funcionando en el marco del PMyCS. Si bien esto fue lo planificado en Catamarca no se logró la integración del proyecto a la MTI y este tomó un curso diferenciado en los dos escenarios trabajados: Carnicerías y Comedores institucionales.

Línea de tiempo:



Intersectorialidad

Como se observa en la línea de tiempo, la implementación se realizó desde dos áreas pertenecientes a distintas secretarías y su desarrollo avanzó en paralelo con escasa interacción. Una de las áreas que participa es la Dirección de Atención Primaria de la Salud, perteneciente a la Secretaría de Salud y Bienestar Social, en cuya órbita funciona la Sala, desde la cual se trabajó en el escenario Comedores Institucionales. La otra área participante es la Administración de Bromatología Municipal, perteneciente a la Secretaría de Planeamiento y Modernización, que trabajó en el escenario carnicerías y está comenzando a trabajar en el escenario jardines maternas.

La sala de situación tiene un funcionamiento previo a la implementación del proyecto piloto y se reúne periódicamente. Se tratan en la misma los temas priorizados, cuando se tratan temas específicos que requiere la participación de otros actores se convoca a las áreas técnicas correspondientes.

La MTI había priorizado previamente problemas no relacionados con los alimentos, por lo que el personal del área de bromatología nunca participó de las reuniones. Sin embargo, el

área de salud desarrolla el relevamiento en el escenario comedores sin requerir la articulación con la bromatología. Esto es posible ya que la referente tiene las capacidades técnicas necesaria debido a su experiencia previa como referente de bromatología en años anteriores.

En mi caso, fui auditora y educadora de todos los comedores para llevar a cabo el proyecto. (Patricia, referente técnica de la SSSL-Escenario Comedores)

Al indagar sobre cómo fue la generación de vínculos y la relación con los actores en los escenarios trabajados se destaca que fue positiva. Así desde el relato de las impulsoras del relevamiento se desprende que la perspectiva de prevención y promoción en la que se enmarca el proyecto, mejoró la predisposición por parte de los actores del escenario a brindar información, generando un vínculo de confianza:

La intervención de otros actores como propietarios y empleados de las carnicerías donde ellos se consideraron partícipes del proyecto brindó un mayor compromiso que es un punto fundamental en la prevención. (Ana, Bromatóloga - Escenario Carnicerías)

Lo gratificante fue recibir siempre de todos la mayor atención y dedicación para ir mejorando, hay mucho por seguir trabajando en capacitaciones educativas. (Patricia)

Mirada integral

El diagnóstico situacional en los dos escenarios se da en forma desarticulada, paralela, en este sentido no se posiciona en una mirada de cadena. Sin embargo, al interior de cada escenario la mirada se amplió, tomando la voz de los actores específicos en los relevamientos y diagnósticos situacionales.

En Carnicerías, se incorporó la mirada de los carniceros, propietarios de comercios, empleados, generando un intercambio que proporciona información a la que antes no llegaban:

Anteriormente se trabajó en estos escenarios, pero con una mirada diferente, ahora se apunta desde otra perspectiva gracias a lo aprendido durante el proyecto. Esto generó nuevos vínculos con los propietarios de los comercios y empleados, modificando la predisposición en una visita bromatológica y observando mejoras en cuanto a las condiciones higiénicas sanitarias y manipulación de alimentos. (Ana)

También la amplitud en la mirada se pone de manifiesto en el replanteo de sus prácticas habituales al contrastarlas con la experiencia realizada:

Como conclusión del trabajo realizado en la prevención del SUH aprendimos a ser más observadores. (Ana)

Por último, vale destacar que, como se comentó anteriormente, el SUH no fue incorporado como problema priorizado por la mesa. Esto privó el aporte de un intercambio interdisciplinario en un espacio en el que se pueda poner en juego otras miradas, otra información que enriquezca el análisis:

En las reuniones se tratan temáticas de interés para el municipio, situaciones problema y principalmente se prioriza las mismas de modo de proyectar acciones a futuro. Como temas se resaltan, por ejemplo: accidentes de tránsito, adicciones, violencia de género como los de mayor peso y necesidad de abordaje más urgente. Hay que seguir trabajando para que se le dé la importancia que merece el tema bromatológico. (Patricia)

Gestión basada en la información

En ambos escenarios trabajados el relevamiento aportó información que permitió identificar situaciones problemáticas en las cuales era necesario intervenir.

Una anécdota a contar es que, al dar charla/taller de manipulación de alimentos, haciendo referencia a la importancia del agua, luego de las explicaciones, nos damos con la novedad de que algunos de los comedores no cuentan con agua. (Patricia)

Respecto a las características de las intervenciones generadas a partir de la información obtenida se realizaron acciones sectoriales en comedores y carnicerías. Si bien no se modificó la amplitud de las acciones cambió el carácter educativo y colaborativo de las mismas:

La información relevante que se obtuvo luego del análisis es que el personal manipulador de alimentos carece de conocimientos acerca de las BPM, por ello es que a partir de la experiencia con el proyecto se profundiza mucho más en educación bromatológica. (Ana)

Además, contar con esta información a la vez permitió mejorar la organización y lineamientos de trabajo en la bromatología:

Permitió saber dónde estamos parados bromatológicamente, y nos pone en la situación de una importante responsabilidad como Servicio a la comunidad...

También nos ayudó a una mayor organización en los equipos de trabajo. (Ana)

También se pudo incorporar la metodología del piloto como herramienta de trabajo ante nuevas situaciones. Por ejemplo, ante una denuncia en un jardín, escenario no trabajado en el proyecto en este municipio, se programó un plan de trabajo en el escenario desde la propuesta del piloto:

En el caso de jardines maternas, se presentó una denuncia sobre un jardín que presentaba varias irregularidades ... consideramos que era fundamental trabajar en este escenario. (Ana)

El trabajo en uno de los escenarios fue presentado entre los proyectos por medio de los cuales el municipio fue acreditado para mejorar su categorización dentro del PMyCS

Cabe resaltar que el Municipio Catamarca acreditó como Responsable desde el Programa Municipios y Comunidades Saludables en el que me encuentro como referente técnica. Para dicha acreditación, que la realizó la OPS (Organización Panamericana de la Salud), el proyecto Piloto de SUH en Comedores fue partícipe de todo este proceso. (Patricia)

LAS REFLEXIONES DE FONDO: ¿POR QUÉ PASÓ LO QUE PASÓ?

Análisis y síntesis interpretativa

En este apartado se iniciará la fase interpretativa sobre todo lo que se ha descrito y reconstruido previamente en los resultados de las experiencias. Mirando las particularidades y el conjunto; lo personal y lo colectivo.

Antes de adentrarnos en el análisis se hará un paréntesis para explicitar las limitaciones de este trabajo, ya que también forman parte de las reflexiones y aprendizajes de este camino recorrido.

Limitaciones de la sistematización

En la mayoría de los casos, la voz de los municipios se expresó a través de una persona, el referente en la implementación del proyecto piloto. Si bien este recolectó y sintetizó las opiniones y experiencias de sus equipos y de los distintos actores que intervinieron en los escenarios, la elaboración de aprendizajes y conclusiones está planteada desde su punto de vista.

Esta limitación fue reforzada por la imposibilidad de contar con la presencia del equipo coordinador en el territorio por falta de recursos, lo que impidió facilitar instancias grupales de sistematización en cada municipio.

Al ser el piloto un proyecto incipiente, de corto recorrido aún, el modelo no ha desarrollado todo su potencial. Por ello no se pudieron sistematizar algunos aspectos estratégicos planteados en la vigilancia como el monitoreo, la construcción de tendencias de los indicadores o la evaluación del impacto de las acciones realizadas.

Aprendizajes sobre los trayectos recorridos

Tal como mencionamos en el marco teórico, entendemos que la política pública no es resultado de un proceso lineal, sino que es objeto de un proceso social y político que configura un campo en disputa. Interpretar cómo el modelo toma distintos cursos al ser implementado en diferentes contextos implica también tener en cuenta a los distintos actores, sus necesidades, posibilidades e intereses (Matus, 2014).

Más allá de los distintos cursos, se espera que la sala de situación sea un instrumento para la gestión institucional, la negociación política, la identificación de necesidades, la movilización

de recursos, el monitoreo y evaluación de las intervenciones a lo largo del tiempo. Reconstruimos acá los distintos trayectos de las experiencias sistematizadas para analizar cómo se empiezan a poner en juego estos resultados.

Para adaptar el proyecto a cada contexto y darle así viabilidad, cada municipio ordenó las etapas según sus posibilidades y recursos. Esto junto con los intereses y la comprensión del proyecto de cada equipo de trabajo configuró los trayectos transitados.

En la experiencia de Máximo Paz, predominó el desarrollo de la intersectorialidad como herramienta para la gestión. La MTI fue un ámbito de construcción de poder colectivo que le dio legitimidad a políticas de salud que de otra forma eran difíciles de realizar por una sola persona. Esto llevó, en esta experiencia, a dejar en un segundo plano la generación de un sistema de información para la vigilancia. Esto también es consecuencia del hecho de que al ser una pequeña comunidad se supone tener un conocimiento empírico de la realidad, aunque en el transcurso de la experiencia los datos muestran nuevas situaciones que revalorizan dicho aspecto.

En otros municipios como Oliva y Gálvez, lo que se destaca en la experiencia es la integralidad de la mirada, se logran incorporar indicadores e instalarlos como módulo en la Sala. En estos casos, quienes impulsan el proyecto tienen mayores cuotas de poder construido previamente, son directoras de área y referentes del PMyCS. Esta posición previa les facilita implementar el proyecto en varios escenarios, ya que cuentan con recursos y vínculos, pueden generar nuevas relaciones y acercarse a una mirada de cadena. Predomina el uso del proyecto para la gestión con una perspectiva integral.

En la experiencia de Córdoba el proyecto es impulsado desde el área de laboratorio, en una ciudad grande, con una trama interinstitucional compleja donde el área de alimentos no está integrada a la MTI. Por este motivo en esta experiencia predomina la construcción de información sectorial como medio para generar poder y lograr visibilización y posicionamiento ante otros.

La experiencia de Catamarca está atravesada por la escasa articulación, evidenciada en la implementación del proyecto por dos áreas distintas. Debido a los elementos de conflicto que estuvieron en juego, en ambos casos el proyecto permitió apropiarse de herramientas del modelo para mejorar el trabajo cotidiano, pero no para promover la integración de la información construida a la MTI. Lo que predominó en esta experiencia fue la identificación

de necesidades, la movilización de recursos y el desarrollo de acciones sectoriales.

En este mismo sentido, en Rosario el trabajo se realizó de manera limitada en un escenario en el cual se pudieron identificar necesidades y se enriqueció el trabajo cotidiano. El proyecto encontró obstáculos para su desarrollo principalmente vinculados a la articulación institucional dentro del área de alimentos e interinstitucional relacionada con el tamaño del municipio. Por otro lado, hubo un escaso desarrollo de información en el marco del proyecto que posibilitara, como en Córdoba, mejorar esta interacción.

En San Martín de los Andes el proyecto tuvo una impronta distinta ya que fue impulsado por el referente de Zoonosis, integrante de la MTI. En el camino recorrido la experiencia interpeló tanto a la MTI como al área de alimentos, acercando a ambos a una mirada más integral. El proyecto puso al SUH en la agenda de la mesa, se construyeron indicadores y esto generó la articulación con el área de alimentos.

En relación a la información construida, en el conjunto de las experiencias, fue utilizada fundamentalmente para actividades de prevención y de promoción de prácticas seguras y hábitos saludables: planificación de un programa de capacitación y mejoras en carnicerías, capacitaciones en escuelas a niños y docentes, sensibilización a la comunidad, estandarización de procesos de manipulación de alimentos en jardines maternos y comedores, proyectos de ordenanza para jardines maternos, proyectos de extensión, entre otros.

Asimismo, resultó útil para la detección de necesidades y la gestión de recursos: kit de higiene para escuelas en Oliva, secamanos en instituciones educativas en Gálvez, provisión de agua potable para comedor en Catamarca.

Predominaron los proyectos de prevención y de educación en salud mediante la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas de cambios de hábitos en desmedro de estrategias de promoción de la salud. Al recorrer el territorio durante los relevamientos, en muchas ocasiones los equipos de trabajo tendieron a resolver problemas a través de acciones individualizadas que aparecieron como sustitutas de una acción política institucional. Esta situación se compara con experiencias similares descriptas en otras evaluaciones (Vieira da Silva, 2009)

En las acciones generadas “se confrontan las costumbres y las tradicionales formas de abordar los problemas, con los cambios posibles y los sueños” (De Salazar, 2002). Los ejemplos

mencionados, muestran cómo se combinaron acciones sectoriales con campañas y políticas más amplias y en colaboración con otros.

Los diferentes trayectos analizados en relación a la integración de un Módulo de Alimentos a las salas locales muestran caminos posibles hacia una vigilancia de la salud que incorpore los determinantes relacionados con la cadena de producción, elaboración y consumo de alimentos.

Interpretación crítica

En este apartado se buscará extraer conclusiones transversales provenientes de las diversas experiencias y compartirlas en forma de reflexiones. Con la intención de entender los factores claves o fundamentales y su interrelación, así como interpretar la lógica que ha seguido el modelo al anclarse en el territorio ¿por qué pasó lo que pasó y no pasó de otro modo?

- La flexibilidad en el diseño del proyecto mejoró su viabilidad. Permitió que, cada municipio, lo adapte al contexto local, ordenando las etapas según sus posibilidades y recursos.
- El tamaño del municipio influyó en el desarrollo del modelo. La articulación interinstitucional, la arborización y tamaño de la estructura organizativa municipal, la cercanía/distancia a los decisores políticos y el nivel de complejidad de los escenarios hacen que en los municipios grandes se encuentren dificultades esencialmente en generar y afianzar vínculos, lo que limita la implementación del proyecto. En los municipios chicos y medianos los vínculos más fluidos y la cercanía administrativa y política facilitan el trabajo. Esto último se observó también en otras experiencias similares en el marco de la evaluación externa del PMyCS (Cimmino *et al.*, 2016).
- La estructura organizativa del área de alimentos y el perfil y experiencia de trabajo previo en vigilancia y promoción de la salud del responsable facilitaron la adopción del modelo. Las áreas de alimentos con mayor desarrollo organizacional cuentan con mayor capacidad y adaptabilidad institucional para implementar en el modelo.
- Los escenarios identificados y la información obtenida a partir de los relevamientos realizados en ellos resultaron pertinentes para describir y conocer cómo se comportan

los determinantes de la salud relacionados con los alimentos en el nivel local.⁷

- La incorporación a la vigilancia sanitaria de escenarios de intervención no tradicionales para el área de alimentos (hogares, escuelas y jardines maternos), implicó explorar nuevos ámbitos de trabajo que configuraron para los equipos nuevas maneras de mirar y hacer.
- El relevamiento de un solo escenario, si bien aportó a un cambio en la forma de realizar y planificar el trabajo, resultó insuficiente para la construcción de un abordaje integral y la transformación de la gestión.
- El modelo impulsó y fortaleció el trabajo intersectorial. Reforzó los vínculos existentes y fomentó nuevas relaciones tanto con actores pertenecientes a áreas de gobierno como con actores de la comunidad vinculados a los escenarios relevados (carniceros, docentes, clubes barriales).
- La participación conjunta de actores municipales y de los sectores salud y educación maximizó las posibilidades de abordaje integral de los problemas (Cimmino, 2016). Especialmente cuando se trabajó desde las MTI con niños en edad escolar, comedores y jardines maternos.
- La participación en la MTI por parte de los referentes influyó en la generación de poder y permitió la construcción de alianzas que legitiman las intervenciones
- La participación previa⁸ -a la implementación del proyecto- en la MTI proveyó de vínculos y recursos que resultaron elementos facilitadores para el desarrollo del proyecto desde una perspectiva integral
- El modelo permitió la apropiación de herramientas y otras capacidades para la vigilancia que mejoraron el trabajo cotidiano facilitando la identificación de necesidades, la subsecuente planificación y desarrollo de acciones y la movilización de recursos que de otra manera no ocurrían.
- La incorporación de la voz de los actores (docentes, carniceros) al análisis y problematización de los escenarios, contribuyó marcadamente a lograr la integralidad

⁷Las herramientas diseñadas en el piloto fueron validadas durante la implementación del piloto.

⁸Se observan varios puntos de interrelación con las MTI del PCyMS, por lo que este aspecto será desarrollado en un párrafo aparte.

del abordaje.

- Contar con información obtenida en los relevamientos permitió a las áreas de alimentos conocer las particularidades de la realidad local al momento de pensar intervenciones. Además, a través de la vinculación con otros actores se logró mayor capacidad de acción y se diseñaron estrategias con mayor alcance.
- La información que proveen los indicadores, fue considerada valiosa por los actores involucrados y por los propios referentes del proyecto, lo que redundó en el empoderamiento y visibilización del trabajo realizado por estos últimos.
- La sistematización de la información generada por el área de alimentos no se incorporó a sus actividades rutinarias. Se dedicó al proyecto un tiempo extra de trabajo añadido a las tareas habituales, no se contó con financiamiento para asignar recursos específicos y hubo dificultades en la distribución de tareas con otros actores ya sea por la incipiente articulación o por la falta de apropiación del proyecto por parte de éstos.

Integración del Módulo Alimentos a las Salas de Situación de Salud. Caminos posibles.

Desde el inicio del *Proyecto Piloto Sala de Situación para la prevención de SUH-Módulo Alimentos* se consideró la necesidad de articular con el PMyCS ya que ambos comparten fundamentos, objetivos y el anclaje local. Esto se refleja en el diseño del proyecto piloto, el cual incorpora sus principales aspectos estratégicos y la estructura modular.

En este mismo sentido, se promovió la vinculación con las mesas de trabajo pertenecientes al PMyCS ya que dos líneas de acción fundamentales del proyecto piloto son la integración de las áreas de bromatología en las MTI existentes y la construcción de indicadores relacionados con los alimentos y la salud.

La principal dificultad observada en el desarrollo de vínculos con las MTI fue que al no estar incorporados indicadores locales relacionados a la inocuidad de los alimentos en los Módulos propuestos por PMyCS, este no era un tema puesto en juego para ser priorizado por las mesas. Ello significó una barrera difícil de sortear ante una temática que no conforma los lineamientos básicos incluidos. El proyecto facilitó salvar esta barrera en cuatro de los seis municipios (Gálvez, Oliva, Córdoba y SM Andes). En dos, resultó imposible a los referentes quienes no lograron encontrar el salvoconducto que les permitiera hacerlo (SFV Catamarca, Rosario)

- Cuando el referente de alimentos ya formaba parte de la mesa (Gálvez, Oliva), la

implementación del proyecto les permitió poner en la agenda la temática de inocuidad de los alimentos y lograron la inclusión en la Sala de un módulo de alimentos mediante la construcción de los indicadores propuestos.

- Las estrategias para incorporar la temática en aquellos municipios en los que el referente de alimentos no integraba la MTI variaron. Se observó que la clave para visibilizar el problema y la importancia de contar con un módulo de alimentos como parte de la Sala, así como la incorporación del referente de alimentos a la mesa, fue la presentación de resultados e indicadores por escenarios (Córdoba, San Martín de los Andes).

En las ciudades en las que se desarrolla el PMyCS es necesario fomentar vínculos y generar acciones en pos de visibilizar y sensibilizar acerca de los determinantes de la salud relacionados con los alimentos. Esto podría sumar al desafío de mejorar las estrategias de abordaje de los proyectos y la identificación de sus causas (Cimmino *et al.*, 2016), sumando a la mesa actores de sectores diversos. A su vez podría fortalecer al área de alimentos en términos de reconocimiento como actor en la mesa y facilitar su integración y participación en las acciones de promoción de la salud.

LOS PUNTOS DE LLEGADA

Aprendizajes y recomendaciones

Cuando iniciamos el recorrido de la sistematización lo hicimos con el afán de obtener aprendizajes y conocimientos significativos que nos permitan *recuperar los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora (Jara, 2011)*. Se trata de arribar a las principales afirmaciones que surgen como resultado del proceso de sistematización.

- La construcción de datos primarios puso sobre la mesa, que existen situaciones invisibilizadas imposibles de elucidar sin esta construcción. También evidenció la importancia de cuantificar aquellas otras que eran visibles.
- El apoyo institucional, la institucionalización y la legitimidad/ reconocimiento del referente resultan claves a la hora de implementar el modelo y definir su viabilidad, especialmente en las localidades más grandes
- La intersectorialidad aparece no sólo como facilitadora de la implementación del modelo, sino que se manifiesta como condición necesaria para su profundización: avanzar en la problematización y planificación de intervenciones integrales.
- Relevar varios de los escenarios propuestos y problematizar en base a la información relevada en forma interdisciplinaria son requisitos para lograr un abordaje integral de la problemática.
- Los indicadores relevados contextualizados por escenarios permiten planificar intervenciones con mayor especificidad y precisión, posibilitando la elaboración de estrategias diferenciadas adecuadas a las características de cada uno de ellos, mejorando su posibilidad de éxito.
- Las características del proyecto hacen necesarias capacidades estatales acordes que involucran el acceso a diversas herramientas, recursos y desarrollo de habilidades técnicas. Este acompañamiento es un rol indelegable de la coordinación del proyecto.
- La incorporación de la sistematización de la información generada por el área de alimentos a las actividades rutinarias de la organización se presenta como un desafío a resolver para la viabilidad y sostenibilidad del proyecto en el tiempo.
- La lógica del modelo está basada en la recolección sistemática de información y el

análisis de sus tendencias como insumo para pensar las intervenciones. La apropiación del proyecto por parte de la MTI provee de los recursos necesarios para hacer posible este proceso en el tiempo.

- La construcción de información primaria descriptiva de la situación local de los determinantes de la salud relacionados con los alimentos contribuye a la jerarquización y reconocimiento de las áreas de control de alimentos como actores ya que no sólo provee de información valiosa para la gestión, sino que también las visibiliza.
- El compromiso y la apropiación del proyecto por parte de los integrantes de la MTI desde el inicio resultan claves para su desarrollo. Contar con una estrategia para comunicar los alcances de la propuesta a las MTI existentes podría ser un facilitador para ello.

Conclusiones

El conocimiento del otro y de lo otro. La posibilidad de tener información local, del territorio que habitamos y sobre el cual actuamos, el aprendizaje sobre nuevas herramientas de gestión, de procesamiento y análisis de datos, la construcción de indicadores que nos permitan medir el efecto de acciones, comparar, reflexionar sobre lo que venimos haciendo en función de conocer mejor sobre “donde estamos parados” y la motivación para generar la capacidad de responder de otra manera cuando sea necesario, de entablar vínculos para trabajar de manera participativa, de mejorar lo que se hace y hacer lo que no estamos haciendo por desconocimiento y/o falta de recursos. La construcción de saberes entre todos.
(Cecilia, referente del proyecto en Oliva).

La aplicación en el territorio de un modelo de vigilancia para la salud es un proceso complejo y de lento desarrollo. El modelo evaluado en estas experiencias, proveniente del campo de la salud, es flexible e innovador ya que invita a los decisores y gestores a tomar decisiones teniendo en cuenta el conocimiento y la información proveniente del territorio y no sólo criterios propios ya sean técnicos o políticos. El modelo es flexible ya que al provenir de la planificación estratégica situacional desarrollada por Matus (2014), tiene en cuenta la influencia de los diferentes contextos y los distintos actores, sus necesidades, posibilidades e intereses en su desarrollo. Debido a ello, su aplicación fue factible y adecuada para el desarrollo de capacidades de gestión y vigilancia de alimentos incluso en un marco de gran diversidad contextual. Esto es así, ya que traduce en herramientas de acción el enfoque de

cadena agroalimentaria y la responsabilidad ampliamente compartida de la inocuidad de los alimentos (FAO/OMS, 2016).

La conformación de una mesa de trabajo intersectorial, la construcción de indicadores, el análisis de la situación de salud local en relación a un problema seleccionado y la elaboración de políticas dirigidas a mejorar los recursos con que cuentan las poblaciones para vivir son desafíos que no se encontraban en el horizonte de la gestión local de alimentos. Proponerse estas metas y transitar caminos en esa dirección conlleva una complejidad en sí misma, mientras contribuye a adoptar una mirada estratégica dirigida a la prevención y promoción de la salud.

El reconocimiento de los determinantes sociales de la salud relacionados con los alimentos es uno de los aportes fundamentales surgidos de la aplicación del modelo desde esta perspectiva. Su identificación, medición y análisis por parte de las áreas de alimentos y otros actores locales constituye un aporte importante para el conocimiento de la situación de salud local.

El relevamiento de datos primarios propuestos por el Proyecto permite contar con información contextualizada, proveniente de escenarios tradicionales y no tradicionales, específicamente seleccionados de acuerdo a la información que se desea monitorear en relación al SUH. Las características mencionadas transforman la información obtenida en un recurso valioso para las áreas de control de alimentos. Interviene en su jerarquización y reconocimiento como actor en las mesas de trabajo intersectorial, en su capacidad de negociación y gestión de recursos. Esta información, además, viabiliza la planificación de intervenciones más precisas y específicas porque se desprenden de situaciones reales problematizadas junto a otros actores. Si bien este proceso es incipiente, por primera vez se estableció una línea de base sobre la que posteriormente se podrán monitorear las intervenciones. Esto es un avance hacia la construcción de sistemas de información locales destinados a la vigilancia de la salud relacionada con los alimentos.

Los datos obtenidos por las áreas de alimentos a partir de las actividades de rutina no son habitualmente recopilados mediante registros sistemáticos destinados a la vigilancia sanitaria. A partir de la implementación del piloto, se potenció el uso de estos datos como insumo para la gestión. La información obtenida, aunque en muchos casos es exploratoria y parcial, tiene el valor de ser producto del acercamiento al territorio y de la triangulación de datos duros con

las voces de los actores de los escenarios. Sin embargo, en la mayoría de los casos persiste el desafío de enriquecer su análisis en el intercambio interdisciplinario e intersectorial.

La aplicación del modelo retoma el debate con la vigilancia epidemiológica del SUH tradicional, que está ligada estrictamente a la recolección de datos clínicos y de laboratorio. Esta información es centralizada para luego ser presentada como datos agregados desde el componente nacional, con una escasa o nula articulación con los niveles locales (Belardo, 2013). En este esquema los datos producidos por los municipios no son utilizados como *información para la acción* (Livia Souza, 2010). La construcción de un módulo de alimentos en la Sala de Situación puede sortear estas dificultades reconstruyendo la secuencia: datos, información, conocimiento, comunicación y acción.

Para finalizar, se concluye que el *Proyecto Piloto Sala de Situación para la prevención de SUH-Módulo Alimentos* resulta un modelo innovador para la gestión y vigilancia de alimentos y se convierte en una oportunidad de fortalecimiento y transformación del SNCA. Para que esto sea posible es necesario un compromiso en la búsqueda de estrategias que permitan extenderlo, replicarlo, divulgarlo y poder ampliar su territorialidad. El fortalecimiento del apoyo institucional, tanto en los niveles locales como en el nacional, destacando la vinculación con el PMyCS, la asignación de recursos y el financiamiento para los equipos municipales se plantean como posibles estrategias.

RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

Este proyecto de investigación aportará conocimiento valioso que posibilitará la democratización de saberes y la construcción de políticas públicas que contemplen las problemáticas reales que surjan del territorio. La sistematización y descripción de la implementación del módulo de alimentos en salas de situación de salud en el marco del proyecto piloto producirá conocimiento para consolidar el modelo estudiado al recuperar desde la mirada de los gestores el proceso de su implementación. La recuperación de estos saberes sobre prácticas transformadoras será un impulso para multiplicar y extender el modelo de gestión local de vigilancia en el sistema de control de alimentos en todas las regiones del país.

LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

La comunicación de la experiencia de sistematización comenzó durante el proceso de realización de la misma. Su reconocimiento y financiación por parte de Salud Investiga contribuyó a jerarquizar el proyecto en todos los niveles de gestión. Asimismo los productos intermedios se difundieron por diversos espacios formativos mediante los cuales se facilita la cooperación y el intercambio de experiencias entre pares a través de la Red Nacional de Protección de Alimentos (RENAPRA).

Se planifica la comunicación de los resultados a pares de la red (RENAPRA), entre ellos autoridades sanitarias locales, provinciales y nacionales; gestores y decisores de programas relacionados; actores de la comunidad científica y de la comunidad en general. Resulta de relevancia comunicar los resultados de las experiencias transitadas, el alcance y los beneficios que aporta la aplicación del modelo a la gestión en el control de los alimentos y los resultados de la articulación del modelo con otros programas nacionales.

Para comunicar los resultados de la investigación se realizará la difusión a través de los canales de comunicación utilizados por RENAPRA, se compartirá a referentes del Programa Nacional Municipal y Comunidades Saludables y se impulsará su presentación en eventos (seminarios, congresos) y su publicación en revistas científicas relacionados a la salud pública y a la inocuidad de los alimentos.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ASSAL: Agencia Santafesina de Seguridad Alimentaria

ASSL: Análisis de Situación de Salud Local

CeDA: Centro de Desarrollo Agroalimentario

ETA: enfermedades transmitidas por alimentos

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

IICA: Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura

INAL: Instituto Nacional de Alimentos

MTI: Mesa de Trabajo Intersectorial

OMS: organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PFCA: Programa Federal de Control de Alimentos

PMYCS: Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables

PSEA: proceso salud-enfermedad-atención

RENAPRA: Red Nacional de Protección de Alimentos

SNCA: Sistema Nacional de Control de Alimentos

SSSL: Sala de Situación de Salud Local

STEC: *Escherichia coli* productor de toxina shiga

SUH: Síndrome Urémico Hemolítico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Belardo, M.(2013). ‘Vigilancia epidemiológica: atrapados en la lógica instrumental. El caso del Síndrome Urémico Hemolítico en Argentina’, *Eä - Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 5(2), 1-20 [en línea], consultado 10 mayo 2017, <http://www.ea-journal.com/images/Art05.02/Belardo-Vigilancia-epidemiologica-SUH.pdf>

Caletti, M.G.; Vezzani, C.; Vega Ocampo, J.; Da Rocha, M.; Martínez, M.V.; Mavar, M.C.; Tapponnier, A.; Castellano, H. (2009). ‘Diagnóstico de situación y evaluación de un programa de educación comunitaria para la prevención del Síndrome Urémico Hemolítico’, *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(1), 24-29 [en línea], consultado 10 mayo 2017, <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen1/RASP104-Caletti-DiagnosticoyEvaluacionProgramaEducacionComunitaria.pdf>

Cimmino, K.; Cabello, E.; Gosiker, M.; Herrero M.B; Iglesias, M.; Matas, E.(2014). *Evaluación Externa del Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables Síntesis de los Resultados 2013/14*[en línea], consultado 05 abril 2017 en, <http://www.paho.org/arg/images/gallery/municipios/Resultados-2%20-Agosto-2014-BG.pdf?ua=1>

Cimmino, K.; Matas, E.; Iglesias, M.; Salleras, L.; Cabello, E.; Royffer, A. (2016). *Municipios saludables: Miradas desde la evaluación externa*[en línea], consultado 05 abril 2017 en, <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Municipios%20saludables%20Miradas%20desde%20la%20evaluaci%C3%83%C2%B3n%20externa%2023%20de%20Septiembre.pdf?ua=1>

Coelho Ferreira, V.S. (2009). Intersectorialidad en salud: un estudio de caso. En: Hartz, Z.M.A.; Vieira-da-Silva, L.M. (orgs.). *Evaluación en salud: de los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Czeresnia, D. (2008). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En: Czeresnia, D.; Machado de Freitas, C. (coord.). *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

De Salazar, L. (2002). *Municipios y Comunidades Saludables. El Reto de la Evaluación*. Santiago de Cali, Colombia: CEDETES.

Fernández Arroyo, N.; Schejtman, L. (2012). *Planificación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Fundación CIPPEC.

Ibarra, C.; Goldstein, J.; Silberstein, C.; Zotta, E.; Belardo, M.; Repetto, H.A. (2008). ‘Síndrome Urémico Hemolítico inducido por *Escherichia coli* enterohemorrágica’, *Archivos*

argentinos de pediatría, 106(5), 435-442[en línea], consultado 05 abril 2017, http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000500011

Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (2006). *Desempeño, visión y estrategia para servicios nacionales de inocuidad de alimentos*. San José, Costa Rica: IICA.

Jara Holliday, O. (2011). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. San José, Costa Rica: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja [en línea], consultado 2 diciembre 2015, http://www.bibliotecavirtual.info/wp-content/uploads/2013/08/Orientaciones_teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf

Jiménez Paneque, R. (2004). 'Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual', *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1) [en línea], consultado 2 marzo 2017, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000100004&lng=es&tlng=es

Lívia Souza, M. (2010). Proyecto de implantación de la Sala de Situación de Olinda, en Capítulo V: las Salas de Situación en el proceso de toma de decisiones en el ámbito municipal. En: Organización Panamericana de la Salud; Moya, J. et al (orgs.). *Sala de Situación en Salud: compartiendo las experiencias de Brasil*. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.

Matus, C. (2014). *Adiós, señor presidente*. Lanús: Ediciones de la UNLa.

Ministerio de Salud de la Nación (2014). *Boletín Integrado de Vigilancia* N° 222 - SE 30, Buenos Aires: MSAL [en línea], consultado 05 abril 2017, <http://www.msal.gob.ar/images/stories/boletines/Boletin%20Integrado%20De%20Vigilancia%20N222-SE30.pdf>

Moya, J. (2010). Panorama sobre las Salas de Situación de Salud en América Latina y el Caribe, en Capítulo II: Sala de Situación en América Latina y Caribe y las Experiencias de Brasil. En: Organización Panamericana de la Salud; Moya, J. et al (orgs.). *Sala de Situación en Salud: compartiendo las experiencias de Brasil*. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Organización Mundial de la Salud (2003). *Garantía de la inocuidad y calidad de los alimentos. Directrices para el Fortalecimiento de los sistemas nacionales de control de los alimentos*. Roma: OMS/FAO.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Organización Mundial de la Salud (2005). *Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por*

los alimentos y sistemas de alerta en materia de inocuidad de los alimentos. En: *Establecimiento de sistemas eficaces de inocuidad de los alimentos. Segundo Foro Mundial FAO/OMS de autoridades de reglamentación para inocuidad de los alimentos, 12, 13 y 14 de octubre de 2004, Tailandia*. Roma: FAO/OMS [en línea], consultado 20 noviembre 2015, <http://ftp.fao.org/docrep/fao/meeting/008/y5871s/y5871s00.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (2007). *Fortalecimiento de los sistemas nacionales de control de los alimentos. Directrices para evaluar las necesidades de fortalecimiento de la capacidad*. Roma: FAO.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Organización (2016) *Anteproyecto de orientaciones para la verificación del rendimiento de los sistemas nacionales de control de los alimentos* Vigésima segunda reunión, 6-12 de febrero de 2016, Australia. Roma: FAO/OMS [en línea] consultado 05 mayo 2017, http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/en/?lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252FMeetings%252FCX-733-22%252FWD%252Ffc22_04s.pdf

Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Sala de Situación Guía Metodología de Salud Local*. [en línea] Buenos Aires: MSAL, consultado 02 diciembre 2015, http://www.msal.gob.ar/municipios/images/stories/4-recursos/pdf/2013-09_guia-metodologica-Sala-Situacion-2013.pdf

Rivas, M.; Miliwebsky, E.; Chinen, I.; Deza, N.; Leotta, G. A.; (2006). 'Epidemiología del Síndrome Urémico Hemolítico en Argentina. Diagnóstico del agente etiológico, reservorios y vías de transmisión'. *Medicina*, 66 (Supl. III), 27-32 [en línea], consultado 04 abril 2017, <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol66-06/Supl-3/v66-s3-27-32.pdf>

Rivero, M.; Passucci, J.; Lucchesi, P.; Signorini, M.; Alconcher, L.; Rodríguez, E.; Rocha Martín, V.; Meneguzzi, B.; San Juan, F.; Ballesteros, B.; Tarabla, H. (2013). 'Epidemiología del Síndrome Urémico Hemolítico en dos regiones de la Provincia de Buenos Aires'. *Medicina*, 73(2), 127-135 [en línea], consultado 12 mayo 2017, http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000200005&lng=es&tlng=es.

Sozzi de Moraes, I. H. (2010). Sala de Situación en Salud: contribución a la ampliación de la capacidad gestora del Estado en Capítulo I: Consideraciones teóricas y prácticas sobre el dato, la información y la gestión. En: Organización Panamericana de la Salud; Moya, J. et al (orgs.). *Salud en Sala de Situación en Salud: compartiendo las experiencias de Brasil* orgs. José Moya, et al. – Brasilia: Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, 2010.