



DIPLOMATURA EN PROMOCIÓN Y GESTIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA

Manual de formación para promotoras
y promotores de salud



EDUCACIÓN
PÚBLICA
Y GRATUITA



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

DIPLOMATURA EN PROMOCIÓN Y GESTIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA

Manual de formación para
promotoras y promotores de salud

**Prosecretaría
de Salud**
SECRETARÍA DE SALUD

CONSEJO SOCIAL



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**

Fonseca, Manuel Antonio

Diplomatura en promoción y gestión de la salud comunitaria : manual de formación para promotoras y promotores de salud / Manuel Antonio Fonseca ; Sofía Malleville ; Editado por María Sofía Bernat ; Julieta Sala ; Prólogo de Natalia Zaracho. - 1a ed adaptada. - La Plata : Universidad Nacional de La Plata, 2024.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-950-34-2387-5

1. Promoción de la Salud. 2. Administración de la Salud. I. Malleville, Sofía. II. Bernat, María Sofía, ed. III. Sala, Julieta, ed. IV. Zaracho, Natalia, prolog. V. Título.
CDD 613.071

Autores:

Fonseca, Manuel; Malleville, Sofía.

Colaboradores:

Bernat, Sofía; Sala, Julieta; Iglesias, Inés; Leavi, Carlos; Cioffi, Estefania; Martínez, María Belén; Verger, Florencia; Neme, Luna; Garuti, María Belén; Dordoni, Lucía; Cantor, Luna; Solé, Micaela; Benítez, Mariana.

Contribuciones:

Suárez, Agustina; Girini, Mariano; Murua, Sebastián; Villalva, Adriana; Leiva, Gisela; Dirección de Prevención de Adicciones de la Universidad Nacional de La Plata.

Diseño y maquetación:

Herrlein Tatiana

**Prosecretaría
de Salud**
SECRETARÍA DE SALUD

CONSEJO SOCIAL



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**

El manual de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria

¿Para qué y para quiénes?

Este manual es una propuesta que nace y se construye en el marco de una experiencia pedagógica específica: la **Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de La Plata**. Sin embargo, por sus características y objetivos no apunta a un único destinatario ni responde a una única forma de utilizarse.

En el transcurso de estas páginas, sistematizamos una serie de materiales que pueden utilizarse como insumos y/o herramientas en un sentido amplio del término. Las actividades y los recursos propuestos pueden ser tomados en su totalidad o parcialmente; pueden ser intervenidos, transformados o ampliados por quienes los utilizan. A su vez, su lectura puede impulsar nuevas ideas, prácticas y experiencias que abonen a la formación en promoción y gestión de la salud desde una mirada comunitaria.

El manual de la Diplomatura busca contribuir a la formación y al desarrollo de procesos comunitarios de promoción y gestión colectiva de la salud y promover y/o afianzar las redes y los espacios de encuentro. En este sentido, la Diplomatura expresa la perspectiva presente en el triángulo de las redes en salud, es decir una forma de trabajo que busca generar articulaciones entre la comunidad y sus organizaciones, los efectores de salud y sus trabajadores/as y los diversos actores que conforman la Universidad con el objetivo de mejorar el acceso a la salud.



El manual de la Diplomatura busca contribuir a la formación y al desarrollo de procesos comunitarios de promoción y gestión colectiva de la salud y promover y/o afianzar las redes y los espacios de encuentro.

¿Qué van a encontrar?

Dentro del manual se sistematizan las planificaciones y los materiales elaborados para abordar los contenidos de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria de la UNLP. A lo largo de sus páginas, encontrarán diez módulos (o materias)



El manual puede pensarse como un “cuadernillo” donde las y los estudiantes pueden consultar las actividades y los materiales de los distintos módulos temáticos. A su vez, es un recurso para los equipos docentes que llevan adelante el dictado de la Diplomatura

.....

y dos encuentros temáticos donde se trabaja sobre distintas problemáticas de salud desde una perspectiva local y situada. En cada una de las clases se busca presentar los contenidos a partir de textos y otros recursos de elaboración propia y plantear una serie de actividades que fomenten el debate grupal y recuperen los saberes de los distintos actores presentes en las aulas (integrantes de organizaciones sociales, vecinos/as, docentes, trabajadores/as de la salud, entre otros). El manual puede pensarse como un “cuadernillo” donde las y los estudiantes pueden consultar las actividades y los materiales de los distintos módulos temáticos. A su vez, es un recurso para los equipos docentes que llevan adelante el dictado de la Diplomatura, donde encontrarán los materiales de lectura, pero también guías de clase para cada módulo temático con planificaciones y actividades propuestas en cada encuentro. Los materiales que forman parte del contenido del manual fueron elaborados por el equipo de la Prosecretaría de Salud, el Consejo Social de la UNLP y distintos docentes que colaboraron para la producción de recursos específicos según cada temática.

En el transcurso de las páginas del manual, luego de una presentación del contexto de surgimientos y la perspectiva de la Diplomatura, encontrarán los módulos temáticos con sus respectivos contenidos. Concretamente cada módulo se compone de una guía de clase organizada en dos encuentros, con actividades y lecturas propuestas. Asimismo, en algunos módulos pueden encontrar otro tipo de materiales de apoyo y recursos (imágenes, notas periodísticas, calendarios, entre otros).

En cada módulo o materia encontrarán los siguientes materiales:

Para todos los módulos:



Bibliografía

Bibliografía elaborada para cada módulo temático. Los materiales de lectura fueron elaborados por el equipo de la Prosecretaría de Salud, el Consejo Social de la UNLP y docentes y trabajadores/as de la salud que colaboraron en la producción de textos específicos para cada temática.



Planificación y actividades

Una guía detallada donde encontrarán las planificaciones y actividades para abordar los contenidos de los distintos módulos.



Encuentro

Cada módulo temático está conformado por dos encuentros, uno por semana.



Mapeo

Además de la lectura de materiales bibliográficos, los debates y las dinámicas lúdicas, a lo largo de los diez módulos temáticos encontrarán actividades para mapear colectivamente los espacios de salud presentes en los barrios.



Anexo Recursos Pedagógicos

Los recursos sugeridos para realizar cada una de las actividades de las guías de clases podrán encontrarlos al final del manual en el apartado Anexo.



Materiales para seguir profundizando

Al final de cada módulo se sugieren otros materiales bibliográficos y de consulta referidos a la temática que fue trabajada.

En algunos módulos también pueden encontrar:



Anexo Recursero

Al final del manual, encontrarán un listado con la ubicación de efectores de salud y espacios de abordaje de las distintas problemáticas en la región de La Plata, Berisso y Ensenada.



Pautas de alarma

Donde se detallan una serie de señales y/o signos que pueden funcionar como alerta y/o advertencia al momento de detectar tempranamente alguna problemática de salud.



Leyes

Presentación del marco normativo que regula cada uno de los temas que se abordan en el manual, lo cual constituye una herramienta crucial para conocer y reconocer los derechos vinculados a la salud.



Mitos

Allí encontrarán una serie de mitos y/o representaciones sobre algunas de las problemáticas de salud trabajadas en el manual y que buscamos desnaturalizar.

Introducción	9
La construcción de una propuesta pedagógica en salud, algunos lineamientos políticos e institucionales.....	10
La propuesta pedagógica de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria	15
Hacia una Ley Nacional de Promotoras de Salud, por Natalia Zaracho.....	30
Módulos.....	34
Módulo 1 / Conceptos y Paradigmas de Salud. Estructura del Sistema Sanitario.....	35
Módulo 2 / Promoción de la Salud. El rol de las y los Promotores. Atención Primaria de Salud como estrategia.....	48
Módulo 3 / Hábitat, ambiente y salud.....	60
Módulo 4 / Comunicación y educación popular.....	73
Módulo 5 / Personas mayores y salud.....	82
Módulo 6 / Niñeces y Juventudes.....	97
Módulo 7 / Salud mental comunitaria.....	109
Módulo 8 / Consumo problemático de sustancias.....	127
Módulo 9 / Género, violencias y salud sexual.....	148
Módulo 10 / Planificación estratégica y gestión participativa.....	178
Encuentros temáticos	190
Encuentro. Cuidados integrales en Salud Bucal.....	191
Encuentro. Discapacidad.....	201
Anexos	209
Anexo A - Recursos pedagógicos para actividades.....	210
Anexo B - Recursero efectores y espacios de abordaje para La Plata, Berisso y Ensenada.....	243
Servicios locales de niñeces	
Salud mental comunitaria	
Consumos problemáticos	
Instructivo de Mapeo Colectivo.....	255



Introducción

**La construcción de una
propuesta pedagógica en salud**
algunos lineamientos políticos
e institucionales

La construcción de una propuesta pedagógica en salud, algunos lineamientos políticos e institucionales

La Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria busca ser una política académica para la integración y el mejoramiento del sistema público de salud. Esta búsqueda surge del reconocimiento, la sistematización y la complementación académica de las tareas de cuidado que de forma diaria llevan adelante miles de trabajadoras informales en los más de 5500 barrios populares que existen a la fecha en nuestro país.

Al momento de la publicación de este manual, que busca ser un aporte a las futuras cohortes de esta iniciativa, la Presidencia de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) llevaba entregados 1400 diplomas a egresadas provenientes de 15 provincias del país. Esto fue posible gracias a la participación de 9 unidades académicas de nuestra casa de estudios, de hospitales provinciales y secretarías de salud municipales de distintos puntos de la región (La Plata, Berisso y Ensenada) y el país, y de la formalización del trabajo realizado en conjunto con organizaciones sociales a través de la firma de 4 convenios específicos con organizaciones comunitarias de alcance nacional.

La cursada de la Diplomatura se materializa en el espacio de las aulas abiertas. La implementación de este dispositivo académico surge del método de trabajo que hemos denominado triángulo de las redes en salud y que intentamos mejorar de forma permanente. Siempre que se puede, cada "aula abierta":

1. Se sitúa en un barrio popular y se monta sobre construcciones comunitarias de las organizaciones del pueblo de donde provienen las estudiantes (organizaciones de la economía popular, clubes de barrio, comedores, iglesias, etc.).

2. Cuenta con la coordinación dentro de su equipo docente de trabajadores/as del efector de salud más cercano (Hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud -CAPS-).

3. Cuenta con la participación dentro de su equipo docente de una o más personas de la Universidad.

Esquema. El triángulo de las redes en salud



Fuente: elaboración propia

El método del triángulo de las redes en salud surge de la concepción de que cada vértice de este triángulo imaginario (la universidad, los efectores de salud y la comunidad organizada) se vuelve mejor al trabajar con los demás y logra alcanzar y fortalecer sus objetivos.

La Universidad

La UNLP tiene por figura académica a las Diplomaturas como dispositivos destinados a favorecer y mejorar el acceso a la educación universitaria de personas que viven en barrios populares. Por muchos y diferentes motivos, no todas las personas de nuestro país pueden acceder y sostener una carrera de cuatro o cinco años. Por eso la Universidad construyó propuestas académicas que buscan reconocer saberes pre existentes y complementarlos con aportes desde la educación superior. En general, el objetivo de este tipo de espacios académicos se orienta a alcanzar herramientas para el armado de equipos que puedan resolver problemas concretos, en este caso problemas de salud.

Para la construcción de la propuesta académica de esta Diplomatura, el Consejo Social y la Dirección de Redes en Salud de la Presidencia de la UNLP convocaron a nueve Facultades, a saber: Ciencias Médicas, Psicología, Trabajo Social, Ciencias Veterinarias, Periodismo y Comunicación Social, Humani-

dades y Ciencias de la Educación, Ciencias Naturales y Museo, Odontología y Ciencias Exactas.

Así, docentes de cada una de esas unidades académicas aportaron sus conocimientos y horas de trabajo para la aprobación de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria en el año 2019 a través del Consejo Superior. Desde ahí, ya son tres las cohortes finalizadas en la región La Plata, Berisso y Ensenada y dos cohortes más producto del convenio con organizaciones sociales en 15 provincias del país.

El trabajo de la Universidad con efectores de salud y con organizaciones sociales contribuye a revisar prácticas y cuestionar la reproducción de lógicas del propio campo. En concreto, estar en contacto permanente con los problemas de trabajadores/as de la salud y de personas que viven en barrios populares pone en el centro la resolución de esos problemas y la consiguiente elaboración teórica y académica para esos propósitos.

Los efectores de salud

La Diplomatura busca la presencia de un efector de salud de primer nivel (CAPS) o de segundo nivel (hospital) dentro de cada aula abierta. La razón es la siguiente: si la Diplomatura intenta ser una política para la integración del sistema de salud, no se puede trabajar sin los efectores del sistema de salud.

Es común que la Universidad, o que las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) u otro tipo de instituciones, realicen intervenciones comunitarias al respecto de temas de salud sin coordinación con los efectores de salud. En esas intervenciones suelen efectuarse diagnósticos o comenzar tratamientos que sin un adecuado seguimiento pueden resultar en más problemas para las personas o la comunidad con la que se trabajó. Es decir, estas acciones, sin una adecuada coordinación con efectores, fragmentan aún más el sistema de salud.

Por esta razón, sostenemos que la presencia de un efector de salud es clave puesto que disminuye las posibilidades de fragmentación, toda vez que mejora el acceso al sistema por parte de las comunidades. En concreto, con la participación de trabajadores/as de la salud se logran gestionar turnos, planificar las intervenciones y realizar derivaciones que contemplen la capacidad del efector de cada área programática o de la red de derivaciones del mismo.

Además, todo efector que trabaja con su comunidad (en este caso, a través de un aula abierta de la Diplomatura) se vuelve un mejor efector de salud. Esto es: puede realizar acciones específicas como administrar la forma en

que da los turnos o incluso cuestionar su modelo de atención (quizá de uno volcado al tratamiento de enfermedades a uno orientado a la prevención de las mismas) y democratizar el poder que ostenta al delegarlo en parte en las organizaciones que pueden opinar y sugerir cosas al respecto de la propia organización del efector.

La comunidad organizada

En Argentina existen 5500 barrios populares. Se considera barrio popular a los barrios pobres en los que viven al menos 8 familias agrupadas o contiguas, donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo ni acceso regular a 2, o más, de los servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal). En estos barrios viven la mayoría de los 8 millones de trabajadores/as informales del país, es decir personas que trabajan y no tienen relación de dependencia formal con su empleador.

Esa forma de vivir (sin derecho a una vivienda digna) y de trabajar (sin derecho a un trabajo digno) determina la forma de vivir y de enfermar de las personas. No es lo mismo tener una determinada enfermedad (consumo de sustancias, neumonía, padecer violencia de género, bajo peso al nacer, o la que fuere) con esos derechos garantizados, que no tenerlos.

La mayoría de las personas que viven en barrios populares tienen trabajo informal. Es decir, trabajan sin derechos laborales (aportes previsionales, vacaciones pagas, aguinaldos, paritarias, etc). Una parte de estos/as trabajadores/as se organizan en el marco de la Economía Popular para luchar por los derechos de su sector o rama de trabajo. Además esa organización busca mejorar los ingresos materiales de lo que venden o producen (carreros y cartoneros, trabajadores textiles, trabajadoras sociocomunitarias que sostienen comedores y merenderos, trabajadores rurales, etc). La mayoría de las organizaciones de trabajadores/as informales se nuclea en la Unión de Trabajadores de la Economía Popular (UTEP).

Estas organizaciones y otros espacios comunitarios ya mencionados (como clubes de barrio, comedores, mesas territoriales, iglesias, espacios de niñeces, etc) han encontrado en la figura de las promotoras de salud un sujeto político a través del cuál canalizar reclamos y propuestas concretas para la resolución de los problemas de salud. En las últimas décadas a los problemas habituales de acceso (falta de medicación, problemas con turnos, maltratos en los efectores de salud, no ingreso de las ambulancias en los barrios, etc.) se sumó el abordaje de otras problemáticas que no son propias de los barrios populares pero que

sí se presentan de una forma especial en ellos. Hablamos de los problemas de consumo de drogas, la violencia de género y la contaminación ambiental que producen, por ejemplo, los basurales a cielo abierto, entre otros.

Así, las organizaciones sociales y comunitarias generaron sus propios mecanismos de abordaje de estos problemas, donde las promotoras tienen un rol central. A veces, consiguen reivindicaciones que reconocen al menos en parte ese trabajo. Pero, la mayoría de las veces lo hacen de forma invisible para el Estado y sus instituciones. La posibilidad de conveniar con la Universidad y de trabajar en conjunto con efectores de salud vuelve más potente los reclamos de las organizaciones respecto a los problemas de salud presentes en los barrios populares.

Promoción y gestión

En el transcurso de estas páginas, presentamos de forma resumida la espiritualidad general de la propuesta de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria, su dispositivo académico (aulas abiertas) y el método de trabajo sobre el que se proyecta (el triángulo de las redes en salud y que rol ocupa cada uno de sus vértices).

Por último, queda resaltar el rol de la gestión dentro de la propuesta. La misma bien podría solo haberse llamado Promoción de la Salud Comunitaria. Sin embargo, la incorporación de la gestión como una dimensión central es una búsqueda de elaboración crítica de propuestas de gestión (es decir, políticas públicas) que surjan de abajo para arriba y que conjuguen las capacidades estatales con las acciones de la comunidad organizada.

Descreemos de la noción estatalista de las políticas públicas y del éxito de las iniciativas del estado pensadas de forma alejada de los problemas que buscan resolver. También nos parece una trampa el hecho de “sentar” a las organizaciones sociales y comunitarias en la primera fila de los anuncios de la gestión y/o su mera invitación a ser replicadoras de la política pública en los territorios.

Buscamos, por el contrario, incorporar a la comunidad organizada a la elaboración de esas políticas. Con los errores, las eventuales diferencias y los esfuerzos que eso implica. No lo hacemos desde una posición sobre ideologizada. Es una convicción que surge de la inviabilidad de las iniciativas pensadas de arriba para abajo en una sociedad que cambia mucho y muy rápido y que nos obliga a escuchar, aprender y revisar (nos) todo el tiempo para ser mejores.



Introducción

**La propuesta pedagógica de la
Diplomatura en Promoción y
Gestión de la Salud Comunitaria**

La propuesta pedagógica de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria

Perspectiva y objetivos

Como hemos señalado, la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria es una iniciativa conjunta de la Prosecretaría de Salud y el Consejo Social de la UNLP. El objetivo general de esta propuesta académica es formar referentas y referentes en promoción y gestión de la salud comunitaria desde una perspectiva de derechos, género e interculturalidad y promover un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial que contribuya a fortalecer el acceso a la salud.

La diplomatura busca fortalecer el rol de las promotoras y los promotores de salud, a partir de jerarquizar y acompañar conocimientos y procesos previos vinculados a la salud comunitaria. En este sentido, partimos de considerar que son las promotoras y los promotores quienes construyen lazos cotidianos en sus barrios y organizaciones para abordar las problemáticas de salud allí presentes. Como una iniciativa académica de la UNLP, la diplomatura busca aportar capacidades y saberes para la promoción y la generación de procesos colectivos que respondan a las necesidades y las demandas de la población en articulación con los equipos de salud locales y otros actores de referencia presentes en los territorios. En este sentido, la formación de promotoras contribuye a fortalecer el vínculo entre las comunidades y sus organizaciones con la Universidad y el sistema público de salud en vistas de construir redes que colaboren a disminuir las barreras de acceso a la salud en los barrios populares.

En términos pedagógicos, para el dictado de los contenidos de la Diplomatura se adopta una perspectiva de trabajo basada en los postulados de la educación popular. En este sentido, los contenidos distribuidos en los módulos temáticos se abordan a través de dinámicas que buscan recuperar los saberes y las experiencias de las y los estudiantes para así generar espacios de reflexión. De esta forma, la propuesta se orienta a producir conocimientos situados sobre los procesos de salud-enfermedad-atención a partir de jerarquizar la participación y la gestión comunitaria en salud de quienes habitan en los barrios donde se lleva a cabo la diplomatura. Esta

perspectiva se plasma en la planificación de los encuentros donde se abordan los contenidos de la Diplomatura.

A continuación, describiremos cómo fue la construcción del dispositivo pedagógico denominado aula abierta, es decir la forma bajo la cual se dictó la diplomatura profundizaremos sobre las características del espacio y los integrantes (estudiantes, equipo docente y coordinadores); posteriormente desarrollaremos los contenidos y la organización del dictado (módulos, talleres y encuentros temáticos), para finalmente abordar las formas de evaluación de la Diplomatura.

El aula abierta como dispositivo pedagógico

La propuesta académica de la Diplomatura fue aprobada en 2019 por el Consejo Superior de la UNLP. Sin embargo, el primer dictado se vio atravesado por un hecho sin precedentes: la pandemia de COVID-19. El debate sobre la salud y las consecuencias directas e indirectas de la pandemia ocuparon el centro de la escena pública. En este contexto, la construcción de una metodología de trabajo para el desarrollo del trayecto académico de la Diplomatura estuvo marcado por la emergencia sanitaria. En primer lugar, fue necesario vincular las problemáticas de salud producto de la pandemia con los contenidos propuestos inicialmente. En segundo lugar, la forma en que se dictó la Diplomatura también estuvo condicionado por las políticas de distanciamiento social y las recomendaciones para evitar la propagación del virus. Por último, además de las problemáticas sanitarias, la pandemia tuvo consecuencias económicas y sociales (producto de, por ejemplo, la pérdida de ingresos) que impactaron con mayor fuerza en los barrios populares y se articularon con desigualdades preexistentes.

En este marco crítico, la UNLP desarrolló una serie de estrategias que buscaron contribuir al abordaje de dichas problemáticas en conjunto con las organizaciones sociales y comunitarias presentes en los barrios populares de la región de La Plata, Berisso y Ensenada. Ejemplo de ello fueron los Núcleos Operativos de Emergencia (NOE), es decir dispositivos de abordaje territorial impulsados por la Universidad junto a comités de crisis barriales, mesas de gestión territorial y efectores de salud. Los NOE tuvieron como objetivo fortalecer las redes sanitarias existentes y aumentar la capacidad de respuesta territorial ante la demanda de organizaciones sociales y/o de representantes de la UNLP en los Comités de Crisis de las delegaciones municipales.

En concreto, el andamiaje de los NOE aportó la estructura sobre la cual se construyó el primer dictado de la Diplomatura. Por esta razón, la organización de dichos espacios y las iniciativas que allí surgieron se plasmaron con fuerza en la impronta pedagógica de esta propuesta académica.

A mediados del año 2020, comenzó la cursada de la primera cohorte de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria en distintos barrios de La Plata, Berisso y Ensenada bajo una dinámica de trabajo específica: el aula abierta. En un primer momento, la expresión “aula abierta” fue una manera de describir las características físicas del espacio áulico en contexto de pandemia. Es decir, como no era posible que estudiantes y docentes permanecieran en espacios cerrados, el “aula” debía funcionar en lugares abiertos, al “aire libre” o en espacios ventilados como forma de garantizar el distanciamiento y la circulación. De esta forma, la primera experiencia se desarrolló en “aulas” dispuestas en espacios abiertos (como patios de comedores, merenderos, clubes, etc.) ubicados en distintos barrios de la región. Allí se encontraban semanalmente quienes se formaban como promotoras/es (vecinas/os y/o integrantes de organizaciones sociales y comunitarias) junto a coordinadora/es de las aulas, es decir referentes de dichas organizaciones y/o de la Universidad y un equipo docente que dictaba las clases conformado por extensionistas, graduados/as, estudiantes de la UNLP y trabajadores/as de efectores de salud.



Las fotos presentes a lo largo del manual fueron tomadas en el contexto de la Diplomatura por distintas personas que participaron del dictado (estudiantes, docentes, miembros de organizaciones comunitarias, etc.).


Con el transcurso del tiempo la idea inicial de “aula abierta” -como una forma de describir un espacio educativo que se desarrollaba al aire libre y respetase los protocolos de distanciamiento social- derivó en una metodología de trabajo concreta, en una forma de llevar a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje. En este sentido, el aula abierta fue construyéndose como



*Para profundizar en la noción de dispositivo pedagógico puede consultar:

Grinberg S. (2008). *Educación y poder en el siglo XXI. Gubernamentalidad y pedagogía en las sociedades de gerenciamiento*. Ed. Miño y Dávila. Bs. As. - Argentina.

Langer, E.; Roldan, S.; Maza, K. (2011) *Dispositivos pedagógicos y trayectorias escolares de estudiantes en contexto de desigualdad social* [En línea]. VIII Encuentro de Cátedras de Pedagogía de Universidades Nacionales Argentinas, 8, 9 y 10 de agosto de 2011, La Plata.

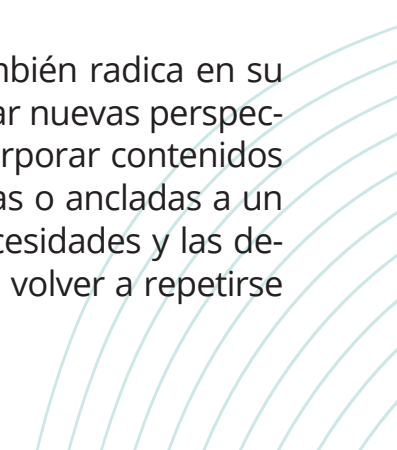


un dispositivo pedagógico. La noción de dispositivo pedagógico nos permite remitir a las tramas y las relaciones que se construyen en el día de la Diplomatura. También nos remite a una forma de pensar y de hacer la Diplomatura que tenía características distintivas respecto a otros espacios educativos.

El aula abierta como dispositivo concreto para la cursada de la Diplomatura fortalecía aspectos fundamentales de la propuesta académica inicial, especialmente en dos sentidos. En primer lugar, el aula se organizaba como un espacio abierto, de intercambio y producción de conocimiento situado y local. En este sentido, el aula no solo era “abierta” en términos de espacio físico, sino que “salía” del espacio áulico tradicional o de la institución educativa para situarse en otros contextos y abrirse a nuevos formatos. A su vez, esta metodología buscaba poner en diálogo los contenidos con las experiencias concretas de las personas que cursan la Diplomatura y residen en barrios populares. En este sentido, la dinámica de trabajo contribuye a fomentar procesos de enseñanza-aprendizaje orientados a construir e intercambiar saberes y prácticas en salud desde una perspectiva local y situada en la realidad de los barrios y las comunidades.

En segundo lugar, el aula se constituía como un espacio abierto en términos de intercambio y construcción de redes. Concretamente, la forma de organizar el dictado y la dinámica de las clases impulsaba un vínculo pedagógico específico entre las personas que conformaban el espacio áulico (estudiantes, coordinadores y docentes) a partir del intercambio de experiencias y saberes de distintos orígenes (académicos, de vida, de trabajo, etc.). A su vez, las personas que transitaban por la Diplomatura formaban parte de diversos espacios tales como organizaciones (sociales, comunitarias) y/o instituciones (efectores de salud, universidad). De esta forma, la lógica abierta de las aulas de la Diplomatura no sólo remite a la dimensión territorial sino a la construcción de un espacio educativo donde confluyen actores que forman parte de distintas organizaciones e instituciones, con diversas trayectorias y recorridos y que ocupan diferentes roles y posiciones. La presencia de vecinas/as, integrantes de organizaciones sociales y comunitarias, representantes de la UNLP, estudiantes, docentes y trabajadores/as de la salud fortalecía la mirada interdisciplinaria e intersectorial de la propuesta y fomentaba la construcción de redes comunitarias en salud en los distintos territorios donde se montaban las aulas.

En tercer lugar, la noción de apertura del aula también radica en su movimiento, el aula es abierta porque está sujeta a incorporar nuevas perspectivas, temáticas y actores; a adoptar nuevos formatos e incorporar contenidos que potencien los existentes. Las aulas abiertas no están fijas o ancladas a un determinado lugar, sino que su apertura responde a las necesidades y las demandas de las comunidades. Pueden moverse de barrio y/o volver a repetirse



en un mismo territorio, convocar distintas a organizaciones y a diferentes equipos de salud. A su vez, el movimiento del aula radica en la posibilidad de realizar acciones por fuera del horario de cursada y/o el espacio concreto donde funciona el aula. A lo largo de los encuentros pueden surgir nuevos temas de interés, es decir preocupación que están incluidos en los contenidos pero que también van más allá. Por ello el aula admite la construcción de nuevos espacios y propuestas educativas para su abordaje, en distintos formatos talleres, encuentros temáticos, etc. Asimismo, en relación con las problemáticas de salud presentes en los barrios, estudiantes y docentes, la Diplomatura impulsa a que estudiantes y docentes planifiquen otro tipo de intervenciones como, por ejemplo, relevamientos sociosanitarios, campañas de comunicación, postas de salud en conjunto con efectores del área programática, entre otras. La concreción de estas acciones en los barrios suele coordinarse de forma conjunta con otros actores como trabajadores/as de los distintos servicios de salud, secretarías de salud municipales, docentes e investigadores especializados en ciertas temáticas de interés, entre otros.

Características de las aulas abiertas

El espacio

En términos espaciales, las aulas abiertas son unidades pedagógicas ubicadas “en” o “cerca” de barrios populares donde se desarrolla la cursada de la Diplomatura. Cada aula funciona en un espacio físico que oficia de lugar para los encuentros presenciales (puede ser un comedor, un club, etc.) En los encuentros semanales, estudiantes y docentes abordan distintas temáticas de salud organizadas en diez módulos y/o materias. En cada módulo se aborda algún tema vinculado al proceso salud-enfermedad-atención y a sus determinantes sociales. En este sentido, las y los estudiantes profundizan en conceptualizaciones y lecturas sobre dichas temáticas, pero también reflexionan y analizan de qué manera esas problemáticas están presentes y/o impactan en sus comunidades. Por esta razón, la dimensión espacial cobra un rol central al momento de organizar el dictado de la Diplomatura e implica la puesta en juego de una perspectiva local y situada en la realidad de los distintos territorios donde se ubican las aulas abiertas.

De esta forma, al momento del “armado” de las aulas abiertas de la Diplomatura la idea de territorio también es abierta. Es decir, no se toma una definición cerrada o basada únicamente en la cartografía, sino que se contemplan distintos espacios, actores y relaciones sociales allí presentes. Las personas habitan, definen y reactualizan en su día a día los límites geográficos preestablecidos y señalan qué lugares son significativos para su día a día. Por esta razón,

los límites del barrio, la comunidad y/o el territorio donde se emplazan las aulas abiertas se construyen colectivamente en el marco de los encuentros de la Diplomatura. De esta forma, cada aula abierta aborda la extensión territorial que el propio grupo define una vez comenzada la cursada y sobre esos límites se construyen saberes comunitarios en salud y se planifican las estrategias de gestión.

Los integrantes

Los actores y la conformación de las aulas abiertas de la Diplomatura expresan la impronta de las redes o el triángulo de las redes en salud. Es decir, cada aula representa un espacio formativo, pero también de encuentro y articulación entre la comunidad organizada, la Universidad y los efectores de salud. Esta metodología de trabajo busca contrarrestar los problemas de desarticulación y fragmentación del sistema de salud a nivel local y fortalecer la atención primaria de la salud jerarquizando el rol de la promoción y la gestión de la salud.

En términos concretos cada aula abierta está compuesta por:

1// Estudiantes:

Vecinos/as, integrantes de organizaciones sociales, comedores, espacios colectivos territoriales que busquen formarse y diplomarse en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria de la UNLP.

En muchos casos, las personas que se inscriben a la Diplomatura ya realizan tareas que contribuyen a la promoción de la salud en sus barrios y comunidades.

2// Equipo docente:

-Coordinadoras/es de aula: referentes territoriales, comunitarios y/o institucionales. Es decir, personas que poseen un vínculo cercano y cotidiano con las personas que habitan en los barrios donde se llevará a cabo el dictado de la Diplomatura.

Tareas: construir los listados de las personas interesadas en cursar la Diplomatura; garantizar el espacio físico para el dictado y demás cuestiones organizativas; realizar un seguimiento y/o acompañamiento de las y los estudiantes; apoyar a los docentes en el acceso a los materiales y las actividades prácticas; fomentar la construcción de redes territoriales para el desarrollo de la cursada y otras intervenciones concretas (postas de salud, etc.)

-Docentes y/o tutores: trabajadores/as de la salud, extensionistas, egresadas/os y/o estudiantes avanzados de carreras vinculadas a la salud, promotoras/es de salud egresadas/os de cohortes anteriores. Los docentes y/o tutores trabajan en grupos y/o parejas pedagógicas.

Tareas: Dictar clases presenciales, es decir presentar los contenidos de cada módulo siguiendo las guías de clases, coordinar actividades prácticas, corregir y hacer devoluciones a las y los estudiantes de la Diplomatura; -acompañar intervenciones concretas en los barrios (postas de salud, relevamientos, etc.); participar en espacios de intercambio con docentes y de coordinación.

En algunos casos, los equipos docentes pueden contar con la presencia de: **-Docentes colaboradores:** docentes, investigadores/as y/o especialistas, es decir personas y/o integrantes de organizaciones que por sus recorridos son referentes en alguna de las temáticas de la Diplomatura.

Tareas: colaborar en la producción de materiales teóricos sobre temas particulares (videos, textos, etc.); participar, dictar o coordinar algún módulo, taller y/o encuentro temático según corresponda.

3// Equipo de coordinación general de la Diplomatura:

Miembros de la Prosecretaría de Salud y del Consejo Social de la UNLP.

Tareas: Elaborar las estrategias pedagógicas y los contenidos académicos para el dictado de la Diplomatura; producir y seleccionar materiales teóricos; construir las guías de clases con sus respectivas planificaciones y materiales; coordinar acciones conjuntas con los equipos docentes de las aulas abiertas; acompañar la construcción de redes con distintos actores comunitarios, universitarios y efectores de salud; organizar los listados de estudiantes y la entrega de diplomas.



Contenidos y organización del dictado

Espacios curriculares: Módulos o Materias

Los contenidos propuestos para el trayecto académico de la Diplomatura se organizan en diez espacios curriculares, denominados módulos y/o materias. Cada uno de los módulos abordan un tema o problema de salud específico:

1. Conceptos y Paradigmas de Salud. Estructura del sistema sanitario

Concepciones de Salud.

Sistema de Salud: estructura y niveles.

Historia, actualidad y marco regulatorio.

2. Promoción de la Salud. Rol de promotoras/es. La Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia

Derecho integral a la Salud. Estrategia Comunitaria.

Territorio. Redes sociales territoriales.

Atención Primaria de Salud.

Promotoras/es comunitarios/as de salud.

La importancia del rol social en el manejo comunitario de las campañas y programas de prevención.

3. Salud ambiental, hábitat y alimentación.

Concepciones de hábitat y determinantes socioambientales de la salud.

Problemáticas de salud vinculadas al hábitat (vivienda, infraestructura, basurales, acceso a servicios básicos, etc.).

Relación entre desarrollo productivo y ambiente, incidencia en los procesos salud-enfermedad de las comunidades.

Enfermedades zoonóticas y reemergentes, estrategias comunitarias para su prevención.

4. Procesos y prácticas de intervención comunitaria. Comunicación y educación popular

Comunicación y salud.

Estrategias de comunicación, intervención en los barrios y rol de las/es promotoras/es de salud.

Espacios estratégicos de comunicación al interior de los barrios

5. Promoción de la salud comunitaria en el curso de la vida: adultez y personas mayores

Conceptos de vejez. Imaginarios sociales y culturales en torno a la vejez.

Salud, derechos y cuidados de personas mayores.

Sistema de salud argentino: subsector de seguridad social destinado a personas mayores (PAMI).

La situación de las personas mayores en los barrios.

6. Promoción de la salud comunitaria en el curso de la vida: niñez y adolescencia

Derechos de las niñas y los adolescentes. Nociones del sistema de promoción y protección de los derechos de la niñez.

Prácticas preventivas: vacunación, violencia a la niñez (maltrato-abuso infantil).

Problemas de salud prevalentes: respiratorios, de la piel, diarreas, accidentes en el hogar.

7. Salud Mental Comunitaria

Noción de “salud” y “enfermedad” desde la salud mental.

Marco normativo vigente en Argentina sobre salud mental.

Estigmas vinculados a la salud mental.

Salud mental comunitaria y estrategias de prevención y promoción de la salud mental.

8. Consumo problemático de sustancias

El concepto de “consumo” y el consumo problemático de sustancias.

Representaciones y estereotipos sociales sobre los/as “jóvenes” y las “juventudes”. Consumos problemáticos en los barrios, acciones preventivas y dispositivos comunitarios.

Espacios de salud mental y atención de consumos problemáticos

9. Géneros y violencias

La identidad de género como construcción socio-histórica

Sexo, género y diversidad sexual. Equidad de género.

Salud Sexual, reproductiva y no reproductiva.

División sexual de los roles en la sociedad. Tareas de cuidado.

Violencias de género y herramientas para su abordaje.

10. Planificación estratégica y gestión participativa.

Instrumentos de gestión en salud. La gestión integral de acciones, proyectos y programas. Evaluación de resultados y la evaluación de procesos.

Diagnóstico participativo con perspectiva socio-comunicacional y sanitaria. Diseño colectivo de cartografías sociales.

Planificación y formulación de proyectos comunitarios.

El registro de los procesos y la sistematización.

El dictado de los distintos módulos y/o materias se organiza a partir de encuentros teórico-prácticos y presenciales donde se abordan los contenidos estipulados. Cada materia tiene una duración aproximada de dos encuentros, es decir uno por semana. Al finalizar, los contenidos de una materia se siguen con el siguiente hasta llegar a completar los contenidos de los diez módulos estipulados. Las clases tienen una duración aproximada

de entre dos a tres horas un día a la semana. Los encuentros tienen carácter teórico-práctico. Es decir, en los momentos teóricos de las clases se abordan conceptos, se debaten definiciones, se presentan problemáticas de salud, se profundiza en los marcos regulatorios existentes, en los espacios y efectores de salud encargados de abordar dichas problemáticas, entre otras actividades. En los momentos prácticos de cada una de las clases se espera que los/as estudiantes pongan en diálogo los contenidos trabajados en cada módulo con las problemáticas presentes en sus barrios y/o comunidades haciendo énfasis en sus propias trayectorias. En cada uno de los módulos se proponen actividades para que estudiantes y docentes desarrollen, de forma progresiva, un mapeo y/o diagnóstico colectivo de la situación y delimiten acciones para la prevención, la promoción y la gestión de la salud en esos territorios.

De esta forma, el desarrollo de los encuentros de cada módulo abonará a la construcción de un material final unificado por cada “aula abierta”, donde se caractericen los territorios a la luz de los conceptos y problemáticas abordadas en la Diplomatura. Durante la Materia 10 “Planificación estratégica y gestión participativa”, que contempla cuatro encuentros, las/os estudiantes realizan un trabajo final, escrito y grupal. El mismo consiste en elegir alguna problemática de salud de relevancia para ese territorio y caracterizarla a partir de las dimensiones trabajadas a lo largo de la cursada. Posteriormente deben realizar una propuesta de intervención concreta en el barrio en donde se ponga en juego tanto la dimensión de la promoción como la gestión comunitaria de dicha problemática.

Encuentros temáticos

Los encuentros temáticos funcionan como clases optativas en las cuales se abordan temáticas específicas que no están estipuladas dentro de los contenidos mínimos de la Diplomatura. Este tipo de encuentros tienen una dinámica similar al dictado de los módulos de la Diplomatura, es decir son clases presenciales con guías y materiales estipulados para trabajar en un solo encuentro semanal. Cada aula decidirá el momento de la cursada en el cual se trabajará dicha temática.

La idea de los encuentros es complementar los contenidos y sumar temáticas específicas. En concreto se trabaja sobre salud bucal y discapacidad.

A. Salud Bucal

Salud Bucal. Partes de la boca y sus funciones.

Medidas de prevención de enfermedades bucales y promoción de la salud bucal

Rol de las/os promotoras/es de salud respecto a la salud bucal

Cuidados de la salud bucal en distintas etapas de la vida.

B. Discapacidad

Concepto de discapacidad y los paradigmas: el paradigma social de la discapacidad.

Derechos de las personas con discapacidad

Recursos para el acompañamiento y construcción de autonomía de las personas con discapacidad.

Talleres centralizados

Los talleres centralizados son instancias de encuentro mensuales/bimestrales donde se abordan temáticas específicas de salud que complementan los contenidos estipulados en las materias y/o módulos. En el caso del dictado regional de la Diplomatura (en La Plata, Berisso y Ensenada) los talleres son presenciales y se dictan en el edificio de presidencia de la UNLP. Los mismos son dictados por “docentes colaboradores”, es decir docentes, investigadores y/o referentes en el área. Dichas temáticas parten de problemáticas e intereses de las distintas aulas abiertas. Por ejemplo, Reanimación Cardio Pulmonar (RCP), alimentación saludable, zoonosis, educación física y salud, parasitosis. Cada encuentro tiene una duración aproximada de entre tres y cuatro horas donde se abordan los contenidos de manera teórica -por ejemplo, mediante

la exposición de los docentes invitados/as- y práctica por medio de alguna instancia de participación y/o debate entre los/as estudiantes. Además de ser una instancia formativa, los talleres buscan generar espacios de encuentro entre los/as estudiantes de las distintas aulas abiertas de la Diplomatura en un mismo espacio de aprendizaje e intercambio.



En el caso del dictado provincial y nacional, los talleres se dictan de forma virtual, tanto de forma sincrónica como asincrónica dependiendo del equipo docente y las preferencias del aula abierta.



El dictado de la Diplomatura se organiza de la siguiente manera:

CONTENIDOS OBLIGATORIOS

MÓDULOS	TIEMPOS
1. Conceptos y Paradigmas de Salud. Estructura del sistema sanitario	SEMANA 1 - ENCUENTRO 1 SEMANA 2 - ENCUENTRO 2
2. Promoción de la Salud. Rol de promotoras/es. La Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia.	SEMANA 3 - ENCUENTRO 1 SEMANA 4 - ENCUENTRO 2
3. Salud ambiental, hábitat y alimentación	SEMANA 5 - ENCUENTRO 1 SEMANA 6 - ENCUENTRO 2
4. Procesos y prácticas de intervención comunitaria. Comunicación y educación popular	SEMANA 7 - ENCUENTRO 1 SEMANA 8 - ENCUENTRO 2
5. Promoción de la salud comunitaria en el curso de la vida: niñez y adolescencia	SEMANA 9 - ENCUENTRO 1 SEMANA 10 - ENCUENTRO 2
6. Promoción de la salud comunitaria en el curso de la vida: adultez y personas mayores	SEMANA 11 - ENCUENTRO 1 SEMANA 12 - ENCUENTRO 2
7. Salud Mental Comunitaria	SEMANA 13 - ENCUENTRO 1 SEMANA 14 - ENCUENTRO 2
8. Consumo problemático de sustancias	SEMANA 15 - ENCUENTRO 1 SEMANA 16 - ENCUENTRO 2
9. Géneros y violencias	SEMANA 17 - ENCUENTRO 1 SEMANA 18 - ENCUENTRO 2
10. Planificación estratégica y gestión participativa	SEMANA 19 - ENCUENTRO 1 SEMANA 20 - ENCUENTRO 2 SEMANA 21 - ENCUENTRO 3 SEMANA 22 - ENCUENTRO 4
Elaboración del trabajo final e intervención comunitaria.	

CONTENIDOS OPTATIVOS

ENCUENTROS TEMÁTICO

A. Salud Bucal	SEMANA A CONVENIR - ENCUENTRO 1
B. Discapacidad	SEMANA A CONVENIR - ENCUENTRO 1

TALLERES CENTRALIZADOS

Propuesta de evaluación

La propuesta de evaluación y acreditación de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria contempla una mirada procesual. Dicho proceso se ordena en torno al objetivo de garantizar espacios educativos donde la articulación entre la teoría y la práctica de aprendizaje sea el eje central de la relación con el conocimiento. En este sentido, el proceso de enseñanza-aprendizaje puede ser pensado como una instancia de construcción de conocimiento. Los encuentros de la Diplomatura constituyen espacios propicios para generar un marco de reflexión por parte de los/as estudiantes y docentes a partir de diferentes materiales de lectura, recursos didácticos y actividades grupales. Se busca entonces que cada problema de salud no solo se aborde en términos teóricos -a partir de conceptos, definiciones, categorías- sino que también se establezcan relaciones entre dichas problemáticas de salud y el día a día de los barrios y las comunidades donde se desarrollan las aulas abiertas. La Diplomatura busca formar promotoras en promoción de la salud comunitaria y otorgar herramientas para pensar los contenidos anclados en las problemáticas de salud reales que afectan a las personas que residen en cada uno de los territorios donde se emplazan las aulas.

En este sentido, asumir una evaluación de tipo procesual implica sostener un registro longitudinal de las prácticas de enseñanza y de las experiencias de aprendizajes y, a la par, adaptar la acción didáctica a la situación individual y grupal de la clase. A su vez, el proceso de enseñanza-aprendizaje en las aulas abiertas implica un proceso de retroalimentación, en este sentido la evaluación además de acreditar y/o certificar conocimientos, tiene otros propósitos y funciones, como contribuir a mejorar los aprendizajes tanto de estudiantes como de docentes.

En concreto, las/os estudiantes de la Diplomatura serán evaluadas a través de dos instancias:

a) Asistencia regular a las clases, participación y desempeño a lo largo de la cursada. Para acreditar el trayecto de la diplomatura las/los estudiantes deberán participar de forma regular en los encuentros presenciales donde se abordan los contenidos de la Diplomatura a partir de actividades teórico-prácticas. Retomando la perspectiva de la educación popular, el equipo docente de cada aula abierta evalúa el recorrido de las/os estudiantes en función de las trayectorias particulares y la dinámica de cada grupo. Para ello es importante que al iniciar la cursada estudiantes y docentes consensúen una serie de puntos que actuarán con criterios y/o acuerdos pedagógicos para la evaluación y la acreditación de la cursada.

b) Trabajo Final Integrador. Se desarrollará en el marco de la Materia N°10. Deberá realizarse de forma grupal y entregarse en forma escrita. El objetivo será realizar una caracterización general y de la situación de salud del territorio retomando las temáticas abordadas en los distintos espacios curriculares de la Diplomatura. Luego deberán identificar alguna problemática de salud relevante para las/os estudiantes y sus comunidades y desarrollarla. Posteriormente tendrán que realizar una propuesta de intervención territorial donde se aborde dicha problemática. Por ejemplo, una posta o jornada de salud, la planificación de algún taller, una campaña de comunicación, etc. Los equipos docentes y la coordinación general acompañarán la planificación y el vínculo con otros actores y/o efectores de salud.

Cabe señalar que, si bien se impulsa el trabajo grupal a lo largo de toda la cursada, la acreditación y aprobación de las/os estudiantes es individual. Al finalizar, quienes estén en condiciones obtendrán el diploma en “Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria” de la UNLP.



Por último, una propuesta al momento de concluir el dictado es realizar una exposición de los trabajos finales que realizaron las distintas aulas para comunicar y compartir con otros (familiares, amigos/as, vecinos/as, etc.) el trabajo que las/los estudiantes realizaron a lo largo de la cursada.



HACIA UNA LEY NACIONAL DE PROMOTORAS DE SALUD

Por Natalia Zaracho

HACIA UNA LEY NACIONAL DE PROMOTORAS DE SALUD

Por Natalia Zaracho

A pesar de los esfuerzos realizados en su trabajo en barrios populares a lo largo y ancho del país, y del rol fundamental ejercido en el abordaje de la pandemia por COVID19, la promotoras y agentes de salud no tienen un marco normativo nacional que ampare y reconozca sus prácticas laborales.

Por ese motivo, y en reiteradas oportunidades, los trabajadores y militantes del campo de la salud han dado la pelea por la creación de una ley nacional de promotoras de salud. La última vez, en el año 2023, fue a través de una presentación del Dr. Daniel Gollán, Diputado Nacional por la Provincia de Buenos Aires. En esa oportunidad, y con el apoyo de organizaciones sociales y sanitarias de todo el país, se presentó el proyecto de ley de “CREACIÓN DE LA FIGURA DEL/A PROMOTOR/A COMUNITARIO de SALUD Y DEL/A AGENTE SANITARIO/A”.

En la fundamentación de este proyecto se construye un recorrido histórico de la figura del Agente Sanitario, y se remarca el primer antecedente en la provincia de Jujuy, en el año 1966 y con el Dr. Carlos Alvarado como ministro. En ese contexto, se “lanza el Plan de Salud Rural” bajo conceptos como “hay que trasladar el hospital a la gente, a las casas, familia por familia, combinando prevención con asistencia (...) a la enfermedad no hay que esperarla en los hospitales sino salir a buscarla donde vive y trabaja la gente (...) lo que queremos saber es cuántos son, dónde viven, cómo viven y cuánto han sufrido el último año (...) vamos a buscar a todos los sintomáticos respiratorios sospechosos de padecer tuberculosis, casa por casa...”. Crea para ello la figura del Agente Sanitario, personas que con una formación específica salen a recorrer todo el territorio provincial, hasta sus zonas más recónditas, a través de las llamadas “rondas” sanitarias.

Muchas provincias siguieron el ejemplo de Jujuy, y todas estas experiencias oficiaron de insumo para la emergencia de la figura de la Promotora de Salud en la década del 2000 y sobre todo después de la crisis social y política del año 2001 en la Argentina. La Promotora de Salud fue la persona que se



¹Natalia Zaracho es trabajadora de la economía popular y referenta del Frente Patria Grande. Vive en Fiorito, partido de Lomas de Zamora. Desde diciembre de 2021 es la primera diputada cartonera de la historia. Desde el 2018 forma parte de la Comisión Directiva de la cooperativa del Movimiento de Trabajadores Excluidos (MTE) “Amanecer de los Cartoneros”, donde además se capacitó en promoción ambiental y en salud. Desde entonces se organiza junto a sus compañeras para acompañar situaciones vinculadas a estas temáticas en su territorio. También sostiene un centro de jubilados en el barrio y diversas cooperativas de trabajo que apuntan especialmente a la juventud.

encargó de cuidar a los demás y de generar circuitos comunitarios al respecto de temas de salud en los barrios populares de los grandes centros urbanos donde las políticas neoliberales habían sumergido a tantos argentinos en la exclusión y la pobreza.


Así, el proyecto de Ley presentado en 2023 aclara que “las Provincias de Jujuy, Chaco, Misiones, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Salta, San Luis cuentan con marcos legales que crean, incluyen y/o promocionan las figuras de agentes sanitarios o promotores/as de salud. En 2016, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires reconoció legalmente la figura de los Promotores y las Promotoras de Salud Comunitaria con la sanción de la ley provincial N°14.882, figura que se incorpora a los equipos interdisciplinarios en el Primer Nivel de Atención, cooperando en las problemáticas sanitarias locales y la prevención de enfermedades.”

De esta forma, el proyecto de Ley tenía por objetivos reorientar el sistema de salud hacia la estrategia de la Atención Primaria de la Salud y la integración de redes socio-sanitarias; favorecer el desarrollo de un modelo sanitario centrado en la participación comunitaria y ciudadana; mejorar el acceso al sistema de salud a través de la participación real de la comunidad en la elaboración, implementación y evaluación de las políticas de salud; fortalecer el primer nivel de atención mediante la incorporación de agentes públicos capacitados para tal fin.

Además, buscaba fomentar a partir del/la “Promotor/a Comunitario/a de Salud” y el/la “Agente Sanitario” la perspectiva intercultural, con los pueblos originarios, en la planificación y ejecución de proyectos y programas sanitarios, en los procesos de comunicación y acceso a la información en materia de prevención y promoción de la salud, e incluir la perspectiva de género en salud y de los cuidados integrales en la formación de los/as promotores/as y agentes sanitarios/as.

En el mismo, se define a la “Promotor/a Comunitario/a en Salud” y Agente Sanitario/a, como “la persona de la comunidad que se forma para promover la participación y organización popular, articula entre las necesidades de la población y el sistema de salud, ocupa un espacio intersectorial entre las áreas que comprenden la salud, el desarrollo social, la educación y el medio ambiente, promoviendo una concepción de la salud entendida como un derecho de la población y un deber del Estado.”

Se insiste en que “estas figuras integran los equipos interdisciplinarios que abordan las problemáticas sanitarias locales consolidando un modelo de atención de salud colectiva, favoreciendo la democratización de las políticas en



salud. Realizan prácticas que propicien la promoción de la salud y prevención de las enfermedades identificando los factores protectores y de riesgo en las personas y en su comunidad, mediante la orientación, acompañamiento y educación popular. Favorecen y facilitan el acceso de la población a las acciones y servicios de salud. Forman parte constitutiva del equipo interdisciplinario de salud en la estrategia de Atención Primaria de la Salud con especial dedicación en el territorio.”

Sobre la incorporación al sistema de salud, el proyecto proponía la creación de “el Registro Nacional de Promotores Comunitario/as de Salud y Agentes Sanitario/as en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, el que incorporará a las Promotoras y Promotores Comunitario/os de Salud y a los Agentes Sanitarios para el desarrollo de sus actividades en los programas nacionales, y/o en el ámbito de las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741 y las obras sociales universitarias.” De esta parte del proyecto se desprende la importancia de las Promotoras no solo en el subsector público, sino también dentro de la seguridad social.

Por desgracia, el proyecto de Ley no estuvo entre las prioridades de las cámaras del congreso de la nación. Sin embargo, miles de promotoras de salud (algunas de forma reconocida, muchas de ellas de forma silenciosa e invisible) continúan trabajando todos los días para cuidar a sus pares y promover la salud allí donde muchas veces nadie más llega. Es tarea de todas las personas que defienden la salud como un derecho seguir insistiendo para que más temprano que tarde las Promotoras de Salud y las agentes sanitarios/as tengan los derechos laborales que les corresponden.



MÓDULOS




Módulo 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7

MÓDULO 1



Conceptos y Paradigmas de Salud. Estructura del Sistema Sanitario.

Este módulo
contiene:

- **Bibliografía** 
 - Concepciones de salud
 - Estructura del sistema de salud
- **Planificación y actividades** 
- **Materiales para seguir profundizando** 

Introducción

Cuando analizamos qué implica hablar de salud posiblemente pensemos en varias respuestas: algunas visiones serán más restringidas y vincularán la salud con la ausencia de enfermedad, situándose en un nivel individual y atendiendo únicamente a la dimensión biológica del cuerpo humano; en otros casos la mirada buscará ampliar esta definición e incorporar dimensiones que permitan captar su complejidad.

A lo largo de la diplomatura, y en particular en esta materia, buscaremos complejizar la discusión en torno a la salud desde una visión procesual y colectiva que incorpore otras dimensiones (social, económica y cultural).

En este módulo abordaremos distintas concepciones de salud y profundizaremos sobre la estructura del sistema de salud argentino.

CONCEPCIONES DE SALUD



Como señalamos anteriormente la salud es un concepto polisémico, es decir que no existe una única definición sino múltiples concepciones que incorporan distintas miradas, dimensiones y actores. A continuación, podemos analizar algunas de estas definiciones:



“El modelo médico fue el dominante en Norteamérica a lo largo del siglo XX. En su forma más extrema, el ‘modelo médico’ ve el cuerpo como una máquina, que tendrá que ‘repararse’ cuando se ‘rompe’. La salud se considera, pues, como ausencia de enfermedad.”



“La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946”.



“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre los mismos. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues no como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.” Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986



“La salud es la solución del conflicto. No tiene nada que ver con esa definición como ‘completo estado de bienestar físico mental y social’ que utilizábamos en aquellas épocas, surgida de los organismos internacionales de salud. Este concepto lo estudiamos epistemológicamente con Milcíades Peña, y nuestra definición se pelea con el estado de bienestar y el “estar bien”. Nuestra definición de salud es que el hombre y la mujer que resuelven conflictos están sanos. La salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad. Y, por otro lado, estoy convencido de que siempre que uno hable de salud, no hay perspectiva de otra salud que aquella que construye el Estado. No hay perspectiva de creer en la salud privada. La salud privada es un negocio mercantil para los ricos que la pueden pagar”. Entrevista inédita a Floreal Ferrara, 2008



“ARTÍCULO 3º.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, año 2010.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD



Actualmente el sistema de salud en Argentina está conformado por tres subsectores que prestan diversos servicios y difieren en el origen de sus recursos: el subsector público, el de seguridad social y el subsector privado. Aproximadamente un tercio de la población de nuestro país posee únicamente cobertura pública, mientras que aproximadamente un 10% tiene capacidad para contratar seguros privados. El porcentaje restante percibe algún tipo de cobertura en la seguridad social: el 34% a través de Obras Sociales Nacionales, el 14% con Obras Sociales Provinciales y cerca de un 8% de las personas mayores de 65 años a través de PAMI. El subsistema público posee una organización administrativa y financiera territorial dependiente de

Ministerios y Secretarías de salud de diferentes jurisdicciones -nacional, provinciales y/o municipales-; y tiene pretensión de atención universal, llegando fundamentalmente a la población sin seguridad social y sin capacidad de pago a través de centros de salud y hospitales que son mayormente administrados por las 24 jurisdicciones provinciales. El proceso de descentralización de los efectores públicos desarrollado durante los años noventa, derivó en que el Ministerio de Salud de la Nación tenga poca injerencia en las políticas sanitarias a nivel de cada jurisdicción. El Ministerio entonces se encarga de coordinar junto con las provincias y los municipios un conjunto de programas nacionales que buscan garantizar la cobertura de ciertas problemáticas de salud y controlar y prevenir enfermedades específicas, por ejemplo, mediante la implementación de políticas de alcance nacional (programas de inmunización, de salud sexual y reproductiva, maternidades e infancias, medicamentos, etc.). Además, posee diversos organismos descentralizados bajo su órbita: la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT); el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI); la Superintendencia de Servicios de Salud, entre otros.

El gobierno nacional fija ciertos objetivos a través del Ministerio de Salud que cumple una función de conducción y dirección política del sistema en su conjunto. No obstante, a diferencia de otros países, el modelo federal brinda autonomía relativa a las provincias -y algunos municipios- para administrar los servicios de salud e implementar los programas preventivos que diseña Nación.

El financiamiento del subsector público proviene de diversas fuentes: la administración central y los organismos provinciales descentralizados utilizan recursos del presupuesto nacional, y las provincias y los municipios también se nutren de los recursos que recauda cada jurisdicción. De esta forma, al interior del subsector público la capacidad financiera y las decisiones en la administración y el control de los servicios de salud serán heterogéneas y dependerán de la jurisdicción de la que estemos hablando. No obstante, como señalamos, existen programas de carácter nacional (vacunación, enfermedades de transmisión sexual, etc.) y actividades que se manejan desde el nivel federal y, para las cuales, la matriculación y la fiscalización debe ser por definición de ámbito nacional - por ejemplo, aquellas actividades vinculadas a la producción y la distribución de medicamentos

En síntesis, el rol regulatorio del Estado en el campo de la salud se encuentra en permanente tensión debido a un escenario en el que se superponen, desde hace años, lo nacional, lo provincial y lo municipal y se entrelazan aspectos éticos y actividades gremiales y corporativas que involucran la prestación de un servicio de gran relevancia social como es la salud.

Por su parte, el subsistema de seguridad social obligatorio está estrechamente vinculado al mercado laboral formal, pues su financiamiento proviene principalmente de los aportes de trabajadores (3% de su remuneración) y empleadores (6%). Se encuentra conformado por las obras sociales nacionales (OSN) -que cubren a los asalariados registrados y sus familias y están administradas mayormente por organizaciones sindicales-; las obras sociales provinciales (OSP) que protegen a los empleados públicos de su jurisdicción y, en el caso de los pasivos, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP o PAMI). El INSSJP, que cubre a los jubilados y los beneficiarios de pensiones no contributivas, se financia con las contribuciones de los trabajadores asalariados y con recursos fiscales centrales. Pese a la existencia de un gran número de instituciones, los beneficiarios y los recursos se concentran en un número relativamente reducido de obras sociales, situación heredada de la política de “libre elección” de los años noventa. En el caso de las OSN las primeras veinte entidades nuclean al 56% de las personas con cobertura en el subsector. En el caso de las OSP, sus aportes y contribuciones se encuentran atados a las rentas de cada provincia, por lo tanto, su operatoria también se ve influida por la capacidad de recaudación y gestión de cada jurisdicción.

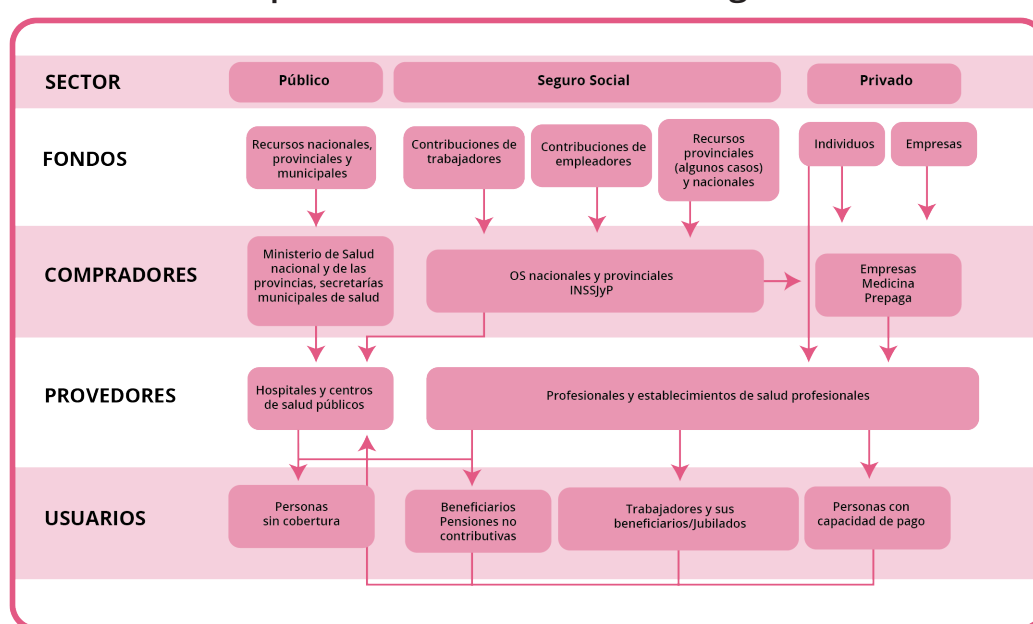
A pesar de la magnitud de personas cubiertas por este subsistema (cerca de dos tercios de la población) su peso sobre el total de establecimientos asistenciales del país y su capacidad instalada es baja: actualmente solo el 1% de los establecimientos del sistema de salud son gestionados por Obras Sociales. En la mayoría de los casos, la prestación de servicios para sus beneficiarios la brinda profesionales, sanatorios y hospitales privados mediante convenios directos o gestionados por instituciones intermedias de cada provincia (Colegios Médicos, Asociaciones de Clínicas y Sanatorios, etcétera). El vínculo entre la seguridad social y el subsector privado entonces resulta muy estrecho, en primer lugar, porque muchas obras sociales asumen contratos con empresas de medicina prepaga a quienes les transfieren la responsabilidad por la prestación de servicio de sus beneficiarios con mayores ingresos. En segundo lugar, las personas que cuentan con seguridad social reciben atención médica a través de profesionales y establecimientos del subsector privado. Las Obras Sociales contratan la provisión privada de servicios médicos, sanatoriales, bioquímicos y odontológicos para sus afiliados; por esta razón gran parte de los ingresos de los establecimientos asistenciales privados provienen de los convenios con las entidades de la seguridad social.

Es importante señalar que la mayor parte de los afiliados de las empresas de medicina prepaga lo hacen derivando aportes de su actividad económica mientras que un pequeño porcentaje se encuentra afiliado de forma directa, es decir abonando la cuota mensual mediante pago de bolsillo. El financiamiento entonces se origina a través de contratos con Obras Sociales o bien mediante las primas y los copagos de quienes adhieren de forma voluntaria al sistema.

El subsistema privado incluye a los establecimientos con y sin internación, diversos entre sí en términos de tamaño y objetivos, a los que accede la población con capacidad de pago o que tiene obra social o seguros privados. También encontramos a las aseguradoras o empresas de medicina prepaga y a los profesionales que prestan servicios independientes a particulares asociados a obras sociales o a la medicina prepaga. Según el Registro Federal de Establecimientos de Salud podemos encontrar espacios privados de salud sin internación de diversa índole: de diagnóstico y tratamiento (Centros Médicos, Cirugía Ambulatoria, etc.); de diagnóstico (Centros de Diagnóstico por Imágenes, Laboratorios de Análisis Clínicos, etc.) y de tratamiento (Centros de Diálisis, etc.). Por su parte, entre los establecimientos de salud con internación hallamos establecimientos con internación general; con internación especializada en tercera edad; especializados en salud mental; con internación especializada en pediatría; internación especializada en otras especialidades y especializada en maternidad / materno infantil.

Dentro del subsector privado también hallamos a los profesionales que prestan servicios de forma independiente a pacientes afiliados a Obras Sociales, a empresas de medicina prepaga y también a aquellas personas con capacidad económica que pagan por acto médico. Este grupo se encuentra representado por organizaciones profesionales que también suelen desarrollar tareas gremiales. Las mismas se encuentran conformadas por tres niveles: en el primer nivel los colegios profesionales, en el segundo nivel las federaciones y en el tercer nivel las confederaciones.

Esquema. Sistema de salud argentino



Esquema extraído del texto Belló y Becerril-Montekio (2011) "Sistema de Salud de Argentina"

Más allá de sus características estructurales y organizativas, diversos actores (académicos, políticos, profesionales, etc.) coinciden en señalar que el sistema de salud argentino se caracteriza, desde hace ya varios años, por su elevada fragmentación y escasa capacidad de articulación -en términos políticos, institucionales, territoriales y financieros- tanto entre los distintos subsectores que lo conforman -público, privado y seguridad social- como hacia el interior de cada uno de ellos -por ejemplo, entre el primer y el segundo nivel de atención del subsector público-. La lógica fragmentada del sector salud se consolidó durante la década del noventa fruto de la implementación de una serie de reformas de carácter neoliberal que trastocaron distintos aspectos de nuestra realidad (el mundo del trabajo, la educación, etc.). El resultado de las reformas en el sector salud fue un proceso de estratificación del acceso de la población a los servicios de salud en relación a su capacidad de pago y un desarrollo desequilibrado y sobredimensionado de la oferta de servicios. Asimismo, la separación entre “subsectores” también es compleja, puesto que como señalamos, existen vínculos permanentes entre los tres subsistemas: profesionales de la salud que trabajan en el ámbito público y privado, personas con obra social que se atienden en establecimientos privados y también realizan consultas en los servicios públicos de salud, entre otras situaciones que ejemplifican estas relaciones.

Los niveles de atención

A grandes rasgos, cuando hablamos de primer nivel de atención nos referimos a los efectores (salitas y/o centros de salud) y a las acciones de salud más cercanas a la población, es decir al “primer nivel” de contacto que las personas o las comunidades tienen con la promoción y atención de su salud.

Luego encontramos el segundo nivel donde se reciben las consultas que no pueden ser tratadas o que son derivadas desde el primer nivel, un ejemplo de establecimientos de salud del segundo nivel serían los hospitales de referencia. Estos cuentan con camas para internación por patologías clínicas y/o quirúrgicas y están comúnmente equipados con servicios de laboratorio, imágenes, entre otros.

En el tercer nivel se atienden patologías más complejas y derivadas del segundo nivel, y se encuentra conformado por hospitales con alta tecnología médica e institutos especializados.

Si bien estas denominaciones hacen referencia a un orden creciente de complejidad -centrado especialmente en las tecnologías médicas que se utilizan- es preciso aclarar que hay otras dimensiones de la complejidad que presentan el sentido inverso. Así, la complejidad social, familiar, de relaciones personales y comunitarias, decrece ante cada nuevo nivel de atención. Esto convierte al primer

nivel de atención en el nivel más complejo en términos sociales y, por ende, al más adecuado para el abordaje de la salud de personas sanas o bien de personas con problemas complejos que no pueden ser resueltos únicamente con medicamentos o cirugías (por ejemplo, problemas de violencia, de consumos o enfermedades crónicas como la presión alta y la diabetes, etc.).

¿Qué sucede en la provincia de Buenos Aires?

Específicamente, Buenos Aires, la provincia más extensa y poblada de Argentina, está conformada por 135 partidos y 17.875.743 habitantes -según el último Censo Nacional de Población y Vivienda (2022)- y en su territorio alberga cerca del 40% de las personas que habitan el país. Como señalamos anteriormente, producto de las características federales de nuestro sistema de salud, la mayor parte de las decisiones relativas a la política sanitaria de la población son ejecutadas por el Ministerio de Salud provincial. A su vez, a fines de su organización operativa, la provincia cuenta con doce Regiones Sanitarias que realizan acciones de coordinación de los programas provinciales a nivel local, es decir con los diferentes municipios. El proceso de descentralización de los servicios públicos profundizado en la década del noventa implicó una serie de transferencias progresivas desde los niveles nacionales y provinciales hacia los municipios, los cuales respondieron en función de capacidades administrativas y financieras disímiles entre sí. Por esta razón, dentro del territorio bonaerense, hallamos algunos pocos hospitales de gestión nacional (por ejemplo, el Hospital "El Cruce") y una mayoría de efectores provinciales y municipales.

Los efectores de salud provinciales son administrados y financiados por el Ministerio de Salud provincial y pueden agruparse en distintos niveles según el territorio de derivación de su área programática (Interzonal, Zonal, Sub-zonal y Local y Vecinal). A su vez, según su especialidad, son clasificados en Generales -contemplan múltiples especialidades- o Especializados -en ciertas patologías- y, según el tipo de patología a tratar, también pueden agruparse en Hospitales de Agudos -enfocados en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades de comienzo brusco- y Hospitales de Crónicos -es decir, cuando el efector cuenta con internación y tratamiento para pacientes con enfermedades prolongadas en el tiempo-. También encontramos las Unidades de Pronta Atención (UPA) nacidas como servicios de atención que buscan responder a las demandas de salud que requieren de la atención médica inmediata, es decir "urgencias" y "emergencias". Actualmente Buenos Aires cuenta con 94 efectores de gestión provincial distribuidos en todo su territorio.



En lo que respecta al primer nivel de atención (especialmente los Centros de Atención Primaria de la Salud -CAPS-) el subsector se fue moldeando bajo la órbita municipal mientras que los programas provinciales y nacionales dotan a estos espacios de distintos recursos. Cabe señalar que durante el período 2003-2015 la política sanitaria nacional se enfocó en la promoción del primer nivel de atención a partir de una serie de programas implementados en los territorios a través de los CAPS, por ejemplo, el Programa Médicos Comunitarios, REMEDIAR, etc.

En el subsector público de la provincia de Buenos Aires se entrecruza la jurisdicción nacional, la provincial y la municipal, en tanto poseen competencias para regular, gestionar recursos humanos y servicios y diseñar políticas públicas (Moro, 2012). De esta forma, los procesos de descentralización administrativa profundizados en los noventa trajeron aparejados problemas de fragmentación del sistema en la provincia con una oferta de servicios muy heterogénea que, hoy en día, tiene consecuencias directas en el acceso desigual de sus habitantes a la salud (Chiara et. Al., 2009).

Bibliografía consultada para elaborar este texto:

BELLÓ M.; BECERRIL-MONTEKIO VM. (2011) "Sistema de salud de Argentina". *Salud Publica Mex*, 53.

CHIARA, M.; DI VIRGILIO, M. y MORO, J.(2009). "Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires. Una mirada desde la gestión local". *Revista POSTData: Revista de Reflexión y Análisis Político*, (14), pp. 97- 128.

MORO, J. (2012). "Heterogeneidad y fragmentación del subsector público de salud en el Gran Buenos Aires". En Chiara, M. (comp.). *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento*.



Cómo citar este texto:

Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social de la Universidad Nacional de La Plata (2022). "Estructura del Sistema de Salud Argentino". Material elaborado en el marco de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Universidad Nacional de La Plata.



PLANIFICACIÓN Y ACTIVIDADES

A continuación, presentaremos la planificación de dos encuentros realizados en el marco de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Cada uno de ellos se estructura a partir de momentos que incluyen instancias de reflexión grupal, lectura de materiales sugeridos y actividades prácticas. Si bien cada eje temático posee su propia dinámica los vínculos con otros contenidos y actividades son aspectos que permitirán articular los contenidos, es decir en cada encuentro suelen retomarse elementos trabajados en encuentros anteriores.

Objetivos:

- Reflexionar sobre las distintas concepciones de salud y las determinaciones sociales de la salud.
- Reconocer la estructura del sistema sanitario argentino.

ENCUENTRO 1



CONCEPCIONES DE SALUD

// Primer momento

Para iniciar el debate, de forma individual
¿qué es lo primero que piensan ante la palabra salud?

Es importante sistematizar las ideas que surgen. Por ejemplo, se puede utilizar como soporte un afiche donde las/os estudiantes vuelquen sus definiciones.

Luego trabajaremos a partir de distintas definiciones de salud, la idea será leerlas y compararlas entre sí. El objetivo será problematizar las definiciones que piensan a la salud como un “estado”, “completo bienestar”, de forma “individual”, “biológica”, como “ausencia de enfermedad”, etc. Destacar a la salud como un proceso, es decir algo dinámico y no estático y atravesado por otras dimensiones de la vida social que iremos problematizando a lo largo de los encuentros.

// Segundo momento

En grupos leemos las definiciones de salud presentes en bibliografía y debatimos:

1. Identificar actores/instituciones/organismos que dan cada definición y el año.
2. Ordenar las definiciones desde la que consideren más “restringida” a la más amplia ¿Por qué eligieron ese orden?
3. ¿Cómo se define a la salud en cada una de las concepciones? ¿Qué dimensiones se incorporan? (prestar atención a las concepciones que hay detrás, es decir si se ve como un “estado”, como algo “individual o colectivo”, qué otros debates se incorporan, etc.)
4. ¿Cuál de las definiciones les parece que se asemeja más a la definición que dieron en un primer momento? ¿Por qué?

Tercer momento

A partir de las reflexiones anteriores, buscaremos problematizar sobre las distintas dimensiones que condicionan/influyen en la salud de las personas y las comunidades. La idea será a partir de recursos visuales (video, fotografías, imágenes) trabajar sobre el vínculo entre otras problemáticas (por ejemplo, acceso a servicios básicos -agua potable, desagüe cloacal-, al trabajo, a la vivienda, al transporte, etc.) y la salud.



En el recursero pueden encontrar videos e imágenes para iniciar el debate (Ver ANEXO 2. Otros recursos para impulsar el debate)

Preguntas para iniciar el debate:

¿Les parece que estas problemáticas pueden afectar la salud de las personas? ¿por qué? ¿en qué medida?

ENCUENTRO 2



ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

// Primer momento

Para este primer momento, sería bueno contar con un mapa general de la ciudad donde se lleva adelante el Aula Abierta, y otro del territorio/barrio donde trabajaremos.

¿Dónde está ubicado nuestro barrio en el mapa de la ciudad? ¿En qué barrios, o manzanas, o territorio en general nos gustaría trabajar en esta diplomatura?

// Segundo momento

Una vez que hayamos delimitado a grandes rasgos los territorios a abordar, realizaremos un repaso breve sobre la organización del sistema de salud. Se sugiere utilizar el texto de la bibliografía.

Hacer un cuadro para completar:

Público	Privado	Seguridad Social

Sobre el subsector público del sistema de salud: ¿Qué efectores de salud del primer nivel de atención, y del segundo nivel de atención, existen cerca de nuestro barrio o barrios? ¿Cómo funcionan? ¿De quién depende su financiamiento y funcionamiento?

Sobre el subsector de obras sociales y subsector privado. ¿Existen cerca de nuestras casas? ¿Qué experiencias hemos tenido allí? ¿Cómo podríamos compararlas con las del sub sector público?

//Tercer momento

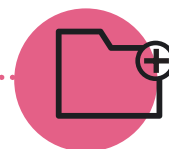
Una vez que el debate se ha dado y ha circulado la palabra, intentaremos retomar algunos de los conceptos del comienzo para problematizar la organización del sistema de salud. A grandes rasgos, buscaremos delimitar y separar la filosofía del subsector estatal (más vinculado a un concepto de derechos) del subsector privado (más ordenado por lógicas del mercado). Además, dentro del subsector estatal, intentaremos identificar las características generales y objetivos del primer nivel de atención (las salitas) de las del segundo nivel de atención (Hospitales). Repasar de quién depende su financiamiento, cuáles son sus alcances, qué esperamos de cada nivel de atención y qué ocurre verdaderamente.

Lógicamente intentaremos no caer en simplificaciones o imposiciones, se buscará complejizar estos conceptos a la luz de las experiencias de las/os estudiantes.

Pueden servir este tipo de preguntas:

¿Por qué existen distintos subsectores de salud? ¿Sabemos a qué se debe esa organización? ¿Hay alguna relación entre el funcionamiento de los CAPS y la dificultad en el acceso a la atención en un hospital?
¿Les parece que existe conexión y/o relación entre los distintos subsectores?
¿de qué forma?

MATERIALES PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO



- Belló, M.; Becerril Montekio, VM. (2011) "Sistema de salud de Argentina". Salud Publica Mex, 53.
- Chiara, M.; Di Virgilio M.; Moro, J. (2009). "Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires. Una mirada desde la gestión local". Revista POSTData: Revista de Reflexión y Análisis Político, (14), pp. 97- 128.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. En Revista latinoamericana de. Salud, 2(1), 7-25.
- Liborio, M. (2013) ¿Por qué hablar de Salud Colectiva? En: Rev. Méd. Rosario 79: 136-141, 2013.
- Rovere, M. (2016). El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades. En Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, Año 6 - Nro. 12.

MÓDULO 2



Promoción de la Salud. El rol de las y los Promotores. Atención Primaria de Salud como estrategia.

Este módulo contiene:

- Bibliografía 

- ¿Cuál es el rol de las y los promotores de salud?

- Planificación y actividades 

- Materiales para seguir

- profundizando 

Introducción

¿Qué hacemos cuando sucede algún problema de salud en el barrio? ¿A quién recurrimos? Por lo general, las primeras personas a las que acudimos son las de nuestro entorno más cercano, que muchas veces son nuestros vecinos y vecinas. Por esta razón -y por la cercanía desde la que pueden entablar vínculos- es importante el rol de las/os promotoras/es de salud: son quienes conocen la realidad de los barrios y tienen contacto con la comunidad.

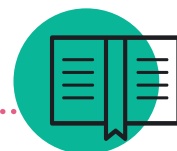
En la actualidad, existe la figura del promotor/a, pero también muchas personas realizan esta tarea desde distintos lugares. Esto no se da de forma individual, sino en conjunto con otros actores que están presentes en los

barrios (coordinación con organizaciones sociales, comedores, universidad, efectores de salud, etc.).

Las/os promotoras/es de salud son actores fundamentales al momento de planificar y desarrollar estrategias de atención primaria de la salud en los distintos territorios.

En este módulo profundizaremos sobre dos cuestiones centrales: por un lado, el rol de los/as promotores/as de salud en nuestras comunidades y, por otro lado, el desarrollo de una estrategia de salud que jerarquice la atención primaria.

¿CUÁL ES EL ROL DE LAS Y LOS PROMOTORAS/ES DE SALUD?



Las/os promotoras/es son parte del equipo de salud y trabajan sobre problemáticas concretas presentes en los barrios y las organizaciones. Para pensar en este sentido, partimos de una definición de salud integral y compleja, que va más allá de aquellas concepciones que la reducen a un estado individual, a una simple patología o a la presencia o ausencia de enfermedad.

Quienes se encargan de la promoción y la gestión de la salud en los territorios buscan intervenir y dar respuestas colectivas a necesidades más amplias, vinculadas al cuidado de las personas, los grupos y las comunidades. Por ejemplo, pueden encargarse de coordinar campañas de prevención, brindar información sobre los efectores de salud presentes en el barrio, compartir información confiable; además, realizar acciones para garantizar el acceso al agua potable o la erradicación de basurales, construir instancias de participación en sus barrios e impulsar proyectos comunitarios, entre otras tareas. De esta forma, podemos decir que quienes trabajan en la promoción de la salud desarrollan acciones que toman en cuenta las características culturales y socioeconómicas de las poblaciones con el objetivo de mejorar el acceso a la salud integral de su comunidad.

El rol de las/os promotoras/es es muy valioso para garantizar el derecho a la salud ya que son quienes conocen las vivencias y problemáticas en sus barrios, y poseen un vínculo cercano con las personas que allí habitan. Además, como actores que forman parte de una comunidad que se organiza, poseen un papel fundamental en la disminución de las barreras de acceso al sistema de salud. Se espera que trabajen en articulación con los equipos de salud cercanos, con otras áreas del Estado y con los diversos actores presentes en los territorios para así fortalecer las estrategias en Atención Primaria de la Salud.

En síntesis, el trabajo de las/os promotoras/es se orienta a promover la participación comunitaria en la elaboración e implementación de acciones de salud que se vinculen con las necesidades y demandas concretas de sus propias comunidades.

Antes de continuar profundizando en este sentido, resulta importante compartir algunas definiciones sobre la estrategia de atención primaria de la salud y conocer en qué momento de la historia surgió dicho concepto.

¿De qué hablamos cuando hablamos de Atención Primaria de la Salud (APS)?

La estrategia de APS ha generado una enorme cantidad de debates desde su aparición a mediados de la década del '70. Los debates giraron en torno a las posibilidades reales de su implementación y también a las transformaciones de su significado a lo largo del tiempo. Veamos algunas definiciones:



Fragmentos del texto: Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "Atención Primaria de Salud en Debate" (2012)

Fue a partir de la Conferencia Internacional, realizada en Alma Ata (Kazajistán) en 1978, que la Atención Primaria de la Salud (APS) se difundió e institucionalizó mundialmente. Eso ha ocurrido, en parte gracias a un documento conocido como "Declaración de Alma Ata", de mucha importancia en la historia de la salud mundial puesto que reconoce las graves desigualdades existentes y que reclama una 'salud para todos/as' a través de la estrategia de APS, incorporando conceptos claves, que luego serían desestimados por las visiones hegemónicas del pensamiento médico:

- *La salud como derecho fundamental del ser humano, señalando la responsabilidad del Estado para garantizarla;*
- *La universalidad y la integralidad como elementos claves de la organización del cuidado a la salud, reconociendo y exigiendo acción intersectorial;*
- *La organización y participación de la comunidad como componente central de la construcción social de la salud;*
- *Además, plantea la importancia de contar con recursos humanos apropiados para su desarrollo.*





Fragmentos del texto: Declaración de ALAMES frente al intento de absorber la APS en la, muy cuestionada, Cobertura Universal de Salud (UHC), Astana Kazajstan octubre 2018.

Resulta imprescindible comprender, 40 años después de la Declaración de Alma Ata, que buena parte de la inviabilidad de “salud para todos/as” ha provenído fundamentalmente del Complejo Médico Industrial y de los agentes económicos que utilizando estrategias de monopolio han establecido precios abusivos y han lucrado con la salud de las poblaciones.

La Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), en 2018, sostiene que la declaración de Alma Ata, aunque insuficiente, continuará siendo una hoja de ruta razonable para cientos de miles de trabajadores de salud y de comunidades que en todo el mundo han hecho “contacto” con los servicios formales de salud de la mano de esta estrategia; recordando que la Atención Primaria de la Salud fue pensada y diseñada no como un fin en sí mismo, sino como un medio -no el único- de construir el derecho a la salud para todos los ciudadanos y ciudadanas del mundo. Si sus componentes más políticos como participación social, interculturalidad, protagonismo y abogacía de los trabajadores de salud, intersectorialidad se alinean en un movimiento latinoamericano y mundial por la construcción y defensa del derecho a la salud.



Entonces ¿es lo mismo hablar de primer nivel de atención que de atención primaria de la salud?

Para responder a esta pregunta podemos leer algunos fragmentos extraídos del texto “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?”:

Pensar la salud desde una perspectiva de derechos refiere a que la salud es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud.

Para alcanzar la meta de “salud para todos/as” la estrategia de Atención Primaria de la Salud señala una necesaria readecuación y reorganización de los recursos físicos, materiales y humanos, de tal forma que funcionen por niveles de complejidad creciente.

Esto hace necesario que nos detengamos en el análisis del concepto de niveles de atención: la expresión “niveles de atención” se refiere a una forma escalonada de organización y prestación de los servicios de salud para lograr un equilibrio en su cantidad y variedad disponibles para satisfacer las necesidades de la población.

Implica una asignación de los recursos que permita a todos/as acceder a los servicios de promoción, protección, curación y rehabilitación, es decir, accesibilidad a la atención de la salud oportuna, igualitaria e integral, lograda a través de una mayor eficiencia en el uso y distribución de los recursos.

De esta forma, un sistema conformado por distintos niveles de atención, como el nuestro, queda constituido de la siguiente manera:

1. El primer nivel de atención se refiere a las acciones más elementales o básicas del sistema, representa el primer nivel de contacto o la “puerta de entrada” al sistema sanitario y permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, a través de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.
2. El segundo y tercer nivel de atención se refieren a agrupaciones de respuestas de diferente grado de complejidad y especialización ascendente que actúan sobre la base de referencia detectada en el primer nivel de atención.

De este enfoque surge la referencia a los niveles como una categorización de servicios que se complementan y articulan entre sí, y permite intentar cubrir la atención de todas las necesidades de la comunidad.

¿Qué ley regula el trabajo de los/as promotores/as de la salud en la provincia de Buenos Aires?

En la provincia de Buenos Aires, la figura del promotor/a se encuentra regulada por la Ley N°14.882 aprobada en diciembre de 2016. En dicha normativa se define a las/os promotoras/es de salud como “la persona de la comunidad, designada con este cargo por la autoridad competente, que se forma para promover la participación y organización popular, fomenta acciones en relación a los determinantes sociales de la salud, adecua los programas del sistema y genere nuevos proyectos que respondan a las necesidades de la población”.

¿A qué se hace referencia con “determinantes sociales de la salud”?

En una nota realizada por el diario Página 12 el Dr. Jaime Breilh afirma lo siguiente: “Hay que cambiar el objeto de la salud. Se debe trabajar sobre el proceso de enfermedad, cómo y por qué se enferman las personas. Voy a darle un ejemplo claro. Una cosa es estudiar el dengue y cómo combatirlo. Y otra muy distinta es entenderlo en relación con los sistemas de producción que hacen que prolifere el vector. Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales y económicas que influyen en las diferencias individuales y colectivas en el estado de salud. Son los riesgos asociados a las condiciones de vida y de trabajo –por ejemplo, la distribución de ingresos, bienestar, poder–, más que factores individuales –como sería el estilo de vida individual o la herencia genética–, que aumentan la vulnerabilidad hacia las enfermedades”.

¿Dónde pueden trabajar los/as promotores/as?

La ley establece cuatro objetivos principales respecto al rol de las/os promotoras/es en sus comunidades:

1. Fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud mediante la incorporación de agentes públicos, capacitados para tal fin, en el Sistema Sanitario Provincial.
2. Mejorar el Sistema de Salud a través del desarrollo de mecanismo de participación comunitaria que respondan a las necesidades de Salud de la población.
3. Fomentar a partir de los “Promotores Comunitarios en Salud” la inclusión de las características culturales de las poblaciones, en la planificación y ejecución de proyectos, programas sanitarios, en los procesos de comunicación y acceso a la información en materia de prevención y promoción de la salud.
4. Promover la participación de los “Promotores Comunitarios en Salud” en acciones locales, Provinciales, Nacionales e Internacionales que se relacionen con el desarrollo local y políticas saludables.

En la actualidad, la ley establece que “el/la Promotor/a Comunitario en Salud” podrá formar parte del personal de planta permanente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, pudiendo prestar servicios en efectores públicos de salud y en sus áreas programáticas y/o en programas específicos que sean lanzados por las autoridades.



Bibliografía consultada para elaborar este texto

Declaración de ALAMES frente al intento de absorber la APS en la Cobertura Universal de Salud (UHC), Astana Kazajstan, octubre 2018.

Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "Atención Primaria de Salud en Debate", (2012).

Documento "Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria"

Ley N°14.882 "Promotor/a Comunitario en salud" Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/xplD7f3x.html>

Nota Página 12 "Jaime Breilh: no hay enfermedades de la pobreza" por Renata Padín. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/53910-no-hay-enfermedades-de-la-pobreza>



Cómo citar este texto:

Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social de la Universidad Nacional de La Plata. ¿Cuál es el rol de las/os promotoras/es de salud? Material elaborado en el marco de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. UNLP, 2020.



PLANIFICACIÓN Y ACTIVIDADES



A continuación, presentaremos la planificación de dos encuentros realizados en el marco de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Cada uno de ellos se estructura a partir de dos momentos que incluyen instancias de reflexión grupal, lectura de materiales sugeridos y actividades prácticas. Si bien cada eje temático posee su propia dinámica los vínculos con otros contenidos y actividades realizadas previamente son aspectos que permiten articular los contenidos, es decir en cada encuentro suelen retomarse elementos trabajados en encuentros anteriores.

Objetivos:

- Reflexionar sobre los roles de las/os promotoras/es de salud.
- Construir sentidos locales y colectivos en torno a la promoción de la salud.
- Identificar la APS como estrategia de abordaje integral de la salud.
- Promover reflexiones sobre las vinculaciones entre la salud y los territorios habitados.
- Comenzar a construir una cartografía colectiva sobre el territorio y mapear instituciones y prácticas significativas para la salud de las comunidades.

ENCUENTRO 1



EL ROL DE LAS/OS PROMOTORAS/ES DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN PRIMARIA

//Primer momento

A partir de una serie de preguntas disparadoras se espera reflexionar sobre el rol de las/os promotoras/es de salud, en vinculación con las acciones que desarrollan en sus barrios u organizaciones. Este momento nos permitirá introducir dimensiones propias de la promoción y gestión de la salud desde una perspectiva integral y comenzar a pensar nuestros territorios para luego realizar el mapeo colectivo.

Algunas preguntas posibles para iniciar el intercambio:

1. ¿Por qué se inscribieron en la Diplomatura? ¿Qué esperan de este espacio formativo?
2. ¿Qué tareas les parece que realizan las/os promotoras/es de salud?
3. ¿Qué acciones/tareas vienen desarrollando en sus barrios u organizaciones? ¿Les parece que alguna de ellas puede pensarse como tareas de promoción y gestión de la salud? ¿Qué otras cuestiones relacionadas al barrio se les ocurren?
4. ¿Dónde piensan que puede trabajar un/a promotor/a?

//Segundo Momento

Retomando los elementos que surgieron del primer momento de debate, pasaremos a un momento de lectura grupal y resolución de consignas en base a los materiales bibliográficos presentes al inicio de este módulo.

1. Según los distintos materiales, ¿Qué implica pensar la salud como un derecho?
2. ¿Cuál es el rol de las/os promotoras/os de salud en sus comunidades?
3. ¿Dónde puede trabajar una/un promotor/a?
4. ¿Qué vínculo les parece que existe entre la estrategia de atención primaria de la salud y el rol de las/os promotoras/es?

ENCUENTRO 2



MAPEO COLECTIVO, UNA PRIMERA APROXIMACIÓN

En este encuentro comenzaremos a elaborar un mapeo colectivo de instituciones, espacios y redes territoriales en salud presentes en los distintos barrios. Para ello sugerimos que en las actividades donde se propongan mapear el territorio se consulte el **“Instructivo de mapeo colectivo”** disponible en las páginas finales de este manual.

No olviden que para realizar este tipo de actividades será importante contar con algunos materiales extra:

- Cartulina, afiche, hojas (es decir un soporte para dibujar el mapa).
- Lápices, lapicera, fibrones, marcadores, imágenes, etc.
- Tijera, boligoma, cinta, etc.

//Primer momento

Con esta actividad damos inicio al mapeo colectivo, el cual se realizará de manera procesual durante toda la Diplomatura. Se recomienda trabajar con todos los barrios en un mismo mapa para dar cuenta de las historias, problemáticas y puntos compartidos, entre otros aspectos que permitirán problematizar los territorios y sus relaciones. No obstante, se comprende que ello no será posible en aquellas localidades que involucran distancias demasiado amplias. Por lo tanto, queda sujeto al criterio de cada equipo.

Preguntas para iniciar la discusión:

- Dibujemos el barrio: ¿Por dónde empezamos? ¿Qué es lo primero que nos gustaría dibujar? ¿Cuál/cómo es la forma de nuestro barrio?
- ¿Qué no puede faltar?

Una vez que hagamos el mapa, invitamos a agregar todo lo que nos parezca significativo. En esta primera instancia, podemos comenzar a elegir algunos íconos para representar los espacios incluidos.

Tracemos las calles, los espacios verdes si hubiera, las instituciones fácilmente reconocibles y todo lo que se considere relevante.

- Para comenzar con este punto también puede ser interesante realizar una historización del barrio y de las trayectorias de vida de las/os estudiantes en ese barrio/comunidad: ¿cuánto hace que viven ahí? ¿con quienes viven? ¿Qué cambios pueden identificar en el barrio desde que están allí?

La idea será dar cuenta de las transformaciones en el espacio (señalar eventos o años significativos, por ejemplo, porqué se realiza alguna obra pública para el barrio, etc.) y dar lugar a sus propios recorridos (migraciones, mudanzas, etc.).

//Segundo momento

Se propone una salida grupal para recorrer el barrio e identificar la ubicación de espacios de relevancia para la salud de las comunidades, es decir espacios que serán incluidos en el mapa colectivo. Por ejemplo: espacios comunitarios, efectores de salud y prácticas saludables, instituciones estatales próximas, etc.

La idea será entonces identificar todo aquello que consideremos importante para la salud de las comunidades, considerando los siguientes ejes:

- Historia del barrio.
- Lugares en los que se realizaron acciones importantes para sus habitantes.
- Dimensiones ligadas al ambiente.

Para dar ejemplos concretos podemos pensar en: murales, arroyos, lugares donde realizamos una protesta, donde festejamos el Día de la Niñez todos los años, donde se produjeron eventos significativos en la historia del barrio, etc.

Para la construcción del **mapa colectivo** es importante dar lugar a los sentidos que cada estudiante o grupo posee sobre el territorio, es decir no cerrar los conceptos, sino promover su apertura.

En el mapeo no solo se incluyen espacios, sino también prácticas y acciones que pueden realizarse en diferentes lugares.

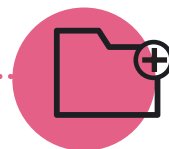
//Tercer momento

Luego de la recorrida por el barrio, se desarrollará una instancia de puesta en común de lo relevado. La idea será terminar de definir en conjunto los íconos para graficar los distintos espacios, prácticas y acciones a incluir en el mapa dibujado en un primer momento.

Para cerrar el encuentro proponemos una instancia de puesta en común y reflexión colectiva que permita vincular los debates sobre el rol de los/as promotores/as y el mapa construido sobre el barrio/s.

Preguntas posibles para iniciar la discusión:

- ¿Consideran que es posible llevar a cabo su trabajo como promotores/as en los territorios mapeados? ¿De qué manera?
- ¿Qué actividades y tareas podrían realizar? ¿Cuáles consideran que son las prioritarias?








MATERIALES PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO

- Risler, J., & Ares, P. (2013). Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. Buenos Aires, Argentina.
- Salerno, M., Bernat, M. S, Malleville, S., Sala, J., & Fonseca, M. (2020). "INSTRUCTIVO DE MAPEO COLECTIVO MANUAL Y DIGITAL PARA EQUIPOS DE SALUD". Disponible en: <https://unlp.edu.ar/frontend/media/48/33248/63d56a6e07e182f76575397a-90b5e002.pdf>



Hábitat, ambiente y salud

**Este módulo
contiene:**

- **Bibliografía** 
-Aproximaciones al concepto hábitat
- **Ley de integración socio-urbana** 
- **Mitos** 
- **Planificación y actividades** 
- **Materiales para seguir profundizando** 

Introducción

¿En qué medida el lugar en el que vivimos tiene que ver con nuestra salud? ¿Por qué el acceso a servicios básicos, a una vivienda adecuada, a un ambiente justo y sostenible, desde una mirada que respeta las culturas, es parte ineludible de ese término?

En este módulo trabajaremos el concepto de hábitat, habitar y ambiente para luego adentrarnos en su relación con la salud de las comunidades.

APROXIMACIONES AL CONCEPTO DE HÁBITAT



¿De qué hablamos cuando hablamos de hábitat?

Existen diferentes concepciones en torno al hábitat. En primer lugar, es importante destacar que, cuando hablamos de hábitat, no nos referimos solo a cuestiones materiales o espaciales, sino que proponemos entenderlo a partir de variadas dimensiones: sociales, culturales, productivas, económicas, ambientales, entre otras.

El colectivo multisectorial HABITAR Argentina (s.f./p. 2) concibe al hábitat digno como “el acceso universal a la tierra, la vivienda, las infraestructuras básicas, los equipamientos sociales, los servicios y los espacios de trabajo y producción en un marco de respeto de los rasgos culturales y simbólicos de cada comunidad y de la preservación del ambiente, según las particularidades del medio urbano y del rural”.

El concepto de hábitat va más allá de la tierra y la vivienda. Incluye el acceso a otros derechos como trabajo, salud, recreación, etc, respetando nuestras identidades culturales.

La producción social del hábitat pone en el centro procesos sin fines de lucro con protagonismo de los sujetos que habitan los espacios, basándose en la participación responsable, organización y solidaridad y fortaleciendo prácticas comunitarias democráticas. Desde allí, Ortiz Flores sostiene que se piensa al hábitat “como productor social y cultural que implica la participación activa, informada y organizada de los habitantes en su gestión y desarrollo” (en Adriani y otros, 2016, p. 137).

Participación: es un proceso colectivo que incluye a una variedad de actores con diferentes grados de compromiso y objetivos en común para lograr transformaciones. La participación implica poner el cuerpo, tomar decisiones, formar parte de encuentros y debates, luchar. La participación no se lleva a cabo siempre de la misma manera y las personas podemos intervenir de distintas formas.

Tello (en Adriani y otros, 2016, p. 231) explica que “en términos habitacionales los pobladores de barrios periurbanos, villas y asentamientos presentan serias deficiencias en cuanto a infraestructura de servicios urbanos, educativos, sanitarios y medioambientales, en cuanto a la conectividad con los lugares de trabajo y estudio, y también en el acceso a la tierra y a la vivienda”. La autora agrega que esta situación se encuentra agravada por la especulación inmobiliaria y por la sobrevaluación de la tierra, cuyo precio es especialmente inaccesible para los sectores populares. Luego, subraya que los intereses inmobiliarios emplean “recursos que van desde la esfera política y judicial a la policial, hasta apelar a prácticas delictivas para desplazar y desalojar a la población asentada precariamente en tierras consideradas por su valor de cambio y no por su valor de uso o como bien social” (Tello en Adriani y otros, 2016, p. 233).

Como podemos observar, tales definiciones señalan inequidades en esta materia suscitadas especialmente por un mercado desregulado que concibe a la tierra, a la vivienda y a todos los demás aspectos mencionados como mercancías que pueden comprarse y venderse y no desde una perspectiva de derechos. A su vez, destacan el papel del Estado para el acceso justo al hábitat.

Para Valdés (2014, p.185) “habitar un lugar determinado es más que vivir ahí. Habitar refiere a apropiarse de ese espacio, vivir, consumir y producir hábitat. Cada sector de la sociedad habita de determinada manera, con diferentes consumos y, por lo tanto, desde lógicas disímiles”.

Lefebvre (1971) entiende al habitar como una acción que implica una apropiación, una modelación en la que se le da forma a algo. De acuerdo a Duhau y Giglia (2008, p. 22), se trata de una de las actividades más universales e importantes que realizan las personas: es “el proceso de significación, uso y apropiación del entorno que se realiza en el tiempo, y que por lo tanto nunca puede considerarse como ‘acabado’ ya que se está haciendo continuamente”.

Todas estas miradas enfatizan el protagonismo de las personas en su habitar cotidiano.

La Ley de Acceso Justo al Hábitat

La Ley Provincial N° 14449 de Acceso Justo al Hábitat, sancionada en 2012, indica que “el derecho a una vivienda y a un hábitat digno comporta la satisfacción de las necesidades urbanas y habitacionales de los ciudadanos de la Provincia, especialmente de quienes no logren resolverlas por medio de recursos propios, de forma de favorecer el ejercicio pleno de los derechos fundamentales” (artículo 3).

Resulta significativo remarcar que entre los principios rectores de esta ley se mencionan: el derecho a la ciudad y a la vivienda; la función social de la propiedad; la gestión democrática de la ciudad; el reparto equitativo de cargas y beneficios. El artículo 11 de dicha normativa señala que la totalidad de los habitantes del territorio bonaerense “tienen garantizado el derecho al uso y goce de la ciudad y de la vivienda, entendiendo a éstos como el derecho a: a) un lugar adecuado para vivir en condiciones que favorezcan la integración plena a la vida urbana; b) acceder a los equipamientos sociales, a las infraestructuras y a los servicios; c) desenvolver apropiadamente las actividades sociales y económicas; d) usufructuar de un hábitat culturalmente rico y diversificado”.

El artículo 12 referido a la función social subraya la necesidad de garantizar la calidad de vida, el uso ambientalmente sostenible del territorio y la justicia social.

Al hablar de la gestión democrática de la ciudad, la ley refiere al “proceso de toma de decisiones que asegure la participación activa, protagónica, deliberante y autogestionada de la comunidad en general y de los ciudadanos en particular y, en especial, de las organizaciones o asociaciones civiles que fomenten el acceso al hábitat y a la vivienda” (artículo 13).

Por último, el reparto equitativo de cargas y beneficios refiere al objetivo “de evitar producir desigualdades que fomenten la concentración del suelo” (artículo 14).

Ávila-Agüero (2009, p.71) indica que “sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud” y que se vinculan con aspectos familiares, ambientales, económicos, sanitarios, culturales, entre otros. Son elementos (modificables) que condicionan la salud de los sujetos.

¿Por qué el hábitat tiene que ver con la determinación socio-ambiental de la salud?

Entendemos que el derecho a la salud está vinculado y depende del ejercicio de otros derechos humanos. Implica la atención de la salud y de sus determinantes: el acceso a una vivienda digna, al agua potable, al ambiente sano, etc. Entonces, el hábitat y el derecho a la ciudad son parte fundamental de la determinación socio-ambiental de la salud: las problemáticas de salud trascienden lo biológico; son cuestiones políticas, sociales, económicas y estos dos aspectos juegan un rol preponderante. Tal como plantea Junge(2001,

p. 6), “la salud es parte de la experiencia vital de las personas y la vida no se restringe a sus aspectos fisiológicos; por ende, la salud no puede reducirse al enfoque biomédico”.

La determinación socio-ambiental de la salud se relaciona con los contextos en los que las personas viven. Algunos de ellos son: vivienda, alimentación, participación, educación, trabajo, ocio. Se vincula con las políticas públicas en los territorios y ello tiene consecuencias para la salud.

Ávila-Agüero (2009, p. 72) indica: “No es posible que atendamos pacientes en los hospitales y les recuperemos la salud para devolverlos a las mismas condiciones insalubres, de precariedad, de mala alimentación, de pobreza que los enfermó”.

Por lo tanto, entendemos que hay una relación dialéctica entre el derecho a la salud y el derecho a un hábitat justo.

A modo de síntesis:

- Las cuestiones de hábitat involucran diferentes aspectos: sociales, culturales, económicos, de infraestructura, entre otros.
- Existen inequidades en relación al acceso justo al hábitat, marcadas por un mercado inmobiliario con pocas regulaciones.
- Las políticas públicas en esta materia deben poner de relieve las necesidades y deseos de las personas que habitan los territorios involucrados.
- En los barrios populares, hay numerosas experiencias de participación y organización social que apuntan a construir un hábitat más justo y que dan cuenta de las múltiples dimensiones de este concepto.
- No podemos pensar el acceso al derecho a la salud sin garantizar el acceso justo al hábitat (y viceversa).



Bibliografía consultada para elaborar este texto

Adriani, L. y otros. (2016). "HábitaT". La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Ávila-Agüero, M. L. (2009). "Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud." *Acta Médica Costarricense*; 2(51):71-73.

Duhau, E. y Giglia, A. (2008). "Introducción: Orden urbano y experiencias metropolitanas". En: *Las Reglas del Desorden: Habitar la Metrópoli*. México: UAM-A: Siglo XXI.

HABITAR Argentina. Consenso Nacional para un Hábitat Digno. Disponible en: <http://www.consensohabitar.org.ar>

Junge, P. (2001). "Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica." En: *IV Congreso Chileno de Antropología*. Santiago de Chile.

Lefebvre, H. (1971). "La producción del espacio". París: Anthropos.

Ley n° 14449 de Acceso Justo al Hábitat. Disponible en: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14449.html>

Valdés, R. (2014). "Producción social de sentido acerca del hábitat popular. El caso del barrio La Victoria, en la periferia del Gran La Plata." Trabajo de tesis realizado como requisito para optar al título de Doctor de Comunicación. Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata.



Cómo citar este texto:

Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social de la Universidad Nacional de La Plata (2020). Aproximaciones al concepto de hábitat. Material elaborado en el marco de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Universidad Nacional de La Plata.





LA LEY DE INTEGRACIÓN SOCIOURBANA

La Ley Nacional N° 27453 Régimen de Regularización Dominial para la Integración Sociourbana entiende a este último concepto como el “conjunto de acciones orientadas a la mejora y ampliación del equipamiento social y de la infraestructura, el acceso a los servicios, el tratamiento de los espacios libres y públicos, la eliminación de barreras urbanas, la mejora en la accesibilidad y conectividad, el saneamiento y mitigación ambiental, el fortalecimiento de las actividades económicas familiares, el redimensionamiento parcelario, la seguridad en la tenencia y la regularización dominial. Tales acciones deberán ser progresivas, integrales, participativas y con enfoque de género y diversidad”.

Dicha legislación afecta a los barrios identificados en el Registro Nacional de Barrios Populares en Proceso de Integración Urbana (RENABAP).

El artículo 2 de la ley establece la declaración “de utilidad pública y sujeta a expropiación, la totalidad de los bienes inmuebles en los que se asientan los Barrios Populares relevados en el RENABAP” y, en el artículo 12, se señala que las obras a realizarse dentro del marco de los proyectos de integración socio-urbana mencionados en otro artículo de esta ley, “así como cualquier obra a realizarse en los Barrios Populares incluidos en el RENABAP deberán adjudicarse, en un veinticinco por ciento (25%) como mínimo, a las cooperativas de trabajo u otros grupos asociativos de la economía popular integradas, preferentemente, por los habitantes de los Barrios Populares”.

Se accede a la ley a través de este enlace:

<https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/integracion-socio-urbana-de-barrios-populares> (link embebido)

Para acceso a la ley de acceso justo al hábitat

<http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14449.html> (link embebido)

¿Sabías que no es cierto que en los barrios populares la mayoría de las personas usurparon la tierra?



La tierra es un recurso limitado y, por lo tanto, escaso. En muchas situaciones, la propiedad de la tierra está concentrada en pocas manos, lo cual significa que un conjunto reducido de sujetos (particulares, empresariales, etc) es dueño de grandes extensiones de tierra. Ello hace que su acceso no sea equitativo.

En ese marco, es importante destacar que, para hablar de usurpaciones, es decir, para que se cometa un delito, deben reunirse ciertos requisitos que están tipificados en el Artículo 181 del Código Penal Argentino, que establece que usurpa “el que, por violencia, amenazas, engaños, abusos de confianza o clandestinidad despojar a otro, total o parcialmente, de la posesión o tenencia de un inmueble”. Esas situaciones por lo general no se dan en los barrios populares porque el suelo que se toma es aquel que está en desuso y suele haber una planificación colectiva con la averiguación de datos catastrales, el apoyo de organizaciones, entre otras acciones.

Por lo tanto, recomendamos no hablar de usurpaciones, sino de tomas de tierra.

PLANIFICACIÓN Y ACTIVIDADES



A continuación, presentaremos la planificación de dos encuentros realizados en el marco de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Cada uno de ellos se estructura a partir de momentos que incluyen instancias de reflexión grupal, lectura de materiales sugeridos y actividades prácticas.

Objetivos:

- Reflexionar sobre las concepciones de hábitat y determinantes socioambientales de la salud.
- Analizar las problemáticas de salud vinculadas al hábitat y ambiente (vivienda, infraestructura, basurales, acceso a servicios básicos, etc.).
- Indagar de qué manera la relación entre desarrollo productivo y ambiente incide en los procesos de salud-enfermedad de las comunidades.
- Reconocer causas y consecuencias de las enfermedades zoonóticas y reemergentes para promover y desarrollar estrategias comunitarias para su prevención.

ENCUENTRO 1



MODELO PRODUCTIVO Y SALUD AMBIENTAL

//Primer momento

Se espera una reflexión colectiva sobre la relación entre modelo productivo, ambiente y hábitat para así analizar cómo estos elementos inciden en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las comunidades de las que forman parte. Para ello, les proponemos una serie de preguntas orientativas:

- ¿De qué hablamos cuando hablamos de hábitat? ¿A partir de qué elementos podemos caracterizarlo? ¿Qué procesos inciden en la producción del hábitat en nuestros territorios? (Por ejemplo, en lo que refiere al acceso y distribución de la tierra). ¿Qué actores sociales intervienen? (Estado, gobiernos, agentes económicos, comunidades, etc.). ¿Identificamos en nuestro barrio alguna problemática relacionada al hábitat?

- ¿Existe relación entre la economía, los modelos productivos, el ambiente y las problemáticas de salud de las comunidades? ¿Qué elementos deberíamos considerar para realizar una caracterización ambiental local? (Agua potable, residuos, contaminación del aire, espacios verdes, viviendas, infraestructura, etc).

-¿Qué problemáticas de salud pueden derivar del ambiente y el hábitat?

//Segundo momento

Para que los/as futuros/as promotores/as analicen cómo las condiciones ambientales y las problemáticas ligadas al hábitat pueden repercutir en la salud-enfermedad en diálogo con otros procesos socioeconómicos más amplios, les proponemos realizar la siguiente actividad en base a la lectura de un cuento.

A) Leer de forma grupal “La historia de Luis” (ANEXO 3. La historia de Luis)



B) Luego de leer esta breve historia, entre todos y todas respondemos: ¿Cuál fue la causa de que Luis enferme?

Para ayudar al grupo a reconocer la compleja cadena de causas que llevaron a que Luis enferme, se puede jugar a “Pero, ¿por qué...?”. Es decir, cada vez que se dé una respuesta, hacemos la pregunta: “Pero ¿por qué?”. De este modo, todos/as seguimos buscando otras causas. Si el grupo examina solo un tipo de causas, pero existen otras, el/la coordinador/a puede volver a preguntas anteriores y repetirlas de otro modo para que el grupo explore razones diferentes.

Para analizar las causas y cómo se relacionan entre sí, puede ser útil agruparlas de la siguiente manera y realizar una lista bajo cada dimensión:

- **Biológicas:** causadas por organismos vivos (tal como un virus, bacterias, parásitos, etc.).
- **Físicas:** causadas por alguna condición del ambiente (falta de agua o vivir en condiciones de aglomeración, etc.).
- **Socioeconómicas:** causadas por factores humanos. Estas causas involucran cuestiones relativas a las formas en que nos vinculamos, las actitudes, costumbres, creencias de las personas; a las formas de producción, el dinero, la tierra y el acceso a los recursos.
- **Políticas:** tienen que ver con el poder -quién controla, a quién y cómo, quiénes toman decisiones, etc.-

Además, para entender mejor la red de causas que llevan a la enfermedad, se puede dibujar una cadena en un pizarrón, afiche u hoja de papel. Cada vez que se menciona otra causa, se le agrega otro eslabón a la cadena y se indican sus características.

//Tercer momento



Para finalizar les proponemos retomar el mapeo colectivo. La idea es ir complejizando dicha cartografía del territorio a medida que se llevan a cabo los encuentros. A partir de las temáticas abordadas en esta clase se puede reflexionar sobre los elementos que ya fueron señalados en el mapa y cuáles son necesarios de incorporar. Para ello les sugerimos tener en cuenta diversos aspectos que conciernen al hábitat, el ambiente y la salud:

- Agua para consumo: red local de distribución, conexiones domiciliarias, pozos, tanques, etc.
- Aguas residuales: desagües, cloacas, pozos, letrinas, baños, etc.
- Calidad del aire: presencia de fábricas e industrias, quemados de basuras a cielo abierto, malos olores, etc.
- Residuos sólidos: recolección de basura, zonas con cúmulos de basura a cielo abierto/ clandestinos, etc.
- Espacios comunes: espacios verdes en el barrio, espacios para recreación, merenderos, comedores, etc.

.....ENCUENTRO 2



ENFERMEDADES ZONÓTICAS Y REEMERGENTES

Definiciones de enfermedades zoonóticas y reemergentes

Las zoonosis constituyen un grupo de enfermedades de los animales que son transmitidas a las personas por transmisión directa del animal enfermo, a través de algún fluido corporal (como orina o saliva) o mediante la presencia de algún intermediario, como pueden ser los mosquitos u otros insectos. También pueden ser contraídas por consumo de alimentos de origen animal que no cuentan con los controles sanitarios correspondientes, o por consumo de frutas y verduras crudas mal lavadas.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

//Primer momento

En este encuentro trabajaremos sobre las características de las enfermedades zoonóticas y reemergentes, haciendo foco en una enfermedad que afecta a muchas regiones del país: el dengue (cada aula puede elegir la enfermedad que tenga presencia en su barrio/territorio).

La propuesta es una actividad que aborde los conocimientos previos sobre dengue y la deconstrucción de mitos a través de un juego (u otro formato que las/os tutoras/es consideren).

El dengue, ¿una enfermedad imbatible?

Materiales para el juego:

-Tablero de papel.

-Dado.

-Tarjetas de Verdadero - Falso (Ver ANEXO 4. - Juego para trabajar la enfermedad del dengue)



- Tarjetas Preguntas (Ver ANEXO 4. - Juego para trabajar la enfermedad del dengue)



- Tarjeta de Desafíos (en caso de responder de forma equivocada) (Ver ANEXO 4. - Juego para trabajar la enfermedad del dengue)



Se arman equipos acordes a la cantidad de estudiantes en el aula. A su turno, cada equipo tira el dado y avanza. Según el casillero, retira la tarjeta de ¿Verdadero o Falso? o Pregunta. Se lee en voz alta para que los grupos discutan y den su respuesta. Se decide en conjunto cuál fue la respuesta correcta o más completa. Si no hay acuerdo, desempata quien coordina. Ese equipo avanza dos casilleros. Luego, es el turno de que tire el dado el otro equipo.

Una vez que se sacan todas las tarjetas, se retoma la pregunta inicial y se debate entre toda/os: **¿Es el dengue una enfermedad imbatible?**

//Segundo momento

En esta instancia buscaremos reflexionar sobre el rol del Estado frente a la propagación de enfermedades y, específicamente, el rol de las/os promotoras/es de salud. Para ello, les proponemos la siguiente actividad, que tendrá como objetivo realizar una producción colectiva con información sobre el dengue para difundir en los territorios y las comunidades:

- Realizar un folleto entre los y las estudiantes que considere los contenidos abordados, teniendo en cuenta la estrategia de promoción de la salud comunitaria.

- También puede ser una campaña para difundir por redes sociales (por ejemplo, una infografía realizada con algún programa de fácil diseño, un video donde los/as estudiantes se filmen relatando la información, un dibujo/ imagen, etc.).

Preguntas para iniciar la discusión sobre la elaboración del folleto:

¿Qué información tiene que estar en el folleto de manera prioritaria?

¿Qué datos consideran útiles para sus vecinos y vecinas o para la comunidad que habita el barrio?

¿Qué recomendaciones les parecen necesarias incluir?

¿Cómo vamos a comunicar? ¿Cómo redactamos los textos? ¿Qué tipo de lenguaje o qué palabras utilizamos? ¿Se entiende lo que queremos decir? ¿Incluimos algún dibujo?

¿Qué estrategias de difusión son más adecuadas para este barrio? (enviar los folletos por WhatsApp, imprimirlos y pegarlos en negocios, hacer un recorrido casa por casa, entre otros).

MATERIALES PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO






- Ministerio de Salud de la Nación. Colección Salud Social y Comunitaria. Módulo 3: Salud y Ambiente. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/modulo-3-salud-y-ambiente>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2009). "Participación Social en la Prevención del Dengue: Guía para el Promotor." <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/participacion-social-en-la-prevencion-del-dengue-zika-y-chikungunya>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). TRAPS Fascículo 12. "Infecciones Prevalentes en el Primer Nivel de Atención. Dengue, Chikunguya y Zika."
- Salerno, M. (2020). "Instructivo de mapeo colectivo manual y digital para equipos de salud." Dirección de Redes Intersectoriales en Salud, Secretaría de Salud, UNLP. <https://unlp.edu.ar/institucional/salud/instructivo-de-mapeo-colectivo-para-equipos-de-salud-19683-24683/>

MÓDULO 4

Comunicación y educación popular

Este módulo
contiene:

- **Bibliografía** 
- Reflexiones sobre comunicación
- **Planificación y actividades** 
- **Materiales para seguir profundizando** 

Introducción

La comunicación atraviesa transversalmente todas las áreas del trabajo en salud, y es una herramienta particularmente relevante en la Promoción.

Es un proceso que implica pensar qué transmitimos, ya sea de manera intencional o no intencional, y de qué manera. De esta forma, comprender nuestras acciones como actos comunicativos, nos permite orientarlas para alcanzar nuestros objetivos. Es fundamental una comunicación efectiva, basada en las características de cada individuo o comunidad, para poder garantizar el acceso a la salud.

La intención de este módulo analizar el concepto de comunicación, ¿qué implica y cómo nos comunicamos? y estimular la planificación de estrategias comunicativas con una perspectiva.

REFLEXIONES SOBRE COMUNICACIÓN



En el presente texto buscamos poner en común algunos de los modos en que la comunicación ha sido nombrada, definida y conceptualizada, con el objetivo de articular estas ideas con las nociones de salud que hemos trabajado en este libro.

Cuando hablamos de comunicación, nos referimos a **un proceso social permanente de producción de sentidos**. Esto alude a todos los procesos que involucran a diferentes sujetos (cada uno/a de nosotros/as, un medio de comunicación, un/a trabajador/a de un centro de salud, etc), sus relaciones, sus prácticas y experiencias, que contribuyen a generar sentidos sobre un aspecto en particular.

Pero, ¿qué son los sentidos? **Se trata de los significados que le otorgamos a las diferentes cosas, experiencias, situaciones y personas**. Es decir, los sentidos tienen que ver con nuestros modos de entender el mundo y, por lo tanto, con lo que hacemos. Por ejemplo, no es lo mismo referirse a una persona de más de 65 años como “anciana” - que tiene un significado negativo, relacionado a la imposibilidad de hacer cosas-, que llamarla “persona mayor”, poniendo el acento en otros aspectos.

¿Quiénes construimos sentidos? Todas las personas lo hacemos de manera permanente cuando hablamos, escribimos o nos vinculamos con alguien. La visibilidad o importancia de los sentidos que construimos también varía en función de los roles que ocupamos y de las situaciones en las que comunicamos: el impacto de un comentario que le hacemos a un familiar o amigo/a en una conversación cotidiana sobre determinado hecho es diferente al impacto que genera ese mismo comentario expresado en un medio de comunicación o en el marco de una asamblea multitudinaria. Todas nuestras acciones y prácticas comunican quiénes somos, qué esperamos y deseamos, incluso el modo en que buscamos ser consideradas/os.

La palabra **comunicar** también tiene múltiples sentidos, pero en términos históricos viene de “comunicare” que significa **poner en común, participar, compartir, ponerse en relación**. En toda comunicación siempre está contemplada otra persona, hay un otro u otra que interpreta. Además, todos nuestros comportamientos comunican, incluso el silencio. En definitiva, nos referimos a un proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento que adquieren significado en contextos particulares y situados; y que cuando cambian esos contextos o circunstancias, o incluso cuando a las mismas palabras les cambiamos de tono o las acompañamos con diferentes gestualidades, pueden cambiar drásticamente sus sentidos.

Imaginemos en la actualidad esos tonos de voz en un mensaje de WhatsApp cuando alguien escribe todo con mayúsculas o agrega signos de admiración o le suma emojis y stickers como si fueran nuestros gestos. **Estas ideas nos permiten pensar todos nuestros modos de comunicarnos en la vida cotidiana, con nuestras familias, en los trabajos, en las organizaciones, en nuestra tarea como promotoras/es de salud.**

¿Cómo se relaciona la comunicación con la participación comunitaria?

A estas perspectivas debemos sumarle la creciente participación de las organizaciones y movimientos sociales de diverso tipo (con ejes en el trabajo, los derechos de las mujeres, la cuestión ambiental, entre otros) en las luchas por construir una agenda pública con sus intereses y promover políticas públicas con sus derechos. Estas circunstancias implican un enorme desafío comunicacional y cultural en la edificación de políticas públicas: **construir lo común sin perder lo diferente e identitario.** Lo público así entendido es un espacio de concreción de derechos sociales y ciudadanos y las políticas públicas son una herramienta para avanzar en el ejercicio efectivo de los derechos humanos en todas sus dimensiones. **Todos estos componentes demandan estrategias de comunicación.** Porque, en definitiva, las políticas públicas sólo pueden entenderse como un proceso de concertación social que es imposible al margen de la comunicación y sus estrategias.

Tal como nos proponen investigadores/as en comunicación que trabajan la idea de cómo incidir desde las organizaciones, “la participación ciudadana debe contribuir a la resolución creativa de la problemática social otorgando mayor dinamismo a las políticas públicas, reorganizándolas en base a las prioridades locales y recuperando sustento dentro de las necesidades de la gente. Esta participación se traducirá, simultáneamente, en proceso y resultado. Como proceso, involucrando a las comunidades y sus ciudadanos en las decisiones y programas que los afectan. Como resultado, logrando actores sociales capacitados para desenvolverse con mayor conocimiento, autonomía y estabilidad. De este modo, a través de la plena participación ciudadana en el armado e implementación de sus destinos, se forjará un proceso creciente y continuo de desarrollo sostenible”.

Se trata entonces de construir las condiciones materiales, simbólicas y organizativas para sumar nuestras voces en las agendas hegemónicas tanto estatales como privadas, en lo mediático y en lo cotidiano, y al mismo tiempo tener también la capacidad para construir agendas propias.

¿Desde dónde, en qué condiciones y con qué miradas desplegamos nuestra comunicación?

Existen diferentes maneras de nombrar los modos y la organización de la comunicación por fuera de lo hegemónico, aquello que detenta el poder y sus intereses. Una larga tradición de experiencias en América Latina ha llamado a estos procesos como alternativos, comunitarios, populares para identificar las luchas por el sentido de los sectores que al mismo tiempo que disputan por sus derechos lo hacen a través de construir su visibilidad (que se conozca, que se vea, que se escuche, que se difunda) y su legitimidad a través de lo comunicacional. En este sentido, sumamos la visión de Jesús Martín Barbero, quien sostiene que “la comunicación alternativa, sino es popular, sino es expresión de sus grupos de base”, de sus voces, de sus miradas, puede convertirse también en un dispositivo más de los medios tradicionales. Es decir, no alcanza con nombrarse como “comunitario”, **es necesario para los intereses de nuestros pueblos también responder, difundir, poner en común, construir agenda y trabajar las miradas y realidades de nuestras comunidades.**

Esta perspectiva no implica no dar la disputa por el sentido con los grandes medios, por el contrario, la encauza, le pone un horizonte claro, en tanto como lo expresa la Asociación Latinoamericana de Radios Comunitarias, “somos además veraces en la medida que somos consecuentes con nuestros proyectos políticos comunicativos. Es decir, tenemos una opción que nos identifica y desde esa mirada, construimos e interpretamos los hechos, y elaboramos noticias. Esa también es una tarea educativa”.

Por esto, **es una gran responsabilidad transformarnos -desde nuestras prácticas cotidianas, por ejemplo, desde la promoción de la salud comunitaria- en comunicadoras y comunicadores.** Porque supone trabajar con seriedad y compromiso la producción de información, “construir los acontecimientos”, en tanto implica el acceso al derecho a la comunicación y también fundamentalmente es una acción educativa y pedagógica respecto de nuestras comunidades. La información, como los medicamentos, son bienes sociales, no son desde nuestras perspectivas mercancías (productos que se comercializan). Esta es quizás una de las luchas por el sentido más estratégicas de nuestro tiempo histórico.

Washington Uranga y otras/os, en su proyecto de investigación (2016-2019) “Estrategias de comunicación de las organizaciones sociales para la incidencia y la participación en las políticas públicas. Lo público, redes sociales, Estado y ciudadanía”. <https://cyt.proyectos.unlp.edu.ar/projects/11-P272>

A modo de síntesis:

- Comunicar es producir sentidos.
- Todas/os comunicamos en cada acción emprendida, en cada silencio, en cada gesto, en cada palabra pronunciada.
- La comunicación va de la mano de la participación comunitaria para construir sentidos y para generar acciones que, en el caso de las organizaciones (por ejemplo), incidan en la ampliación de derechos de las comunidades.
- Como promotoras/es de la salud comunitaria, tenemos la tarea de promover una comunicación responsable, clara, que no genere confusiones y que valore las miradas, preguntas, sentimientos y formas de pensar de las personas con las que nos relacionamos.

Bibliografía consultada para elaborar este texto



Bruno, Daniela Paola y Demonte, Flavia Carolina (2015). Comunicación y salud en América Latina. Un panorama de las perspectivas, los itinerarios teórico-prácticos y los desafíos actuales. Actas de Periodismo y Comunicación; vol. 1, no. 1. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/53734/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gumucio-Dagron, Alfonso (2010). Cuando el doctor no sabe. Comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación. En Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, vol. XVI, núm. 31, pp. 67-93. Universidad de Colima. Colima, México.

Waisbord, Silvio. (2020). De la simplicidad a la complejidad: lecciones inconclusas de la pandemia para comunicación y salud pública. Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación. Vol. 19, Núm. 35.



Cómo citar este texto:

Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social de la Universidad Nacional de La Plata (2021). Reflexiones sobre comunicación. Material elaborado en el marco de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Universidad Nacional de La Plata.





PLANIFICACIÓN Y ACTIVIDADES

A continuación, presentaremos la planificación de dos encuentros realizados en el marco de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Cada uno de ellos se estructura a partir de momentos que incluyen instancias de reflexión grupal, lectura de materiales sugeridos y actividades prácticas.

Objetivos:

- Construir diferentes sentidos del concepto de comunicación y de la relación comunicación/salud.
- Promover análisis críticos respecto a los medios de comunicación.
- Identificar y planificar estrategias de comunicación para intervenir en cuestiones de salud en los barrios.
- Reflexionar en torno a la comunicación y a su rol en la promoción de la salud.
- Identificar y mapear espacios estratégicos de comunicación al interior de los barrios.
- Planificar una campaña de comunicación en el barrio o efector de salud cercano.

ENCUENTRO 1



PROMOCIÓN DE LA SALUD Y COMUNICACIÓN

//Primer momento

A partir de una serie de preguntas, se espera que las/os estudiantes comiencen a reflexionar sobre el concepto de comunicación para construir diferentes sentidos en relación a sus relaciones y vínculos con las personas; los territorios habitados; los territorios donde desarrollar sus prácticas en

tanto trabajadoras/es de la salud; los sentidos imperantes de comunicación; los sentidos disputados.

Algunas preguntas para iniciar la discusión:

¿Qué entendemos por comunicación?

¿Identificamos la comunicación con algo en particular?

¿Qué espacios consideramos o sentimos que son importantes a la hora de comunicar?

En cuestiones de salud, ¿qué significa construir una comunicación responsable? ¿Cómo podemos comunicar de manera responsable?

¿Qué rol desempeñan los medios a la hora de informar? ¿Son importantes en nuestra vida cotidiana? ¿Y las redes sociales?

En el barrio que habitamos, ¿qué lugar creen que se les da a los medios, a las redes sociales y a los espacios comunitarios a la hora de comunicar?

Si trabajamos en efectores de salud, ¿qué elementos y aspectos comunican?

¿De qué hablamos cuando hablamos de sentidos?

Es importante en esta instancia repensar la comunicación más allá de los medios y reflexionar sobre su relevancia en nuestras prácticas cotidianas, en relación a la participación comunitaria y en los modos y prácticas de la comunicación en las relaciones entre las personas. Todo ello nos habilitaría a pensar cuestiones también de género, clase o, incluso, según sus cargos, ocupaciones, responsabilidades o referencias en el territorio. También podemos preguntarnos por la experiencia en el aula abierta: ¿Qué lugar ocupa la comunicación?

//Segundo momento

Proponemos la lectura de dos noticias respecto de la vacunación contra el COVID-19 en Argentina (Ver ANEXO 5 - Notas periodísticas para reflexionar sobre medios de comunicación e información en salud)



- [“Vacuna trucha”: la demoledora crítica de Durán Barba a la Sputnik V.](#) Publicada en La Nación el 28 de enero de 2021.

- [La ANMAT aprobó el uso de la Sputnik V en mayores de 60 años.](#)
Publicada en Página 12 el 20 de enero de 2021.

Luego identificar los siguientes aspectos:

¿Qué sentidos se construyen en torno a la vacunación?

¿Qué palabras se utilizan para construir esos sentidos?

¿Qué fuentes utilizan?

¿Qué voces incluyen?

¿Cuál es la importancia de estas noticias para informar sobre la vacunación?

¿Qué reflexiones podemos construir a partir de lo anterior?

.....ENCUENTRO 2

COMUNICAR EN EL BARRIO

//Primer momento

Vamos a retomar lo dialogado en el encuentro 1 y el mapeo colectivo. Para ello, en un primer momento revisamos lo mapeado y nos preguntamos:

¿Identificamos alguno de estos espacios físicos como un lugar clave para comunicar?

¿Hay otros espacios o actividades que podríamos agregar?

Si hiciéramos una campaña de comunicación en el barrio, ¿qué lugares serían clave? ¿Dónde deberíamos tener presencia? ¿Hay personas del barrio que serían imprescindibles en la comunicación de la campaña? ¿Por qué?

//Segundo momento

Proponemos pensar en un tema de salud que hoy sea relevante para el barrio: por ejemplo, dengue, vacunación, violencias de género, enfermedades no transmisibles, salud sexual, entre otras.

Podemos preguntar a los/as estudiantes si identifican alguna campaña de comunicación (aunque no haya sido definida como tal) que se haya realizado en el barrio (por ejemplo, en muchos territorios se han realizado jornadas de promoción de la vacunación o talleres sobre distintos temas que pueden leerse como prácticas comunicacionales).

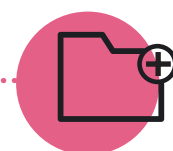
En grupos vamos a definir:

- ¿A quién va dirigida nuestra campaña?
- ¿Qué objetivo tiene?
- ¿Qué y cómo queremos comunicar? ¿Qué estrategias vamos a producir? (por ejemplo, preferimos hacer folletos, utilizamos redes sociales, hacemos una jornada en el barrio, etc).
- ¿A quiénes vamos a convocar? ¿Necesitamos la ayuda, colaboración o participación de otros actores? ¿Qué roles va a asumir cada integrante del equipo?
- ¿Qué lenguaje creemos que es adecuado utilizar en este territorio?
- ¿Qué contenidos vamos a producir? ¿Cómo van a ser?

Es importante que tomemos todas estas decisiones de manera colectiva y participativa. Una campaña pensada desde afuera, sin tener en cuenta las necesidades y particularidades de cada territorio, ignora las subjetividades de las personas con las que trabajamos. Buscamos promover procesos de aprendizaje, generando identificación con los/as demás, y no imponiendo conductas, que no siempre reconocen el sentir de las comunidades involucradas.

Una vez definido lo anterior, sería interesante planificar esas piezas comunicacionales. Esta actividad puede comenzar en el aula y terminar de manera virtual o asignar tareas en grupos. Lo que se busca es producir el contenido de alguno de los materiales propuestos (por ejemplo, un volante) o las características de la actividad que queramos realizar en el marco de la campaña (un taller, una recorrida casa por casa con información, etc).

MATERIALES PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO







- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). Serie Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos. Guía de comunicación para equipos de salud. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000217cnt-guia-comunicacion-y-salud.pdf>



MÓDULO 5

Personas mayores y salud

Este módulo contiene:

- **Bibliografía** 
 - Reflexiones en torno a las vejeces
 - PAMI: programa de atención médica integral
- **Mitos** 
- **Planificación y actividades** 
- **Materiales para seguir profundizando** 

Introducción

¿Por qué es importante pensar la salud específicamente de las personas mayores? ¿Qué ideas, preconcepciones y prácticas asociamos a este grupo poblacional? ¿Qué tareas podemos llevar a cabo para conocer su situación de salud e implementar acciones colectivas que contribuyan a su calidad de vida a partir de miradas que pongan el foco en los distintos modos de envejecer?

En este módulo nos proponemos realizar una reflexión teórica sobre las personas mayores y las vejeces, ponemos en común información sobre PAMI y compartimos una serie de actividades vinculadas a esta temática.

REFLEXIONES EN TORNO A LAS VEJECES



Desde hace décadas, se ha consolidado un proceso de aumento de la esperanza de vida considerado como una de las transformaciones más significativas de los últimos tiempos. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, esto se debe a variadas causas, entre las que se incluyen la caída de las tasas de fecundidad y la reducción de las enfermedades mortales de la niñez, de la mortalidad materna y de las personas mayores. Según este organismo:

“Entre el 2000 y el 2050, la proporción de la población mundial que tiene 60 años de edad o más se duplicará, y pasará de 11% a 22%. Se prevé que el número absoluto de personas de 60 años o más aumentará de 900 millones en el 2015 a 1400 millones para el 2030, y 2100 millones para el 2050, y podría llegar a 3200 millones en el 2100. Entre el 2025 y el 2030, la esperanza de vida en América Latina y el Caribe aumentará a 80,7 años para las mujeres y 74,9 años para los hombres” (OPS, 2017)

Para la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores** (2015) una persona es mayor cuando tiene 60 años o más, a excepción de que la ley de cada país defina una edad diferente.

En nuestras sociedades, **existen numerosos prejuicios, estereotipos y discriminaciones hacia las personas mayores, lo cual se denomina viejismo**. Por ejemplo, considerarlas como sujetos pasivos, que no pueden valerse por sí mismos, que están “grandes” para realizar determinadas acciones o vivir situaciones (como enamorarse, participar actividades grupales, estudiar, entre otras) es parte de este concepto.

Aún con buenas intenciones, es posible que pongamos en práctica una serie de discriminaciones y estereotipos que se han naturalizado en nuestra cultura. Llamar “abuela” o “abuelo” a las personas mayores es ejemplo de ello ya que no todas las personas mayores asumen dicho rol. Por eso, se recomienda hablar de vejez en lugar de vejez para dar cuenta de las **múltiples formas de ser persona mayor y de los variados intereses, necesidades, proyectos y deseos de cada sujeto**.

Los modos de envejecer no son siempre iguales y dependen de factores sociales, económicos, culturales, etc. No es lo mismo ser persona mayor hoy en La Plata, Berisso o Ensenada, que hace 50 años. Tampoco se experimenta de la misma manera en otras provincias o países.

Estos diferentes modos de envejecer pueden estar atravesados por desigualdades económicas, culturales, de acceso (al sistema de salud, a las tecnologías, a instancias de formación, etc.).

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla durante el curso de la vida y que implica transformaciones psico-sociales, biológicas, fisiológicas, entre otras. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores define al envejecimiento activo y saludable como:

“El proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población” (2015, p.4).



Feminización de las vejeces: Este concepto hace referencia a que hay más cantidad de mujeres que de hombres mayores. Según un informe del INDEC (2014, p. 12):

“la población adulta mayor de Argentina está compuesta por una mayor cantidad de mujeres en los distintos tramos de edad desagregados. Del total de población entrevistada en la ENCaViAM [Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores], el 57% son mujeres. A medida que se avanza en la edad, las mujeres incrementan su participación relativa, representando el 63% de las personas de 75 años y más”.

Autopercepción de la salud

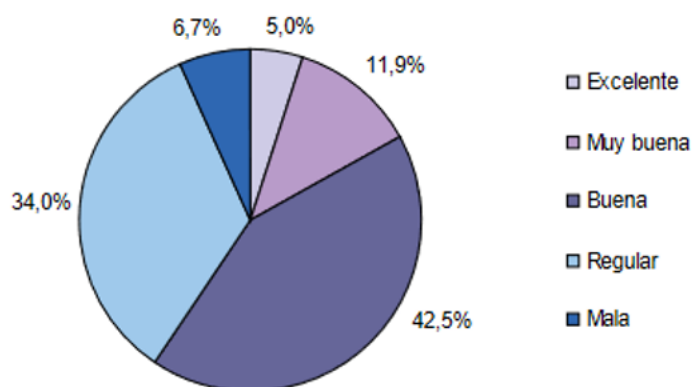
En un informe del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2014), en base a los datos de la Encuesta sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores del 2012 se incluyen las autopercepciones de las personas mayores respecto de su salud, tal como se observan en los gráficos: extraídos de dicho informe:

Cuadro 10. Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según autopercepción de la salud. Total del país. Año 2012

Grupo de edad y sexo	Autopercepción de la salud				
	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Total 60 años y más	5,0	11,9	42,5	34,0	6,7
Varones	6,5	12,1	40,9	34,6	6,0
Mujeres	3,8	11,8	43,7	33,5	7,2
60 a 74 años	5,4	12,4	44,1	31,6	6,5
Varones	6,7	12,7	42,0	32,6	6,0
Mujeres	4,4	12,2	45,8	30,7	6,9
75 años y más	3,8	10,6	38,6	39,8	7,1
Varones	5,8	10,3	37,5	40,5	6,0
Mujeres	2,6	10,9	39,3	39,4	7,7

Fuente: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM 2012).

Gráfico 7. Población de 60 años y más por autopercepción de la salud. Total del país. Año 2012



Fuente: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM 2012).

Violencias de género en las vejeces

Cabe destacar que una problemática invisibilizada respecto de las personas mayores tiene que ver con las violencias de género. En el caso de las personas pertenecientes al colectivo LGTBTTIQ+, no se las suele contemplar y, en relación a las mujeres, las principales violencias ejercidas son la económica y patrimonial (por ejemplo, quitarles su jubilación o pensión); psicológica y simbólica (desde los medios de comunicación invisibilizarlas o llamarlas ancianas, abuelas, etc.).

Por otra parte, si bien en los últimos años el avance del activismo feminista posibilitó la desnaturalización de ciertas formas de machismo ejercidas sobre las mujeres, este proceso parece ser más dificultoso en aquellas generaciones que vivieron en este contexto socio-cultural por más tiempo.

Estudios sobre el tema señalan que durante el curso de vida se acumulan las desigualdades. En una entrevista publicada en el medio de comunicación LATFEM (2017), la psicogerontóloga y directora de la Especialización en Intervención y Gestión Gerontológica de la Universidad Nacional de Tres de Febrero, Mónica Navarro, sostiene que:

“En Latinoamérica la pobreza es femenina. Las menores oportunidades de las mujeres a tener bienes económicos impactan en las vejeces. Esa diferencia de accesibilidad es acumulativa: acumulas mayor carga de trabajo por doble o triple de trabajo, mayores desigualdades, mayores factores de riesgo. Si a lo acumulativo agregas la perspectiva interseccional, esos factores que constituyen desigualdades, en salud, trabajo, bienes culturales, económicos, sexuales, estos factores interactúan entre sí y hay distintas posibilidades de llegar a vieja. Se trata de entender que se envejece diferente porque se es mujer y además que ser mujer provoca un envejecimiento desigual y diferencial”.

Derechos de las personas mayores

La **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores** (2015) establece una serie de **derechos de las personas mayores** que, retomando al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, podemos resumir de la siguiente manera:

- **Igualdad y no discriminación** por razones de edad. Queda prohibida la discriminación por edad en la vejez.
- Derecho a la **vida y a la dignidad en la vejez**.
- Derecho a la **independencia y a la autonomía**: se reconoce el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a desarrollar una vida autónoma e independiente, a elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir.
- Derecho a la **participación e integración** comunitaria.
- Derecho a la **seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia**.
- Derecho a **no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes**.
- Derecho a la **accesibilidad y a la movilidad personal**.

En relación a la salud, se establece que se debe garantizar el acceso al derecho a la salud, a dar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (las instituciones y los profesionales de la salud no pueden realizar ningún tratamiento, intervención o investigación de carácter médico o quirúrgico sin el consentimiento de la persona mayor) y el derecho a recibir servicios de cuidado a largo plazo.

A modo de síntesis:

- Hablamos de vejez para referirnos a los distintos modos de ser persona mayor y vivenciar esta etapa de la vida.
- El viejismo consiste en prejuicios, estereotipos y discriminaciones hacia las personas mayores.
- Existe un proceso de feminización de las vejez.
- Las violencias de género hacia las personas mayores suelen invisibilizarse.
- La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores reconoce una serie de derechos específicos para este grupo poblacional.

Bibliografía consultada para elaborar este texto:



Alcaraz, Florencia. (2017). "La vejez es un fenómeno femenino". Entrevista a Mónica Navarro publicada en LATFEM. Disponible en: <https://latfem.org/la-vejez-es-un-fenomeno-femenino/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2014). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 ENCaViAM. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Disponible en: <https://sitioanterior.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Protección de los derechos humanos de los adultos mayores. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derecho-facil/leysimple/proteccion-de-los-derechos-humanos-de-los-adultos-mayores#titulo-3>

Organización de Estados Americanos. (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/proteccion/convencion-interamericana-derechos-personas-adultas-mayores>

Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y cambios demográficos. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_tes&p=314&lang=es



Cómo citar este texto:

Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social de la Universidad Nacional de La Plata (2021). Reflexiones en torno a las vejeces. Material elaborado en el marco de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Universidad Nacional de La Plata.



PAMI: PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL



El Sistema de Salud de la República Argentina está compuesto por tres subsectores. El subsector del sistema público (con su Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención), el subsector privado (prepagas y gasto directo del bolsillo de las personas) y el subsector de las Obras Sociales o también llamado de la seguridad social.

Este último está compuesto por casi trescientas obras sociales nacionales (por “rama de actividad” del empleo privado, por ejemplo obra social de pasteleros/as, de camioneros/as, de hoteleros/as, etc); por una obra social por cada provincia (que nuclea a los/as trabajadores/as estatales de cada provincia del país, por ejemplo el IOMA en la provincia de Buenos Aires para docentes, policías, judiciales, personal de salud, etc); y por el PAMI.

¿Qué es el PAMI?

El Programa De Atención Médica Integral (PAMI) fue creado en el año 1971 con la finalidad de brindar atención médica a personas mayores. Constituye actualmente la obra social más grande de Latinoamérica -con más de cinco millones de afiliados/as-, otorgando prestaciones médicas a jubilados/as, familiares a cargo, pensionados/as y veteranos/as de Malvinas a lo largo y ancho de todo el país. Es una dimensión muy importante de la seguridad social en Argentina.

¿A quién está dirigido?

Está dirigido a jubilados/as y pensionados/as, familiares a cargo o personas mayores de 70 años sin beneficio ni cobertura social alguna. Los/as beneficiarios/as del PAMI pueden tener prepaga, pero no así obra social en simultáneo.

¿Para qué sirve?

Para prestaciones médico-asistenciales y servicios sociales (por ejemplo, entrega de medicamentos, cuidados, etc).

¿Cómo se financia?

Con respecto al financiamiento, se sustenta en el aporte de los/as propios/as beneficiarios/as, deducidos por las Cajas Nacionales de Previsión de haberes y depositados a la orden del Instituto; el aporte de los/as trabajadores/as en relación de dependencia y autónomos, transferidos al Instituto por la Dirección Nacional de Previsión Social; como así también una contribución del Estado Nacional a través de fondos provenientes de la Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos.

¿Qué servicios presta?

-Cobertura de medicamentos: a las personas afiliadas que por razones de vulnerabilidad social no pueden pagar sus medicamentos ambulatorios con descuento, PAMI les brinda un subsidio social que cubre el costo de los medicamentos al 100%.

También cubre:

- Internación geriátrica.
- Médico/a de cabecera y especialistas.
- Rehabilitación/internación domiciliaria.
- Insumos: pañales, audífonos, sillas de ruedas, colchones antiescaras.

Pami escucha y responde

El Servicio PAMI Escucha y Responde es el Centro Integral de Atención Telefónica de PAMI. Se ocupa de recibir, responder y gestionar todas las consultas, sugerencias y reclamos de personas afiliadas, familiares o instituciones sobre temas relacionados con los servicios y prestaciones del Instituto. La atención se realiza en todo el país en los números gratuitos 138 y 0800-222-7264.

La línea se encuentra disponible las 24 horas, los 365 días del año.



Bibliografía consultada para elaborar este texto:

Ley Nacional N°19.032, Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. 28 de mayo de 1971. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16081/norma.htm>

Página web PAMI (INSSJP) <https://www.pami.org.ar>



Cómo citar este texto:

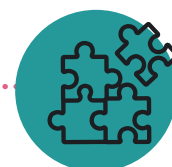
Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social de la Universidad Nacional de La Plata (2021). PAMI: Programa de Atención Médica Integral. Material elaborado en el marco de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Universidad Nacional de La Plata.



¿Sabías que no es cierto que la sexualidad está vedada para las personas mayores?

Existen diferentes maneras de experimentar la sexualidad en todas las etapas de la vida, acordes a las posibilidades y deseos de cada persona. Es un mito creer que las personas mayores no tienen deseo sexual y/o relaciones sexuales, en cualquiera de sus expresiones.

Como trabajadores/as de la salud, es importante acompañar las dudas, consultas y cambios que puedan vivenciar, y destacar la importancia del uso de métodos de barrera para la prevención de infecciones de transmisión sexual.



PLANIFICACIÓN Y ACTIVIDADES

A continuación, presentaremos la planificación de dos encuentros realizados en el marco de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Cada uno de ellos se estructura a partir de momentos que incluyen instancias de reflexión grupal, lectura de materiales sugeridos y actividades prácticas

Objetivos:

- Promover reflexiones en torno a las vejeces y al viejismo, reflexionando en torno al funcionamiento del sistema de salud respecto a las personas mayores y al rol de las promotoras/es.
- Identificar las necesidades y los requerimientos de las personas mayores en el sistema de salud local, así como las políticas públicas (o su ausencia) destinadas a las personas mayores.
- Propiciar abordajes sanitarios/clínicos de las personas mayores desde una perspectiva de derechos y con énfasis en el cuidado.
- Reflexionar sobre la provisión y organización de los cuidados de personas mayores al interior de los hogares.
- Debatir sobre el sistema de salud argentino a partir del subsector de seguridad social destinado a personas mayores (PAMI).
- Relevar las situaciones de las personas mayores en los barrios.

ENCUENTRO 1



LAS VEJECES Y EL ACCESO AL SISTEMA DE SALUD

//Primer momento

A partir de la nota “Denuncian ‘vacunas de aire’ a ancianos en Brasil” , publicada en Página 12 (ver en Anexo 6), responder en grupos:



De las palabras utilizadas:

- ¿Cuáles estigmatizan a las personas mayores?
- ¿Cómo se concibe a las personas mayores en la nota?
- ¿Cómo se concibe a las personas mayores en el hecho que se denuncia?
- ¿Por qué lo anterior tiene que ver con el viejismo?
- ¿Qué otros estigmas o discriminaciones reconocen hacia las personas mayores?

Puesta en común para sintetizar los conceptos trabajados.

//Segundo momento

En este momento buscaremos identificar las necesidades y los requerimientos de las personas mayores en el sistema de salud local, así como las políticas públicas (o la ausencia de ellas) destinadas a las personas mayores desde una mirada de la salud.

En los efectores de salud más cercanos (unidades sanitarias y hospitales):

- ¿Hay rampas?
- ¿Hay ascensores?
- ¿Hay cartelera escrita en letras grandes?
- ¿Hay asientos?
- ¿Hay zonas de descanso?
- ¿Conseguimos de manera sencilla la medicación para las personas mayores?
- ¿Hay turnos para atención de personas mayores?
- ¿Hay promotoras/es de salud o personas de otras disciplinas que hagan visitas domiciliarias a las personas mayores que no pueden salir de su hogar?

//Tercer momento

Se propone la redacción (en grupos o todos/as juntos/as) de un documento que sintetice los aspectos que deberían tener un barrio (por ejemplo, lugares de encuentro, calles y veredas en buen estado, etc.) y un efector de salud para que sea amigable e inclusivo con las personas mayores.

En ese documento, abordar las siguientes preguntas:

Como promotoras/es de salud, ¿qué podemos hacer para ayudar a construir un sistema de salud que sea respetuoso de los derechos de las personas mayores y que promueva su autonomía? ¿Cómo mejoramos la situación de las personas mayores en nuestros barrios? ¿Qué ideas concretas se nos ocurren?

ENCUENTRO 2



LOS CUIDADOS Y LAS PERSONAS MAYORES EN NUESTROS BARRIOS

//Primer momento

Reflexionamos: ¿Quién cuida de las personas mayores?

En este primer momento, la idea es reflexionar grupalmente sobre la situación de las personas mayores en nuestro barrio, haciendo especial énfasis en quienes se ocupan del cuidado de estas personas cuando lo necesitan y qué políticas públicas existen. En este sentido, buscamos poner en común las experiencias de los/as promotores/as de salud, y a la vez, brindar información sobre seguridad social.

En grupo, debatimos:

A) El cuidado al interior de los hogares

¿En sus hogares hay personas mayores? ¿En qué situación de salud se encuentran?

¿Estas personas necesitan cuidados? ¿Quiénes se los brindan?

¿En algún momento se desempeñaron como cuidadores/as de alguna persona mayor? ¿Dentro de sus familias o por fuera? ¿De forma remunerada o no remunerada? ¿Cómo fue esa experiencia?

Con estas preguntas será importante reflexionar sobre: i) la organización de los cuidados al interior del hogar, responsabilidad que suele recaer en mujeres (u otras identidades feminizadas), ii) la inserción de las mujeres en trabajos ligados al cuidado de personas.

B) Seguridad social

¿Las personas mayores de sus familias están jubiladas? ¿Continúan trabajando?

¿Tienen obra social? ¿Toman algún tipo de medicación? ¿Tienen alguna problemática de salud/discapacidad?

¿Cuáles son las problemáticas más frecuentes que experimentan?

¿Conocen el PAMI? ¿Les parece que es importante que exista? ¿Por qué?

Luego de debatir, leemos en forma conjunta el documento sobre PAMI: hacemos hincapié en la seguridad social como subsistema dentro del sistema de salud, la importancia de este organismo, cómo se financia, qué prestaciones brinda, etc.

//Segundo momento

El objetivo de esta actividad es realizar un primer relevamiento para conocer la situación de las personas mayores en nuestro barrio. Para ello, planificamos un pequeño “trabajo de campo”, es decir elaboramos un cuestionario con distintas preguntas.

La idea es pasar por las casas a consultar si allí habitan personas de 65 o más años y cuál es su situación en términos de salud y seguridad social.

Tengamos en cuenta algunas consideraciones generales:

1. Antes de comenzar con el relevamiento:

A) Organización

Será importante que tengamos presente el mapa del área a relevar, cuántas manzanas/cuadras se considerarán, cómo están conformadas, etc.

Se aconseja el armado de distintos grupos y realizar una división de manzanas/cuadras.

A medida que vayan pasando por los hogares será importante que marquen por cuáles pasaron, cuáles lograron relevar, cuáles no (porque no había nadie, no quisieron responder, etc.).

Para la organización previa puede ser de utilidad consultar el Instructivo de Mapeo Colectivo.

B) Unidad de análisis

Tengamos en cuenta que la unidad de análisis será el hogar, no la persona mayor, es decir, cualquiera de las personas que allí habiten y tengan más de 18 años pueden responder la encuesta.

C) Formato del cuestionario.

El cuestionario puede hacerse en formato papel o digital.

Por ejemplo, si se espera relevar 40 hogares, habrá que imprimir/confeccionar 40 formularios distintos.

Si por el contrario se va a realizar de manera digital, pueden utilizarse aplicaciones gratuitas y fáciles de usar, como por ejemplo Google Forms: <https://docs.google.com/forms/u/0/>

En YouTube hay muchos tutoriales para aprender a usarlo: https://www.youtube.com/watch?v=RS6V45lq-Zw&ab_channel=GENERACI%C3%93NA-PRENDE

La ventaja de este formulario es que, al finalizar el relevamiento, tendremos una hoja de cálculo con los datos listos para procesar.

2. Durante el relevamiento

Aplicación de la encuesta.

Una encuesta es una herramienta de recolección de información y, ante todo, una situación comunicativa entre personas. Por esta razón, es importante que al momento de realizar el relevamiento comuniquemos claramente quiénes somos, qué es lo que estamos haciendo, con qué objetivos. Además, debemos dejar en claro que los datos serán anónimos y, por ende, protegeremos la confidencialidad de las respuestas. Intentemos ser cordiales y agradecer a las personas encuestadas por su tiempo.

3. Luego de finalizar el relevamiento

¿Qué resultados construimos?

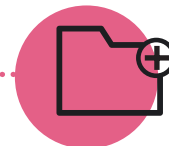
Una vez realizadas todas las encuestas será importante que organicemos la información para tener una “fotografía” de la situación de las personas mayores en nuestro barrio.

Para ello, podemos contabilizar cada una de las respuestas (por ejemplo, en 20 hogares de nuestro barrio hay personas mayores) o bien pasarlas a porcentaje (en el 40% de los hogares relevados hay personas mayores) e, incluso, se pueden realizar gráficos que den cuenta de la situación.

En el Anexo 7 encontrarán un ejemplo de relevamiento de situación de personas mayores en los barrios



MATERIALES PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO



- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Organización de los Estados Americanos. 2015. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Rubín R. K., Iacub R., Peralta L, Sneibrum A. y Suárez P. (2021) Buen vivir. Guía de buenas prácticas para el autocuidado de la salud de las personas mayores. SEDRONAR. <https://comunidad.pami.org.ar/wp-content/uploads/2021/01/BUENAS-PRACTICAS.pdf>

MÓDULO 6



Niñeces y Juventudes

Este módulo
contiene:

- **Bibliografía**



- Herramientas prácticas para acompañar a las niñeces desde una perspectiva de derechos, género y salud comunitaria

- **Pautas de alarma**



- **Planificación y actividades**



- **Materiales para seguir profundizando**



Introducción

La infancia y la juventud representan las primeras etapas de la vida, caracterizadas particularmente por diferentes cambios sucesivos y la construcción progresiva de la identidad. Los deseos, opiniones y decisiones de niños/as y adolescentes deben ser tenidas en cuenta y respetadas al igual que con cualquier otra persona, inclusive en lo relacionado a los procesos de salud-enfermedad. En este módulo presentaremos una serie de herramientas para acompañar estas etapas de la vida a partir de considerar a niños/as y jóvenes como sujetos de derecho y reflexionar sobre su rol y el de quienes los/as cuidan en las comunidades.

HERRAMIENTAS PRÁCTICAS PARA ACOMPAÑAR A LAS NIÑECES DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS, GÉNERO Y SALUD COMUNITARIA



Poder construir una **caja de herramientas para acompañar a las diversas niñas y juventudes (NyJs) que habitan nuestros barrios** es una necesidad de ayer, de hoy y de siempre. Más aún, teniendo en cuenta cómo la pandemia por COVID-19 ha profundizado las inequidades en el acceso a la salud de los barrios de la periferia de nuestra región.

Entendemos que para acompañar realmente tenemos que crear estrategias que aborden desde las concepciones discutidas en los últimos años una mirada que les permita a las personas construir lo que quieren ser desde pequeños/as.

Creemos que para esto es necesario incorporar 3 perspectivas al abordaje de NyJs.

1. Incorporar una perspectiva de derechos.
2. Incorporar una perspectiva de género.
3. Incorporar una lógica de cuidados basada en la salud comunitaria.

Perspectiva de derechos

En este sentido es importante reconocer el hito histórico y social que representó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño/a de 1989, ratificada un año después por nuestro país por la ley nacional número 23.849, a la que en 1994 se le dio carácter constitucional. Este documento selló la condición de NyJs como sujetos de derechos en todos los países que adhirieron, estableciendo que deben ser respetadas sus preferencias y decisiones para que puedan ser protagonistas de sus proyectos y de cada momento de su proceso salud-enfermedad-cuidados.

La Convención establece que los/as niños/as son sujetos plenos de derechos con autonomía progresiva, y que atento a su condición de personas en proceso de crecimiento son titulares de los mismos derechos de que gozan los/as adultos/as, además de aquellos específicos que les han sido reconocidos en base a esa condición. Este instrumento internacional constituye el pilar fundamental e inaugural del nuevo modo de concebir los derechos de niños/as y adolescentes. El paradigma previo conocido como de “patronato” o “de la situación irregular” en el que los/as niños/as eran considerados

incapaces y los/as adultos/as tenían todo el poder sobre ellos/as bajo la figura de la “patria potestad” fue abandonado en lo jurídico a partir de 1989. Sin embargo, en las prácticas actuales siguen encontrándose en tensión el viejo y el nuevo paradigma y es una tarea del equipo de salud poder reconstruir las concepciones que tenemos de NyJs para poder acompañarlos a construir su propia vida dentro de su comunidad.

La Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños/as y Adolescentes y la Ley de la Provincia de Buenos Aires 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos del Niño/a diferencian claramente la materia asistencial de la penal, asignan a la familia, entendida en sentido amplio, un lugar central en la contención del niño/a, desjudicializan los conflictos sociales que lo involucran, y trasladan el tratamiento de las cuestiones asistenciales al Sistema de Promoción y Protección Integral de los Derechos del Niño/a conformado por los Servicios Zonales y Locales de Niñez y Adolescencia.

Para que NyJs puedan ejercer sus derechos, es necesario que los distintos niveles de responsabilidad se tomen seriamente y se puedan quitar los obstáculos que llevan a que sistemáticamente en nuestros barrios NyJs vean vulneradas sus oportunidades para desarrollarlos. Y es en este sentido que los/as profesionales, las instituciones y toda la comunidad deben tomar la responsabilidad de ser garantes de los derechos de NyJs.

Los 4 principios fundamentales que rigen los derechos de Nyj

- No discriminación.
- Interés superior del niño: “...se entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley. Debiéndose respetar: a) Su condición de sujeto de derecho; b) el derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta; c) el respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural; d) su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales; e) el equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común; f) su centro de vida.
- Derecho a ser oído. Pone de relieve la necesidad de incluir a los/as niños/as como participantes activos en la promoción, protección y vigilancia de sus derechos.

• Vida digna: en este sentido se entiende que los/as niños/as y sus familias deben tener acceso a los derechos fundamentales de toda la población para poder llevar adelante sus proyectos familiares. El Manual de Niñez y Derechos Humanos que tomamos de referencia escribe al respecto: "...Las políticas que no aseguran el acceso de niños/as y adolescentes con sus familias a los derechos humanos fundamentales, de modo de garantizarles una vida digna, suelen complementarse con respuestas represivas. De esa forma se criminaliza la pobreza, se hostiga a los/as niños/as y adolescentes de los sectores más vulnerables y se restringe su libertad".

Autonomía progresiva

La autonomía es el derecho que tiene todo ser humano a decidir acerca de las acciones que se realicen sobre su propio cuerpo, sobre la base de sus valores. A partir del Nuevo Código Civil y Comercial que entró en vigencia en el 2015 se consideró que Nyjs adquieren progresivamente este derecho en función de su edad y su grado de madurez, estableciéndose que:

- Toda persona menor de 13 años ejerce sus derechos a través de sus representantes legales.
- Toda persona mayor de 16 años es tenida en cuenta como un adulto en el ejercicio de sus derechos.
- Entre los 13 y 16 años depende de la situación que se plantea será necesaria la participación o no de sus representantes legales.



Decimos niñeces en lugar de infancia para abordar la diversidad de preferencias, hábitos, costumbres y circunstancias en que se desarrollan.

Decimos juventudes en lugar de adolescencia para abordar la diversidad de preferencias, hábitos, costumbres y circunstancias en que se desarrollan.

Perspectiva de género

En segundo término, es imprescindible incorporar una perspectiva de género en nuestra práctica como equipo de salud. Abandonar estereotipos de juego, de colores y de hábitos en Nyjs resulta fundamental para garantizar el derecho a ser oído que poseen. Poder corrernos de frases habituales que vinculan al niño con la pelota y a la niña con la cocina permitirán que cada niño/a pueda desarrollar quien quiera ser desde pequeños/as. Y es en este sentido que las niñeces trans toman cuerpo y habitan la ley de identidad de género 26.743 que establece el derecho al reconocimiento a toda persona de su identidad de género autopercibida, incluyendo a menores de 18 años.

A su vez, incorporar a las lógicas de cuidado la corresponsabilidad de la crianza permitirá que nuestra perspectiva incluya otras conformaciones familiares y visibilice la necesidad de que los cuidados no sean una tarea de mujeres y otras identidades feminizadas exclusivamente, sino una tarea de todes. El año pasado, un informe de la Dirección de Economía, Igualdad y Género del Ministerio de Economía de la Nación señalaba que el trabajo doméstico de cuidados de niños/as y personas mayores era fundamentalmente desarrollado por mujeres y que el aporte al PBI era tan alto como el de la misma industria, lo cual visibiliza el esfuerzo físico, mental y emocional que significa cuidar. Las lógicas patriarcales han desvinculado al género masculino de los cuidados solo incorporándolo bajo la idea de colaboración, que lejos de ayudar, profundizan las inequidades de género.

Perspectiva de comunidad

Por otro lado, construir una perspectiva de cuidados basados en la comunidad permitirá ver a Nyjs en su funcionamiento real, el cotidiano, el que sucede en los barrios que Nyjs habitan a diario. Desde una pelota rodando en la plaza hasta un grafiti en el paredón del vecino. Sus formas de hablar, de expresarse, de sentir serán particulares de cada comunidad y los cuidados deberán situarse en estas costumbres. Poder incorporar esta lógica nos debería hacer salir de los hospitales para formar realmente parte de la comunidad que atendemos. Recorrer sus calles, sus espacios de encuentro espontáneo, sus miedos nos permitirán ver qué necesitan y en qué sentido podemos aportar a sus cuidados para que desarrollen lo que quieren ser. En este sentido, romper con la lógica colonial de saberes situados en las instituciones y poder validar aquellos saberes que se cocinan en las ollas populares dará lugar a estrategias situadas para acompañar, cuidados nuevos para forjar y, finalmente, palabras para poder contarlos.

Algunos cuidados a los que debemos prestar atención incluyen:

- Derecho a la identidad (para esto es fundamental tener nombre y DNI).
- Derecho a ir a la escuela (a partir de los 4 años y hasta finalizar el secundario).
- Espacio de recreación y juego para NyJs.
- Derecho a ser oído.
- Acceso a atención en salud y vacunación.
- Acceso a alimentos.
- NyJs tienen derecho a permanecer dentro de su comunidad familiar siempre que quiera.



Bibliografía consultada para elaborar este texto:

El principio de autonomía en pediatría en el marco del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. Una comunicación de la Subcomisión de Ética Clínica. Arch Argent Pediatr 2016;114(5):485-495.

Niñez y derechos humanos: herramientas para un abordaje integral / Lucía Belaunzarán [et al.]; coordinación general de Carola Bianco; Jorge Damián Lambusta. - 1a ed. - La Plata: Universidad Nacional de La Plata, 2015.

Video de Youtube "Miradas colectivas de la niñez. Marco legal y marco social". Primer encuentro del seminario virtual Niñeces y adolescencias, reflexiones colectivas desde la salud comunitaria. Revisando la pediatría desde el barrio. Cátedra Libre Ramón Carrillo. UNLP. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=LQfw5dj8UDs&t=4889s>

María Adelaida Colangelo (2014). La crianza como proceso sociocultural. Posibles aportes de la antropología al abordaje médico de la niñez. Primeras Jornadas Diversidad en la Niñez. Hospital El Dique, Ensenada (Buenos Aires).

Dirección de Economía, Igualdad y Género (2020). Informe Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto. Disponible en: https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_0.pdf



Cómo citar este texto:

Suárez, Agustina y Girini, Mariano (2021). Herramientas prácticas para acompañar a las niñas desde una perspectiva de derechos, géneros y salud comunitaria. Material elaborado en el marco de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social de la Universidad Nacional de La Plata.

.....



Pautas de alarma

Ante la respuesta SI consultar a un Centro de Salud

Crecimiento

1. ¿Nació con un peso menor a 2,5 kg?
2. Tiene 6 m y pesa menos de 5 kg
3. Tiene 1 año y pesa menos de 7 kg
4. tiene 2 años y pesa menos de 9 kg
5. tiene 3 años y pesa menos de 11 kg
6. tiene 4 años y pesa menos de 13 kg
7. tiene 5 años y pesa menos de 15 kg

Desarrollo

1. Tiene 3 meses y no sostiene la cabeza
2. Tiene 9 meses y no se sienta
3. Tiene 1 año y NO responde a su nombre
4. Tiene 18 meses y no camina
5. Tiene 2 años y no habla

Pautas de alarma en casos de enfermedad respiratoria

1. Respira tan rápido que no puede beber ni alimentarse
2. Se hunde su cuello al respirar
3. Se marcan sus costillas al respirar

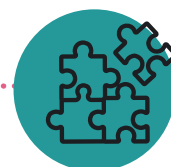
Pautas de alarma en casos de diarrea

1. No hace pis
2. Se duerme todo el tiempo
3. Vomita todos los líquidos que toma
4. Tiene la lengua seca o los ojos hundidos

Pautas de alarma en caso de violencia:

1. Presencia de lesiones físicas no accidentales por parte de sus cuidadores (cicatrices, marcas, fracturas, hematomas).
2. Presencia de violencia psicológica que puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social, y/o intelectual del niño/a. Pueden señalarse aquellas conductas que provocan la desvalorización y humillación del niño/a, creando miedos y sentimientos de culpa. A su vez, puede haber una notable obstrucción de su desarrollo a partir de una sobre exigencia hacia el niño/a, una indiferencia de sus demandas y una falta de comprensión, no teniéndolo en cuenta como una persona autónoma, con deseos y aspiraciones singulares.
3. Presencia de signos de abandono: situación en la cual las necesidades básicas del niño/a (alimentación, salud, vestimenta, educación, esparcimiento, etc.) no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con el/ella por motivos diferentes a la pobreza.
4. Presencia de abuso sexual: incluye las situaciones en las que un adulto/a utiliza la relación con un niño/a o adolescente para obtener satisfacción sexual, en las cuales no necesariamente existe contacto físico, como puede ser la demanda de exhibicionismo, el pedido de realizar actividades sexuales con otros/as niños/as, participar en material pornográfico, entre otros.

PLANIFICACIÓN Y ACTIVIDADES



A continuación, presentaremos la planificación de dos encuentros realizados en el marco de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Cada uno de ellos se estructura a partir de momentos que incluyen instancias de reflexión grupal, lectura de materiales sugeridos y actividades prácticas. Si bien cada eje temático posee su propia dinámica los vínculos con otros contenidos y actividades son aspectos que permitirán articular los contenidos, es decir en cada encuentro suelen retomarse elementos trabajados en encuentros anteriores.

Objetivos:

- Incorporar la perspectiva de derechos y de género en las niñeces.
- Analizar las prácticas de cuidado en las niñeces a partir de la corresponsabilidad.
- Mapear espacios barriales por los que circulan o de los que se apropian en sus recorridos y prácticas las niñeces.
- Debatar el rol de las/os promotores/as de salud en relación a las niñeces.
- Elaborar un modelo de historia clínica para promotores/as.

.....ENCUENTRO 1



NIÑECES COMO SUJETOS DE DERECHOS

//Primer momento



Leer la noticia “En Metán un juez citó a declarar a un niño de 9 años”, Página 12 (ver en Anexo 8) e identificar:

¿De qué manera se nombra al niño? ¿Todas las palabras significan lo mismo? (“Niño”, “chico”, “menor”, “hijo”).

¿Qué opinan sobre la citación a declarar a un niño por rayar un auto? ¿Cómo se lo está concibiendo? ¿Se está concibiendo al niño como sujeto de derechos o como “delincuente”?

Si el niño efectivamente rayó un auto, ¿qué medidas consideran que se deberían tomar?

¿Qué significa entender a las niñeces como sujetos de derechos?

//Segundo momento



Retomar el mapeo colectivo e identificar:

De los espacios mapeados, ¿por cuáles circulan las niñeces?

¿Hay otros espacios por donde transitan que aún no fueron mapeados?

¿Hay calles, plazas, esquinas, etc., en los que podamos encontrar niñas de manera frecuente?


¿Encontramos en nuestros barrios servicios locales y zonales de niñez y adolescencia?

¿Qué otros espacios serían importantes que existan en el barrio para las niñas? ¿Por qué? ¿Dónde podrían ubicarse?

.....ENCUENTRO 2

TAREAS DE CUIDADO ¿QUIÉNES CUIDAN DE LAS NIÑECES?

//Primer momento

A partir de las historietas que se encuentran en el Anexo 9, responder las siguientes preguntas: 

¿Quiénes creen que ejercen las tareas de cuidado y las tareas domésticas en las historietas? ¿Son siempre las mismas personas? ¿Por qué?

¿Qué tareas domésticas y de cuidado relacionamos con las niñas? (Por ejemplo, pensemos quiénes se encargan de la alimentación, salud, educación y ocio de las niñas y de qué maneras).

En nuestro barrio, ¿consideran que dichas tareas son compartidas o las efectúan solo las mujeres o solo los hombres?

¿Cómo consideran que deberían repartirse las tareas domésticas y de cuidado? ¿Por qué?

¿Cuál es el rol de la comunidad en las tareas de cuidado? ¿Cuál es el rol de la comunidad en el cuidado de las niñas? ¿Recae solo sobre los madres, padres y tutoras/es?

//Segundo momento

En esta instancia, se espera analizar y discutir en torno al modelo de historia clínica para promotores/as propuesto, que se presenta en el Anexo 10,



con el fin de reflexionar en torno al mismo y sus alcances e incorporar otros aspectos que cada grupo considere relevante.

Luego de leer el modelo de historia clínica, responder las siguientes preguntas:

¿Creen que estos puntos son suficientes?

¿Agregarían otras preguntas?

¿Preguntarían de otra manera?

¿Por qué consideran que es importante conocer cada una de estas cuestiones?

Por último, se propone que los/as estudiantes pongan en práctica el modelo de historia clínica (se puede realizar durante la clase o en otro momento). Para ello, es importante que se refuercen las medidas de cuidado y se cuente con el consentimiento del niño/a y de su familia. Al momento de la entrevista será necesario prestar atención a las pautas de alarma que puedan presentarse (pueden consultarlas al comienzo de este módulo). Es decir, estar atentas/os a situaciones de violencia familiar y de género y generar así espacios seguros de ayuda.

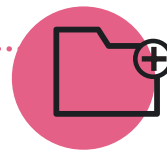
A continuación, presentamos una serie de sitios web donde pueden encontrar más información de los servicios locales de La Plata, Berisso y Ensenada

-Información sobre el funcionamiento de los servicios locales y zonales de Promoción y Protección de Derechos. Consultar en: <https://derechosimple.slyt.gba.gov.ar/?p=299>

-Listado de los Servicios Locales La Plata, Berisso y Ensenada: <https://consejocal.wordpress.com/2020/10/03/servicios-locales-de-promocion-y-proteccion-de-los-derechos-de-la-ninez-de-la-plata/>

-Calendario Nacional de Vacunación 2024 <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calendario-nacional-de-vacunacion-2024>

MATERIALES PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO








- Video: “Miradas colectivas de la niñez. Marco legal y marco social”. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=LQfw5dj8UDs>
- Niñez y derechos humanos: herramientas para un abordaje integral / Lucía Belaunzarán [et al.]; coordinación general de Carola Bianco; Jorge Damián Lambusta. - 1a ed . - La Plata: Universidad Nacional de La Plata, 2015. Disponible en: <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/528>

MÓDULO 7



Salud mental comunitaria

Este módulo contiene:

- **Mitos sobre los padecimientos mentales** 
- **Bibliografía** 
 - Salud mental comunitaria
 - La importancia de pensar la salud mental desde una perspectiva comunitaria
- **Pautas de alarma** 
- **Planificación y actividades** 
- **Materiales para seguir profundizando** 

Introducción

Durante muchos años la salud mental fue asociada a una serie de estigmas como por ejemplo “enfermedad mental”, “locura”, “incapacidad” y a prácticas que vulneran los derechos de las personas que sufrían este tipo de padecimientos: se los enviaba a instituciones de encierro catalogadas como “loqueros”, “manicomios” o bien se aplicaban terapias físicas como el “electroshock”.

Si bien este tipo de representaciones e intervenciones no fueron completamente eliminadas, han proliferado una serie de voces que intentan fomentar

otras formas de accionar sobre las problemáticas de salud mental desde una perspectiva que no piensa a las personas de forma individualista y aislada, sino dentro de una comunidad.

En este módulo, nos preguntamos ¿a qué nos referimos con “salud mental”? ¿Cómo puede vincularse a un concepto de salud más amplio? ¿Qué implica la salud mental comunitaria? ¿Qué leyes existen en nuestro país sobre esta problemática? ¿Qué tipo de situaciones pueden considerarse pautas de alarma en salud mental? ¿A dónde podemos recurrir en caso de experimentar o tener algún ser querido que esté atravesando algún tipo de padecimiento

Algunos mitos sobre salud mental

¿Sabías que durante mucho tiempo se pensó a los padecimientos mentales como problemas sin solución?

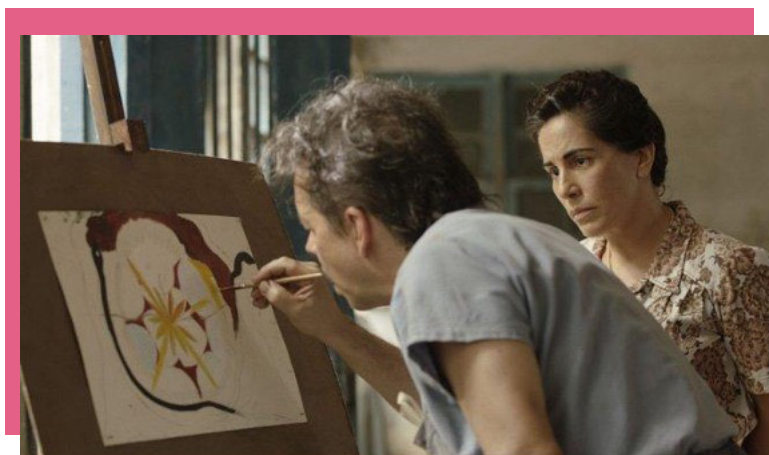


La estigmatización social no solo implicó una mirada peyorativa sobre las personas que sufrían estos padecimientos, sino que también derivó en su criminalización, en la implementación de terapias físicas sobre sus cuerpos y en el encierro en instituciones específicas.

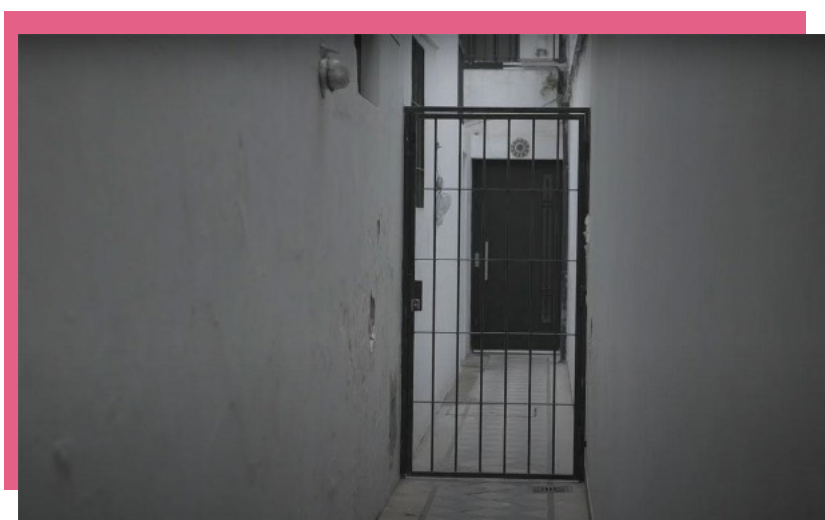
Una buena forma de problematizar estos mitos sobre la salud es a través del cine. Veamos algunos ejemplos de películas y documentales:



“El guasón (“Joker”)” la película del director Todd Phillips narra la historia de un habitante de Nueva York, que padece un trastorno mental y anhela encontrar un lugar en la sociedad. La película nos interpela sobre las consecuencias de la ausencia de políticas sociales y de salud mental, sobre la criminalización y la violencia social propia de la indiferencia respecto de las personas que sufren padecimientos mentales.



“Nise: El corazón de la locura”, es una película documental brasileña de 2015 dirigida por Roberto Berliner. En la historia se muestra a una médica que regresa a trabajar en un hospital de salud mental en los suburbios de Río de Janeiro y se opone a usar el electrochoque y la lobotomía en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos. En este marco, propone implementar un nuevo enfoque clínico que consiste en escuchar y observar y alentar la libertad de expresión a través del arte y con eso se descubren los talentos de las personas allí internadas.



“El vecino del PH. Del barrio al manicomio”, es un documental dirigido por Fernando Figueiro. Se aborda el brote psicótico de un vecino de la ciudad de Buenos Aires, difundido por los medios de comunicación para así mostrar la crisis de la salud mental en la Argentina: una crisis que deriva en el encierro y el manicomio. La película es construida a partir de escenas públicas, de la narración de quienes vivían en ese mismo edificio y de entrevistas con diferentes profesionales y permite pensar otras formas posibles de abordar los padecimientos mentales.

Otras películas que abordan la temática de salud mental:

- Hombre Mirando al Sudeste (1986), Argentina
- Tango Feroz (1993), Argentina
- Los fuegos internos (2019), Argentina
- Zauria(k) Herida(s) (2019), España
- Los juegos del destino (2012), Estados Unidos
- Inocencia interrumpida (1999), Estados Unidos
- Atrapado sin salida (1975), Estados Unidos

SALUD MENTAL COMUNITARIA



Dar una definición de qué es la salud mental no es tarea sencilla dado lo complejo y particular de este campo de conocimiento. Sin embargo, intentaremos recortar algunas especificidades prácticas que nos permitan pensar concretamente en nuestras acciones de promoción de la salud mental en la comunidad.

Para empezar, podemos decir que el de la salud mental es un área de conocimiento e intervención dentro del campo general de la salud. Durante muchos años en nuestro país y en el mundo no se habló de salud mental sino de psiquiatría como espacio de saber sobre el padecimiento o malestar de las personas. Sin embargo, una pregunta válida es: ¿Un solo saber puede dar respuesta de lo que sucede en un campo tan complejo como el de la salud mental? ¿Y al sufrimiento de una persona? En todo caso, la psiquiatría es una sola disciplina con un determinado conocimiento y ejercida solamente por un técnico de la salud, el o la psiquiatra.

A su vez, este espacio de conocimiento históricamente estuvo ligado a los espacios de encierro llamados manicomios y hegemonizó las prácticas relacionadas al sufrimiento mental, subordinando cualquier otro saber que intentara dar una respuesta al padecimiento. Hoy los manicomios, si bien siguen existiendo, no son los espacios que hegemonizan las prácticas de salud mental, debido a que han ido perdiendo terreno frente a la era de la psicofarmacología. Conocimiento, el de la psiquiatría, que sustenta su práctica en la relación establecida de que enfermedad es igual a anormalidad, y que la salud sería sinónimo de normalidad.

Sin embargo, desde hace muchos años comenzamos a hablar de salud mental, un área de conocimiento que involucra más de un espacio de saber y varios/as técnicas en su intervención. Este cambio de paradigma saca del centro al psiquiatra y lo pone en la comunidad, en el equipo de salud con su

multiplicidad de saberes, y en quien padece. Movimiento tan rotundo que nos deja ante la imposibilidad de delimitar hasta dónde llega este campo tan complejo y diverso, y que dispara muchas preguntas haciéndonos volver al inicio: ¿Qué es la salud mental además de un área de conocimiento dentro del campo general de la salud? ¿Cuál es su especificidad de saber y de acción? ¿Qué técnicos/as o profesionales forman parte o pueden trabajar en salud mental? ¿Cuáles son los límites de este saber? ¿Qué es lo mental?

A fines de 2010, en Argentina, se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, constituyendo un avance en la implementación de prácticas pensadas desde una perspectiva comunitaria de la salud mental, promoviendo el cierre de los manicomios, otorgando derechos a las personas con un padecimiento de salud mental, enmarcando la tarea dentro de la Atención Primaria de Salud, y ampliando el eje de intervención desde la enfermedad hacia la salud.

Este movimiento permitió correr del centro a la mirada individual y biomédica del sufrimiento mental al que entiende como una alteración, como una anormalidad de desórdenes y enfermedades mentales, hacia un campo, el de la salud mental, que comprende a las problemáticas de salud/salud mental y al padecimiento subjetivo como un emergente y parte de la comunidad en su conjunto.

Vivimos en un mundo que se caracteriza por una tendencia a la ruptura de las redes de participación social y comunitaria, por una creciente fragilidad de los vínculos con la consecuente tendencia al aislamiento. El neoliberalismo mata, enferma, aísla, disciplina y pretende que nos pensemos como individuos, como islas que no precisan de otros y otras para vivir. Promueve una subjetividad de la meritocracia, del desprecio por lo propio, de racismo por aquellas expresiones de vida que no caben dentro de lo “normal”.

Esta subjetividad se expresa, por ejemplo, en los grandes medios de comunicación y emerge en las problemáticas que atraviesan las sociedades: depresión por no poder pertenecer o estar a la altura de lo que el sistema exige o euforia y desprecio por los demás. Racismo y xenofobia, situaciones de violencia, episodios de agresividad, consumos problemáticos de sustancias, suicidios, violencia de género, son ejemplos del malestar de época y de esta desarticulación de las formas colectivas de vida. Desarticulación y resistencia a la construcción colectiva que necesita de la creación de un otro diferente y peligroso.

Entonces, volver a la pregunta sobre la salud mental comunitaria es preguntarse sobre formas de recomponer esa trama vincular desarticulada. Es pensar la salud desde lo colectivo, lo inclusivo, lo heterogéneo e histórico, en donde los padecimientos solo son formas emergentes de problemas y contradicciones sociales, y en donde las estrategias de prevención y promoción de la salud pueden ser formas

de recuperación de lo colectivo, y de volver a habitar el espacio público. Entonces, ¿desde dónde interpelar el sentido común que tiende a la individualización? ¿Desde dónde recuperar los sentidos solidarios, participativos y que ponen en el centro el bienestar común de toda la comunidad? ¿Desde qué estrategias de prevención y promoción de la salud? ¿Qué nuevos entramados o redes hace falta construir?

Dicho todo esto, podemos ir “arrimando” respuestas sobre qué es la salud mental, entendiendo a la misma como el fortalecimiento de la participación comunitaria permitiendo la inclusión social de sectores históricamente discriminados o expulsados, de la promoción de actividades de encuentro y de construcción de redes vinculares, de la puesta en juego de procesos creativos y transformadores de la sociedad. Pensar en clave de salud mental es promover una política de los encuentros. Es incluir no solo a los y las usuarias de salud mental, sino a la comunidad en el acompañamiento de problemas psico sociales, fomentando una clínica ampliada.

Como explica Claudia Bang (2020, 2012) un espacio concreto desde donde pensar la salud comunitaria es la calle. Pero una calle que debe ser recuperada desde la participación, abriendo espacios que garanticen una continuidad de cuidados, la posibilidad de jugar, de encontrarse desde la alegría y el vínculo. Disputar la calle con un sentido colectivo del cuidado y de inclusión de quienes no caben en los valores normativos que impone la lógica neoliberal de consumo desenfrenado, es pensar en un sentido de salud mental desde una perspectiva comunitaria.

Es decir, pensar en clave de salud mental es construir espacios amplios de defensa de derechos, y desde donde conquistar otros nuevos, es recuperar el espacio público habitando nuevamente la calle y disputándola a quienes pretenden hacer de ella un espacio privado. Es sostener la alegría que produce el encuentro con otras personas y el sostén de saberse parte de un colectivo que pone en el centro las necesidades de la comunidad que se habita. Es generar las condiciones desde donde promover la participación territorial, construyendo nuevos lazos solidarios, nuevas formas de habitar la grupalidad y nuevas formas de resistencia a la meritocracia e individualismo que nos propone el neoliberalismo.

Ante una forma de vida que desde la publicidad y los grandes medios nos proponen el consumo desahogado y el individualismo, es necesario oponer la apertura de espacios de encuentro, recreativos, artísticos, comedores y merenderos comunitarios, festivales y jornadas barriales, asambleas, productivos y cooperativas, mateadas en plazas o espacios abiertos, y espacios para niños y jóvenes donde estos puedan ser escuchados y alojados en las preocupaciones que despierta el mundo en que vivimos.

Además, es preciso remarcar que este sentido de promoción de la salud mental debe ser inclusivo con las personas que tienen un padecimiento mental. La palabra estigma se relaciona con un atributo que torna a una persona diferente de las demás, convirtiéndola o dándole un lugar de menos importancia en la comunidad. Es decir, el estigma es una construcción social basada en el prejuicio y el estereotipo, que incluye sentimientos negativos o de inferioridad hacia la persona afectada.

Por último, es preciso destacar que es el Estado el responsable último de garantizar el derecho a la salud mental y que, además de propiciar los espacios antes mencionados, debe contemplar en su esfera asistencial equipos de salud formales que, desde esta perspectiva, trabajen en centros de salud y hospitales para garantizar también el acceso al derecho a la salud desde una perspectiva de la salud mental.



Bibliografía utilizada para elaborar este texto:

Bang, C. (2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Tomo 3, (242-245). Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA.

Bang, C. (2012) El juego en el espacio público y la participación comunitaria: una experiencia de promoción de salud mental en la comunidad. Lúdicamente, 2, 1-20. CAICYT - CONICET. Disponible en <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/ludicamente/article/view/1781/2064>

Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalcarrillo/informacion-util-hcrc/ley-de-salud-mental-26657>



Cómo citar este texto:

Murua, Sebastián. (2021). Salud mental comunitaria. Material elaborado en el marco de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social de la Universidad Nacional de La Plata



LA IMPORTANCIA DE PENSAR LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA



Generalmente, cuando le preguntamos a otra persona sobre su salud las respuestas se orientan a cuestiones vinculadas con la salud-enfermedad en un sentido físico o biológico (tener gripe, fiebre, diabetes, experimentar un accidente, someterse a una intervención quirúrgica, etc.).

En los distintos módulos de la diplomatura fuimos problematizando esta concepción, incorporando una mirada integral y comunitaria que recupere otras dimensiones presentes en el proceso salud-enfermedad: no solo pensar al individuo sino también a las comunidades, analizar el lugar en el que vivimos, la forma en que trabajamos, el acceso a servicios básicos, la posibilidad de tener una alimentación variada, la importancia de la salud pública, la realización de acciones de promoción y cuidado, entre otras cuestiones.

Ahora bien, ¿qué sucede cuando pensamos en la salud mental? ¿Es posible incorporar una perspectiva comunitaria de los padecimientos mentales? ¿Qué representaciones suelen estar asociadas a las personas que experimentan este tipo de situaciones?

Para ello resulta importante realizar un breve recorrido histórico por las concepciones y normativas que han regulado el campo de la salud mental. Cuando hablamos de “campo” nos referimos a una situación o problemática social en donde intervienen diversos grupos que poseen distintas miradas y posicionamientos respecto a una temática, en este caso respecto a la salud mental.

Durante mucho tiempo, la salud mental fue catalogada como:

- Una problemática individual.
- Asociada a la “enfermedad mental” y centrada casi exclusivamente en factores biológicos.
- Cargada de estigmas sociales, vinculados a representaciones en torno a la “locura”, la “incapacidad”, la “amenaza” y la “vergüenza”.
- Pensada como un “estado” imposible de modificar.
- Abordada a partir de instituciones de encierro, que separaban a las personas de sus comunidades y afectos, incluso durante toda su vida.

- Escindida de otras problemáticas de salud, es decir, reducida a instituciones de encierro (forzado y/o prolongado) denominadas “psiquiátricos”, “manicomios”, “loqueros”.
- Abordada únicamente desde la medicalización o a partir de intervenciones que vulneraron los derechos de las personas (como el “electroshock” u otras terapias físicas).
- Delegada a autoridades policiales y/o judiciales.

Estereotipos sociales, prejuicios, estigmas y discriminación

Como podemos observar, las representaciones o estereotipos sociales sobre la salud mental se encuentran cargados de prejuicios que generan estigmas sobre las personas, pero ¿de qué hablamos cuando hablamos de estereotipos, prejuicios, estigmas y discriminación?

Los **ESTEREOTIPOS SOCIALES** pueden ser definidos como creencias sobre determinados grupos que otorgan ciertas características a quienes los conforman. Por ejemplo: “las personas con padecimientos mentales son...”.

Cuando los estereotipos están ligados a ideas negativas sobre dichos grupos estamos en presencia de un **PREJUICIO**. Ejemplo: “las personas con padecimientos mentales son imposibles de reinsertar en la sociedad...”.

La **ESTIGMATIZACIÓN** se produce cuando esas ideas negativas (o prejuicios) se asocian a la forma en que se piensa socialmente a un grupo. Es decir, cuando un grupo o un miembro de éste se reconoce en esas ideas negativas y éstas influyen en su identidad. Ejemplo: “Yo estoy loco/a y por eso...”.

Cuando desde la estigmatización y el prejuicio se llevan adelante acciones de rechazo hacia grupos sociales específicos hablamos de **DISCRIMINACIÓN**. Ejemplo: “no me relaciono con esa persona porque está loca...”.

Es importante entonces, problematizar ciertas ideas arraigadas socialmente sobre la salud mental para así combatir prejuicios que conllevan a la estigmatización y la discriminación de muchas personas.

**Definiciones recuperadas del texto Adriana Villalva (coord.). (2021) “Módulo 1. Formación y Capacitación de Agentes Comunitarios para el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias”. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata.*

La nueva ley de salud mental: ampliar derechos y romper estigmas

Hasta el año 2010, en nuestro país, el campo de la salud mental estaba regulado por la Ley N°22.914 destinada a “Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos”. Desde esta concepción se hacía énfasis en la insania y la tutela, definiendo a las personas con padecimientos mentales como objeto de protección.

La sanción de la nueva Ley de Salud Mental N°26.657, en el año 2010, implicó una nueva forma de entender los padecimientos mentales. En primer lugar, porque se contempla a las personas como **sujetos de derechos**:

Artículo 1°. - La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el Territorio Nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos (...)

Hacer énfasis en los derechos de las personas con padecimientos mentales implica reconocer que los mismos fueron vulnerados durante largo tiempo.

En segundo lugar, la ley parte de reconocer a la salud mental como un proceso, en el cual intervienen componentes históricos, socioeconómicos, biológicos y psicológicos.

En tercer lugar, se presume que **toda persona tiene capacidad**, es decir, no se pueden hacer diagnósticos sobre la base exclusiva del estatus político, socioeconómico o la pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; las demandas familiares, laborales o la falta de adecuación con valores morales o creencias prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; la elección o identidad sexual y, por último, la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental **no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad**, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Otro punto importante de la ley es sostener que las **adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental**. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

¿Cuáles son los derechos de las personas con padecimientos mentales?

- Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.
- Conocer y preservar su identidad e intimidad.
- Recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
- Ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.
- En el caso de internación prolongada, las condiciones de la misma deben ser supervisadas periódicamente por organismos de revisión.
- Ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento.
- Poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.
- Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado como un estado inmodificable.

¿Qué modalidades de abordaje se proponen?

- La atención está a cargo de un equipo interdisciplinario (psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes).
- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.
- Rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

• Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

• La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

La nueva ley de salud mental ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental desde una perspectiva comunitaria, promoviendo la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de Salud y acentuando la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción.

Bibliografía utilizada para elaborar este texto:

Villalva, A. (coord.). (2021) "Módulo 1. Formación y Capacitación de Agentes Comunitarios para el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias". Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/117825>

Ley Nacional de Salud Mental N°26657. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalcarrillo/informacion-util-hcrc/ley-de-salud-mental-26657>





Cómo citar este texto:

Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social de la Universidad Nacional de La Plata (2021). La importancia de pensar la salud mental desde una perspectiva comunitaria. Material elaborado en el marco de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Universidad Nacional de La Plata.



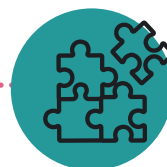
PAUTAS DE ALARMA ¿CUÁNDO PUEDE SER NECESARIO CONSULTAR A UN/A ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL?

Ante uno de las siguientes manifestaciones puede ser necesario consultar en un servicio de salud mental:

- Síntomas físicos: alteraciones del sueño.
- Síntomas afectivos: tristeza, angustia, miedo, ansiedad.
- Síntomas cognitivos: dificultad para concentrarse, alteraciones de la memoria.
- Síntomas del comportamiento: conducta agresiva, dificultad para realizar tareas corrientes de la vida cotidiana, consumo problemático de sustancias, conductas de aislamiento o ensimismamiento.
- Alteraciones perceptivas: visuales, como imágenes, o sonoras, como voces o ruidos.
- Ideas suicidas o de muerte.
- Pensamientos obsesivos.
- Conductas compulsivas.

Es importante tener en cuenta que la persona que esté atravesando estas manifestaciones:

- Puede necesitar una consulta en salud mental para ser evaluada/o por un especialista. Por consultorios externos o por servicio de urgencias.
- Precisa acompañamiento cercano y permanente de sus seres queridos.
- Seguramente se encuentre atravesando un momento de mucha angustia, además de las manifestaciones mencionadas.



PLANIFICACIÓN Y ACTIVIDADES

A continuación, presentaremos la planificación de dos encuentros realizados en el marco de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Cada uno de ellos se estructura a partir de momentos que incluyen instancias de reflexión grupal, lectura de materiales sugeridos y actividades prácticas.

Objetivos:

- Problematizar las categorías de salud y enfermedad desde la salud mental.
- Visibilizar el estigma en salud mental como un problema sobre el que es posible abordar de forma comunitaria.
- Trabajar sobre el concepto de salud mental comunitaria identificando qué actividades en el barrio se abordan desde esta perspectiva.
- Elaborar un recursero de asistencia en salud mental en La Plata.

ENCUENTRO 1



ESTIGMAS VINCULADOS A LA SALUD MENTAL

//Primer momento

Divididos en grupos, repartimos las siguientes palabras y debatimos ¿Qué tienen que ver estas palabras/situaciones/espacios con la salud mental? ¿De qué forma se relacionan? ¿Por qué?

Algunos puntos a tener en cuenta:

- Pueden seleccionar algunas de estas palabras, sumar otras, etc.
- Si hay alguna palabra/situación/espacio que no conocemos podemos buscar más información.

Experiencias / situaciones	Instituciones / abordajes	Situaciones cotidianas	Estigmas sociales
<ul style="list-style-type: none"> -ANGUSTIA -DEPRESIÓN -TRISTEZA -ANSIEDAD -INSOMNIO -SER DESPEDIDO/A DEL TRABAJO -PERDER A UN SER QUERIDO -ADICCIONES 	<ul style="list-style-type: none"> -HOSPITAL -FRENTE DE ARTISTAS DEL BORDA -CENTRO DE DÍA -DESMANICOMIALIZACIÓN -SALITA DEL BARRIO 	<ul style="list-style-type: none"> -UNA CHARLA CON AMIGOS/AS -REUNIRNOS LOS SÁBADOS EN EL COMEDOR DEL BARRIO -JUGAR AL FÚTBOL EN LA CANCHITA -SALIR A CAMINAR -CANTAR -BAILAR 	<ul style="list-style-type: none"> -LOCO -LOCA -MANICOMIO -LOQUERO -ENFERMO MENTAL

//Segundo momento

Luego del debate inicial, leemos los materiales “SALUD MENTAL COMUNITARIA” y “LA IMPORTANCIA DE PENSAR LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA” que se encuentran al inicio de este capítulo. A partir de la lectura y el debate previo buscaremos profundizar sobre dos aspectos:

1. Estigmas sociales en salud mental

Algunas preguntas disparadoras:

¿Qué entendemos por estigma? ¿El estigma puede ser pensado como una forma de discriminación? ¿En qué acciones o situaciones de la vida cotidiana las vemos reflejadas? ¿Hemos vivido situaciones propias o de familiares que padecen el estigma de ser usuario/usuario de salud mental? Comúnmente, ¿cómo se piensa a las personas con padecimientos mentales? Históricamente, ¿cómo se abordaban este tipo de padecimientos (instituciones, terapias, etc.)? ¿Qué elementos incorpora la nueva ley de salud mental? ¿Cuáles son los derechos que señala? ¿Qué estrategias de abordaje se proponen?

2. Salud mental comunitaria

¿Qué dimensiones de nuestras vidas pueden ser trabajadas desde la salud mental? ¿Podemos pensar a la salud mental como una cuestión individual? ¿Por qué? ¿La salud mental implica sólo las enfermedades mentales? ¿Alguna vez experimentamos situaciones de sufrimiento, angustia, tristeza, etc.? ¿Por qué razón/es? ¿Cómo las transitaron? ¿Qué importancia creen que

tienen los lazos sociales, los vínculos barriales y/o las redes de contención comunitaria? ¿Qué acciones pueden ayudar a la promoción de la salud mental comunitaria? ¿Existen en nuestros barrios espacios/actividades para la inclusión social y la promoción de la salud mental?

//Tercer momento

Para cerrar, en un afiche o en el pizarrón construimos una definición colectiva de la salud mental (podemos pensar una definición más acabada o bien escribir palabras/nociones que nos parezcan importantes, hacer dibujos, etc.). La idea será entonces construir una concepción que problematice las representaciones/sentidos/significados que individualizan, patologizan y estigmatizan la salud mental, incorporando una mirada colectiva y comunitaria sobre dichas problemáticas.

.....ENCUENTRO 2

LA SALUD MENTAL EN NUESTROS BARRIOS

//Primer momento

En primer lugar, recuperamos la definición de salud mental comunitaria construida en el encuentro anterior.

En segundo lugar, leemos los materiales respecto a pautas de alarma en salud mental, es decir, situaciones por las que alguien podría necesitar una consulta urgente en un servicio de salud mental.

¿Sabemos cuáles son las instituciones y dispositivos de salud mental en nuestra región? ¿Cuáles responden a urgencias y cuáles a tratamientos no urgentes?

Proponemos buscar un recursero sobre dispositivos de salud mental o armar uno propio.

En el caso de La Plata, Berisso y Ensenada pueden consultar el Anexo B - Recursero donde encontrarán información sobre espacios de abordaje en salud mental.

//Segundo momento



A partir de la definición colectiva construida sobre salud mental debatimos sobre las problemáticas vinculadas a la salud mental presentes en nuestros barrios.

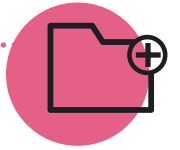
Luego, recuperamos el mapa colectivo que comenzamos a realizar en los encuentros anteriores. La idea será incluir los espacios/instituciones/dispositivos/actividades vinculadas a la salud mental comunitaria en nuestro barrio.

En el mapeo podemos incluir: i) problemáticas vinculadas a la salud mental que encontramos en nuestros barrios/comunidades para luego mapear ii) efectores de salud cercanos, problematizar si dichos espacios tienen servicios/profesionales vinculados con la salud mental, equipos interdisciplinarios, dispositivos terapéuticos, etc iii) otros espacios, instancias, actividades que pueden contribuir a la promoción de la salud mental comunitaria existen en nuestros barrios: espacios de participación colectiva, vecinales, de arte, de juego, de contención, encuentro, apoyo, etc.

Algunas preguntas para iniciar el debate:

¿En algún momento tuvieron que recurrir a la asistencia de salud mental en el sistema público de salud? ¿A dónde recurrieron? ¿Qué problemáticas de salud mental podemos encontrar en nuestros barrios? ¿Qué ejemplos de nuestra vida cotidiana podemos mencionar? ¿Alguna vez experimentamos situaciones de sufrimiento, angustia, tristeza, etc.? ¿Cómo las sobrellevamos? ¿A dónde van las personas de este barrio cuando se sienten mal? ¿Qué lugar ocupan los hospitales y salitas al respecto? ¿Qué actividades / espacios / instancias de promoción de la salud mental podemos mencionar?

MATERIALES PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO



Algunas notas periodísticas para reflexionar

- Revista Anfibia, "La vida después de la locura" <https://revistaanfibia.com/ensayo/la-vida-despues-de-locura/>
- Revista Anfibia, "Manicomios: decálogo de la denigración" <http://revistaanfibia.com/cronica/decalogo-de-la-denigracion/>

Algunas charlas y documentales

- Canal encuentro, "En el medio de la ley, Ley de Salud Mental" <http://encuentro.gob.ar/programas/serie/8510/5966>
- Charla TED. "Psiquiatría, locura y sociedad. Saberes imperfectos". Laura Martin Lopez-Andrade. <https://www.youtube.com/watch?v=slQQQ-QSVyJw>

Normativas en Salud Mental

- Ley Nacional de Salud Mental 26.657 https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cpm/normativa/saludmental/ley_nac_salud_mental_26657.pdf
- Decreto 603/2013. Reglamentación de la Ley N° 26.657 https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cpm/normativa/saludmental/reglamentacion_ley26657.pdf
- Ley provincial N° 14580 https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cpm/normativa/saludmental/LEY_PROVINCIAL_14580.pdf

MÓDULO 8



Consumo problemático de sustancias

Este módulo
contiene:

- **Bibliografía**



- Prevención en consumo y adicciones.
- El consumismo en la sociedad actual.

- **Planificación y actividades**



- **Materiales para seguir profundizando**



Introducción

En nuestras sociedades, el consumo de sustancias suele estar asociado a una cuestión personal y a una serie de representaciones que estigmatizan a las personas que tienen este problema. Por lo general existen dos lógicas para concebir al consumidor/usuario de drogas: una lógica sanitaria que busca “curarlo” y otra lógica punitiva que busca “controlarlo”. Ambas formas de concebir esta problemática descansan en la premisa de la “conducta desviada”, o la falta de aceptación de las normas sociales.

En estas páginas, abordaremos el consumo problemático de sustancias como un problema más amplio que involucra distintas dimensiones (sociales, económicos, culturales, biológicas y psicológicas) y que es propio de una sociedad que incentiva el consumo en distintos espacios de la vida. Además,

tendremos en cuenta que esta problemática suele tener ciertas especificidades entre los/as jóvenes, puesto que se encuentran en un momento de construcción identitaria. En este sentido, el “barrio” es uno de los lugares de pertenencia y encuentro más importante para niños/as, adolescentes y jóvenes. En él tienen lugar la mayoría de los procesos de socialización, construcción de vínculos, lazos de pertenencia y participación social. Por eso, es un espacio fundamental en el trabajo de prevención sobre las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas.

Nos preguntamos entonces ¿A qué nos referimos cuando hablamos de “drogas”? ¿Es lo mismo el uso, el abuso y la adicción? ¿Qué acciones de prevención es posible desarrollar? ¿Cómo podemos abordar estas situaciones en nuestros barrios? ¿De qué forma esta problemática afecta a los/as jóvenes?

PREVENCIÓN EN CONSUMO Y ADICCIONES



Sobre este material:

Este material constituye un primer recurso, en el inicio de un proceso de trabajo sobre una problemática social muy compleja, sobre la que es imprescindible la interacción en equipo, con miradas integradoras: no existen recetarios mágicos de aplicación mecánica, sino múltiples y diversas experiencias de las que podemos aprender para comenzar a transitar un camino en particular, que contemple la especificidad y particularidad de cada barrio y cada situación. Este camino pensado como un proceso continuo tendrá sus avances y retrocesos, errores y aciertos que, lejos de desanimar, ponen de manifiesto la puesta en marcha.

El barrio es uno de los lugares de pertenencia y encuentro más importante para niños/as, adolescentes y jóvenes. En él tienen lugar la mayoría de los procesos de socialización, construcción de vínculos y de lazos de pertenencia y participación social. Por eso, es un espacio fundamental en el trabajo de prevención sobre las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas.

Problematizaremos algunos conceptos privilegiando una mirada desde la complejidad que el tema encierra, dado que confluyen factores sociales, económicos, culturales, ambientales, biológicos y psicológicos. Ante esto se vuelve necesario afianzar una mirada desde el sujeto y el contexto en el que vivimos y no desde la sustancia, para que el “árbol no tape el bosque”.

Algunos conceptos importantes:

1. PREVENCIÓN

Cuando hablamos de prevención, no nos referimos sólo a la divulgación de información, sino principalmente a generar el espacio para el habla, la escucha y el intercambio que den paso a la elaboración de materiales, iniciativas y acciones para impulsar la discusión sobre la realidad que vivimos, nuestros sueños y necesidades, el poder transformador que tenemos y en ese camino, preguntarnos sobre la relación con las sustancias psicoactivas.

Prevención es entonces, “hacer lugar”, haciendo cosas “con” los jóvenes y no “para” ellos, integrándolos a la tarea como sujetos de derecho, sujetos históricos, inmersos en condiciones de vida particulares, y actores sociales con capacidad de acción; recuperando, compartiendo y resignificando la reflexión sobre las prácticas, la relación con pares, familia, escuela y el contexto social.

Es un gran desafío, lo sabemos. Y puede parecernos que no estamos “preparados”. Pero lo más importante que necesitamos, es la decisión y el trabajo en equipo. Así construiremos caminos. No vamos a revertir totalmente la situación; para ello el Estado debe hacer lo suyo. Pero podemos mostrar que hay caminos para estar bien en serio y eso no es poco. Caminos que sacuden la indiferencia y el individualismo al que este sistema empuja constantemente, para desguarnecernos ante lo injusto, ante lo que necesitamos cambiar. Caminos que fortalecen lo mejor de cada uno, poniendo de relieve que, ante una problemática social, la respuesta siempre es colectiva y empezando a desarmar el discurso de la resignación y la supuesta “libertad” que nos venden (atada a una sustancia).

2. ADICCIÓN

Desde lo psicoanalítico, refiere una urgencia por satisfacer aquello que no puede ser hablado. En lo etimológico, da cuenta de lo que no tiene palabra (sin dicción): aquél que no ha podido elaborar a nivel simbólico algo que constituye lo no dicho, los conflictos no elaborados a los que no puede ponerse palabras.

La adicción es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una enfermedad física y psico-emocional, que se produce cuando el sujeto tiene un vínculo de dependencia, con drogas, objetos, relaciones, etc. En esta oportunidad se enfatiza en la adicción a las drogas, ya que es una problemática que existe desde épocas inmemorables y en la actualidad se considera un fenómeno mundial. A nivel nacional, presenta importantes repercusiones, sobre todo en el área de los derechos humanos e integración social, ubicándose necesariamente en la agenda pública de Estado.

La droga se instala señalando con su presencia otras carencias. El acceso a un trabajo, por ejemplo, otorga reconocimiento social, sostén identificador y valor simbólico. Pero en la actualidad esto se ha complejizado, dadas diversas variables como la precarización laboral, la disminución de oportunidades laborales y la reducción del valor mismo del trabajo, dando lugar a un gran cambio en la producción de subjetividad: el lograr ese reconocimiento social a través del consumo que, a diferencia del trabajo, no se obtiene sobre un producto del sujeto, sino sobre una imagen efímera que debe ser renovada constantemente.

3. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Todas aquellas sustancias capaces de actuar sobre la función o la experiencia psíquica, produciendo una alteración del estado de ánimo, el pensamiento y los sentimientos. Para designarlas, generalmente se emplea el término en su acepción restringida, la palabra droga. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el campo de la medicina, droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo, una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

En el lenguaje coloquial la palabra droga suele aludir específicamente a las sustancias psicoactivas y, en especial, a las drogas ilegales. En este sentido, el tabaco, el alcohol y otras sustancias que se utilizan con fines no médicos y que tienen un “uso social aceptado, permitido o estimulado”, son considerados drogas debido a los efectos psicoactivos que generan

Tres grupos de sustancias psicoactivas:

- Sustancias psicoactivas legales (alcohol, tabaco, etcétera)
- Sustancias psicoactivas ilegales (marihuana, éxtasis, pasta base, etcétera)
- Sustancias controladas o restringidas a usos médicos (tranquilizantes, estimulantes, medicamentos para adelgazar, etc.)

4. LAS DISTINTAS DIMENSIONES

El avance en el consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país tiene, como no podía ser de otra manera, su expresión en las diversas instituciones de la sociedad civil.

Justamente por ello, es importante no perder de vista que estamos ante un problema social, vinculado con el sistema de mercado predominante,

donde el negocio del narcotráfico es un actor cada vez más influyente en nuestro país, sumado al consumismo y las políticas de exclusión o expulsión social. No se trata de un fenómeno pasajero. Sus repercusiones sanitarias y sociales son tan considerables que menoscaban gravemente el estado de salud y la esperanza de vida de importantes grupos de la población, así como la economía y la política de todo un país.

Esto implica importantes consecuencias en el orden psicosocial, generando condiciones de exclusión y falta de sostenes sociales, un escenario por demás atractivo para el negocio de las drogas y la propagación de todo tipo de adicciones. Funciona entonces una ecuación adictiva que combina tres dimensiones:

-Instancias económico-financieras que producen, comercializan y distribuyen sustancias tanto legales como ilegales; agencias narco-criminales (efectores adictivos).


-Difusión de ideas, a través de los medios masivos de comunicación, que legitiman y promueven el consumo aumentando la tolerancia social a la sustancia y disminuyendo la percepción de riesgo (efectores culturales).

-Situación de vulnerabilidad y violencia surgida de las complejas tramas socioculturales y de las políticas socioeconómicas que privilegian el interés del mercado frente a las necesidades de las mayorías.

Con el término vulnerabilidad, hacemos referencia a la disposición que tiene una persona para poder afrontar o resolver las contradicciones y los conflictos que se le plantean en su vida cotidiana. Un bajo nivel de vulnerabilidad equivale a un alto nivel de salud mental. Cuando se potencian las vivencias de inseguridad, incertidumbre, de pérdida y ataque, la ansiedad y confusión ganan terreno, afectando la construcción de lazos solidarios, redes vinculares y grupales que funcionan como sostén del ser y sustento de la identidad. Pueden verse vulneradas nuestra capacidad para la inquietud, la preocupación por el otro.

La sociedad actual produce subjetividades de consumo excesivo y de búsqueda de placer inmediato. La droga puede cumplir la función de aplacar las vivencias de vacío, desamparo, angustia y soledad y falta de proyectos futuros, con una "sedación" momentánea.

1 La droga se instala en las tramas relacionales comunitarias, comprometiendo a grupos humanos del lugar en la distribución y la comercialización como una estrategia perversa de supervivencia.



La adolescencia es un momento clave de transformación psíquica, de reorganización subjetiva, tramitando el despegue de los referentes identificatorios parentales de la infancia. En ese camino cobran importancia los apoyos o referentes que la sociedad aporte. Las entidades educativas, artísticas, deportivas, recreativas y del tiempo libre son ámbitos de pertenencia de gran importancia para el desarrollo de la subjetividad, para el despliegue de la actividad creativa, placentera y transformadora, ya que brindan un espacio donde poder expresar tanto deseos, como gustos o frustraciones. Son espacios recreativos y lúdicos donde se propicia el intercambio entre pares, pudiendo fortalecer recursos subjetivos para el rechazo de la oferta de consumo. Los grupos de pertenencia son sistemas relacionales estables y normatizados (barra de amigos, reuniones familiares, agrupaciones, compañeros de estudio) e influyen en la constitución del psiquismo. De allí que entonces, partimos del concepto de salud brindado por E. Pichón Riviére:

“...el sujeto es sano en tanto aprende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad (hechos, relaciones) transformándose así mismo...está activamente adaptado en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico con el medio”.

El criterio de salud se focaliza en la relación de sujeto-mundo, tomando al sujeto como al orden socio-histórico, en sus distintas dimensiones institucionales y de representación, que organiza e interpreta su experiencia, en una dialéctica vinculación transformadora, desde donde es necesario pensar tanto los problemas como las respuestas a ellos, dando lugar al despliegue de los aspectos sanos que tenemos.

2 Tabares, Horacio. “La Escuela en la encrucijada. Entre drogas y violencias”. Ediciones del Revés. Rosario. 2015. 4 - Quiroga, Ana. “Vigencia del Pensamiento de Enrique Pichon-Riviére (1965) de Crisis, Procesos Sociales, Sujeto.



Bibliografía consultada para elaborar este texto:

Baumann, Z. (2007). *Vida de Consumo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Estudio Nacional. Informe de Resultados N° 1 en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina 2017.

Informe de Resultados N° 1. Magnitud del consumo de sustancias a nivel nacional. Sedronar. Presidencia de la Nación. <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2017-10-05ZEncuestaZHogaresZconZcuestionario.pdf>

Informe escolar: Observatorio Sedronar: <http://www.observatorio.gov.ar/index.php/epidemiologia/item/17-estudios-de-poblacion-escolar>

Ley 26.586/09 Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas.

Material de lectura del programa "El Hospital llega a la Escuela". Orientación y asesoramiento en la problemática de Adicciones. Departamento de Prevención-APS. Hospital Nacional en red especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte".

Nación y Salud. Periódico on line. "Encuesta de la Sedronar a estudiantes de escuelas medias sobre consumo de sustancias psicoactivas y percepción de riesgo." <http://nacionysalud.com/node/1443>

Observatorio argentino de drogas. <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/INFORMACINZPARAZCOMUNICACINZPRENSA.pdf>

Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas "Educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas. Herramientas para la escuela". Buenos Aires, Ministerio de Educación de la Nación.

Quiroga, Ana. "Subjetividad y Procesos Sociales" (1996) de Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Ediciones Cinco. Buenos Aires, 1988. Pág. 162

Quiroga, Ana. "Los criterios de salud mental" de Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Ediciones Cinco. Buenos Aires, 1988.

Tabares, Horacio. "La Escuela en la encrucijada. Entre drogas y violencias". Ediciones del Revés. Rosario. 2015.



Cómo citar este texto:

Dirección de Prevención de Adicciones de la Universidad Nacional de La Plata. Prevención en consumo y adicciones.



Fragmentos seleccionados de Adriana Villalva (coord.). (2021). "Módulo 1. Formación y Capacitación de Agentes Comunitarios para el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias". Facultad de Psicología, Universidad Nacional de la Plata.



Material didáctico elaborado en el marco de un proyecto de extensión destinado a la capacitación de agentes comunitarios en la temática de consumos problemáticos.

Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/117825>

EL CONSUMISMO EN LA SOCIEDAD ACTUAL

En nuestra sociedad los y las jóvenes han sido criados en el consumo. Esto ha llevado a que se instale y circule la idea que al consumir/comprar/alcanzar ciertos objetos ayuda a la felicidad y plenitud.

El consumismo es cuando existe una acumulación por la compra de objetos o servicios que no son considerados esenciales.

En términos del pensador polaco Zygmunt Bauman, nos encontramos en una sociedad de consumidore/as. Los/as consumidores/as se educan para:

- Sentir que necesitan objetos o servicios que el mercado produce sin darse cuenta de esto
- Estar pendientes de las modas presentadas por los medios de comunicación en forma de publicidad.

Ejemplos de esto pueden ser algunos objetos algo particulares...



En este sentido, resulta importante indagar en los diferentes consumos que realizan especialmente los y las jóvenes, teniendo en cuenta que la búsqueda y la construcción de la identidad juvenil está íntimamente relacionada con el ámbito recreativo y con el consumo de diferentes aspectos como por ejemplo el baile, la música, la indumentaria, los escenarios sofisticados, así como también las drogas.

Si se piensa que el consumo de drogas es un “problema”, la respuesta más frecuente frente a él viene del DISCIPLINAMIENTO SOCIAL. Esto es posible en cuanto se repiten...

ESTEREOTIPOS SOCIALES

- Son creencias referidas a grupos sociales, que son compartidas por los miembros de una cultura. Por ellas, se otorga un conjunto de características a un determinado grupo social.

Ejemplo: ideas en general sobre consumidor@s de drogas.

La ESTIGMATIZACIÓN

- Se produce cuando esas ideas negativas (prejuicios) quedan “pegadas” a cómo se piensa socialmente a un grupo. Es decir, cuando se un grupo se empieza a reconocer con esas ideas negativas e influyen en su identidad. Parecen estables, difíciles de sobrellevar.

Ejemplo: “Yo que soy adict@ ...tal cosa”

Cuando la estigmatización y el prejuicio implican concretar, LLEVAR ADELANTE ACCIONES DE RECHAZO HACIA GRUPOS SOCIALES ESPECÍFICOS, hablamos de DISCRIMINACIÓN.

Ejemplo: “no prestar una buena escucha profesional a una persona consumidora de alguna droga en base a prejuicios”.

Estereotipos en relación al consumo de drogas

Todos estos conceptos son necesarios al analizar la reacción social frente al consumo de drogas. Una serie de “lugares comunes” en los discursos sobre las drogas muestran los estereotipos ligados al consumo. Analizaremos a continuación algunos de dichos estereotipos:

- Cuando se habla de “la droga” como causa de muchos de los males sociales se está pensando a una sustancia, es decir, a una “cosa” como protagonista

de un proceso. Pareciera que se le está dando atributos humanos. Se desconoce la complejidad de la situación.

- Hablar de la droga en singular lleva a no tener en cuenta las diferencias entre los tipos de sustancias y sus efectos, así como a ocultar la importancia del consumo de las drogas cuyo uso está legalizado, especialmente el alcohol.

- Cuando se habla del “flagelo” de la droga se establece una relación entre por un lado el castigo divino, la droga como castigo por una sociedad pecadora, y por otro se habilita una respuesta igualmente agresiva: al flagelo hay que “combatirlo” con medidas drásticas que depuren a la sociedad de este “mal”.

- Cuando se asocia el consumo de drogas a los jóvenes se olvida que el consumo de sustancias se produce en todos los grupos poblacionales ej. adultos y adultos mayores.

- Cuando se habla de la “escalada o carrera del consumo de drogas” (ej. se empieza a consumir marihuana y se sigue por drogas pesadas) se piensa que es un aspecto lineal. El camino posible es solo uno. Así, se desconoce la persona que puede consumir una sustancia y su contexto.

- Cuando se habla del vínculo causal entre consumo de drogas y criminalidad como si las drogas llevaran a cometer actos delictivos se establece una relación superficial. No hay nada que pruebe que un acto criminal no hubiera tenido lugar si el individuo no hubiera estado bajo el efecto de una droga.

REPRESENTACIONES PSICO-SOCIO-COMUNITARIAS SOBRE LOS/AS CONSUMIDORES/AS DE SUSTANCIAS

El trabajo sobre los consumos problemáticos requiere una mirada compleja: desde diferentes saberes, profesionales, instituciones ya que estamos frente a una temática también compleja. Está atravesada por muchos niveles de análisis: los aspectos sociales, políticos, económicos, históricos, las relaciones entre las familias, las particularidades de las personas hoy en día, sus aspectos psicológicos, las sustancias presentes en el mercado, etc.

Por esto, desde este espacio pensaremos a los consumos problemáticos especialmente en el campo de la salud. Más aún, dentro de la salud mental. Esto se basa en lo que presenta la ley de salud mental N°26.657 que en su artículo 4 determina lo siguiente:

- Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental.

Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

Es importante que además hablemos de CONSUMOS PROBLEMÁTICOS, no solamente de adicciones. Cuando hablamos de consumos problemáticos tenemos en cuenta también los abusos de sustancias como puede ser el consumo de alcohol de fin de semana en previas de adolescentes de nuestro país.

¿Qué son los consumos problemáticos?

—aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la saludll. (Art. 2 – Ley N° 26.934)

Entonces... son problemáticos si afectan:

- La salud física y mental de las personas
- Sus vínculos sociales primarios (más cercano como familia, amigos)
- Sus vínculos sociales secundarios (compañer@s de trabajo, estudio)
- Sus relaciones con la ley

En general, los estudios sobre los distintos usos de drogas coinciden que tenemos que tener en cuenta las interacciones que se den entre: SUSTANCIAS, SUJETOS Y CONTEXTO.

Para trabajar sobre la temática tenemos que diferenciar entre **USO, ABUSO Y DEPENDENCIA O ADICCIÓN**

Uso de drogas:

- Utilización de sustancias con el propósito de aliviar una dolencia (por ejemplo, usar medicamentos debidamente recetados por un facultativo) o de experimentar sensaciones placenteras (por ejemplo, fumar o tomar alcohol de forma moderada en las comidas o fuera de ellas)
- Es medido y planificado

- Está en relación con normas consensuadas por la mayoría de las personas que integran una cultura determinada, que consumen en contextos específicos (por ejemplo, acompañando la ingesta de comidas en el caso del alcohol, siguiendo prescripciones médicas en el caso de los medicamentos, etc.).

El USO es entonces aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

Es difícil a veces determinar si existe un “uso” de una sustancia o si se trata de un “abuso”. Para esto... tenemos que observar el contexto en el cual este consumo se realiza.

No solamente debemos prestar atención a la frecuencia en la cual se da, podrían darse consumos esporádicos en los que el sujeto abusara rotundamente de la sustancia.

Tampoco podemos atender sólo a la cantidad, ya que podría haber consumos en apariencia no excesivos, pero repetidos con tanta frecuencia que estarían sugiriendo alguna forma de dependencia.

Tampoco es ajeno a este proceso el estado en que se encuentre el consumidor, ya que, por ejemplo, un mismo consumo moderado de alcohol puede derivar en abuso si el sujeto está tomando tranquilizantes prescritos por su médico.

Es preciso también poner la vista sobre el entorno del sujeto, ya que podría darse un consumo de drogas que además de perjudicar al sujeto, afectara gravemente a terceros.

No todas las drogas permiten una relación de estas características. Por ejemplo, la mayoría de los fumadores son dependientes del tabaco. Existen personas que sólo fuman de vez en cuando, o que no superan los 2 ó 3 cigarrillos, pero son una clara minoría.

Abuso de drogas:

- Consumo con cierta frecuencia y en dosis importantes
- Puede ser aceptado por grupos minoritarios en una sociedad. Entran en esta categoría, por ejemplo, los bebedores excesivos de alcohol que consumen en reuniones o durante los fines de semana.

El ABUSO es aquella forma de relación con las drogas en la que, BIEN POR SU CANTIDAD, POR SU FRECUENCIA Y/O POR LA PROPIASITUACIÓN FÍSICA, PSÍQUICA Y SOCIAL DEL SUJETO, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.

Ejemplos...

El consumo de diez cigarrillos podría ser considerado no excesivo. Sin embargo, cuando esta cantidad se consume con una frecuencia diaria, puede favorecer alteraciones respiratorias.

Por el contrario, alguien podría consumir cocaína en una sola ocasión, pero hacerlo en tal cantidad que desencadenara algún tipo de accidente cerebral.

Puede que una mujer sea moderada en sus consumos habituales de alcohol y tabaco, pero si los mantiene durante el embarazo estará incurriendo en abuso.

Más allá de ideas preconcebidas, en cada caso tenemos que analizar los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y al contexto personal y social en el que el consumo tiene lugar, antes de decidir si nos encontramos en presencia de una situación de uso o de abuso.

Dependencia o adicción:

- Consumos que se caracterizan cuando las personas sienten que no pueden prescindir de una sustancia o de una actividad, que se consume o se realiza de forma continuada en el tiempo.
- Puede haber dependencia o adicciones a sustancias y a actividades.

La DEPENDENCIA o ADICCIÓN es aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una droga frente a otras conductas consideradas antes como más importantes.

PARADIGMAS SOCIO-SANITARIOS EN CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Existen diferentes modelos de atención de los usuarios de drogas, lo que configura diferentes respuestas sociosanitarias frente a esta problemática que se fueron dando en el país. A continuación, te presentamos las principales...

Modelo Abstencionista

- Contexto: década de los ´80
- Postula la abstinencia total de sustancias.
- Trabaja con la situación de adicción para su desintoxicación (predominancia del saber médico en ese momento).
- Se centra en el consumo.
- Se concretará como paradigma por medio de instituciones, por ejemplo, algunas comunidades terapéuticas
- Miradas extremas: demonización de la sustancia

Se suele llevar adelante en
COMUNIDADES TERAPÉUTICAS:

- Ambientes residenciales libres de droga
- Importancia de la disciplina
- Relaciones Sociales Jerárquicas
- Abordaje individual y grupal
- Importancia de los compañeros - fundamental para ayudar a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces.
- Rutinas para manejarse en lo cotidiano
- Contención
- Vivencias relacionales diferentes a las que accedieron en sus contextos y con el objeto droga
- Curación en contraposición a las "recaídas".

Modelo de Reducción de Riesgos y Daños

- Contexto: mediados a fines de la década del ´90
- Parte de que no todo consumo es problemático.
- Trabaja con usuarios/as de drogas (foco no en el consumo sino en los riesgos secundarios del mismo).
- No apología del consumo de drogas - SI disminuir la vulnerabilidad que la situación conlleva.
- Objetivo: disminuir las consecuencias negativas del uso de drogas.
- Evita costos sociales e individuales que acompañan la penalización de drogas, por ejemplo, programas de cambio de jeringas, sustitución de opiáceos, etc.

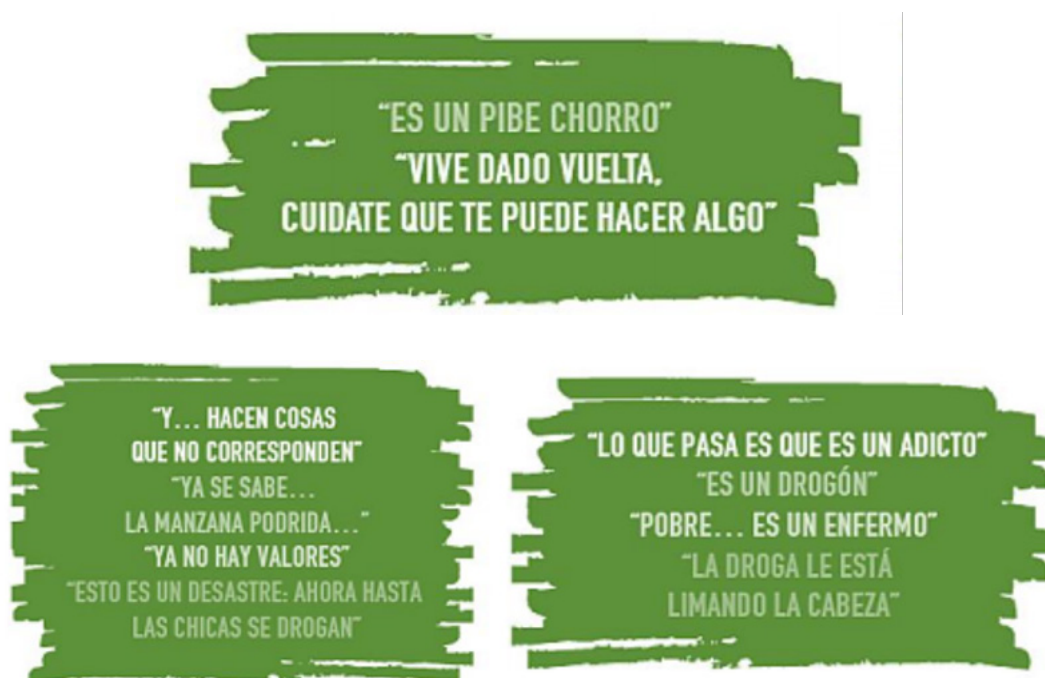
Se suele llevar adelante por
DISPOSITIVOS ESTATALES TERRITORIALES:

El principal objetivo es contactar a los servicios de salud con los/as usuarios/as (instituciones para el tratamiento, desintoxicación – ser puente con otros servicios – repartir material desinfectante, preservativos, etc.).
Limitar la transmisión intravenosa (VIH y Hepatitis B).
Reducir el consumo de drogas.
Evitar el consumo de sustancias "rebajadas" que son altamente perjudiciales para el organismo.
Mejorar la situación laboral, familiar y social del usuario.
Disminuir las conductas asociales (relación con la criminalización del consumo)

En la actualidad, en nuestro país, la activa participación de organismos de Derechos Humanos, asociaciones de profesionales y técnicos, y organizaciones sociales y comunitarias que incluyeron a los/as usuarios/as y sus familias; así como la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) y su reglamentación en el año 2013, en su artículo 4, se instituye que: "las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental". Y se reconoce a "las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales como sujetos de derecho, en su relación con los servicios de salud". (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2011).

MITOS SOBRE EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

Los estereotipos vinculados al consumo de drogas pueden dar lugar a la discriminación de los/as usuarios/as, es decir, a su descalificación como sujetos de derechos. Para problematizar esta cuestión, podemos debatir las siguientes frases que podemos escuchar en conversaciones cotidianas o en los medios de comunicación:



Otras frases para debatir:

- Muchas personas que tienen convulsiones fuman marihuana y les hace bien. Eso es la prueba de que es una sustancia que no hace daño.
- Tener un consumo problemático de drogas es cuando una persona empieza a preocuparse por sus consumos.
- Informar es la mejor forma de prevenir el consumo de drogas.
- Tomarse una pastilla en el boliche por fin de semana no hace mal.
- Las drogas legales son menos perjudiciales que las ilegales.



Cómo citar este texto:

Adriana Villalva (coord.). (2024) "Módulo 1. Formación y Capacitación de Agentes Comunitarios para el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias". Facultad de Psicología, Universidad Nacional de la Plata.



PLANIFICACIÓN Y ACTIVIDADES

A continuación, presentaremos la planificación de dos encuentros realizados en el marco de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Cada uno de ellos se estructura a partir de momentos que incluyen instancias de reflexión grupal, lectura de materiales sugeridos y actividades prácticas.

Objetivos:

- Abordar los conceptos de "consumo" en un sentido amplio y en relación con el consumo problemático de sustancias que permita problematizar el consumismo en la sociedad actual.
- Comprender las diferencias entre uso, abuso y adicción de sustancias.
- Problematizar las representaciones y estereotipos sociales sobre los/as "jóvenes" y las "juventudes" desde una perspectiva de derechos.
- Mapear espacios barriales por los que circulan o de los que se apropian en sus recorridos y prácticas los/as jóvenes.
- Debatir sobre los consumos problemáticos en nuestros barrios y delimitar acciones preventivas que podrían llevarse a cabo desde la promoción de la salud.
- Conocer los espacios destinados a la salud mental y la atención de adicciones que existen en nuestra región.

ENCUENTRO 1



¿QUÉ IDEAS TENEMOS DE LAS JUVENTUDES?

//Primer momento

Les pedimos a todos/as los/as estudiantes que escriban en un papel tres palabras o frases vinculadas a los/as jóvenes. Los/as facilitadores/as los recolectan en una bolsa y los mezclan.

Posteriormente, mientras un/a facilitador/a va sacando los papeles de la bolsa para debatir colectivamente:

¿Qué ideas sobre las juventudes aparecen? ¿Hay semejanzas en las palabras y/o las frases escritas? ¿Cuáles?

//Segundo momento

En grupo, vemos los siguientes videos donde aparecen distintas representaciones sobre los/as jóvenes:

- ANTI (corto) - Violencia Institucional: <https://www.youtube.com/watch?v=03YwgZ482v8>
- Pibes de Barrio: <https://www.youtube.com/watch?v=b5jNnDSUx18>
- Damas Gratis - Quieren bajarme [Encuentro en el estudio]: <https://www.youtube.com/watch?v=umOKPKda6VQ>

A partir de los videos, debatimos:

- ¿Qué miradas sobre los/as jóvenes podemos identificar?
- ¿Todos los/as jóvenes son tratados/as de la misma manera? ¿Encontramos diferencias? (vinculadas, por ejemplo, al barrio en el que viven, la vestimenta, el aspecto, etc.)
- ¿A qué se hace referencia con “violencia institucional”? ¿y “gatillo fácil”?
- En relación con las preguntas anteriores, ¿Qué significaría entonces que los/as jóvenes son sujetos de derecho?

//Tercer momento



En esta actividad proponemos volver al mapa construido colectivamente en los encuentros anteriores para incluir los siguientes puntos:

- De los espacios mapeados, ¿por cuáles circulan los/as jóvenes?

- ¿Hay otros espacios por donde transitan que aún no fueron mapeados?
- ¿Hay calles, plazas, esquinas en las que podamos encontrar jóvenes de manera frecuente?
- ¿Las jóvenes del barrio circulan por el mismo lugar que los jóvenes?
- ¿Realizan las mismas actividades?
- ¿Qué otros espacios sería importante que existan en los barrios para que los/as jóvenes habiten? ¿Por qué? ¿Dónde podrían ubicarse?

Luego de debatir e identificar los espacios que suelen ser frecuentados/as por los/as jóvenes, les proponemos representarlos en el mapa colectivo del barrio.

.....ENCUENTRO 2

CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

//Primera parte

A partir de la lectura del texto “El consumismo en la sociedad actual”, presente en la bibliografía de esta clase, en grupos, debatimos:

- ¿Qué implica vivir en una sociedad “consumista”?
- ¿Todos/as tenemos las mismas capacidades de acceder a los productos y los servicios?
- ¿Qué consumos o el consumo de qué tipo de cosas pueden generar dependencias?
- ¿Qué implica hablar de estereotipos sociales?
- ¿Qué estereotipos existen sobre el consumo de drogas?

La idea es pensar a los sujetos en contextos más amplios, es decir, en una sociedad y sistema donde el consumo prevalece y donde el abuso o la adicción no puede circunscribirse únicamente al consumo de sustancias o drogas. Es necesario pensar el problema situado en marcos más generales y las especificidades que ese problema tiene en nuestros barrios, sin individualizar y/o estigmatizar a los/as consumidores/as.

Se mira diferente a varones y mujeres, porque los consumos de sustancias parecen ser “cosas de ellos”. Ellos tienen aguante, y tienen que demostrarlo. Pero cuando consume una mujer, se la mira mal: ¿cuida a sus familiares?, ¿es decente, buena madre? Los mandatos recaen tanto en varones como en

mujeres. A los varones les toca mostrarse como “machos”, exponiéndose a diferentes situaciones de riesgo –por ejemplo, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas-, y de las mujeres se espera que sean responsables, rescatadas, que vivan pendientes de la atención y los cuidados de los miembros de la familia.

//Segunda parte

Los consumos problemáticos pueden ser abordados desde múltiples aristas, pero, desde este espacio, los pensaremos como una problemática de salud, más específicamente relacionada con la salud mental.

Leemos el texto “Representaciones psico-socio-comunitarias sobre los/as consumidores/as de sustancias”, presente en la bibliografía y, grupalmente, debatimos:

- ¿Es lo mismo hablar de adicción que de consumos problemáticos?
- ¿Existen diferencias entre uso/abuso de sustancias?
- ¿Qué sustancias pueden catalogarse como “drogas”?
- ¿Qué situaciones vinculadas a los consumos problemáticos y a las adicciones podemos encontrar en nuestro barrio?
- ¿Qué consecuencias concretas tienen estas situaciones?
- ¿Quiénes son afectados? (tanto la persona que tiene problemas de consumo como su círculo cercano, etc....)
- Como promotores/as de salud, ¿qué tipo de acciones podrían desarrollar para la prevención y el abordaje de este tipo de problemáticas?

Luego, construimos un pequeño listado de problemáticas vinculadas a los consumos problemáticos y adicciones en nuestros barrios / comunidades. El fin será elaborar un material que nos permita dimensionar dichas situaciones y, a futuro, pensar acciones concretas para desarrollar.

//Tercera parte

En grupos, leemos el apartado “Paradigmas socio-sanitarios diferentes modelos de atención de los usuarios de drogas” e identificamos:

- ¿Qué modelos de atención podemos encontrar? ¿Qué características tienen? ¿Dónde suelen llevarse a cabo?
- ¿Qué propuesta lleva adelante el modelo de “reducción de riesgos y daños”?
- ¿Conocen espacios destinados a la salud mental y las adicciones en sus barrios? ¿Cuáles? ¿Dónde se encuentran ubicados?

Finalmente, proponemos crear un recursoro de espacios que atiendan a personas afectadas por el consumo problemático en nuestra región utilizando los lugares que conocen las/os estudiantes y buscando información para complementarlo. También podemos ubicar estos lugares en el mapeo colectivo.

Para terminar

Teniendo en cuenta las problemáticas identificadas en nuestros barrios y los espacios existentes para la atención de adicciones (en nuestras comunidades, enmarcados en la salud pública o en comunidades terapéuticas, organizaciones sociales u ONGS, etc.) nos dividiremos en grupos para:

Opción 1: construir afiches en donde se brinde información sobre alguno de los temas abordados en este encuentro. Cada grupo deberá realizar un afiche orientado a brindar:

- Información general sobre adicciones y consumos problemáticos, a modo de información para la comunidad en general.
- O bien, información sobre espacios existentes para el abordaje de las adicciones. Podemos elegir una o algunas y señalar nombre, ubicación, perspectiva, etc.

*Se necesitarán: afiches, fibrones, lápices, diarios, revistas (para recortar imágenes), etc.

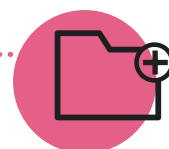
Opción 2: pensar estrategias y planificar una actividad que nos permitan acercarnos a los espacios por donde circulan lxs jóvenes que mapeamos el primer día que nos permitan realizar actividades de promoción y prevención en consumos problemáticos.

Para tener en cuenta:

Se pueden realizar afiches, posters, folletos o cualquier otro material que esté orientado a la difusión, la prevención y el abordaje de las adicciones. Incluso dichos materiales pueden repartirse entre quienes viven en el barrio o utilizarse en jornadas, encuentros o talleres específicos organizadas por las/os futuras/os promotoras/es, facilitadoras/es u otras organizaciones para trabajar sobre esta problemática en los distintos territorios.

En el caso de La Plata, Berisso y Ensenada pueden consultar el Anexo B- Recursero donde encontrarán información sobre efectores de salud y redes de abordaje regional para adicciones y consumo problemático de sustancias.

MATERIALES PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO







- Bang, C. L. (2013). Estrategias comunitarias en (promoción de) salud mental: una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas.
- Programa de Acompañantes Comunitarios: Cuaderno de trabajo - SEDRONAR https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cuaderno_de_trabajo_acompanantes_comunitarixs_web.pdf
- Juventudes. Estrategias de prevención y cuidados. SEDRONAR 2022 https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_juventudes_web.pdf (algunas sugerencias para trabajar UPD / Día del estudiante que puede servir (pp. 35) y propuestas de intervención con jóvenes (pp. 28))



MÓDULO 9

Género, violencias y salud sexual

Este módulo
contiene:

- **Bibliografía** 
 - La perspectiva de género en nuestros abordajes en salud
 - Cuerpos, sexualidad y placer
 - Consideraciones para el abordaje de la salud sexual y reproductiva
- **Ley de protección integral a las mujeres** 
- **Planificación y actividades** 
- **Materiales para seguir profundizando** 

Introducción

El género, parte de la identidad de las personas, debe ser entendido como un determinante del acceso a la salud. Esa identidad autopercibida, y las construcciones sociales y culturales en torno a ella, pueden influir en las problemáticas que nos afectan y el vínculo que tengamos con el sistema de salud. Distintas cuestiones en relación al género y a la sexualidad merecen un énfasis particular por constituir temáticas clave, como lo son la prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no planificados. Asimismo, la violencia de género, como problemática social emergente, también puede y debe ser abordada desde el ámbito de la salud.

Con el apoyo de un amplio marco teórico y legal construido a lo largo del tiempo gracias al aporte de profesionales de distintas disciplinas y activistas, este módulo se propone introducir la perspectiva de género en temáticas vinculadas a la salud y presentar un abordaje inicial para este tipo de problemáticas.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN NUESTROS ABORDAJES EN SALUD



En esta instancia abordaremos algunas dimensiones generales en torno a cómo pensar nuestros abordajes en salud desde la perspectiva de géneros. La idea en este momento no es profundizar en construcciones y definiciones academicistas, sino compartir un marco claro, teórico y político, que nos permita reflexionar, desde los diferentes roles que asumamos, sobre nuestro papel como garantes del derecho a la salud de la población y, asimismo, visibilizar que los abordajes y acompañamientos que se realizan bajo esta perspectiva contribuyen efectivamente a que eso suceda.

Por otro lado, es importante señalar que circunscribimos el abordaje de la temática en un módulo, únicamente con fines pedagógicos; nuestro posicionamiento político es que la perspectiva de género puede y debe transversalizarse a cualquier dimensión y área que pretendamos analizar.

Una aproximación

Introducir y transversalizar la perspectiva de género en el campo de la salud implica ser sensibles al hecho de que nuestros géneros, sexualidades e identidades de género producen diferencias en las oportunidades y recursos que tenemos a disposición las diferentes personas para acceder al derecho a la salud; y asimismo nos condicionan patrones diferenciales de salud y enfermedad.

En este sentido, es importante remarcar que aquellos géneros, sexualidades e identidades de género que no se correspondan con la “norma” (con el sistema binario sexo-género establecido) son las poblaciones más vulneradas, y hacemos referencia principalmente a la población LGBT+ (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, travestis, entre otras identidades).

En todo momento tendremos en cuenta que el género, la orientación sexual, la identidad de género no son “problemas” que conducen a una persona al sistema de salud; sino que el problema es la relación con el conjunto

de normas sociales que, en virtud de estas características, dificultan, restringen y limitan su vida cotidiana.

Marco conceptual

En este apartado, desarrollaremos conceptos teóricos introductorios necesarios para abordar la temática. Algunas definiciones se presentarán en forma general y sintética. Su intención no es dar por sentado que existen saberes previos sobre los que no se deba profundizar, sino presentar de manera clara y práctica algunas ideas y lineamientos que nos aporten a pensar, desde una perspectiva de género, nuestra tarea cotidiana.

Es importante tener presente que las ideas y conceptos que más utilizamos y conocemos, relativos a los sexos y los géneros, se dan en el marco de un sistema binario que considera, reconoce y legitima solo dos categorías, mutuamente excluyentes, jerarquizadas en su valor: macho-hembra, hombre-mujer, masculino-femenino. Asimismo, en este marco, las nociones de sexo y género, mantienen relaciones de correspondencia entre sí, de modo que al cuerpo de hembra le correspondería el género femenino, mientras que al cuerpo de macho le correspondería el género masculino (Gutiérrez, 2011).

A su vez, las lógicas de ese sistema binario se producen, legitiman y reproducen en nuestra sociedad patriarcal. Cuando hablamos de patriarcado, podemos decir que se trata de una forma de organización de la sociedad cuyo sistema de creencias y prácticas validan y legitiman en sentido amplio la subordinación de la mujer y lo “feminizable”, y la supremacía de lo masculino y del varón.



En palabras de Marta Fontela:

“[...]El patriarcado puede definirse como un sistema de relaciones sociales sexo-políticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurado por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva, oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, ya sea con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia”

Son, de hecho, las sociedades patriarcales las que producen desigualdades entre los géneros, y consolidan, para su perpetuación, la naturalización de la diferenciación mediante diferentes recursos que la sostienen y otorgan un lugar privilegiado a los varones como propietarios de diferentes bienes, tanto materiales como simbólicos, engendrando a su vez relaciones de opresión que también se hacen extensivas a cualquier otra identidad sexo-genérica que no se inscriba en una masculinidad cis. (Seminario: “Herramientas para el abordaje de situaciones de violencia de género hacia las mujeres” - Dirección de Género y Salud - Facultad de Ciencias Médicas, UNLP).

Otros conceptos clave

Sexo: refiere a lo que nuestra sociedad ha dado en identificar como las diferencias biológicas y genéticas entre varones y mujeres; machos y hembras. Esto incluye diferencias anatómicas, cromosómicas y fisiológicas. Histórica y socialmente se ha entendido al sexo como “lo natural” y, aunque existen muchas formas para definir el sexo de una persona, en nuestras sociedades se opta por la observación de los genitales externos. “Si tiene pene es varón, si tiene vulva es mujer”.

Género: no existe una única forma de entender la idea de género, sino que hay múltiples perspectivas y reflexiones teóricas; de modo muy general, vamos a decir que se trata del conjunto de características, atributos, “condiciones” asignadas a las personas, a partir de la diferencia biológica entre los sexos, y que establecen lo que es “ser varón” o “ser mujer” para una sociedad determinada.

Identidad de género: según la Ley N° 26.743 de Identidad de Género, “es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales”.

Orientación sexual: Hacia qué personas se orienta el deseo afectivo y/o sexual; puede ser hacia personas del mismo género (homosexualidad), del otro género (heterosexualidad), de ambos (bisexualidad), así como sin distinción de a qué tipo de personas se orienta el deseo (pansexualidad), sin deseo hacia otras personas (asexuales), etc. El género de una persona no determina su orientación sexual. (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020. Guía de tratamientos de modificación corporal hormonal para personas trans)

Heteronormatividad: Régimen social y político, según el cual la forma aceptable y normal de expresión de los deseos y de la identidad es la heterosexualidad, presuponiendo que lo masculino y lo femenino existen y que son complementarios. Habitualmente las personas que transgreden estos supuestos resultan marginadas y serán vulnerables a padecer procesos de discriminación, invisibilización y violencia. (Ministerio de Salud de la Nación, 2020. Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias).

Persona trans: aquella persona a la cual se le asignó un determinado género al momento del nacimiento y que en el desarrollo de su vida se identifica con otro género.

Persona cis: aquella persona a la cual se le asignó un determinado género al momento del nacimiento y que en el desarrollo de su vida se identifica con el género asignado.

Intersexualidad: las personas intersex son aquellas nacidas con una anatomía genital que varía respecto de las categorías clásica y culturalmente descritas (macho - hembra); esto puede ser identificado al momento del nacimiento o más adelante en el desarrollo de su vida. Las personas intersex frecuentemente son sometidas a tratamientos médicos y/o quirúrgicos, para modificar sus cuerpos con el fin de hacerlos “más normales”, adecuarlos al marco binario masculino/femenino, generalmente sin su consentimiento, sin justificación biomédica y con importantes secuelas para su salud. Una persona intersex puede desarrollarse cis o trans, al igual que con diversas orientaciones sexuales. (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020. Guía de tratamientos de modificación corporal hormonal para personas trans)

Género no fluido/no binario/género neutro/queer: se trata de las personas que no adscriben al género binario, es decir, que no se identifican como hombres ni como mujeres. Estas personas también pueden solicitar tratamientos hormonales o quirúrgicos para adecuar sus características físicas a su vivencia personal del cuerpo. (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020. Guía de tratamientos de modificación corporal hormonal para personas trans)

Estereotipos de género: son construcciones, creencias e ideas culturalmente aceptadas en relación a los géneros y a la representación que producimos y reproducimos de ellos. Se construye la idea de cómo debe ser una mujer y cómo debe ser un hombre. Por ejemplo, las niñas y mujeres deberán tener una personalidad sumisa, cuidadosa, no conflictiva, silenciosa, emocional, aplicada, maternal; mientras que para los varones se refuerzan ideas sobre el ser valientes, prácticos, simples, pragmáticos,

violentos, celosos, agresivos, resolutivos. Asimismo, nuestra sociedad produce y reproduce estereotipos sobre la disidencia y la diversidad sexual, por ejemplo, se construyen las siguientes ideas, como si fueran verdades indiscutibles y propias de cada grupo

Algunos ejemplos:

- **Lesbianas:** “odian a los hombres” - “son marimachos, machonas” - “quieren ser hombres” - “fueron violadas o maltratadas y por eso no se vinculan con hombres”.

- **Gays:** “son promiscuos, afeminados, escandalosos”, “les faltó una figura paterna”, “fueron criados entre mujeres”, “son infieles”.

- **Bisexuales:** “soy gays o lesbianas reprimidas/as”, “les gusta todo”, “no se definen”.

- **Personas trans:** “no saben quiénes son”, “nacieron en un cuerpo equivocado”, “están enfermos mentalmente”. (Ministerio de Salud de Uruguay, 2015. Salud y Diversidad Sexual - Guía para profesionales de la salud).



Bibliografía consultada para elaborar este texto:

Gutiérrez, M.A (Comp.) (2011). *Voces Polifónicas. Itinerarios de los géneros y las sexualidades*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Godot.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2020). *Guía de tratamientos de modificación corporal hormonal para personas trans*. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/generoydiversidad/files/2020/09/Gu%C3%ADa-TMCH-1-Versi%C3%B3n-2020.pdf>

Ministerio de Salud de Uruguay (2015). *Salud y Diversidad Sexual - Guía para profesionales de la salud*. Recuperado de https://psico.edu.uy/sites/default/files/files_ftp/libros/guia-salud-y-diversidad-sexual.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2020). *Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias*. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>



Cómo citar este texto:

Leiva, Gisela. (2021). La perspectiva de género en nuestros abordajes en salud. Material elaborado en el marco de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social de la Universidad Nacional de La Plata.



CUERPOS, SEXUALIDAD Y PLACER



Si te preguntáramos qué es lo que más te gusta de vos, ¿qué responderías? Podrías nombrar una parte del cuerpo, como las manos o los ojos. También la forma de reír, o una manera de bailar. Todos estos aspectos le dan forma a nuestra identidad. Nuestros modos de pensar, de hablar, de actuar, y también nuestra corporalidad, en conjunto forman nuestro ser.


Nuestro cuerpo es una forma de expresar quiénes somos. Entre otras cosas, es una herramienta para movernos, divertirnos, trabajar, tener hijxs si lo deseamos, y también para sentir placer.

La Organización Mundial de la Salud (2006) define a la salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar”. Además, amplía al respecto:

“La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales.”

De esta manera, se contemplan no sólo cuestiones orgánicas en relación al cuerpo físico, sino que también se mencionan las relaciones, la seguridad y el placer.

Cuando hablamos de sexualidad, podemos hablar de las formas en que nos vinculamos con otras personas, pero primero hay que pensar en cómo



nos vinculamos con nuestro propio cuerpo. Y para hablar del placer en la sexualidad, tanto con otrxs como con unx mismx, es fundamental conocer nuestro cuerpo.

Si nos miramos desnudxs frente a un espejo, probablemente veamos muchas cosas que nos gustan y otras que no tanto. Inclusive esa percepción es dinámica, y nuestro sentir cambia con el tiempo y el contexto. Esas cosas que no nos gustan, en general tienen mucho que ver con los estereotipos de género y las presiones sociales para vernos de una u otra forma. La celulitis, las estrías, los “rollitos”, no tienen nada de negativo de por sí, pero si los medios de comunicación y la sociedad en general nos dicen que los cuerpos “lindos” o “deseables” son de determinada forma, va a ser más difícil aceptarnos, querernos y sentirnos deseables por fuera de esa norma. Aun reconociéndolos, es muy difícil desarmar todos esos estereotipos y presiones sociales que por tantos años se fueron profundizando en nuestra cultura y en nosotrxs mismxs. Pero siendo conscientes podemos comenzar ese proceso e intentar transmitir algo distinto a quienes nos rodean.

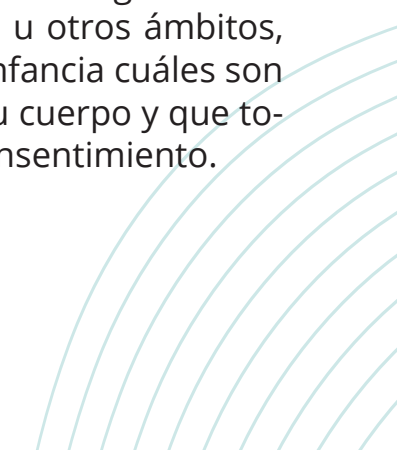
A veces parece ser un tabú hablar de sexualidad y de nuestros órganos sexuales, sobre todo con las infancias. Sin embargo, es fundamental hacerlo para cuidar nuestra salud, y así lo refuerza la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral.

¿Con quién hablaste por primera vez de tus genitales, y de cómo cuidarlos? ¿Aprendiste algo de la televisión o de una revista? ¿Compartiste información con amigxs?

Si menstruás, ¿qué sentiste cuando sucedió por primera vez? ¿Sabías qué esperar, te sorprendiste, o asustaste?

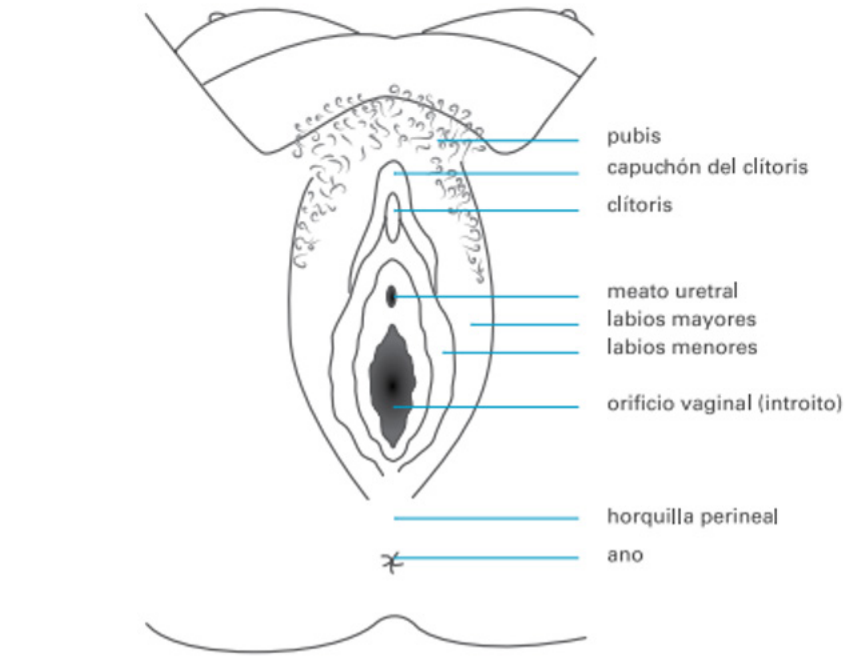
¿Disfrutaste tu primera relación sexual? ¿O te hubiera gustado saber algo que en ese momento no sabías?

Hablar de estos temas desde la niñez, nos permite transmitir información segura, evitando que sean consultadas fuentes no confiables. La información es lo que va a permitirnos cuidar nuestro cuerpo de la mejor manera y haciendo respetar nuestros derechos. La educación sexual integral en los establecimientos educativos, acompañada en los hogares u otros ámbitos, es fundamental para que lxs niñxs comprendan desde la infancia cuáles son sus derechos, el poder de decisión que tienen por sobre su cuerpo y que todas las prácticas que lo involucren deben contar con su consentimiento.

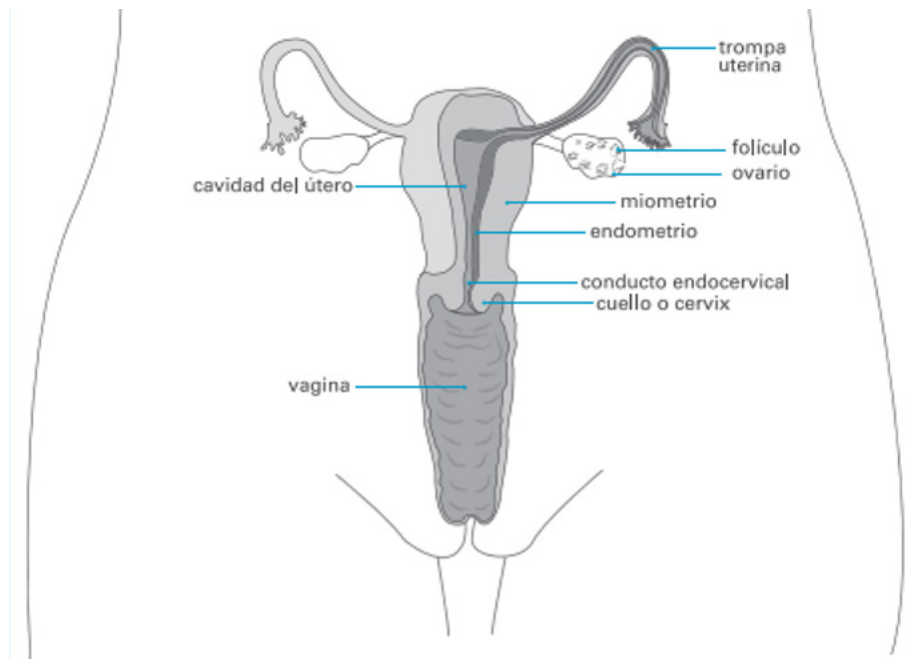


Estas son ilustraciones de órganos sexuales:

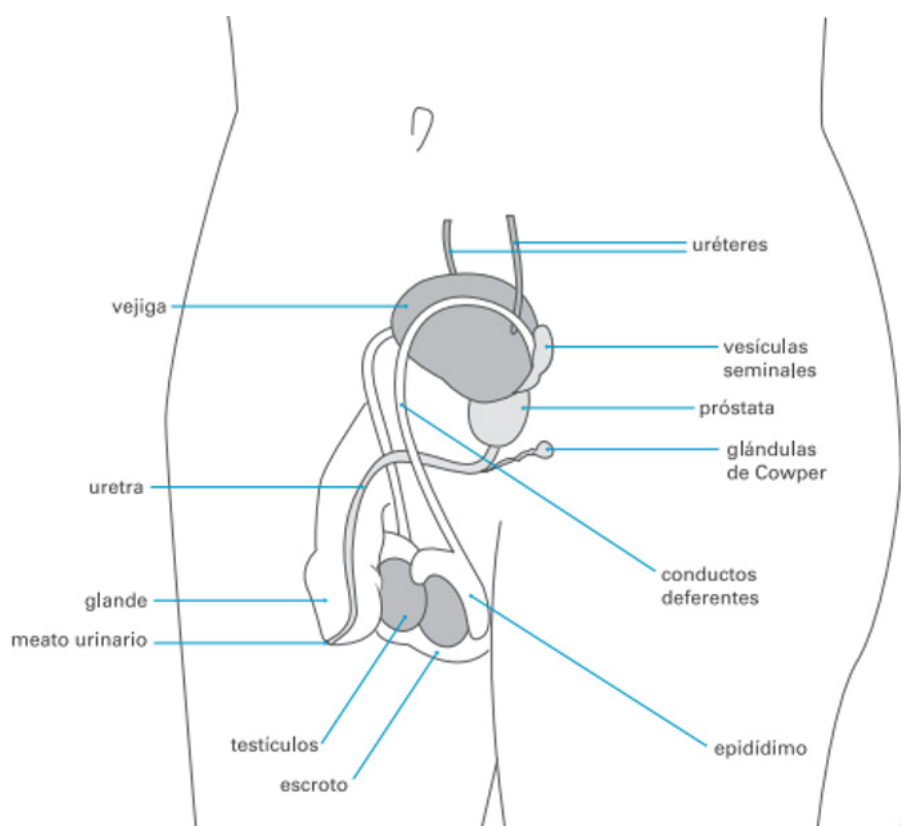
Genitales externos del sistema vulva-vagina-útero-ovarios



Genitales internos del sistema vulva-vagina-útero-ovarios



Sistema pene-conductos espermáticos-testículos



Fuente: Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la Salud. Actualización 2019. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación.

Para las personas con pene es mucho más fácil reconocer sus genitales externos porque están más expuestos. Para las personas con vulva-vagina es más difícil porque necesitamos la ayuda de un espejo para vernos, pero también podemos usar nuestro tacto para reconocer cada parte de nuestro cuerpo.

Al igual que con el resto de las partes de nuestro cuerpo, los genitales también están sujetos a normas y presiones estéticas socioculturales. Sin embargo, hay que saber que existe una gran variabilidad interpersonal en cuanto a la apariencia de los mismos, y eso no implica una patología. Lo importante es conocernos y cómo se "siente" para reconocer cuando algo cambia. De esta manera, además de realizar controles médicos periódicos, podemos consultar ante modificaciones o molestias que podamos reconocer.

Muchas veces dejamos de lado el cuidado de nuestro cuerpo porque estamos muy ocupadxs cuidando el cuerpo y la salud de otrxs, sobre todo en el caso de las mujeres y otras identidades feminizadas. Sentimos el mandato o deseo de priorizar la atención sobre los cuerpos de nuestrxs hijxs, padres,

parejas, vecinxs o amigxs. Pero justamente por eso, porque son nuestros cuerpos herramientas muy valiosas, que nos permiten cuidar de otrxs y también disfrutar y gozar, en la medida en que mejor los cuidemos, mejor podremos disponer de ellos para lo que deseemos.

Cuidar nuestra salud sexual implica, por un lado, cuidar nuestros genitales, tener en cuenta el uso de métodos que nos protejan de las enfermedades de transmisión sexual y el uso de métodos anticonceptivos. Pero, por otro lado, y fundamentalmente, implica poner en valor nuestro placer. Tenemos derecho al goce, a disfrutar plenamente nuestras relaciones. Tenemos derecho a elegir cómo, cuándo y con quién vincularnos sexualmente, siempre priorizando el consentimiento. Todas las prácticas sexuales deben ser acordadas y respetando los deseos de cada unx, a cada momento.



Cómo citar este texto:

Martínez, María Belén. (2023). CUERPOS, SEXUALIDAD Y PLACER. Material elaborado en el marco de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social de la Universidad Nacional de La Plata.



CONSIDERACIONES PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



¿Qué es el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable?

Es un programa creado por la Ley N°25673 y su tarea es promover la igualdad de derechos y el acceso a una atención integral de la salud sexual y la salud reproductiva de las personas.

Sus objetivos son:

-Alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva para toda la población, con el fin de que pueda adoptar decisiones libres, autónomas, sin discriminación, coacciones ni violencias.

- Disminuir la morbimortalidad materno-infantil.
- Prevenir embarazos no intencionales.
- Promover la salud sexual y la salud reproductiva de las y los adolescentes.
- Contribuir a la prevención y detección precoz de infecciones de transmisión sexual, VIH y patologías genitales y mamarias.
- Garantizar el acceso a información, orientación y métodos anticonceptivos; y a una atención integral en salud sexual y salud reproductiva.
- Potenciar la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos básicos.

¿Qué son los derechos sexuales?

Según el Ministerio de Salud de la Nación, “se refieren a poder decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, a vivir la sexualidad sin presiones ni violencia, a que se respete la orientación sexual y la identidad de género sin discriminación, a acceder a información sobre cómo cuidarse, y disfrutar del cuerpo y de la intimidad con otras personas. Todas las personas tenemos derecho a disfrutar de una vida sexual elegida libremente, sin violencia, riesgos ni discriminación.”

¿Qué son los derechos reproductivos?

Según el Ministerio de Salud de la Nación, “todas las personas tenemos derecho a decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijas/os, con quién, cuántos y cada cuánto tiempo. También son derechos recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y el acceso gratuito al método elegido.”

¿Qué son los métodos anticonceptivos?

Los métodos anticonceptivos (MAC) son todas las herramientas utilizadas para disminuir las posibilidades de un embarazo. Cada MAC tiene características particulares, ventajas y desventajas. Es importante que sepamos que ningún método es 100% efectivo, pero usados correctamente tienen una altísima eficacia en la prevención de un embarazo no deseado.

Es necesario, como trabajadores/as de salud, considerar la situación de cada persona en particular para poder buscar junto a ella un método que se ajuste a su estado de salud, deseos y costumbres: la anticoncepción se plantea como una manera que tienen las personas de poder elegir si tener o no hijos/as, cuántos/as y cuándo tenerlos/as.

El Estado nacional garantiza la provisión gratuita de una canasta de métodos, tanto en el sistema público como en obras sociales y prepagas.

Con la sanción en el año 2006 de la Ley Nacional N° 26130 de Anticoncepción Quirúrgica, se reconoció a la ligadura de trompas y a la vasectomía como métodos anticonceptivos y se legalizó su práctica en forma gratuita para personas mayores de edad.

El acceso a métodos anticonceptivos es un derecho.

Existen diferentes métodos anticonceptivos que, según su forma de acción, se clasifican de la siguiente manera:

1. De barrera	2. Hormonales	3. Intrauterinos	4. Quirúrgicos
-Preservativo -Campo de látex	-Anticonceptivos orales -Anticonceptivos inyectables -Anticoncepción de emergencia -Chip/implante -Anticonceptivo exclusivo para la lactancia materna	-DIU	-Ligadura de trompas -Vasectomía

1. Métodos de barrera

-Preservativo: también conocido como condón, forro o profiláctico.

Modo de uso: el preservativo debe ser utilizado desde el comienzo de la relación sexual. Es una funda de látex que envuelve el pene erecto y debe colocarse previo a la penetración de vagina, ano o boca. Utilizado de esta forma, además de prevenir embarazos no deseados, evita infecciones de transmisión sexual (ITS).

- Es el único método que previene las ITS

Se puede usar solo una vez y, luego del uso, se descarta. Es de buena práctica revisar la fecha de vencimiento y que no esté roto al retirarlo.

Para el uso de este método, se necesita del compromiso y la motivación de la persona con pene; se recomienda estimular la comunicación entre ambas partes de la pareja antes del encuentro sexual sobre el uso del preservativo.

Se consigue de forma gratuita en centros de salud y hospitales.

No tiene complicaciones para la salud ni disminuye la libido. No es cierto que disminuya la sensibilidad. No deben usarse dos preservativos a la vez ya que pueden romperse y no confieren doble protección. Solo pueden utilizarse lubricantes a base de agua.

-Campo de látex: es un método de barrera. No es un método anticonceptivo dado que no se lo utiliza para prevenir embarazos, sino que es útil para protegerse de infecciones de transmisión sexual cuando se practica sexo oral sobre vagina o ano.

¿Cómo se construye?

Se toma un preservativo, se lo retira del envase con cuidado de no romperlo. Se desenrolla el preservativo y, con una tijera, se corta el aro de la base. Luego se hace un corte longitudinal hasta obtener una superficie rectangular: este es el campo de látex, que se colocará sobre vagina o ano.

Es importante reflexionar sobre la carencia de métodos de protección para personas con vulva: es muy incómodo realizar un campo de látex en medio de un acto sexual, lo que conlleva a que no se utilicen. Actualmente, es muy difícil el acceso a preservativos para vulvas.

2. Métodos anticonceptivos hormonales

-Anticonceptivos orales: también conocidos como anticonceptivos, pastillas anticonceptivas.

Son pastillas que se toman todos los días.

Dependiendo de la presentación, pueden ser 28 comprimidos: 21 con hormonas (también llamados “activos”) y 7 de “placebo”, 24 con hormonas y 4 de placebo, o directamente de 21 comprimidos activos. Tienen que tomarse siempre a la misma hora. Su efecto consiste en evitar la ovulación, esto significa que, correctamente tomadas (siempre a la misma hora, sin olvidar ninguna), evitan el embarazo. No previenen las ITS.

Para comenzar a utilizar este método, tenemos que hacer una consulta médica en la que se nos tomará la presión arterial y se nos harán preguntas sobre nuestros antecedentes médicos. Si no hay contraindicaciones, se pueden indicar en esa misma consulta, sin la necesidad de estudios adicionales (análisis de laboratorio, ecografías). En general, se empiezan a tomar el primer día de la menstruación.

Es necesario tomar las pastillas todos los días a la misma hora y sin olvidarlas, tengamos relaciones sexuales ese día o no.

Si por otras razones nos recetan antibióticos u otras medicaciones, es importante mencionar a nuestro/a médico/a que tomamos pastillas porque pueden disminuir su efecto (durante ese tiempo nos tenemos que cuidar con un método de barrera).

Si por algún motivo vomitaste o tuviste diarrea mientras tomabas pastillas anticonceptivas, tené en cuenta que existe la posibilidad de que su efecto anticonceptivo disminuya. En estos casos, recomendamos lo siguiente:

- Si vomitás dentro de las 4 horas siguientes a la toma, tenés que tomar la siguiente pastilla lo antes posible: si había tomado la pastilla del día 15 y vomité, tomo la pastilla del día 16 (aunque esté en el día 15). Al día siguiente, se sigue con la toma diaria. En este caso, se terminará el envase un día antes de lo previsto y debe iniciarse el próximo también un día antes.
- Si tenés diarrea, tenés que usar un método de barrera adicional mientras duren los síntomas y durante los siguientes siete días. Si la diarrea dura más que las pastillas con hormonas (comprimidos activos), no hagas

la semana de descanso o placebo y comenzá directamente con la siguiente caja (para usuarias de anticonceptivos de 28 comprimidos). En este último caso, puede ser que no haya menstruación.

- Se consiguen de forma gratuita en centros de salud y hospitales.

No es verdad que tengamos que hacer un “descanso”: pueden tomarse de forma continua, sin interrupciones, todo el tiempo que la persona quiera cuidarse con este método. Si la persona desea buscar un embarazo, puede suspender este método y lograrlo casi inmediatamente después. Cualquier problema con su fertilidad estará asociado a otras situaciones. No producen cáncer.

-Anticonceptivos inyectables: conocido como inyección anticonceptiva, inyectable

Son dosis de hormonas inyectables, que evitan el embarazo inhibiendo la ovulación (igual que los anticonceptivos orales). Esta inyección puede aplicarse de forma mensual o cada tres meses, pero siempre en la misma fecha. Es muy importante respetar la fecha de la inyección. Si me paso en más de tres días de la fecha que me indicaron, tengo que utilizar un método de barrera para evitar el embarazo.

La primera inyección se da el primer día de la menstruación. Por ejemplo, si me doy una inyección el 1 de julio, la siguiente tiene que ser el 1 de agosto (en el caso de las mensuales).

Al principio del uso de este método, la menstruación puede volverse irregular: prolongada, disminuir y con el tiempo, ausentarse.

No previenen las ITS.

Se consigue de forma gratuita en centros de salud y hospitales.

No se requiere del consentimiento de la pareja.

No deja estéril a la persona que lo usa: es un método reversible, al dejar de usarlo se recupera la fertilidad. No es necesario un “descanso” entre inyecciones. No es doloroso. No produce cáncer.

-Anticoncepción de emergencia: conocida como pastilla del día después

Consiste en una o dos pastillas que tienen altas dosis de hormonas y se toman luego de una relación sexual sin protección para evitar la ovulación -y por ende, el embarazo-.

Se recomienda tomarla dentro de las primeras doce horas después de una relación sin protección o en la que haya fallado el método utilizado. Si bien se puede tomar hasta 5 días después del evento, va perdiendo eficacia a medida que el tiempo pasa.

No previenen las ITS.

En caso de que la persona estuviera embarazada, no produce el aborto ni afecta al embrión. No se recomienda utilizarla frecuentemente debido a que puede producir náuseas, vómitos y alteraciones del ciclo.

No es cierto que la pastilla del día después sea abortiva: una vez que se produjo el embarazo, no tiene ningún efecto. Es un mito que “no puede tomarse más de dos veces al año”: puede tomarse más veces de ser necesario, si bien no es lo recomendado por las alteraciones del ciclo y efectos adversos que se padecen con su uso. No es más efectiva que otros anticonceptivos hormonales.

-Implante subdérmico: también conocido como chip.

Es un plástico que se coloca debajo de la piel y libera hormonas, impidiendo la ovulación y por ende el embarazo. Su aplicación la hace un profesional y es a través de un pequeño corte en la piel con anestesia: no duele.

Una vez que se aplica, su efecto dura entre 3 y 7 años. Tiene que ser controlado por un profesional una o dos veces al año. La fertilidad se recupera cuando es retirado.

La menstruación puede disminuir en cantidad, e incluso desaparecer: esto es algo normal.

No previenen las ITS.

No es doloroso. No provocan aumento de peso.

-Anticonceptivo exclusivo para la lactancia materna: también conocido como minipíldora

Son pastillas que se toman solamente durante la lactancia y son prescriptas por unx médicx. La persona que amamanta tiene que tomarlas todos los días a la misma hora.

No tiene ningún efecto sobre el bebé.

Sólo se puede usar este método si la persona está dando de amamantar y hasta que el bebé tenga seis meses. Luego de este período, pierde mucha efectividad y debe rotarse a otro método.

Es falso que la persona no puede quedar embarazada durante la lactancia. Tampoco es cierto que si la persona no menstrua no puede quedar embarazada. La minipíldora no tiene ningún efecto sobre el bebé.

3. Métodos intrauterinos

-DIU (Dispositivo intrauterino): Es un tubito de plástico con forma de "T" revestido de cobre que un profesional coloca dentro del útero de la persona que lo desea. Este método impide que el óvulo sea fecundado por espermatozoides, evitando de esta forma el embarazo.

Su efecto dura entre 3 y 10 años, y tiene que ser controlado una o dos veces al año por un profesional. La persona no tiene que tener ningún cuidado extra. Pueden usarlo todas las personas con útero, de cualquier edad, hayan tenido hijxs o no.

Una vez que su efecto termina, puede retirarse y colocarse otro sin necesidad de hacer ningún descanso si así se deseara.

Las menstruaciones pueden ser más abundantes.

No previene ITS.

No es verdad que solo las personas que tuvieron hijos pueden usarlos: lo puede hacer quien así lo desee. No es verdad que disminuyen la fertilidad: al retirarlo la persona puede quedar embarazada. No es abortivo. No genera malformaciones en caso de que la persona quede embarazada, no se “incrusta” en ninguna parte del feto. No es cierto que pueda perforar el útero. No duele.

4. Métodos quirúrgicos

La ligadura de trompas y la vasectomía. Ambos son métodos irreversibles y están cubiertos por ley por el sistema público de salud, de forma gratuita. Para acceder a ellos sólo se necesita que la persona sea mayor de 18 años y firme un consentimiento informado. No es necesario que haya tenido hijos.

-Ligadura de trompas: Es una cirugía en la cual se cortan u obstruyen las trompas de Falopio: esto provoca que los óvulos no puedan entrar en contacto con los espermatozoides, evitando los embarazos. La intervención la lleva adelante un profesional en un quirófano, con anestesia total o epidural.

Una vez que se produce, la persona ya no puede quedar embarazada naturalmente. En general es irreversible: la cirugía para revertirla es costosa y no está disponible en el sistema público de salud.

No previene las ITS.

No produce cambios en el ánimo de la persona ni disminuye la libido. La persona sigue menstruando.

-Vasectomía: también conocida como esterilización masculina

Es una cirugía en la que se cortan los conductos deferentes, que son quienes llevan los espermatozoides desde los testículos hacia el pene. Esto genera que en la eyaculación de una persona vasectomizada no haya espermatozoides, por ende: se evita el embarazo. Es una cirugía que puede realizarse con anestesia local, sin necesidad de internar a la persona.

Es efectiva tres meses después de la realización. En general es irreversible: la cirugía para revertirla es costosa y no está disponible en el sistema público de salud.

No previene las ITS.

No afecta la libido de la persona. No afecta la erección. No cambia el aspecto de los genitales. No duele.

5. Métodos naturales

Se basan en el ciclo menstrual y consisten en no tener relaciones sexuales durante los períodos de fertilidad. Hay distintas formas de saber cuándo se produce la ovulación (en base al ritmo menstrual, la temperatura del cuerpo). Para conocerlas, es recomendable consultar a un especialista. No son útiles para mujeres de ciclos irregulares.

El coitus interruptus es otro método natural que consiste en retirar el pene antes de que se produzca la eyaculación. Esto, contra lo que se cree, no es un método muy efectivo debido a que el pene puede eliminar un líquido llamado "preseminal" antes de la eyaculación, que contiene espermatozoides, pudiendo generar un embarazo. Ninguno de estos métodos previene ITS.

Si tenés dudas, podés hacer una consulta en cualquier centro de salud o llamar a la línea de información gratuita que ofrece el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 0800 222 3444.

¿Sabías que en los hospitales públicos hay consejerías de salud sexual integral?

La consejería es un modelo de atención centrado en las personas usuarias, que tiene como objetivo fortalecer la autonomía para la toma de decisiones sobre su salud sexual de acuerdo a sus conveniencias y deseos de forma consciente e informada. Esto se genera en el marco de equipos de salud interdisciplinarios.

¿Qué son las ITS?

Las infecciones de transmisión sexual son condiciones que pueden transmitirse de una persona a otra a través del intercambio de fluidos como el semen, el flujo vaginal y la sangre menstrual, durante relaciones sexuales sin protección con métodos de barrera. La única forma de evitar estas infecciones es a través del uso de preservativos.

Son producidas por diferentes microorganismos. Las más frecuentes son la sífilis, gonorrea, clamidia, herpes simple, hepatitis B y C y VIH. Las ITS afectan a todas las personas sin distinción de género y no hay una edad específica para contraerlas. Gran parte de ellas se curan con tratamientos específicos, que en muchos casos son muy sencillos pero que es necesario diagnosticar y tratar para detener su transmisión. En el caso particular del VIH, se requiere hacer un diagnóstico oportuno y comenzar el tratamiento lo antes posible para evitar complicaciones.

Las ITS pueden no dar síntomas, por eso la importancia de efectuar exámenes médicos frecuentes.

¿Qué síntomas pueden ocasionar?

-Flujo vaginal: no es normal tener flujo a lo largo de todo el ciclo. Si el flujo tiene olor fuerte, es blanco, verde o amarillo, es importante que consultemos con un médico.

-Secreción/goteo por el pene: siempre es necesario consultar dado que no es normal.

-Úlceras genitales: pueden ser dolorosas o no. Frente a su aparición, es necesario consultar, dado que pueden ser signo de una infección como la sífilis o el herpes.

-Verrugas genitales: infecciones como el HPV o la sífilis pueden generarlas. Tenemos que consultar para saber qué tratamiento es necesario.

¿Qué es el HPV?

El Virus del Papiloma Humano (HPV) es un virus que infecta nuestros genitales y es la única de las ITS que tampoco se previene con el uso del preservativo,

dado que se transmite a través del contacto de piel con piel. Este virus tiene la característica de producir cambios en las células generando verrugas, lesiones y, en algunos casos, cáncer de cuello uterino.

Para evitar estas situaciones, tenemos dos posibilidades:

1. Vacuna contra el HPV: es importante que todos los/as niños/as que cumplen 11 años de edad reciban la vacuna contra el HPV dado que los/as protege contra los virus que producen cáncer.

2. Papanicolau: la realización del papanicolau debe hacerse todos los años para las personas con útero que iniciaron su actividad sexual, salvo que el/la médico/a indique un tiempo más prolongado. Este examen consiste en tomar una muestra del cuello uterino, evaluando si hay lesiones compatibles con la infección por HPV. Este simple estudio permite encontrar cambios a tiempo y prevenir mortalidad por cáncer de cuello de útero.

¿Qué es el VIH?

El VIH es un virus que afecta a las células inmunitarias encargadas de protegernos de las enfermedades. Si no diagnosticamos esta infección a tiempo, nuestras defensas van disminuyendo y, con el tiempo, se desarrolla el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), que es la etapa avanzada de la infección causada por el VIH.

¿Cuál es la diferencia entre VIH y SIDA?

Una persona desarrolla el SIDA una vez que el VIH ha debilitado las defensas del cuerpo (sistema inmunológico). Esta situación la predispone a adquirir enfermedades oportunistas (infecciones o tumores). Se las llama así porque aparecen "aprovechando" la caída de las defensas.

Es muy importante hacer el diagnóstico de VIH porque, si bien no hay cura, existen tratamientos que hacen que el virus se multiplique más lentamente y, por lo tanto, no destruya las defensas del cuerpo. Por esta razón son cada vez más las personas que conviven con VIH sin llegar a desarrollar SIDA.

Como decíamos, el VIH se transmite a través de relaciones sexuales sin protección, pero algunas personas que se mantienen bajo tratamiento pueden lograr bajar mucho la carga de virus, tanto que no transmitan la infección a través del sexo. No obstante, siempre se recomienda utilizar preservativo.

Es importante saber que sólo se transmite a través de semen, fluidos vaginales, sangre o leche materna. No se transmite a través de la saliva (besos, mate, vasos, contacto).

Los testeos y la medicación son gratuitos y están disponibles en todo el país.



Bibliografía utilizada para elaborar este texto:

Ley 25.673- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25673-79831/texto>

Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud (2023). Dirección Nacional de Salud sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/metodos-anticonceptivos-guia-practica-para-profesionales-de-la-salud>



Cómo citar este texto

Dirección de Redes Intersectoriales en Salud y Consejo Social de la Universidad Nacional de La Plata (2021). Consideraciones para el abordaje de la salud sexual y reproductiva. Material elaborado en el marco de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Universidad Nacional de La Plata.



LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES



La **Ley N°26485** de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales fue sancionada en 2009. Esta ley tiene por objeto promover y garantizar la eliminación de la discriminación y la violencia contra las mujeres, el derecho a vivir sin violencia, el acceso a la justicia y la atención integral a las mujeres que sufren violencia.

Asimismo, define cinco tipos de violencias:

-Física: la que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

-Psicológica: la que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonor, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

-Sexual: cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

-Económica y patrimonial: la que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer.

-Simbólica: la violencia que, a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

Además, en el artículo 6 indica las modalidades, que constituyen “**las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos**”, e identifica las siguientes:

a) Violencia doméstica: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia;

b) Violencia institucional: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;

c) Violencia laboral: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral;

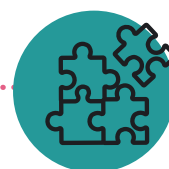
d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

f) Violencia mediática: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres

o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

Se accede al texto completo de la ley a través del siguiente enlace: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>



PLANIFICACIÓN Y ACTIVIDADES

A continuación, presentaremos la planificación de dos encuentros realizados en el marco de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Cada uno de ellos se estructura a partir de momentos que incluyen instancias de reflexión grupal, lectura de materiales sugeridos y actividades prácticas.

Objetivos:

- Comprender al género como parte de la determinación social de la salud.
- Identificar situaciones de violencias por motivos de género.
- Incorporar herramientas para su abordaje.

ENCUENTRO 1



ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

//Primer momento

Leer el texto “cuerpos, sexualidad y placer” que se encuentra al principio de este módulo, luego debatir las siguientes frases:

¿Las siguientes afirmaciones son VERDADERAS O FALSAS?

- Los hombres son más agresivos que las mujeres.
- Las mujeres son mejores para cuidar a las/os niñas/os.
- Los hombres tienen más necesidades sexuales que las mujeres.
- Los hombres no lloran.
- Las mujeres son románticas y sentimentales.
- Las mujeres tienen más habilidades para la limpieza de la casa.
- Las lesbianas odian a los hombres.
- Las personas trans viven en un cuerpo equivocado.
- Las personas trans tienen un problema psicológico.
- Todos los gays son infieles.

//Segundo momento

Para la siguiente actividad dividimos al grupo en pequeños grupos de trabajo. A cada uno le corresponderá una publicidad (deben abordarse las tres para trabajar estereotipos de género, la mujer como objeto de cambio y el mandato social sobre los varones).

1. “Las mujeres lloran por todo”:
https://www.youtube.com/watch?v=3CVC-LNx_ps&ab_channel=PublicidadesArgentinas

2. “Hermana aire”
https://www.youtube.com/watch?v=CkRAPVXiTcM&ab_channel=DossierNet

3. “Si hueles a jabón de mujer, te ven como mujer”
https://www.youtube.com/watch?v=pZoAnQsniZ8&ab_channel=lawisbel

Una vez que hayan visto las publicidades, se les compartirá oralmente la siguiente consigna: construir argumentos (por lo menos dos) que expliquen por qué esa publicidad que vieron contribuye a construir roles de género estereotipados. Podemos orientar a través de las siguientes preguntas: ¿Qué vínculo pueden realizar entre la publicidad y el texto que leímos al comienzo? ¿Qué opinión tienen sobre ello?

Además de construir los argumentos por escrito, se les pedirá que indiquen qué modificaciones le realizarían a la publicidad, teniendo en cuenta lo que argumentaron antes, para que la misma se construya a partir de una perspectiva de género.

//Tercer momento

Ponemos en común lo trabajado en los distintos grupos. Algunas ideas que podrían abordarse: mandatos de género, rol de los medios de comunicación y las instituciones en ello, feminismo como movimiento político.

Tarea para el próximo encuentro:

-Relevar 3 organizaciones y/o personas que conozcamos que aborden temáticas de género en nuestro barrio para incluirlas en el mapeo.

.....ENCUENTRO 2

VIOLENCIA DE GÉNERO

//Primer momento

Comenzaremos el encuentro indagando acerca de qué entendemos por violencia de género, qué tipos de violencia identificamos y si conocen organizaciones que trabajen esta temática en el barrio.

A continuación, les propondremos realizar una lectura colectiva sobre la ley de protección integral a las mujeres, que se encuentra dentro de la bibliografía de este módulo.

//Segundo momento

Se propone realizar un juego para trabajar los distintos tipos de violencia de género (económica, simbólica, física, física, psicológica) (Ver Anexo 12- Juego de las esquinas).

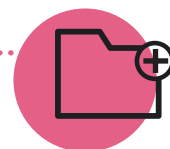
//Tercer momento



Mapeamos los espacios/instituciones/dispositivos/actividades que contribuyan al abordaje de situaciones de violencias de género en el barrio.

También podemos armar un recursero para difundir.

MATERIALES PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO





- Derecho a la interrupción del embarazo (IVE-ILE). Modelo social de la discapacidad. Experiencias para armar. Manual para talleres en salud sexual y salud reproductiva. (2023). Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/modulo-2023-experiencias-para-armar-manual-para-talleres-en-salud-sexual-y-reproductiva>
- Ley N°27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Disponible: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile>
- Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud (2023). Dirección Nacional de Salud sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/metodos-anticonceptivos-guia-practica-para-profesionales-de-la-salud>

MÓDULO 10

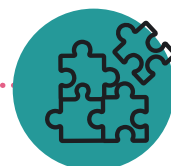
Planificación estratégica y gestión participativa

Este módulo
contiene:

- Planificación y actividades 
- Propuesta de trabajo final
- Materiales para seguir profundizando 

Introducción

El objetivo de la Materia n°10, es decir el módulo con el que finaliza la cursada de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria es desarrollar un trabajo final donde se aborde alguna o algunas de las temáticas trabajadas durante el dictado de la diplomatura. En este sentido, la propuesta de evaluación final busca aportar herramientas para la planificación estratégica y la gestión participativa de problemáticas de salud presentes en los distintos territorios/barrios.



PLANIFICACIÓN Y ACTIVIDADES

A continuación, presentaremos la planificación de cuatro encuentros realizados en el marco de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. En esta oportunidad los encuentros son parte del módulo final de la cursada por lo que se presentan distintas actividades de síntesis.

ENCUENTRO 1



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA SITUACIONAL (Parte 1)

En términos generales, planificar implica la posibilidad de intervenir sobre la realidad concreta (es decir, un problema o una situación) para producir una transformación hacia otra situación deseada.

La Planificación Estratégica analiza la situación particular y actual de cada territorio y a partir de objetivos definidos de manera colectiva diseña estrategias de acción.

La siguiente imagen muestra de manera esquemática las funciones de la gestión. Allí vemos la importancia de elaborar un diagnóstico participativo (también llamado análisis situacional, según la perspectiva) que constituye el punto de partida para planificar acciones que intenten transformar algún problema de salud presente en cada barrio.

Esquema - Funciones de la Gestión

FUNCIONES DE LA GESTIÓN



Fuente: Módulo Organización Social y Territorio - Diplomatura en Agroecología, Urbanismo, Hábitat Social y Producción e Intervención Cultural Popular. Ministerio de Desarrollo Social. Ministerio de Agricultura Ganadería y Pesca.

Este análisis inicial nos permite reconocer problemáticas e identificar causas, observar modos de relacionamiento de diferentes actores, conocer la historia de un territorio, entre otras. Si bien durante toda la Diplomatura analizamos varios de estos aspectos, en las primeras dos clases de esta materia intentaremos sistematizar todo ese conocimiento construido de manera colectiva.

En el primer encuentro vamos a concentrarnos en algunas características generales sobre el barrio y, en el segundo, sobre las problemáticas de salud identificadas.

Características del territorio

- **Descripción del barrio:** aquí se pueden desarrollar algún/algunos aspectos del territorio, de la historia del barrio, sus principales actividades y sus habitantes (por ejemplo, espacios comunitarios significativos, actividades productivas que realizan sus habitantes, nacimiento/historia del barrio, etc.). Es decir, todo aquello que consideren importante y permita comunicar una imagen del barrio a otras personas que no lo conocen.

- **Descripción sociodemográfica:** características generales de las personas que allí habitan (edades, nacionalidades).

- **Descripción ambiental:** características habitacionales, servicios, espacios públicos, características ambientales, etc.

- **Espacios institucionales:** efectores de salud, educativas, dependencias municipales, etc.

- **Organizaciones y espacios comunitarios:** organizaciones sociales, clubes, comedores, etc.

Opcional: Aquí se puede incluir y/o consultar el mapa colectivo construido en las aulas a lo largo de los diez módulos temáticos.

Se espera que este relevamiento surja de los saberes de las y los estudiantes de las aulas y pueda ser complementado con datos oficiales y otras investigaciones ya existentes.

Tarea para el próximo encuentro: se les solicita a las/os estudiantes que identifiquen problemáticas de salud presentes en su barrio respecto a los siguientes ejes: servicios de salud, promoción de la salud, hábitat, comunicación, personas mayores, niñeces, juventudes, consumos problemáticos, salud mental comunitaria y género. Se pueden dividir en grupos para comenzar esta tarea, que será retomada de forma presencial.

ENCUENTRO 2



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA SITUACIONAL (Parte 2)

Problemáticas de salud

Caracterización de las principales problemáticas de salud del barrio. En este punto se busca retomar aquellas cuestiones relativas a la salud comunitaria que fueron desprendiéndose de los encuentros de la diplomatura (también pueden incluirse otras temáticas que aún no han sido caracterizadas y que surjan del debate). La idea será realizar un listado de dichas problemáticas a partir del debate grupal y el repaso de los temas abordados como disparador/organizador.

Cuadro de síntesis - Problemáticas de salud

Materia	Problema	Descripción del problema	Actores involucrados/grupos afectados
1. Servicios de salud	Ejemplo: Problemas en el acceso a agua potable por parte del barrio.	Ejemplo: 1-No hay agua en todas las casas/en algunas casas/en pocas casas 2-Solo hay agua dos horas por día	Ejemplo: Vecinxs, organizaciones sociales, municipio.
2. Promoción de la salud y prevención de enfermedades			
3. Hábitat			
4. Comunicación y salud			
5. Personas mayores			
6. Niñeces			
7. Salud mental comunitaria			
8. Consumos problemáticos			
9. Género y violencias			
10. Otras			

El listado de los problemas de salud identificados será la base sobre la que trabajaremos en la siguiente etapa: priorización de problemas.

Delimitación de un problema

Se buscará debatir sobre los diferentes problemas de salud que afectan al barrio, para luego elegir uno que será sobre el cual se realizará el trabajo final y, si fuese posible, se propondrá una estrategia de intervención que aborde dicho problema.

Para priorizar y seleccionar una temática, se proponen tres opciones diferentes de trabajo, a definir por los/as tutores/as docentes en función de las dinámicas grupales.

OPCIÓN 1

En esta primera dinámica, se propone trabajar con una matriz en las que se evalúa, a través de una escala cuantitativa, el impacto de los problemas en la comunidad que fueron identificados por lxs estudiantes en la etapa anterior.

Para efectuar esta priorización, se propone trabajar con una escala de likert, con la que puede traducirse cuantitativamente la opinión de los/as estudiantes y asignar valores numéricos según el nivel de acuerdo con determinadas situaciones. Por ejemplo:

La falta de acceso a los controles de salud de los niños y niñas es un problema que se ha incrementado.

Escala de likert

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0 (puntos)	1 (pts)	2 (pts)	3 (pts)	4 (pts)

En función de las respuestas obtenidas, se asigna una numeración que será volcada en el siguiente cuadro:

Cuadro - Impacto de las problemáticas de salud en la comunidad

Problema	¿Este problema se ha incrementado este último tiempo?	¿El espacio de la Diplomatura tiene interés en resolver ese problema?	¿Es importante para la comunidad?	¿Causa muchas complicaciones?	¿La comunidad lo puede resolver?	Total
Falta de acceso a controles de salud de niñas y niños	De acuerdo (3 puntos.)	Totalmente de acuerdo (4pts)	De acuerdo (3pts)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (2pts)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (2pts)	14 pts.

OPCIÓN 2

Primero vamos a definir qué es una necesidad (es decir, el desfase entre la situación analizada y otra considerada ideal o de referencia) y qué es una urgencia (aquello que debe resolverse de forma inmediata).

Luego, vamos a definir colectivamente qué consideramos prioritario: intervenir sobre las necesidades o sobre las urgencias y, en base a eso, vamos a repensar nuestras posibilidades y limitaciones.

Un tutor/a docente va a sostener un cartel que indica "Necesidades" y otro, "Urgencias".

Otra persona leerá cada problema y las/os estudiantes van a dirigirse a cada cartel, según su perspectiva. La persona responsable anotará cuáles problemas fueron definidos como necesidades y cuáles como urgencias.

A partir de los identificados como urgencias o como necesidades (según lo que se haya decidido en el segundo punto), vamos a completar el siguiente cuadro, utilizando la misma ponderación que en la **Opción 1** (totalmente de acuerdo, de acuerdo, etc.).

Problema	¿Por qué consideramos que es importante para la comunidad?	¿Qué complicaciones causa?	¿Qué aspectos podemos abordar desde la Diplomatura?	¿Qué recursos necesitamos?	¿Podríamos articular con otros actores?	¿Cómo nos gustaría que fuese esta situación a futuro?	Total

OPCIÓN 3

Otra opción es la discusión abierta de problemas para la toma de una decisión por consenso sin necesidad de un método numérico. Se pueden utilizar los mismos criterios y preguntas que en las metodologías anteriores, pero conversando y llegando a un consenso en el “Aula Abierta” sobre qué problema elegir en función de cuánto se haya trabajado en las clases anteriores, del interés demostrado en las mismas por las estudiantes, de la cantidad de actores externos a la diplomatura que estarían de acuerdo en llevar adelante una acción junto al aula abierta, etc.

A continuación, les dejamos como sugerencia algunas dinámicas del Manual “Técnicas participativas para la educación popular” que se encuentra disponible online . Este tipo de técnicas pueden adaptarse a las distintas instancias de la elaboración del trabajo final puesto que están orientadas al análisis de problemas en las comunidades.

- Dinámica “Las estatuas” (pp. 91): puede ser útil para expresar una idea colectiva sobre el problema que se eligió como prioritario, es decir, pensar los elementos implicados, los actores, etc. De esta forma, se puede comenzar a trabajar sobre la planificación a partir de la identificación de aspectos centrales del tema elegido y la construcción de una mirada grupal sobre dicho tema.

- Dinámica “Lluvia de ideas por tarjetas” (pp.99): puede ser útil para la priorización del problema sobre el cual se va a elaborar la intervención (por ejemplo, se puede partir de una pregunta general: ¿Cuál es el problema que consideramos prioritario en nuestro barrio? Y luego ir agrupando las tarjetas similares para definir el tema sobre el cual vamos a elaborar la planificación). También puede servir para pensar cuáles son las dimensiones que debemos tener en cuenta al momento de pensar una intervención una vez definido el tema sobre el cual vamos a trabajar.

- Dinámica “La ley del mar” (pp. 131): es una buena dinámica para analizar las causas internas, externas y las consecuencias de una problemática. Puede ser de utilidad para realizar una valoración de nuestro problema, es decir, sobre qué aspectos podemos intervenir, qué aspectos nos exceden, cuáles están vinculados a nuestras comunidades y cuáles tienen que ver con causas macro, etc.

¹Vargas, L. y Bustillos de Núñez G. (1984). *Técnicas participativas para la educación popular*. San José, C.R.: ALFORJA



ELABORACIÓN DEL TRABAJO FINAL

Propuesta de Trabajo Final en el marco del Módulo 10

El trabajo final de la diplomatura se desarrollará en el marco de la Materia N°10: Planificación y Gestión. El objetivo será realizar una caracterización general y de la situación de salud del territorio retomando las temáticas abordadas en los distintos módulos de la diplomatura e identificar problemáticas de salud para luego planificar una propuesta de intervención comunitaria que aborda dicha temática.

Luego de realizar los pasos anteriores de la evaluación estratégica situacional, la idea será poner en práctica esas actividades en función de la problemática de salud elegida. Concretamente el trabajo final grupal implica la realización de una producción escrita que contenga las siguientes dimensiones:

La idea es realizar el trabajo de forma grupal en cada aula que derive en una producción escrita que contenga las siguientes dimensiones:

Pautas del Trabajo Final

1. Título del trabajo
2. Integrantes y fecha de entrega
3. Introducción. Sobre el Aula Abierta.

Breve descripción del espacio del aula abierta. Cómo está compuesto el grupo, dónde viven, de qué trabajan, cómo se acercaron a la diplomatura las estudiantes del aula. Dónde llevan adelante las clases, con qué espacios comunitarios articulan para el dictado de la Diplomatura. Cualquier otra información que deseen agregar sobre la composición del grupo.

4. Caracterización general del territorio de intervención

Descripción del barrio. Nacimiento-historia, principales actividades (productivas, etc.) Características generales de las personas que allí habitan

(composición etaria, nacionalidades, etc.). Descripción ambiental (características habitacionales, servicios, espacios públicos, etc.). Espacios institucionales: efectores de salud, educativas, dependencias municipales, etc. Organizaciones y espacios comunitarios (organizaciones sociales, clubes, comedores, etc.).

5. Caracterización de las problemáticas de salud del territorio

Breve descripción de las principales problemáticas de salud que afectan al barrio/comunidades en relación con las materias de la diplomatura (Servicios de Salud; Promoción y Prevención; Hábitat, Comunicación y Salud; Personas Mayores; Niñeces; Consumos Problemáticos; Salud Mental Comunitaria; Género y Violencias; Otros que puedan surgir) y el análisis que se desprende de la planificación estratégica situacional.

6. Delimitación de un problema y planificación de una propuesta de intervención

Delimitación de un problema relevante para el barrio / las comunidades, en función del análisis y la valoración realizada en cada "aula abierta" (¿qué características tiene la problemática, ¿a quiénes afecta?, ¿qué actores están o deberían estar involucrados, etc.). Planificación de la intervención (tema, objetivos, destinatarios, actores involucrados, propuesta concreta, tareas, fecha, lugar, recursos, roles, etc.).

7. Intervención y valoración/evaluación de la intervención sanitaria (en caso de concretarse antes de la entrega del trabajo)

Aquellos grupos que realicen la intervención antes de entregar el trabajo final pueden incluir un punto donde se realice un breve relato y evaluación sobre dicha experiencia. Se pueden incluir fotografías, imágenes, mapas, etc.

8. Reflexiones finales

Evaluación general de la diplomatura; la incidencia en el barrio / comunidad; a nivel personal / grupal; expectativas a futuro.

Condiciones formales:

Cantidad de páginas: entre 5 y 15.

Características: Arial 11, interlineado 1.5, justificado.

*En caso de utilizar bibliografía, se recomienda incluirla al final del trabajo.

ENCUENTRO 4



GESTIÓN PARTICIPATIVA

En este encuentro la idea es planificar una intervención concreta en el territorio en función de la temática del trabajo final.

Una intervención implica una acción organizada en la que participan diversos actores ante problemáticas puntuales (en nuestro caso, vinculadas a la salud). Se parte de la voluntad de incidir para modificar o transformar una situación injusta, que genera malestar, que vulnera derechos, produce desigualdad, entre otras razones.

Planificación de una intervención

OPCIÓN A

En este encuentro, vamos a definir algunos aspectos vinculados a la intervención:

-Título/nombre del proyecto: por lo general, es lo último que vamos a definir. La idea es que pensemos un título relacionado a nuestros objetivos y a nuestra identidad grupal. Se recomienda que el título comunique de manera sencilla lo que queremos hacer y que sea atractivo. De acuerdo a cada propuesta, el título del trabajo puede ser el nombre de la actividad (por ejemplo, en una de las aulas se llevó a cabo un relevamiento que se llamó "Operativo Cuidarnos") o de la propuesta en general (por ejemplo, si nuestra intervención consiste en el armado de piezas comunicacionales para compartir en redes sociales, pensaremos un nombre para ese proyecto general).

-Objetivos: ¿Cuál es el objetivo de nuestra intervención? ¿Qué queremos lograr?

-Destinatarios/as: ¿A quién va dirigida nuestra intervención? ¿Quiénes son los principales sujetos de derecho involucrados?

-Actores: ¿Qué personas, instituciones, organizaciones y demás grupos vinculados a la problemática participan en el barrio? ¿Con quiénes sería necesario articular? ¿Tenemos algún vínculo previo? Esos actores sociales, ¿estarán a favor o en contra de nuestra propuesta?

-Propuesta de intervención: ¿Qué vamos a realizar concretamente?

-**Fecha:** ¿Cuándo vamos a realizar nuestra intervención? ¿Es una fecha significativa por algún motivo en particular? ¿Hay otras actividades ese día?

-**Lugar:** ¿Dónde vamos a realizar nuestra intervención? ¿Por qué elegimos ese lugar y no otro? ¿Tenemos que avisarle a otros/as actores?

-**Recursos:** ¿Qué necesitamos para hacer nuestra intervención?

-**Costo:** ¿Qué costo implica? ¿Contamos con ese dinero/tiempo/cantidad de personas?

-**Tareas:**

Antes ¿Cuáles son las tareas que tenemos que llevar a cabo antes de realizar nuestra intervención? ¿Quiénes lo harán? ¿En qué orden?

Durante ¿Cuáles son las tareas que tenemos que llevar a cabo durante nuestra intervención? ¿Quiénes lo harán?

-**Roles:** ¿Cómo vamos a dividirnos las tareas en la previa a la intervención? ¿Qué responsabilidades asume cada participante? ¿Qué tareas desempeñará cada unx de nosotrxs en el momento de la intervención?

Importante: A aquellos grupos que realicen la intervención les solicitamos que, en el trabajo final incluyan:

- Un breve relato sobre la intervención.
- Fotografías.
- Una evaluación de la misma: ¿Se cumplieron los objetivos? ¿Participaron todxs lxs actorxs que se comprometieron a hacerlo? ¿Los sujetos de derecho destinatarixs de la acción se involucraron? ¿Qué aspectos positivos podemos destacar? ¿Qué aprendizajes construimos de todo el proceso? ¿Qué podríamos mejorar? En este punto, se espera que todxs lxs participantes que lo deseen escriban unas pocas líneas respecto de cómo se sintieron durante todo el proceso.

OPCIÓN B

Se propone elaborar una relatoría de una experiencia de intervención comunitaria previamente realizada. En otras palabras, si algún grupo ya realizó una intervención y quiere reconstruir esa práctica, se les solicitará que la sistematicen siguiendo los puntos de la opción A.

MATERIALES PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO



- Matus, C. (2007). (MAPP) Método Ataldir de Planificación Popular. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Módulo Organización Social y Territorio - Diplomatura en Agroecología, Urbanismo, Hábitat Social y Producción e Intervención Cultural Popular. Ministerio de Desarrollo Social. Ministerio de Agricultura Ganadería y Pesca
- Tognoni, G. (1997). Manual de Epidemiología Comunitaria. CECOMET.
- Vargas, L. y Bustillos de Núñez G. (1984). Técnicas participativas para la educación popular. San José, C.R.: ALFORJA .



Encuentros temáticos

- Cuidados integrales en Salud Bucal
- Discapacidad



Cuidados integrales en Salud Bucal.

Objetivos:

- Reflexionar acerca del término Salud Bucal.
- Conocer las partes de la boca y sus funciones.
- Problematizar dentro del Proceso de Salud/Enfermedad/Atención/Cuidado (PSEAC) la salud bucal y la pérdida de ella.
- Conocer las medidas de prevención de enfermedades bucales y promoción de la salud bucal.
- Pensar el rol de las/os promotoras/es de salud respecto a esta línea de cuidado.

ENCUENTRO 1



ENCUENTRO: SALUD BUCAL Y CUIDADO

//Primer momento

Para iniciar el debate nos preguntamos:

¿Qué lugar le damos a nuestra boca y dientes en nuestro cotidiano?
¿Alguna vez un dolor de muelas no nos dejó descansar, trabajar o cuidar a alguien?

//Segundo momento

Disparador 1: ¿Conocemos nuestra boca?

Se puede dibujar en un pizarrón o llevar imágenes impresas o macromodelos para mostrar partes de la boca y/o diente.

Ideas para imágenes están entre las páginas 14 a 16 del Cuadernillo de salud bucal y territorio. Disponible aquí: https://drive.google.com/file/d/1Z-j7RIUndJS_YPZCrF5i58Oif7Ho4MGPW/view



Número de dientes:

Hay 2 tipos de dientes, según la edad:

- Dientes de leche o temporarios: salen alrededor del primer año de vida del bebé y terminan de salir a los 2-3 años. Son 20 en total.
- Dientes definitivos o permanentes: reemplazan a los dientes de leche, son más grandes y suman 32 en total. se recambian los dientes de adelante en una primera etapa (alrededor de los 8 años) y luego las muelas, finalizando el recambio a los 12 años aproximadamente. luego salen las muelas de los 12 años (segundo molar) atrás de todo y finalmente las muelas de juicio entre los 18 y los 25 años. Es importante recordar que entre los 5 y 6 años aparecen detrás de las últimas muelas, los primeros molares definitivos, sin que se caiga ninguna muela de leche.

Diente:

El diente es el órgano más duro del cuerpo debido a que está formado por minerales.

Las partes del diente son:

- **La corona:** es la parte que vemos del diente, suele ser de color blanco-amarillenta.
- **Raíz:** es la parte que no vemos del diente. Está anclada al hueso.

El diente está conformado por capas. De afuera a adentro podemos encontrar:

- **Esmalte:** cubre la corona, es el tejido más duro del cuerpo y no tiene sensibilidad, por lo cual, no duele.
- **Dentina:** es la capa del medio, es menos dura y produce sensibilidad.
- **Pulpa:** está en el centro del diente, tiene nervios y puede producir dolor si el diente está enfermo.

Forman parte de la boca también: la encía, la lengua, los cachetes o carrillos, el paladar, la úvula o campanita y los frenillos.

Disparador 2: ¿Qué cuidados debemos tomar para no tener caries en los dientes o inflamación en las encías? ¿Qué hacemos para no enfermarnos?

Caries

Es la enfermedad más común de los dientes, en la que éstos se “pican” o agujerean. Sucede cuando las bacterias comen los restos de alimentos que quedan en o entre los dientes.

Un diente cariado o “picado”, no siempre duele, si lo hace es porque la caries llega cerca o toca al nervio del diente (pulpa dental).

Enfermedad de las encías

-**Gingivitis:** Sucede cuando las encías están hinchadas, rojas y sangran al cepillarse o comer. En general es causado por la formación de placa bacteriana (restos de comida y bacterias).

-**Periodontitis:** Es otra enfermedad de las encías, que aparece en jóvenes o adultos. Se da más en personas fumadoras o diabéticas. Es causada por la placa bacteriana. En la periodontitis se va perdiendo el hueso que hay entre diente y diente y queda la raíz del diente expuesta. Si no se realiza el tratamiento adecuado los dientes pueden empezar a moverse o salirse.

Prevención de estas enfermedades bucales:

- Cepillarse mínimo 2 veces por día (muy importante antes de dormir), después de las comidas, si es posible con pequeña cantidad de pasta dental (cantidad similar a un garbanzo). Los/as niñas/os deben usar menos (cantidad del tamaño de una lenteja)

- Tomar agua y evitar el consumo de jugos y gaseosas.

- Elegir alimentos saludables como las frutas, verduras, legumbres y cereales en lugar de los alimentos que vienen en paquetes (galletitas, golosinas, snacks)

- Aplicar flúor cada 6 meses cuando están saliendo los dientes nuevos (esto lo realiza la/el dentista)

- Los adultos deben usar hilo dental entre los dientes después de lavarse con el cepillo.

- Cuando se coma golosinas u otros alimentos con mucha azúcar, es recomendable que las coma todas juntas y después cepillarse, para tener menos posibilidad de tener caries en los dientes.

- Visitar al dentista 1 o 2 veces por año.

Avisar que el próximo encuentro se organicen para llevar: botellas y envases de shampoo vacíos, esponjas usadas o goma espuma, cartones, papel, tijera, plasticola y pintura blanca para elaborar un material didáctico para realizar talleres.

Para finalizar vemos el video de 4 minutos "Acompañar cuidándonos - Colectivo de Trabajadorxs de Salud Bucal" <https://www.youtube.com/watch?v=Jh4sw9g9fMM> (si no hay internet se puede descargar antes).

OTRAS PROPUESTAS...

EMBARAZO Y SALUDO BUCAL: PREGUNTAS FRECUENTES Y CREENCIAS

Para empezar, vamos a charlar y debatir entre todas/os estas frases que solemos escuchar cuando alguien está gestando/embarazada.

La propuesta es:

1. Leer una frase y que las/os promotoras cuenten si lo han escuchado, vivido o se lo dijeron en algún efector de salud. Y así con las siguientes.
2. Luego ir compartiendo la información del cuadro de la derecha, sabiendo que estas frases son saberes y construcciones de gran parte de nuestra sociedad que tienen que ver muchas veces con miedos y desinformación de los trabajadores/as de la salud.

“En cada embarazo se pierde un diente”	Durante el embarazo aumentan las hormonas en la sangre, por lo que las bacterias de la boca pueden alimentarse de ellas y hay un mayor riesgo de desarrollar enfermedades de las encías y caries. Esto puede evitarse teniendo una buena higiene oral y haciendo controles odontológicos (especialmente durante el embarazo).
“Si estás gestando no podés recibir atención odontológica”	La atención odontológica en las personas gestantes se recomienda durante el segundo trimestre del embarazo. Sin embargo, cuando la persona gestante se encuentra con infección o dolor el/la dentista debe atenderle. Es más perjudicial para la salud del bebé que la persona gestante se encuentre con infección que recibir atención odontológica estando embarazada.
“El/la bebé saca el calcio de los dientes y por eso se forman caries y se rompen”	El/la bebé adquiere el calcio y otros nutrientes que necesita de los alimentos que ingiere la madre, por eso es importante una dieta balanceada en este período.



Embarazo: preguntas frecuentes

Durante el embarazo es importante mantener todas las medidas de cuidado bucal anteriormente desarrolladas: cepillarse los dientes y usar hilo dental, así como también tratar de sostener una dieta balanceada.

En la consulta odontológica se recomienda siempre informar acerca del embarazo:

- Es importante programar la consulta odontológica durante el cuarto al sexto mes de embarazo, ya que los tres primeros meses del embarazo son de extrema importancia para el desarrollo del niño/niña y es por eso que se prefiere postergar la atención.
- En caso de presentar dolor en algún diente y/o algún tipo de urgencia, se debe concurrir al odontólogo, quien debe garantizar la atención independientemente del mes de embarazo que esté cursando.
- No olvidar además comunicar cualquier problema, historial sobre abortos pasados y medicamentos que se estén tomando. Puede ocurrir que el/la dentista desee consultar con el/la médica de cabecera antes de comenzar cualquier tratamiento.

¿Qué problemas bucales puede desarrollar durante su embarazo?

Muchas personas gestantes experimentan gingivitis del embarazo que se produce cuando la placa bacteriana (bacterias + restos de comida) se acumula en los dientes e irrita las encías, las cuales se tornan rojas, se inflaman y pueden sangrar.

Durante el embarazo, los niveles hormonales aumentan y esto hace que se exagere la manera en que la encía reacciona a la presencia de irritantes. Sin embargo, es importante entender que es la placa bacteriana y no las hormonas la principal causante de la gingivitis por lo cual mantener los dientes limpios, ayudará a reducir la probabilidad de presentarla.

PRIMEROS CUIDADOS, RECIÉN NACIDOS Y CONSEJOS PARA NIÑECES



Cuidado de la Salud Bucal de los bebés y niños/as

¿Hay que limpiarles la boca, aunque no tengan dientes?

Los cuidados en los primeros meses y años de vida se enfocan en mantener la higiene de la boca, que puede hacerse pasando una gasa o un trapito limpio una o dos veces al día si se observa restos de leche en la boca.

Desde que sale el primer diente (aproximadamente a los 6 meses) se debe utilizar cepillo con poca pasta dental (similar al tamaño de medio grano de arroz)

Pautas de cuidados

- Se sugiere no ofrecer a los/as niños/as alimentos con alto contenido de azúcar antes de los 2 años de edad (galletitas, pan dulce, golosinas, chocolates, helados, etc.)
- En lo posible evitar la alimentación nocturna (mamadera) a partir de la erupción del primer diente o realizar la higiene bucal después de la toma nocturna. Pero esto que es una indicación típica de los libros de odontología, es inviable en la realidad. Es importante poner el foco en la higiene bucal antes de dormir y al despertar o después del desayuno.
- Evitar el uso de mamadera con líquidos que no sean agua o leche sola. Ya que, al administrar en la mamadera, bebidas dulces (leche con azúcar agregada, jugos, gaseosas, infusiones con miel, etc.) El líquido es liberado de manera lenta y pausada aumentando mucho el riesgo de generar caries.
- Nunca embeber el chupete en líquidos azucarados (ej. miel, gaseosas).
- Evitar dar alimentos con azúcares entre comidas. De no ser posible, realizar la higiene bucal inmediatamente después. En lo posible ofrecer frutas, ya que no se consideran “momento de azúcar” por lo que no producen riesgo de caries.



¿Las/os bebés pueden ir al dentista?

Si, ya que cuando las/os niñas/os concurren a la consulta odontológica desde bebés, las visitas son, en general, agradables, sencillas e indoloras, el/la niño/a se va acostumbrando paulatinamente a ellas y, lo que es más importante, no las asocian con una experiencia traumática, como sí puede suceder cuando las primeras consultas al odontólogo/a se realizan ante una situación de dolor o infección.

Además de los beneficios de la consulta temprana, es también muy importante evitar trasladar al niño/a miedos, traumas, frustraciones y/o experiencias traumáticas que cualquier miembro de la familia haya tenido para no condicionarla, ni tampoco demonizar la figura del odontólogo/a personificando como alguien que va a generarle dolor.

¿Cómo se cuida la boca de los/as niños/as?

Si bien los/as niños/as deben cepillarse los dientes en presencia y con ayuda de un adulto hasta que adquieran una buena destreza, es importante comprometerlos/as con el cuidado de su cuerpo y fomentar su autonomía.

No hay que perder de vista que alrededor de los 6 años de edad aparecen en la boca 4 muelas definitivas (una de cada lado arriba y abajo). Es muy importante que los/as niños/as las visibilicen para poder lograr llegar bien con el cepillo y así mantenerlas sanas y limpias

TRAUMATISMOS Y URGENCIAS ODONTOLÓGICAS



¿Qué son los traumatismos en odontología?

- Todo golpe que suceda en la cara debe ser evaluado por un/a dentista. El tiempo es vital para el pronóstico y una mejor evolución. El tiempo que transcurre entre el accidente y la consulta con el/la dentista debe ser lo más corto posible.

- En caso de que se fracture un pedazo de diente permanente o se salga del todo, siempre es importante intentar recuperarlo y transportarlo en leche o saliva (dentro de la misma boca) a la consulta.

- Los dientes de leche de adelante tienen su raíz muy cerca de los dientes permanentes, por lo cual el golpe puede afectar al diente permanente en formación, es por esto que los dientes de leche avulsionados (que se han salido enteros y por completo de la boca) no se vuelven a colocar en su posición.

- Los dientes permanentes avulsionados pueden reimplantarse en el consultorio odontológico. también puede hacerlo cualquier persona presente en el accidente, previo enjuague de la raíz, sosteniendo el diente por su corona; (esta forma de proceder mejora el pronóstico, pero no evita la visita al/la dentista en forma inmediata)

- Si un diente cambia de color (gris, marrón) también debe ser evaluado por un/a dentista.

- Si un diente permanente cambia de posición, luego de un golpe, puede llevarse a su lugar rápidamente, previo a la consulta de urgencia, para mejorar el pronóstico, como en el caso de la avulsión.

- Ante una lesión en tejidos blandos, como corte en labio o frenillo, la conducta a seguir es la compresión con gasa. tener en cuenta que va a sangrar abundantemente.

Otras propuestas de actividades:

- Pensamos que lugares hay para atender consultas o urgencias odontológicas en el barrio.

- Armado de materiales para taller de salud bucal.

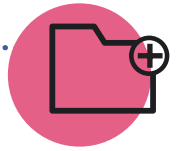
Ejemplo de juegos con alimentos saludables y no saludables



Ejemplo de maqueta de la boca



MATERIALES PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO



- Biondi A. (2010) Odontopediatria. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. Editorial: Corpus
- Bordoni N.(2010) Odontología pediátrica. La salud del niño y el adolescente en el mundo actual. Editorial Panamericana.
- Carranza (2014). Periodontología Clínica Editorial: Amolca
- Colectivo de Trabajadorxs de la Salud Bucal (). Cuadernillo: Salud Bucal y Territorio. Material para promotoras de salud. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1Zj7RILndJS_YPZCrF5i58Oif7Ho4MGPW/view?usp=sharing
- Lanata E. (2011). Operatoria dental. Editorial: Alfa Beta

Discapacidad.

Objetivos:

- Trabajar sobre el concepto de discapacidad y los paradigmas. Destacar el paradigma social de la discapacidad.
- Conocer los derechos de las personas con discapacidad.
- Compartir recursos para el acompañamiento y construcción de autonomía de las personas con discapacidad.

ENCUENTRO 1



ENCUENTRO: DISCAPACIDAD

//Primer momento

Actividad

Ronda inicial alrededor de la pregunta ¿Qué piensan que es la discapacidad?

Presentación de los tres paradigmas sobre discapacidad: tradicional, rehabilitación, autonomía personal,

Los tres paradigmas sobre discapacidad



A lo largo de la historia y el contexto social la concepción de discapacidad fue transformándose. Existen 3 paradigmas/miradas, cada uno tendrá estrecha relación con el momento histórico y los roles sociales que les fueron asignados a las personas con discapacidad. Es importante tener en cuenta que, si bien estas diferentes formas de pensar la discapacidad fueron sucesivas en el tiempo, aún hoy conviven y coexisten entre sí.

Paradigma Tradicional

Las personas con algún tipo de déficit se consideraban innecesarias por no cumplir con el criterio de normalidad de la época, estrechamente relacionado con la posibilidad de contribuir en las guerras. Por otro lado, solían atribuírseles mensajes diabólicos o incluso se pensaba que habían sido producto del enojo de los dioses. En la Edad Media, muchos de ellos eran escondidos, exhibidos en zoológicos y espectáculos circenses, dejándolos fuera de cualquier tipo de participación ciudadana.



Paradigma de Rehabilitación

El contexto de posguerra de la Primera Guerra Mundial (1914- 1918) propició el surgimiento del paradigma de rehabilitación, identificado por centrar el origen de la discapacidad en el déficit o el diagnóstico médico. Desde esta perspectiva, se buscaba normalizar el déficit con la intervención técnica de un equipo dedicado a la rehabilitación bajo el lema todos tienen derecho a corregir su estado. En este paradigma prevaleció la intervención profesional por sobre la voz de la persona, que, entonces, pasó a tener un rol de paciente a los ojos de los profesionales y a ser un sujeto de asistencia técnica a la luz de la sociedad. Este es el modelo que más prevalece en la sociedad actual, en las conductas y actitudes cotidianas de la mayoría, que explica y justifica la exclusión de las personas con discapacidad, subrayando lo que las personas no pueden hacer en relación a una supuesta normalidad.

Paradigma de la Autonomía: Nada de nosotros sin nosotros.

Uno de los pilares de este movimiento consiste en respetar la autonomía de las personas para decidir sobre sus propias vidas, y persigue como horizonte suprimir las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales derivadas de los prejuicios y preconceptos. Desde esta perspectiva el problema de la exclusión/inclusión ya no recae en el déficit del individuo, sino en la inaccesibilidad del entorno. Dispone que las personas con discapacidad tienen derechos y obligaciones en igualdad de condiciones que los demás, debiendo tener un rol protagónico sobre sus propias vidas y un papel fundamental en la planificación y desarrollo de una sociedad inclusiva. Identificamos tres tipos de barreras: físicas, comunicacionales y actitudinales. Este paradigma fue adoptado por la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con Discapacidad (CDPCD) realizada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

//Segundo momento

Actividad

Se dividen en dos grupos y las invitamos a actuar las siguientes escenas/situaciones.

Luego de cada escena se realizan las siguientes preguntas: ¿Qué derecho está en juego en esta situación? ¿Qué Leyes/convenciones conocen que respalden estos derechos? ¿Qué modificarían? ¿Qué herramientas piensan que se podrían usar?

Situación 1: Educación/ Obra Social / Certificado Único de Discapacidad:

Carolina va con su hijo con discapacidad intelectual a inscribirlo para la escuela de su barrio a donde asisten sus hermanas. Le dicen que su hijo debe ir a una “escuela especial” o para ir a esa escuela necesita tener un acompañante no docente de apoyo permanente en el aula. Ella le explica que no tiene obra social ni plata para contratar a alguien de forma permanente. Se va angustiada sin saber a dónde ir.

Algunas aclaraciones...

Si la persona no tiene CUD o no tiene OS, y no puede tener acompañante no docente la escuela debe contar con Maestra de Apoyo a la Inclusión (MAI) que adapte los contenidos.

La práctica de los MAI se desarrolla colaborando y sosteniendo los proyectos de inclusión de algunos alumnos/as que concurren a los establecimientos de los diferentes niveles del sistema educativo. La modalidad de intervención puede ser en forma individual o grupal, apoyando los procesos pedagógicos consensuados entre todos los actores intervinientes:

Resolución 311/16 del Consejo Federal de Educación.

Esta Resolución obliga a todas las provincias a garantizar un sistema de educación inclusivo en el que las personas con discapacidad puedan estudiar en escuelas comunes con los apoyos que sean necesarios para que aprendan en igualdad de condiciones, así como recibir la certificación de sus estudios en todos los niveles.

Esta disposición habilita a que las familias junto con los equipos terapéuticos puedan ser las que elijan la modalidad de educación que quieren para sus hijos. Ya no es obligatorio que un niño/joven con discapacidad sea derivado a una escuela especial, sino que la idea es que se garantice la trayectoria escolar del alumno de acuerdo con el Proyecto Pedagógico para la Inclusión (PPI) -que es armado por los docentes sobre la base de lo que el niño con discapacidad necesite durante el año escolar- y que se lo evalúe y califique de acuerdo con su PPI.

Situación 2. Salud sexual/ Discriminación/ Accesibilidad/apoyo:

Una persona con discapacidad visual va con su hermana al centro de salud cercano a su casa por una consulta de salud sexual. La médica hace pasar a ambas sin preguntar. La hermana sin discapacidad visual inicia la consulta y habla en nombre de su hermana. La médica y la hermana hablan como si ella no estuviera ahí. Asumen que tiene que usar métodos anticonceptivos y no ser madre. Cuando se dirige a ella la trata con diminutivos. Al finalizar la consulta le entrega un folleto sin escritura Braille ni QR para lectura.

Algunas aclaraciones...

Existen distintos tipos de accesibilidad

Física: cuando los edificios y las calles están diseñadas para que todos puedan transitar.

Sensorial: cuando se tiene en cuenta a todas las personas con variabilidad en los sentidos, por ejemplo, las que tienen baja visión o personas sordas. Por ejemplo, semáforos y otras señalizaciones sonoras o pisos podotáctiles para que personas ciegas o con baja visión

Cognitiva: cuando la comunicación y la información se presenta de manera fácil para que sea entendible por todos/as. Entornos: cuando es fácil moverse por un hospital o centro comercial, por ejemplo. Productos: cuando es posible leer un documento y entenderlo. Dispositivos: si puedo usar un celular o navegar por una página web. Procesos: si comprendo como votar, por ejemplo

El Certificado Único de Discapacidad (CUD) es un documento público válido en todo el país que permite ejercer los derechos y acceder a las prestaciones previstas en las leyes nacionales 22431 y 24901. La evaluación es realizada por una Junta Evaluadora interdisciplinaria que determina si corresponde la emisión del Certificado Único de Discapacidad.

¿Cómo se obtiene, qué derechos brinda?

- Salud: cobertura del 100% en las prestaciones de rehabilitación (medicamentos, equipamiento, tratamientos) que requiera en relación a lo que fue certificado como discapacidad.
- Transporte: traslados gratuitos en el transporte público terrestre.
- Asignaciones familiares: ayuda escolar anual por hijo con discapacidad, asignación familiar por hijo con discapacidad, asignación por conyugue con discapacidad.
- Otros trámites: exención de pago de peajes, impuestos (municipales, patentes, entre otros). En estos casos la exención debe solicitarse ante la autoridad de aplicación de cada normativa.
- Símbolo Internacional de acceso: libre estacionamiento, en los lugares permitidos, independientemente del vehículo en el que te traslades.

¿Cómo se tramita?

Ingresar al siguiente link <https://www.argentina.gob.ar/cud/consulta-de-requisitos-para-tramitar-el-cud> y completar el formulario. Luego se lleva al turno de la junta evaluadora todos los requisitos solicitados (informe médico, estudios y documentos).

Para más información: puede consultar el siguiente video de la Televisión Pública: https://www.youtube.com/watch?v=obyTVs54gKY&ab_channel=Televisi%C3%B3nP%C3%ABlicaNoticias

O bien la página oficial <https://www.argentina.gob.ar/servicio/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud#:~:text=El%20CUD%20es%20un%20documento%20p%C3%ABlico%20v%C3%A1lido%20en%20todo%20el%20Certificado%20%C3%9Anico%20de%20Discapacidad.>

Otros espacios e información de interés

Incluir salud

Brinda cobertura médico-asistencial a todas aquellas personas titulares de pensiones nacionales no contributivas. Financia a las provincias para que den prestaciones en el sistema público a las personas con discapacidad. Cubre algunos insumos vinculados a la discapacidad de la persona (pañales, silla de ruedas, muletas, etc.).

ANDIS

Es la Agencia Nacional de Discapacidad nuclea todos los recursos del estado nacional vinculados a discapacidad. Además, tiene diversos programas de fomento de deporte y del trabajo.

Agencia Nacional de Discapacidad.

Tiene como objetivo propiciar el acceso a la justicia, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad, brindando acompañamiento jurídico en materia de derecho y discapacidad.

www.conadis.gob.ar

Av. Julio A. Roca 782 Piso 4 (C1067ABP) - CABA

0800-333-2662 – línea de atención gratuita

Monotributo Social y Obras Sociales

Una forma de acceder a Obra Social desde trabajo informal o cooperativas es sacar monotributo social.

<https://www.argentina.gob.ar/servicio/adherir-al-monotributo-social>

El Monotributo Social es un régimen tributario, que promueve la inserción de emprendedoras y emprendedores en situación de vulnerabilidad, que realizan una única actividad económica por cuenta propia y se encuentran fuera del mercado formal laboral o trabajando en relación de dependencia con ingresos brutos inferiores al haber previsional mínimo.

Encontrarse en condiciones de vulnerabilidad social, o en situación de desempleo, o ser titular de programas de inclusión y encontrarse desarrollando, o querer iniciar, emprendimientos económicos vinculados al Desarrollo Local y la Economía Social, sean productivos, comerciales o de servicios. Dicha situación debe ser respaldada con informe técnico social y cotejo de datos patrimoniales.

El trámite lleva: 10 días

Al momento de solicitar tu inscripción en el registro, podrás elegir un agente de seguro de salud de la nómina de la Superintendencia de Servicios de Salud. Además, podrás adherir a la Obra Social a tu grupo familiar primario o a personas con guarda legal presentando documentación que acredite el vínculo.

Una vez registrado como monotributista social deberás abonar \$1.530,88 con tu credencial de pago del 1 al 20 de cada mes

Luego de los primeros 3 meses pagos podés acercarte a la obra social elegida y solicitar la afiliación.

//Tercer momento

Actividad

La idea es cerrar con alguna actividad para hablar sobre autonomía:

Por ejemplo, puede ser el clásico juego “Gallito Ciego” de a dos, es decir una persona que guíe y otra que sea guiada con los ojos vendados. La persona con los ojos vendados tendrá que pintar un arcoíris. A cada una de las personas que ofician de guía proponerles en secreto: que una sea “sobreprotectora”, que otra “abandone” a la persona y otra que “apoye” a quien está pintando.

Luego realizamos una ronda de intercambio:

¿Cómo te sentiste siendo guiada? ¿Cómo te sentiste siendo guía? ¿De qué forma vemos la autonomía en esta situación?

Materiales sugeridos para el encuentro

- Guía de derecho fácil para personas con discapacidad: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/aplicalaley/tengo-discapacidad>
- Educación:
 - <http://buenosaires.gob.ar/educacion/estudiantes/sistema-educativo/educacion-especial/inclusion-educativa>
- Manual ANDIS Guía de Lenguaje Adecuado: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/manual_andis_0.pdf



Anexos

**Anexo A - Recursos pedagógicos
para actividades**

**Anexo B - Recursero efectores
y espacios de abordaje para La
Plata, Berisso y Ensenada**



ANEXO A - Recursos pedagógicos para actividades

ANEXO 1. (Módulo I)

Regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires.

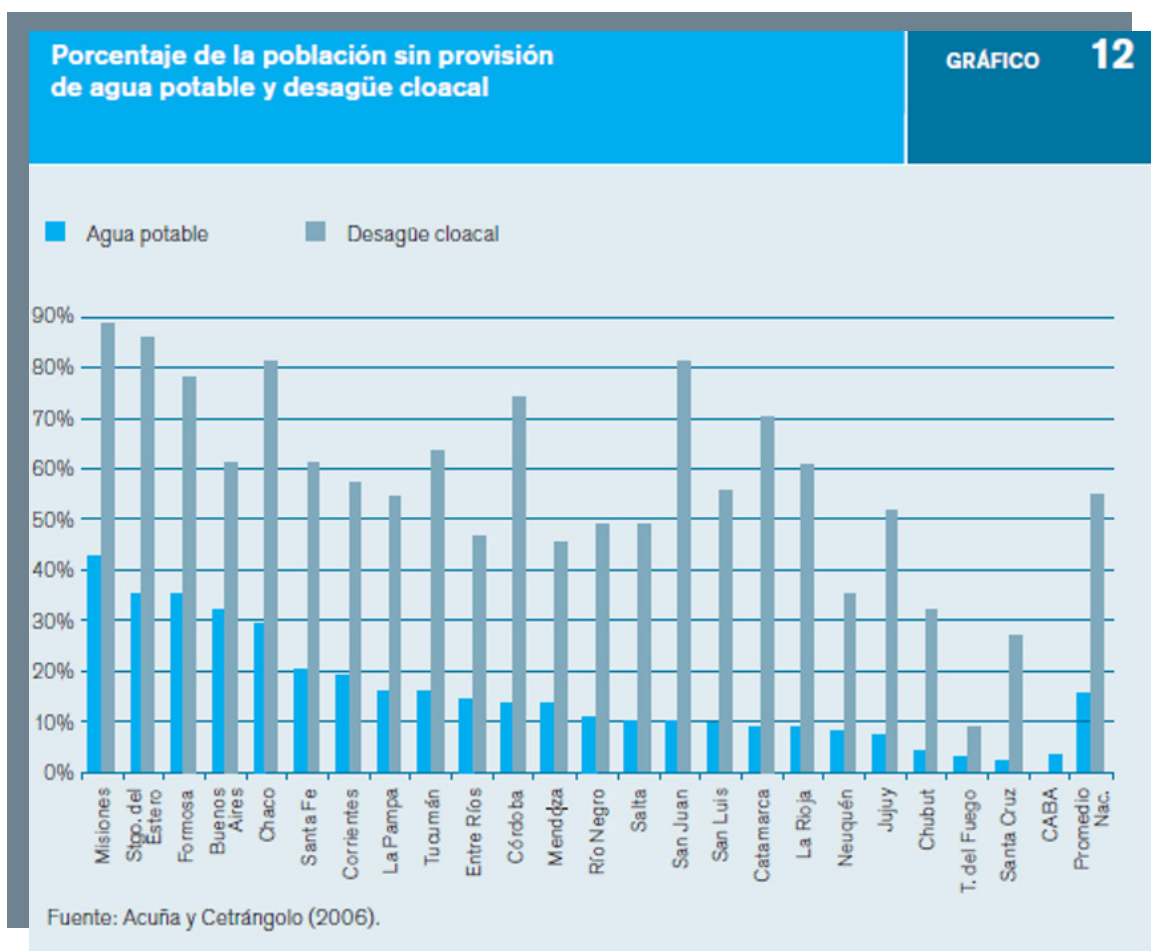
Disponible en: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/regiones_sanitarias

ANEXO 2. (Módulo I)

Otros recursos para impulsar el debate

- Video (en youtube): Brigadas sanitarias en Salta: una herramienta ante las problemáticas de las comunidades. Barricada TV <https://www.youtube.com/watch?v=1lhtq4pfHc&t=1s> (links embebidos)

- Acceso al agua potable



SOCIEDAD

Otro drama argentino: casi cuatro de cada diez chicos no tiene acceso al agua potable

Según estimaciones oficiales, el déficit alcanza a siete millones de personas y tiene un mayor impacto en las zonas más vulnerables. El problema excede a Salta, donde en la actualidad se pone el foco. Según una investigadora de la Universidad de Quilmes, en la provincia de Buenos Aires hay “plomo, arsénico y ahora también glifosato en el agua de consumo humano”



Por **Juan Piscetta**
23 de Febrero de 2020

- Habitat



alquileres

21 OCT 2021



Crisis de alquileres: los hogares sostenidos por mujeres y jóvenes son más vulnerables

Según el Índice de Vulnerabilidad Inquilina, estos grupos deben destinar una proporción más alta de sus ingresos al pago del alquiler, es más habitual que alquilen sin contrato escrito y viven en viviendas más precarias.

-Trabajo e ingresos

El 78% de los jóvenes argentinos tiene problemas para conseguir su primer empleo

Un estudio realizado en 14 países de Latinoamérica dio un promedio del 81% de jóvenes de entre 18 y 29 años que tienen dificultades para incorporarse al mercado laboral.

Economía

El índice de pobreza se acercó al 52% y en los tres primeros meses del año se agregaron 3,2 millones de nuevos pobres

La pobreza alcanza al 51,8% de la población, según los cálculos del especialista Martiz Rozada, docente de la Universidad Di Tella



Comedor comunitario en el conurbano de la ciudad de Mendoza. Foto: Ignacio Blanco / Los Andes

14/04/2024 06:00

Con los valores oficiales de enero-marzo de la **canasta básica total** informados el viernes por el INDEC, la tasa de pobreza para el primer trimestre de 2024 sería del **51,8%**, según los cálculos de Martín González-Rozada, profesor titular del Departamento y Director de la Maestría en Econometría e investigador en la Universidad Di Tella. Proyectado a todo el país son **24 millones las personas que están por debajo de la línea de pobreza.**

ANEXO 3. (Módulo III)

La historia de Luis

La historia de Luis

Luis vive con su familia en un barrio ubicado en las afueras de la ciudad de Buenos Aires. El barrio no cuenta con un centro de salud, por lo que los vecinos deben trasladarse varios kilómetros para recibir atención médica. El hospital más cercano se encuentra a unos 10 km y la “salita” de mayor proximidad a unos 5 km. Las ambulancias no entran al barrio, ya que las calles no están asfaltadas y suelen estar en muy mal estado.

La casa de Luis es una de las más antiguas del lugar. Una parte está hecha de “materiales” y otra, construida hace menos tiempo, es de chapas y maderas. Las viviendas no cuentan con agua de red ni servicio de cloacas. En una de las esquinas de la cuadra hay un baldío donde los/as chicos/as del barrio suelen jugar a la pelota. Ellos/as mismo/as armaron una canchita improvisada con cosas que encontraron por ahí: maderas para delimitar los arcos, gomas usadas para armar algún “banquito”, etc.

A una cuadra también hay una infraestructura abandonada, donde se acumulan distintos desechos, ya que una empresa automotriz de la zona utiliza el espacio para arrojar cubiertas y otros elementos que descarta. Antiguamente ese complejo funcionaba como una fábrica que, hace algunos años, quebró y despidió a todos/as sus trabajadores/as. Muchos de los despedidos eran vecinos del barrio, quienes tuvieron que “rebuscársela”: los más afortunados consiguieron un nuevo empleo o pudieron abrir un pequeño comercio; otros comenzaron a hacer changas, vender de forma ambulante, entre otras actividades. Juan, el papá de Luis, encontró trabajo como albañil. Por esta razón, es común que todas las mañanas se levante antes de las 5 am. para tomar el tren y dirigirse a la capital, donde están ubicadas la mayor parte de las obras en construcción. Como trabaja de modo informal no tiene posibilidad de acceder a una obra social para él y su familia.

En verano, temporada de lluvias y humedad intensa, la cuadra donde vive Luis suele inundarse. Las calles se vuelven más complicadas para transitar y más de una vez el arroyo cercano crece y llega hasta las viviendas ubicadas a pocos metros. Hace varios años que los/as vecinos/as reclaman que se “entube” ese curso de agua, pero aún no tienen respuestas por parte del municipio. Además, al costado del arroyo suelen acumularse residuos.

Una mañana Luis comenzó a sentirse mal: tenía mucho dolor en las articulaciones y cefalea intensa, acompañado de congestión. En un primer momento, pensaron que podía ser una gripe. La idea de Luis y su familia era ir hasta el centro de salud más cercano a consultar, pero no tenían en qué llegar hasta ahí. Decidieron esperar. Para la noche la fiebre había subido mucho, también aparecieron náuseas y vómitos. La madre de Luis y un hermano mayor decidieron que era importante consultar con un/a profesional de la salud. Como no tenían dinero suficiente para pagar un vehículo que los traslade hasta el Hospital, le pidieron ayuda a una vecina que accedió a llevarlos. Una vez allí, tuvieron que esperar un largo tiempo en la sala de espera, ya que todos/as los/as profesionales estaban ocupados, atendiendo a otras personas. Cuando la médica vio a Luis rápidamente se dio cuenta que la situación era de gravedad. Los síntomas eran compatibles con “dengue”, es decir con el virus que transmite una especie particular de mosquito (*Aedes aegypti*). El niño requirió atención urgente y fue internado durante algunos días. Finalmente, y luego de una semana de mucha angustia y preocupación, Luis fue “dado de alta” y volvió a casa con sus familiares. Le indicaron que se cuide, por ejemplo, utilizando repelente, pero éstos suelen ser muy caros y la familia de Luis no puede comprarlos.

Transcurrido un tiempo de este episodio, se confirmaron otros casos de dengue en el barrio. Por esta razón, los/as vecinos/as se organizaron para realizar campañas de prevención y reclamar al municipio para que realice fumigaciones en las zonas afectadas, controles en los espacios donde se acumulan desechos y multas para las empresas que los arrojan.

ANEXO 4. (Módulo III)

Juego para trabajar la enfermedad del dengue.

El dengue, ¿una enfermedad imbatible? - Tarjetas ¿Verdadero o Falso?

<p>1. Todos los tipos de mosquitos contagian</p>	<p>(F). Sólo el Aedes Aegypti es el transmisor de la enfermedad. Típicamente presenta patas rayadas negras y blancas</p>
<p>2. El dengue se transmite por besos y saliva</p>	<p>(F). El dengue se transmite a través de la picadura de un mosquito que transmite el virus (no todos los aedes transmiten la enfermedad, sólo aquellos que posean el virus).</p>
<p>3. El dengue solo afecta a personas de bajos recursos</p>	<p>(F). Afecta a todas las personas en contacto con el mosquito.</p>
<p>4. Toda la responsabilidad de la prevención depende de cada familia</p>	<p>(F). El Estado debe implementar políticas públicas para el control del vector y no dejarlo a libre albedrío de cada individuo.</p>
<p>5. El método más efectivo para prevenir el dengue es la fumigación</p>	<p>(F). La fumigación sólo mata al mosquito adulto. Sin embargo, permanecen las larvas. Por eso hay cosas más eficaces, como un descacharreo efectivo.</p>
<p>6. Los mosquitos pican más al amanecer y al atardecer que es cuando más cuidado hay que tener</p>	<p>(V)</p>
<p>7. Las larvas crecen preferentemente en agua sin movimiento.</p>	<p>(V) Cualquier recipiente capaz de acumular agua puede convertirse en un criadero pero algunos pueden producir gran cantidad de mosquitos. Por ejemplo, las cubiertas de automóviles son excelentes lugares para el desarrollo de estos insectos, debido a su forma (que impide volcar el agua), su material (aislante) y su color oscuro, que permite mantener la temperatura adecuada. Pero también otros objetos que están dentro de nuestras casas pueden ser criaderos, como los floreros, los portamacetas o bebederos de mascotas.</p>
<p>8. Si sospecho que tengo dengue, lo mejor es tomar mucha agua</p>	<p>(F). Consulta al efector de salud más cercano.</p>
<p>9. Si tengo dolor de panza y vómitos o manchas en la piel, sería bueno ir rápido a la salita o al hospital</p>	<p>(V).</p>
<p>10. Sólo tengo que preocuparme por los tarros que junten agua fuera de la casa</p>	<p>(F). La descacharrización es importante hacerla en el exterior e interior de la casa.</p>
<p>11. Hay que enojarse y obligar a los/as vecinos/as que acumulan cacharros/ neumáticos</p>	<p>(F). Es importante hacer un acercamiento y abordaje integral de esa problemática; encontrarle la solución ya sea por ejemplo tapando los lugares donde se pueda acumular agua, considerando que esta puede ser su fuente de subsistencia.</p>

El dengue ¿una enfermedad imbatible? - Tarjetas de desafío (en caso de responder de manera equivocada)

1. Cantar una canción.

2. Hacer un baile.

3. Contar un chiste.

4. Nombrar cinco lugares donde se puede juntar agua.

5. Nombrar dos elementos del interior de la casa cuyas paredes tengan que limpiar.

6. Nombrar dos enfermedades transmitidas por animales.

7. Hacer el ruido de un animal.

El dengue, ¿una enfermedad imbatible? - Tarjetas de preguntas.

<p>1. ¿Si sospecho que alguien conocido/a tiene dengue, qué tengo que hacer?</p>	<p>Respuesta: Buscar asistencia médica, ante la fiebre se puede tomar paracetamol (NO ibuprofeno)</p>
<p>2. ¿Con la fumigación se termina el problema del dengue en el barrio?</p>	<p>No. La fumigación mata a los mosquitos adultos, pero no a los huevos/larvas, que en cuanto crezcan - 7 a 10 días- podrían ser infectantes.</p>
<p>3. ¿Todos los aedes aegypti transmiten dengue?</p>	<p>No. sólo aquellos que contengan el virus; para que un mosquito aedes sea infectante, tiene que haber picado previamente a una persona con dengue; es decir que en zonas donde se declaran brotes de dengue, es más probable el riesgo de contagiarnos (porque esos mosquitos pueden haber picado a esas personas).</p>
<p>4. ¿Existe una vacuna contra el dengue?</p>	<p>No. Es un momento interesante para conversar por qué hay enfermedades que tienen vacunas y/o tratamientos efectivos y otras que no.</p>
<p>5. El dengue... ¿siempre es mortal?</p>	<p>No. Puede pasar inadvertido (asintomáticos), como una gripe fuerte, hacer cuadros graves y en una pequeña porción ser mortal.</p>
<p>6. ¿Qué es el dengue?</p>	<p>Es una enfermedad viral, transmitida por el mosquito aedes aegypti</p>
<p>7. ¿El mosquito es “el dengue”?</p>	<p>No. el mosquito es el “vector” es decir, quien vehiculiza la infección desde una persona con dengue hacia otra sana.</p>
<p>8. ¿Las zanjas son reservorios de mosquitos?</p>	<p>Las zanjas no son reservorios debido a que el mosquito pone sus huevos sobre superficies artificiales en contacto con agua limpia. las zanjas que tengan botellas o restos de materiales que puedan aportar esa pared artificial pueden ser una zona de cría. De todos modos, es mucho menor la proporción; el mayor problema son los cacharros con agua estancada.</p>
<p>9. ¿Alguien que tiene dengue... puede contagiarme?</p>	<p>No directamente (es decir, de persona a persona). El problema es que si un mosquito pica a esa persona y luego a mí, sí. Es por eso que es necesario que esa persona con dengue use repelentes y mosquiteros, para evitar “contagiar” a otros mosquitos</p>

ANEXO 5. (MÓDULO IV)

Notas periodísticas para reflexionar sobre medios de comunicación e información en salud

Nota 1 - “Vacuna trucha”: la demoledora crítica de Durán Barba a la Sputnik V. Publicada en La Nación. Enlace: <https://www.lanacion.com.ar/politica/duran-barba-me-preocupa-esten-aplicando-vacuna-nid2585748/>

“Vacuna trucha”: la demoledora crítica de Durán Barba a la Sputnik V

28 de enero de 2021 - 20:09

LA NACION



Sobre la imagen de Mauricio Macri, el excolaborador cree que si bien hoy no tiene “una buena imagen” política “nada es definitivo”

Archivo

Jaime Duran Barba, el exasesor de Cambiemos, dijo que la vacuna Sputnik V “es una vacuna trucha” y cuestionó la escasa “capacidad de escucha” de la política argentina. También abordó la caída de la imagen de Mauricio Macri, de quien no espera que sea candidato a legislador “porque no le gusta el Congreso”.

Durán Barba, que se describió “nervioso y preocupado” por la evolución del coronavirus en el mundo pues “transitamos un momento crítico en la humanidad”, no avala la aplicación de la Sputnik V en el país. “Me preocupa que

Argentina esté aplicando la vacuna menos probada del mundo. Acá, en Ecuador estamos aplicando Pfizer, que cumple con todos los estándares y disposiciones. En Argentina la vacuna que aplican no cumplió con los requisitos normales y no tiene claridad”, dijo el exasesor, y remató: “Es una vacuna trucha”.

A su vez, con relación al rol de la oposición en el gobierno actual, consideró que “hay poca capacidad de escucha en la política de Argentina” y que “la mentalidad es: yo soy la patria y vos sos un traidor”, aunque eso, para él, es algo que se remonta a “la época de Perón”. Sin embargo, “si comparamos la oposición que hace Macri y su gente con la que le hacían a él los de este Gobierno... cuando casi le muelen a piedrazos el Congreso cuando se aprobó una ley de seguridad social bastante mejor que la de Fernández”, parecieran que “no son iguales”.

CORONAVIRUS: ATERRIZÓ EN CHILE EL AVIÓN CON CASI DOS MILLONES DE VACUNAS SINOVAC

Por otra parte, sobre la imagen de Mauricio Macri, el excolaborador cree que si bien hoy no tiene “una buena imagen” política “nada es definitivo”. “¿Qué otro adversario de Cristina Fernández de Kirchner sacó un 40%? Mauricio Macri es una persona que tiene peso”.

“Creo que Macri tiene tanta vida política como la que tenía Fernández hace cinco años. Aunque hace cinco años Alberto Fernández estaba peor, no había ganado ninguna elección”, reflexionó Durán Barba, para quien intentar “adivinar el futuro” a un año en política “es una locura” porque “nadie sabe que va a pasar”.

Y puntualizó en el caso de Máximo Kirchner: *“Tiene una pésima imagen y eso no quiere decir que no pueda ser presidente, como el caso de Alberto Fernández, nadie habría dicho dos años atrás que sería presidente”. Por eso, “las imágenes no son determinantes del futuro, son datos del presente para que los políticos inteligentes trabajen para mejorar”.*

Sin embargo, no cree que el expresidente se postule como candidato en las próximas legislativas. “Supongo que seguirá haciendo lo que hace. No creo que sea candidato a diputado porque no es una persona que le guste el Congreso”, dijo.

También consideró que Horacio Rodríguez Larreta es el “mejor posicionado” en su forma de ver, aunque piensa que María Eugenia Vidal, “podría crecer también”.

Nota 2 - "La ANMAT aprobó el uso de la Sputnik V en mayores de 60 años".
Publicada en Página 12. Enlace: <https://www.pagina12.com.ar/318537-la-anmat-aprobo-el-uso-de-la-sputnik-v-en-mayores-de-60-anos>

A días del comienzo de la llegada de otras 5 millones de dosis La ANMAT aprobó el uso de la Sputnik V en mayores de 60 años

El organismo consideró que "se encuentra en un margen aceptable la seguridad, inmunogenicidad y eficacia para el grupo etario de mayores de 60 años". La autorización es fundamental para avanzar con la vacunación de la franja de la población de riesgo ante el coronavirus. Se estima que se trata de más de siete millones de personas.

20 de enero de 2021 - 12:56

. Imagen: AFP



En medio de la campaña de vacunación contra el coronavirus y a días del comienzo de la llegada a la Argentina de otras 5 millones de dosis de la Sputnik V, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó el uso de esa vacuna rusa en personas mayores de 60 años. “Los parámetros de seguridad, inmunogenicidad y eficacia son aceptables”, remarcó el organismo y en función de eso recomendó al Ministerio de Salud de la Nación aplicarla a las personas de esa edad. La autorización es fundamental ya que esa franja de la población es la que mayor riesgo tiene en caso de contraer el virus.

Tras la aprobación se espera que los adultos mayores empiecen a ser vacunados y se sumen al personal de salud y de fuerzas de seguridad a quienes se les dio prioridad para recibir la vacuna. Según informaron desde el Gobierno, el total de adultos que son mayores de 60 o viven en geriátricos son aproximadamente 7.375.000.

La Anmat avaló la nueva autorización a la Sputnik V tras un intenso trabajo de traducción del voluminoso informe técnico que el Fondo Ruso de Inversión Directa envió desde Moscú a la Casa Rosada y al Ministerio de Salud. Esa documentación demuestra que la vacuna rusa resulta efectiva para ese grupo etario.

“Luego de analizada la nueva información aportada para la vacuna VacunaGam-COVID-Vac (Sputnik V), se estableció, por medio del informe de ampliación, que la misma se encuentra en un margen aceptable la seguridad, inmunogenicidad y eficacia para el grupo etario de mayores de 60 años”, destacó la ANMAT en su resolución. También indicó que “en el análisis inicial sobre el perfil regulatorio de VacunaGam-COVID-Vac (Sputnik V) de diciembre de 2020, se mencionó que los datos de eficacia, inmunogenicidad y seguridad respecto a la población total del estudio con franja etaria 18 a 87 años reportaba un perfil de seguridad aceptable y que no hubieron eventos adversos inesperados”.

La ANMAT explicó que “considerando la cantidad de sujetos mayores de 60 años expuestos al producto en investigación, se sugirió un nuevo análisis de seguridad a la espera de eventos adversos que podrían observarse en un mayor número” y que tomó su decisión de autorizar la aplicación de la Sputnik V porque la información aportada por el desarrollador de la vacuna “reportó un rango de eficacia del 91,8 % de la vacuna para mayores de 60 años; la inmunización de los voluntarios condujo a la formación de anticuerpos en el 98,1% el día 28 después de la vacunación y la variable de seguridad mostró un perfil que no difiere del observado en el resto de la población”.

Rusia había autorizado a fines de diciembre el uso de la vacuna Sputnik V contra el coronavirus en personas mayores de 60 años. Las personas que superan esa edad representan **casi la mitad de las personas que recibieron la vacuna en Moscú.**

“Se están terminando las traducciones de la documentación y es una cuestión de horas para que también estén habilitados los mayores de 60 años”, había anticipado este martes a la mañana el ministro de Salud, Ginés González García. Previo a la resolución de la ANMAT, la directora de Evaluación y Registros de Medicamentos del organismo, Agustina Bisio, había explicado también que la documentación analizada sobre la Spunitk V arrojaba que “en los grupos etarios menores de 60 años” los efectos adversos alcanzaron “0,01 por ciento”, mientras que, en el caso de “los mayores de 60 es de 0,02”.

La autorización de la ANMAT permite avanzar con la vacunación de la población con más riesgo en caso de contagio. El Gobierno puso en marcha la campaña de vacunación el pasado 29 de diciembre tras el arribo al país de las primeras 300 mil dosis de la Sputnik V. Los trabajadores de la salud fueron los primeros en recibir la vacuna.

Esta semana llegó el lote de la dosis 2 de la vacuna, que debe ser aplicada a los 21 días de la dosis 1. Su aplicación comenzó esta mañana en el Hospital Posadas y concluirá en los próximos. Esa misma semana llegará también otro millón de dosis para continuar con la campaña de vacunación.

La Argentina fue el primer país después de Rusia que autorizó la Sputnik V. Su aplicación a mayores de 60 años generó polémica a fines de diciembre luego de que **el presidente ruso Vladimir Putin**, afirmara: “Yo atiendo a las recomendaciones de nuestros especialistas y por eso por ahora no me he puesto la vacuna, pero lo haré sin falta cuando sea posible”. El mandatario tiene 68 años.

La bioquímica Daniela Hozbor, investigadora principal del Conicet, remarcó a Página/12 que la aprobación de la ANMAT “es una de las noticias más esperadas desde aquella declaración de Putin. Se hizo una revolución tremenda. Es una noticia esperada porque la mayor mortalidad la tenemos justamente en las personas mayores de 60. Toda esta campaña de vacunación que se está haciendo en la Argentina es para prevenir la enfermedad, los casos severos y en lo posible, la muerte. Tener esta autorización nos permitirá iniciar la vacunación a uno de los principales grupos de riesgo. Además, contamos hoy certeramente con esta vacuna”.

La científica también llevó tranquilidad ante los cuestionamientos contra la Sputnik V. “Las vacunas pasan por un montón de estadíos. Uno de ellos

es de ensayos clínicos en humanos. Se van haciendo secuencialmente estas fases. La más nombrada es la 3 porque es la última”.

El informe que analizó la ANMAT para aprobar la aplicación de la vacuna rusa a mayores de 60 años incluye los datos de la fase 3 de ensayos, con los resultados sólo de su seguridad, sino también de su eficacia. “La seguridad, en realidad, se evalúa desde fase 1. En la 3 se incluye un número grande de individuos. Cuando se dice seguridad se evalúan reacciones adversas de una gradación variable, desde leves hasta de una gravedad que requiere hospitalización. ANMAT analiza eso: las reacciones adversas, si son leves o moderadas en la proporción esperable. En qué proporción apareció fiebre, fatiga, decaimiento, dolor de cabeza”, explicó Hozbor.

La bioquímica del Conicet señaló también que “en Rusia hace rato que se aplica la vacuna para mayores de 60 años y se comprobó que no había ninguna reacción adversa desmedida. La Sputnik publicó los resultados de fase 1 y 2, datos de seguridad, además de inmunogenicidad. En el caso del desarrollo de vacunas en períodos pandémicos, se combinaron fases para reducir tiempos”. También precisó que “según los medios de Rusia, la vacuna se comporta en este grupo etario de la misma manera que en otros grupos poblacionales, con reacciones entre leves y moderadas”.

ANEXO 6. (Módulo V)

Nota para trabajar vejez y estigmas sociales

Nota - Denuncias “vacunas de aire” a ancianos en Brasil. Publicada en Página 12. Enlace a la nota: <https://www.pagina12.com.ar/325058-denuncian-vacunas-de-aire-a-ancianos-en-brasil>

Al menos tres casos fueron registrados por familiares de ancianos que sufrieron vacunaciones simuladas.

Denuncian “vacunas de aire” a ancianos en Brasil

Videos muestran el momento en el que el personal sanitario inserta las agujas pero sin inyectar la dosis del fármaco.

21 de febrero de 2021 - 00:51



Captura de video de una de las damnificadas.

Los casos de personas de la tercera edad que han sido vacunadas con aire provocaron indignación en Brasil. En los últimos días surgieron videos compartidos por los familiares de los ancianos que sufrieron vacunaciones simuladas con jeringas vacías o falsas.

Las imágenes fueron viralizadas a través de redes sociales y retransmitidas por medios brasileños. Los videos muestran el momento en el que el personal sanitario inserta las agujas pero sin inyectar la dosis del fármaco. La Policía Civil de Río de Janeiro emitió un comunicado el que señala que si las investigaciones confirman que hubo desvío de dosis o alguna otra irregularidad los profesionales de la salud podrán ser acusados por malversación de fondos con penas de hasta 12 años de prisión.

Una enfermera ya fue suspendida en Petrópolis, una ciudad de Río de Janeiro, según confirmó la secretaria de Salud de esa localidad. En el video se ve cómo la anciana de 94 años recibe una inyección sin el fármaco. La profesional de salud aseguró que había sido un fallo no intencional y que no había percibido problemas en el momento de la inoculación.

Otro caso ocurrió en la ciudad de Niteroi, donde un profesional fingió aplicar la dosis a una anciana de 90 años y el hecho quedó registrado por los familiares que lo acompañaban. La policía acusó a la enfermera por malversación de fondos. “El análisis del video deja claro que estaba consciente de que no estaba aplicando la vacuna, hasta porque fue alertada y cuestionada por la familia y respondió de forma irónica”, explicó el comisario Luiz Henrique Pereira a medios brasileños.

Para el gobierno local se trata de hechos aislados. “Entendemos que se trata de una falla, no lo queremos llevar para el lado de las calumnias que están

levantando”, declaró el secretario de salud del municipio, Aloísio Barbosa Filho. Pese a sus declaraciones, reforzaron el protocolo de vacunación para evitar más casos de “vacunas de aire”.

Brasil, es uno de los países más golpeados por la covid-19. Más de 244 mil brasileños murieron por covid-19 y más de 10 millones de casos fueron registrados desde el inicio de la pandemia. La situación en el país es crítica, actualmente atraviesa la segunda ola de contagios, al menos mil personas mueren a diario. Las autoridades sanitarias además prevén que los contagios se multipliquen con la propagación de nuevas cepas del virus. Por otra parte, en Río de Janeiro (capital del estado), Salvador (Bahía), Campo Grande, Teresina y Cuiabá (Mato Grosso) suspendieron la inoculación debido a la falta de dosis del fármaco. Apenas un dos por ciento de la población fue inmunizado.

Mientras el general Eduardo Pazuello -designado ministro de Salud por Bolsonaro- enfrenta críticas por parte de un grupo de intendentes brasileños agrupados en la Confederación Nacional de Municipios que le exigen la renuncia de forma urgente. “Su liderazgo no creyó que la vacuna era la forma de salir de la crisis y no llevó a cabo la planificación necesaria para adquirir las vacunas” declaró el grupo en un comunicado emitido esta semana.

ANEXO 7. (Módulo V)

Cuestionario relevamiento sobre situación de personas mayores en los barrios

DIPLOMATURA EN PROMOCIÓN Y GESTIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

RELEVAMIENTO SITUACIÓN DE PERSONAS MAYORES

Fecha:

Encuestador/a:

Barrio:

Manzana/cuadra:

Nº Hogar:

1. ¿En el hogar hay algun/a persona mayor de 65 años?

SI

NO (Fin de la encuesta)

NO, vive en una residencia para personas mayores (fin)

2. ¿Cuántas?

-Anotar las respuestas para cada persona mayor que integra el hogar.

3. Género.....

4. Edad.....

5. ¿Es jubilada y/o pensionada?

Si

NO

NS/NC

6.¿Se jubiló a partir de algún programa especial? (moratoria, jubilación de amas de casa, etc.)

Si

NO

NS/NC

7. ¿Continúa trabajando?

Si

NO

NS/NC

8. ¿En qué actividad?.....

9. ¿Tiene ayuda económica más allá de la jubilación? ¿De qué tipo?

10. ¿Tiene obra social?

Si

NO

NS/NC

¿Cuál?.....

11. ¿Le gustaría que haya un representante de PAMI y/o ANSES en el barrio periódicamente para realizar algún trámite?

Si

NO

NS/NC

12. ¿Tiene algún tipo de patología y/o discapacidad?

Si

NO

NS/NC

¿Cuál?.....

13. En caso de necesitarlo, ¿Tiene el Certificado Único de Discapacidad?

SI

NO

14. ¿Toma algún tipo de medicación?

Si

NO

NS/NC

15. ¿De qué tipo?.....

16. En caso de tomar medicación, ¿Tiene acceso ella? ¿Encuentra dificultades para hacerlo?.....

17. ¿Tiene su calendario de vacunación completo? En caso de que la respuesta sea NO, aclarar cuáles fueron las últimas vacunas aplicadas.
.....

18. ¿Se realiza controles médicos? ¿Dónde y con qué frecuencia?
.....

19. ¿Encuentra dificultades al momento de conseguir turno con especialistas? ¿Con cuáles?
.....

20. ¿Accede a controles odontológicos? ¿Con qué frecuencia?
.....

21. Necesita algún tipo de cuidado

Si

NO

NS/NC

¿Quién cuida de ella/s?

- Una cuidadora domiciliaria de forma remunerada
- Una persona de la familia de forma remunerada

•Una persona de la familia de forma no remunerada

•Otra ¿cuál?.....

22. ¿La persona que brinda los cuidados es?

Mujer

Otra identidad

Varón

23.¿Sabe si en su barrio existen espacios, talleres o actividades destinadas a personas mayores?

Si

NO

NS/NC

¿Cuáles?

24. ¿Le gustaría realizar actividades de manera grupal? ¿Cuáles?

.....

¡MUCHAS GRACIAS!

ANEXO 8. (Módulo VI)

Nota para trabajar representaciones sobre niñices y juventudes.

Nota - En Metán un juez citó a declarar a un niño de 9 años. Página 12. Enlace: <https://www.pagina12.com.ar/335578-en-metan-un-juez-cito-a-declarar-a-un-nino-de-9-anos>

Lo acusan de rayar un auto

En Metán un juez citó a declarar a un niño de 9 años

Una pareja que ya había sido denunciada por amenazas por la madre del chico, lo denunció supuestamente por rayar su auto. Desde la asesoría de menores aclararon que no será indagatoria.

14 de abril de 2021 - 11:31



Causó conmoción la noticia de que un juez de Metán, Ramón Alberto Haddad, había citado a declarar a un niño de tan solo 9 años supuestamente por haber rayado el auto de una pareja de aquella localidad y que entre otras cosas tiene un problema personal con su madre, la periodista Teresita Frías, quien anteriormente los había denunciado por amenazas y desde ese momento vive con custodia policial por orden de una Unidad Fiscal.

Según Haddad, y a pesar de que suene alejado a lo que indica la Convención Universal para los derechos de niños y niñas y a la normativa vigente en cuanto a la inimputabilidad de los menores de edad, él está actuando “conforme a derecho”, y aseguró que se le había explicado a su madre “absolutamente todo”.

El juez aclaró a su vez que lo citó a una declaración de conocimiento directo “como dice el papel” y no a una indagatoria, ya que para él, un magistrado de menores debe investigar “la circunstancias por la cual se formuló la denuncia”. Así como afirmó que están garantizados todos los procedimientos ya que se notificó a la asesoría de menores y la defensoría.

Sin embargo, según la madre del niño, el 12 de marzo denunciaron a su hijo sin siquiera tener pruebas, “primero dijeron que recibieron un mensaje de un vecino que los advertía de que mi hijo estaba rayando su auto solo, y después ese mismo testigo dijo que lo vio con un amiguito”. Pero lo peor pasó el 16 de marzo, cuando se presentó en su departamento la policía “para realizar una identificación simple a mi nene”.

“Lo hicieron firmar, y con todo este contexto de violencia que estamos atravesando, fue muy fuerte que le pidan que firme a él”, manifestó indignada, “estaba tan nervioso que no podía poner su nombre, le temblaba la mano y llorando me aseguraba que él no había sido”.

Una vez sucedido eso, la periodista pensó que el juez desestimaría la denuncia por infundada y por tratarse de un menor de edad, pero el domingo

pasado le llegó un nuevo documento, a nombre de su hijo, citándolo a declarar acompañado de su progenitora. Un día después, Frías se presentó en el juzgado y pidió hablar con el magistrado, “que no me atendió, lo hizo su secretario, que me trató de calmar y me dijo que era un procedimiento normal”, que constaba de una testimonial para preguntarle si era verdad el hecho que le imputaban.

Teresita Frías adelantó que “de ninguna manera” permitirá que el niño sea expuesto a una situación tal “si no es por medio de una Cámara Gesell”, algo que en principio se lo denegaron. Añadió que le llamaba mucho la atención que hasta el lunes a la tarde la asesora de menores, Karina Singh, no había recibido el expediente, “por lo que tampoco estaba al tanto”. Y denunció irregularidades en el procedimiento: “¿cómo un juzgado va a correr vista y avanzar sin que la asesora e menores verifique si no se está violando algún derecho del niño?”. “Y sin siquiera un psicólogo, o un profesional apto para hablar con un niño de 9 años”, agregó.

Otro de los hechos que le llamó la atención fue que el juzgado tuvo que elevar el expediente a la Fiscalía N°2 de Metán, a cargo de Gonzalo Gómez Amado, que es la misma por donde corre su denuncia por amenazas contra la pareja ahora denunciante, “yo pienso que le deberían haber alertado al juzgado lo que estaba sucediendo, algo que no pasó”. en la Fiscalía solo se remitieron a contestarle que a pesar de la coincidencia, son dos causas distintas, “el atacante me sigue golpeando pero esta vez usando a mi nene”, expresó angustiada.

El 19 es la fecha en que Teresita Frías y su hijo se tienen que presentar en el Juzgado de Haddad, aunque la periodista sostuvo que no llevará a su hijo, sino que se presentará sola y con testigos para desmentir la denuncia. “Esto lo va a marcar a mi hijo, es todo muy fuerte”.

Desde la Asesoría de Menores le contestaron a este medio que la asesora de aquella localidad ya había tomado conocimiento y que participaría de la audiencia junto a su madre pero que no realizarían más declaraciones aunque pidieron aclarar que no sería una “declaración indagatoria” la que le realizarían al niño sino que se trataría de una “audiencia informativa”.

Mientras que el subsecretario de Niñez y Familia de la provincia, Pablo Martínez, le pidió a Salta/12 más tiempo para estudiar y conocer el caso en detalle “para hablar con conocimiento”.

El antecedente

“Esto ya viene desde el año pasado, que yo vengo denunciando acoso y hostigamiento contra esa pareja”, indicó Frías, y aseveró que no es la primera

denuncia “falsa” que recibe “por parte de esta gente”. Le contó a Salta/12 que a ella le costó “muchísimo” denunciar el acoso al que la sometían esas dos personas que además, viven en el mismo edificio. “Pero los hechos de violencia fueron en ascenso, comenzaron con acoso en las redes sociales, siguieron con mensajes que iba a aparecer con un tiro en la cabeza y terminaron tirándome ladrillazos en la ventana”, contó.

Ante todos los hechos descriptos, el Ministerio Público Fiscal designó al caso una Unidad Fiscal y poner una consigna policial fija desde el 29 de enero de este año, “nos desbarataron la forma de vida, porque cada cosa que tenemos que hacer es con el policía al lado”, expresó y por eso mismo sostiene que es imposible que su hijo haya rayado el auto los denunciantes, ya que lo tendría que haber visto o seguido el custodio, “si mis hijos bajan, lo hacen con la custodia, igual que cuando yo salgo”.

De todas maneras, Frías no se termina de explicar porqué recibe ese tipo de malos tratos por parte de sus vecinos, aunque supone que está vinculado a su profesión y las denuncias que ella realiza contra funcionarios y otros políticos relacionados con la gestión municipal y provincial actual.

“Ellos vinieron de afuera y alquilan desde hace algunos años, pero cuando comenzó la pandemia yo empecé a evidenciar algunas violaciones a los decretos de necesidad y urgencia por parte de legisladores y funcionarios, casualmente cada vez que yo sacaba una nota así, ellos empezaban a escracharme y maltratarme primero en las redes sociales y después fue poniéndose peor”, describió. Y acotó que Rosana Fernández, la denunciada por Frías, tendría vínculos con el senador por Metán, Héctor D´Auría, ya que tenía un puesto de venta en la feria propiedad del legislador.

“Es lo único que me puedo imaginar, porque nunca tuve problemas con ningún vecino y todo esto comenzó sin justificativos en el momento que yo empecé a denunciar la conducta de algunos políticos, concluyó.

La pareja a juicio

Justo el mismo día que se hizo pública la denuncia contra el hijo de Teresita Frías y la decisión del juez de llamarlo a declarar, la Unidad Fiscal que investiga los hechos denunciados por la periodista, integrada por los fiscales penales Mónica Poma, Gonzalo Gómez Amado y Nicolás Rodríguez López, solicitó que la causa sea elevada a juicio.

El Ministerio Público Fiscal informó que los fiscales relevaron testigos, informes policiales, técnicos, psicológicos y socio vecinales que permitieron

reunir los elementos de convicción necesarios para solicitar ante el Juzgado de Garantías 1 del distrito judicial Metán, juicio para Leonel Washington Ifran, de 38 años, como autor del delito de amenazas y contra su pareja, Rosana Fernández, de 32 años, como autora de los delitos de amenazas y desobediencia judicial.

“La acusación contra Ifran es por un hecho ocurrido el pasado 12 de enero, cuando con una actitud violenta, agredió verbalmente a la damnificada, la amenazó y arrojó un elemento contundente contra su vivienda”, sostiene el comunicado oficial.

En tanto, la acusación contra Fernández, se vincula a las amenazas que la mujer profirió a la comunicadora, “ocasionándole temor”, y por desobedecer una orden de medidas restrictivas dictada por el Juez de Garantías N°2 Distrito Judicial del Sur Metán.

ANEXO 9. (Módulo VI)

Historietas para trabajar distribución de las tareas de cuidado.







ANEXO 10. (Módulo VI)

Planilla: historia clínica de niñeces

Planilla de niñeces

(Completar dirigiéndose al niño/a aunque algunos datos pueda consignar las/os cuidadoras/es).

¿Cómo te llamas?

¿Cómo te gusta que te nombren? ¿Tenes algún apodo?

¿Cuántos años tenés?

¿Sabés tu DNI?

¿Dónde vivís? (Casa, calle y barrio).

¿A qué te gusta jugar?

¿A dónde suelen jugar en tu barrio?

¿Con quién jugás habitualmente?

¿Hay alguien con quien no quieras jugar?

¿Quiénes viven en tu casa? ¿Cómo te llevas con ellxs?

Lugar para dibujar familiograma

Características de la vivienda:

¿Quiénes se encargan de tus cuidados?

¿Vas a la escuela? ¿A cuál?

¿Te gusta ir?

¿Cómo te llevas con tus compañerxs? ¿Tenes amigxs?

¿Tenés alguna enfermedad?

¿Estuviste internado/a en el hospital?

¿Te operaron en algún momento de tu vida?

¿Tomás alguna medicación?

¿A donde suelen llevarlx para realizar los controles de salud?

¿Tiene vacunas al día? (corroborar con el Anexo 11 Calendario Nacional de Vacunación)

Recomendación

Incorporar en todas las preguntas la empatía necesaria para dar lugar a les niñes a que hablen. Los silencios, como espacios que permiten hablar, darán lugar a que las personas que entrevistamos sientan que nos importa lo que dicen y puedan relatar todo lo que necesitan. También nos podrá ser útil con niñes sentarnos a jugar previamente con ellxs para que nos referencien como un adulto que los escucha y los comprende.

Estar atento a situaciones de violencia familiar y de género es algo que debemos ir desarrollando para poder generar preguntas oportunas que den lugar a que la víctima pida ayuda. Para esto es importante darnos tiempo en preguntas claves como las referidas a los cuidados de las niñeces.

ANEXO 11. (Módulo VI)

Calendario Nacional de Vacunación - 2024

Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calendario-nacional-de-vacunacion-2024>

Calendario Nacional de Vacunación

El Estado Nacional garantiza **VACUNAS GRATUITAS** en centros de salud y hospitales públicos de todo el país

EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO

Edad	BCG (1)	Hepatitis B (2)	Neumococo Conjugata 13 Valente (2)	Quintuple o Pentavalente (3)	IPV (4)	Rotavirus (4)	Meningococo ACWY	Antraxial	Hepatitis A (5)	Triple Viral (5)	Varicela	Triple Bacteriana Celular (6)	Triple Bacteriana Acelular (7)	Virus Papiloma Humano	Doble Bacteriana (8)	Virus Sincicial Respiratorio (9)	Fiebre Amarilla (4)	Fiebre Hemorrágica Argentina	
Recién nacido	única dosis (A)	dosis neonatal (B)																	
2 meses			1º dosis	1º dosis	1º dosis (D)														
3 meses																			
4 meses			2º dosis	2º dosis	2º dosis (E)														
5 meses																			
6 meses			3º dosis	3º dosis															
12 meses			refuerzo								única dosis								
15 meses																			
15-18 meses			1º refuerzo																
18 meses																			
24 meses																			
5 años																			
11 años																			
A partir de los 15 años																			
Adultez		Iniciar o completar esquema (C)		Esquema secuencial (G)															
Embarazo																			
Puerperio																			
Personal de salud																			

(1) Previene formas graves de tuberculosis.
 (2) Previene meningitis bacteriana y sepsis por meningococo.
 (3) DTaP-4a-1a: inhibe crecimiento, toxinas, Tox. Convulsiva, Hepatitis B, Hemiparálisis, Mielinización.
 (4) Vacuna antituberculosa multivalente tipo Siltik.
 (5) DTaP: Previene sarampión, rubéola y varicela.
 (6) DTaP: Previene difteria, tétanos y tos convulsiva.
 (7) DTaP: Previene difteria, tétanos y tos convulsiva.
 (8) DTaP: Previene difteria, tétanos y tos convulsiva.
 (9) VSR: Previene la bronquiolitis y la neumonía causadas por el VSR en niños y niñas desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad mediante la vacunación de las personas gestantes.
 (A) Antes de ingresar a la maternidad.
 (B) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (C) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (D) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (E) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (F) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (G) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (H) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (I) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (J) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (K) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (L) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (M) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (N) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (O) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (P) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (Q) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (R) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (S) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (T) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (U) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (V) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (W) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (X) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (Y) DTaP: los primeros 15 días de vida.
 (Z) DTaP: los primeros 15 días de vida.

(1) Si un niño recibe dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (2) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (3) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (4) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (5) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (6) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (7) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (8) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (9) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (A) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (B) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (C) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (D) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (E) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (F) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (G) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (H) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (I) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (J) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (K) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (L) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (M) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (N) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (O) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (P) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (Q) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (R) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (S) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (T) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (U) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (V) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (W) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (X) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (Y) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.
 (Z) Si un niño recibe una dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, las dosis de triple viral para los nacidos después de 1985.



0800 222 1002
 argentina.gob.ar/salud/vacunas

ANEXO 12. (Módulo IX)

Dinámica para trabajar violencia de género - Juego de las esquinas

Primero se coloca en cada rincón del salón un cartel con uno de los tipos de violencia:

“Violencia psicológica”, “Violencia física”, “Violencia económica”, “Violencia sexual”, “Violencia simbólica”.

Luego, se invitará al grupo a pararse en el centro del salón. Cada vez que quien coordina lee una frase o viñeta, cada participante se ubicará en el rincón que corresponda al tipo de violencia que se cree que atraviesa el enunciado. Una vez que se ubicaron, se les propone que observen quiénes están a su lado y cómo está ubicado el resto. Se invita a quienes participan a que compartan los motivos por los cuales eligieron esa esquina. Luego vuelven al centro del salón/espacio donde se desarrolla el encuentro, se lee otra frase y las participantes se van al cartel que corresponda a la respuesta, siempre dejando un breve momento para debatir la situación. Así sucesivamente hasta que se lean todas las frases.

Lista de frases

“¿Cómo que no está planchada la camisa?”

“Cuando ella hace algo que a él no le gusta, él le da una piña”

“¡No te alcanza para nada la plata que te doy!”

“Cuando llego yo, la comida tiene que estar lista”

“¿Estás con otro que hoy no tenes ganas conmigo?”

“¿Por qué te pone tantos me gusta en todo lo que subís al Facebook?”

Soledad le dice a una amiga: “¡Martín se puso celoso, me re quiere! ¡Me pidió la contraseña de Facebook!”

Jorge le dice a Marcela que no puede salir a trabajar porque a ella le corresponde ocuparse de la casa

María quiere volver a estudiar, pero su novio le dice que no pierda tiempo en esas cosas

En una charla en la que hay mayoritariamente mujeres, quien toma la palabra dice: *"Todos los presentes"*

Al finalizar volveremos a sentarnos y dialogamos brevemente acerca de cómo nos sentimos realizando esta actividad.

ANEXO 13. (Módulo X)

Pautas para elaborar el Trabajo Final

Trabajo Final

Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria

Descripción: El trabajo final de la diplomatura se desarrollará en el marco del módulo N°10: Planificación y Gestión. El objetivo será realizar una caracterización general y de la situación de salud del territorio retomando las temáticas abordadas en los distintos módulos de la diplomatura e identificar problemáticas de salud para luego realizar una propuesta de intervención.

La idea es realizar el trabajo de forma grupal en cada aula que derive en una producción escrita que contenga las siguientes dimensiones:

1. Título
2. Integrantes y fecha.
3. Introducción. Sobre el Aula Abierta.

Breve descripción del espacio del aula abierta. Cómo está compuesto el grupo, dónde viven, de qué trabajan, cómo se acercaron a la diplomatura las estudiantes del aula. Dónde llevan adelante las clases, con qué espacios comunitarios articulan para el dictado de la Diplomatura. Cualquier otra información que deseen agregar sobre la composición del grupo.

4. Caracterización general del territorio de intervención

Descripción del barrio: nacimiento-historia, principales actividades (productivas, etc.) Características generales de las personas que allí habitan (composición etaria, nacionalidades, etc.). Descripción ambiental (características habitacionales, servicios, espacios públicos, etc.). Espacios institucionales: efectores de salud, educativas, dependencias municipales, etc. Organizaciones y espacios comunitarios (organizaciones sociales, clubes, comedores, etc.).

5. Caracterización sobre los problemas de salud de ese territorio

Breve descripción de las principales problemáticas de salud que afectan al barrio/comunidades en relación con las materias de la diplomatura (Servicios de Salud; Promoción y Prevención; Hábitat, Comunicación y Salud; Personas Mayores; Niñeces; Consumos Problemáticos; Salud Mental Comunitaria; Género y Violencias; Otros que puedan surgir)

6. Planificación de propuesta de intervención sanitaria

Delimitación de un problema relevante para el barrio / las comunidades. Planificación de la intervención (tema, objetivos, destinatarios, actores involucrados, propuesta concreta, tareas, fecha, lugar, recursos, roles, etc.).

7. Intervención y valoración/evaluación de la misma en caso de concretarla antes de la entrega del trabajo.

Aquellos grupos que realicen la intervención antes de entregar el trabajo final pueden incluir un punto donde se realice un breve relato y evaluación sobre dicha experiencia. Se pueden incluir fotografías, imágenes, mapas, etc.

8. Conclusiones finales

Evaluación general de la diplomatura; la incidencia en el barrio / comunidad; a nivel personal / grupal; expectativas a futuro.

Condiciones formales:

Cantidad de páginas: entre 5 y 15.

Características: Arial 11, interlineado 1.5, justificado.

*En caso de utilizar bibliografía, se recomienda incluirla al final del trabajo.



Anexo B - Recursero efectores y espacios de abordaje para La Plata, Berisso y Ensenada (2024)

- Servicios locales de niñeces
- Salud mental comunitaria
- Consumos problemáticos

RECURSERO DE NIÑECES - SERVICIOS LOCALES

SERVICIO LOCAL	DIRECCIÓN / LUGAR DE FUNCIONAMIENTO	CONTACTO
CASCO	41 E/ 10 Y 11 oficina propia	slcascourbano.mlp@gmail.com
VILLA ELVIRA	96 E/ 118 Y 119 oficina propia	slvillaelvira.mlp@gmail.com
ALTOS DE SAN LORENZO	75 y 25 (delegación)	slaltosdesanlorenzo.mlp@gmail.com
LOS HORNOS	137 Y 64 - Centro Cultural Julio Lopez de la muni (perteneciente a cultura)	slloshornos.mlp@gmail.com
SAN CARLOS	141 Y 518 EX PREDIO QUINTA ROTH - Provincia	slsancarlos.mlp@gmail.com
ROMERO	169 E/ 518 Y 119 dentro de la Delegación de Romero	slmelchorromero.mlp@gmail.com
OLMOS	46 Y 158 CIC Olmos / El Retiro	slolmos.mlp@gmail.com
CITY BELL / EL RINCÓN	República de los Niños	slcitybell.mlp@gmail.com
VILLA ELISA	Camino Centenario E/ 42 y 43 - Delegación de Villa Elisa	slvillaelisa.mlp@gmail.com
RINGUELET / TOLOSA	7 E/ 511 Y 512 - delegación de Ringuelet.	sltolosaringuelet.mlp@gmail.com

DIRECCIÓN GENERAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA:

dirniniezyadolescencia@laplata.gob.ar

Teléfono de guardia: 221-4776683



RECURSERO DE EFECTORES DE SALUD
Y REDES DE ABORDAJE REGIONAL

ADICCIONES Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

INTRODUCCIÓN

En el marco del dictado de la Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria ponemos a disposición este recurso de efectores de salud y de redes de abordaje comunitario para problemas de consumo problemático en la región.

Esperamos que este material sea de ayuda para las estudiantes de la Diplomatura que se encuentren con esta problemática de salud en sus comunidades, a la vez de un disparador para enriquecerlo y seguir generando nuevas redes.

Se presenta una lista resumida de los efectores de salud institucionales y de los espacios comunitarios que abordan este problema de salud. A su vez, se describe brevemente la perspectiva de abordaje de cada uno, y se deja un contacto.

EFFECTORES DE SALUD Y ESPACIOS COMUNITARIOS

ANTE CRISIS Y EMERGENCIA CONSULTAR POR GUARDIA A LOS SIGUIENTES EFFECTORES

Ante una situación aguda o de emergencia por consumo de sustancias, podés consultar a cualquier centro de salud u hospital público de la zona. Preferentemente, recomendamos si está en las posibilidades recurrir a:

HOSPITAL SAN MARTÍN

Dirección: Calle 1 y 70.

HOSPITAL ALEJANDRO KORN DE MELCHOR ROMERO

Dirección: Calle 520 y 175.

LINEA TELEFÓNICA DEL SEDRONAR 24HS: 141

LISTADO DE
EFECTORES Y
ESPACIOS PARA
ABORDAJES
INTEGRALE

**1-HOSPITAL ESPECIALIZADO EN TOXICOLOGÍA Y
SALUD MENTAL “REENCUENTRO”**

Calle 64 N° 591 entre 6 y 7.

Horario de atención de Lunes a Viernes de 8 a 19 hs.

Teléfonos:

221-4831313

4270748

4220275

4215557

**MODALIDAD
DE TRABAJO**

El Hospital Reencuentro, perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, fue fundado en 1989. Cuenta con más de 30 años de experiencia en la atención de personas que presentan consumo problemático de sustancias, incorporando a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, la atención de todos los padecimientos subjetivos. En la actualidad cuenta con atención por Consultorios Externos en la sede central, ubicada en 64 N° 591 entre 6 y 7 y Hospital de Día, ubicado en 64 N° 525 entre 5 y 6 de la ciudad de La Plata.

El abordaje se sostiene en un trabajo interdisciplinario e intersectorial, apoyado en los principios de calidad, equidad y accesibilidad a las prestaciones, brindando de esta manera mayores oportunidades para el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de lxs usuarixs. La actividad asistencial del Servicio de Salud Mental se organiza actualmente en dos áreas de trabajo: Consul-

torios Externos y Hospital de Día. En ambas áreas las estrategias de atención-cuidado implementadas están a cargo de un equipo integrado por enfermeras, psicólogos, trabajadorxs sociales, médicxs psiquiatras y clínico, odontóloga, operadores terapéuticos, talleristas y acompañantes terapéuticos.

El equipo interdisciplinario escucha, evalúa y orienta a lxs consultantes, ofreciendo una propuesta terapéutica adecuada a los cuidados que requiere cada persona en ese momento particular. El Servicio de Salud Mental no cuenta con camas para internación, para la cual se requiere del ensamble de redes interinstitucionales de derivación, que contemplen las particularidades de cada caso. Esto se realiza a través del trabajo conjunto con la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública. En contexto actual de pandemia, el Servicio de Salud Mental se encuentra ofreciendo desde el inicio un acompañamiento y orientación a los diversos sufrimientos subjetivos que pueda acarrear el contexto. De esta manera se dispone de un dispositivo con modalidad remota para alojar y poder dar respuestas a las consultas diariamente.

Consultorios Externos

El Servicio de Salud Mental dispone de los siguientes equipos en consultorios externos:

-Equipo de género y diversidad sexual: comprende un abordaje interdisciplinario con perspectiva de género que prioriza la atención a mujeres y población trans, en pos de garantizar su accesibilidad a los tratamien-

tos en salud mental.

-Equipo de adolescentes: atención interdisciplinaria de adolescentes en el campo de la salud mental y consumos problemáticos, desde la cual se intenta dar respuesta y abordar integralmente estas problemáticas en un tiempo que debe ser considerado vital en la conformación de la subjetividad.

Hospital de Día

El Hospital de Día ofrece tratamientos con un abordaje de mayor contención para pacientes con alto compromiso en su relación al consumo de sustancias y/o con notorio riesgo bio-psico-social. Los mismos giran en torno a diseñar para cada usuari*x una estrategia terapéutica que contemple diferentes dispositivos de Salud Mental. Incluyen abordaje psicológico individual, acompañamiento desde Trabajo Social y la participación en grupos terapéuticos y diferentes talleres expresivos. Asimismo, en caso de que la situación singular lo requiera, se puede contar con el acompañamiento de operadores terapéuticos o acompañantes terapéuticos según el caso. Actualmente, en contexto de pandemia los dispositivos grupales se llevan adelante al aire libre y con un número reducido de personas. Estos dispositivos incluyen grupos terapéuticos, talleres de música, educación física, teatro, lectura, comunicación y huerta.

Los acompañantes terapéuticxs permiten sostener los tratamientos ambulatorios intensivos de usuarios y usuarias en proceso de externación de Hospitales Monovalentes, construyendo un puente con nuestros usuari*xs que aún permanecen internados en el Hospi-

tal A. Korn y realizan talleres y grupos en nuestro Hospital de Día. También acompañan a pacientes ya externados que necesitan el apoyo de nuestras actividades para poder sostener su autonomía.

PlanFines

Entendiendo la salud desde una perspectiva social y comunitaria desde el Hospital se tomó la iniciativa de abrir una Sede FinEs en la búsqueda de la ampliación de derechos. Más de 50 estudiantes cursaron de manera virtual la Secundaria para jóvenes, adultxs.

2-VIENTOS DE LIBERTAD

El espacio de Los Hornos se encuentra en 144 entre 47 y 49 de lunes a viernes de 9hs a 17hs.

MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO

El Centro Barrial de Vientos de Libertad de Los Hornos es un espacio que se ubica dentro del Movimiento de Trabajadorxs Excluidxs (MTE) y se encuentra enmarcado además, dentro de la Secretaría de Políticas Integrales de Drogas (SEDRONAR).

Existe una gran cantidad de centros barriales y casas comunitarias a nivel nacional, donde se abordan territorialmente las diversas problemáticas sociales, en contextos de derechos vulnerados. Desde allí se apuesta por el trabajo sobre prevención, abordaje y acompañamiento de consumos problemáticos de sustancias en jóvenes y niñxs. Éstos se entienden de

manera integral, comprendiendo la problemática desde sus múltiples dimensiones y no centrándose exclusivamente en el consumo en la sustancia.

En el Centro Barrial trabajamos con un equipo interdisciplinario que cuenta con una Trabajadora Social, Psicóloga, Coordinadores y Referenta del espacio. Desde este enfoque se busca abordar de manera simultánea las diversas dimensiones que componen al problema: social, psicológica, educativa, laboral, clínica, legal y habitacional, entre otras. No solo se intenta articular con las familias y los lazos de referencia de lxs jóvenes, sino también con otras instituciones, organizaciones sociales, organismos, secretarías, centros de salud, comisiones, clubes de barrio, como así también otrxs actores y actrices, con el objetivo de favorecer la creación y promoción de espacios de acompañamiento, contención y prevención.

A su vez, desde los diferentes talleres de formación y grupos de contención, se pretende abordar la prevención del consumo problemático de sustancias desde la promoción de la salud y la disminución de factores de riesgos.

A raíz del actual contexto de pandemia se comenzó a elaborar los almuerzos para que se pueda retirar en viandas, además se empezó a hacer un refuerzo de bolsas de mercadería. Para evitar posibles focos de contagio también se fueron creando burbujas de no más de cinco chicxs para realizar las diferentes actividades.

3-RED PUENTES

Ubicada en Calle 21 número 1197 (esquina 57) se encuentra abierta de lunes a viernes de 9hs a 15hs.
Teléfono de contacto: 2213168988

La Red Puentes pertenece al Movimiento Popular Nuestra América. Nace en 2012 y aborda, desde una perspectiva integral y comunitaria, el tratamiento y la prevención específica e inespecífica de los consumos problemáticos de sustancias en niñxs, jóvenes y adultxs de los sectores populares.

Con el lema “RESCATATE HOY, NO MAÑANA” constituye un red federal compuesta por 23 casas de atención y acompañamiento comunitario, ancladas en los territorios con equipos de trabajo conformados por psicólogxs, psicólogxs sociales, talleristas y operadores convivenciales y territoriales.

Lxs impulsorxs de estos espacios apuestan a que las paersonas que aprticipan de las casas sean los PROTAGONISTAS DE SU PROPIA HISTORIA, construyendo juntxs caminos de vida digna que no solo impliquen trabajar sobre el consumo problemático de sustancias sino también armar respuestas en relación al trabajo, educación, salud, redes, derechos, etc. A su vez, creen que se está ante problemas de personas y no de drogas, y por lo tanto la respuesta es social y política.

4-SUBSECRETARÍA DE SALUD MENTAL, CONSUMO PROBLEMÁTICOS Y VIOLENCIAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA.

Calle 3 esquina 527, Tolosa, La Plata (1900)
Buenos Aires
Teléfono: (0221) 427.1732

Cuenta con los CPA (Centros provinciales de Atención en Salud Mental)

Son espacios de asesoramiento y atención ambulatoria. Cuentan con equipos técnicos de psicólogos, trabajadores sociales, operadores terapéuticos y comunitarios, capacitados en el ámbito de la salud mental. Trabajan articuladamente con diversos actores y espacios de la comunidad con el fin de brindar respuestas integrales a las necesidades de cada una de las personas en el entorno donde viven. A partir de este entramado también desarrollan estrategias de prevención y promoción de la salud.

En la región contamos con el siguiente listado de CPA:

PARTIDO	LOCALIDAD	TIPO DE CENTRO	DIRECCIÓN	COORDINADOR	TELÉFONO
Berisso	Berisso	C.C.S.M.C.P	Calle 4 (Río de Janeiro) N° 4431/33 e/ 166 y Av. Montevideo	Micaela Zocco 221 5677312/ Florencia Cejas 221 5552082	(0221) 4646419
Ensenada	Ensenada	C.C.S.M.C.P	La Paz N° 480 (ex EEUU) e/ Libertad y Alem	Lic. Gisele Del Valle - 0221 154954454	(0221) 4691917
Ensenada	Punta Lara	C.P.A	Calle 126 e/ 6 y 7 - Centro Cultural Emma Córdoba	Lic. Marina Luquet 221 6060141 Maria Ivana Gregorutti 221 5548825	
La Plata	Altos de San Lorenzo	Extensión Territorial	Calle 29 y 88 - Puente de Fierro	Lic. Analía Daponte 0221 154081971	(0221) 5421486
La Plata	City Bell	C.C.S.M.C.P	Camino Gral. Belgrano esq. 447	Karina Aranda 0221 5546479	(0221) 4732019
La Plata	City Bell	U.R.S.M	Camino Gral. Belgrano esq. 447	Camila Marco del Pont 221 591 2355	(0221) 4732019
La Plata	El Retiro	C.P.A	Calle 160 entre 49 y 50 - Club Corazones del Retiro	O.S.T. María Laura Ramírez - 0221 5224373	
La Plata	San Carlos	C.P.A	Calle 518 esq. 141 - Barrio San Carlos - Quinta Roth	Lic. Myriam Vazquez - 0221 5894224 OST Leandro Melian	(0221) 4076070
La Plata	Tolosa	C.P.A	Calle 3 y 526 S/N		(0221) 4895210
La Plata	Villa Elvira	C.P.A	Calle 120 esq. 75 - Centro de Fomento Villa Elvira		WhatsApp (0221) 15 4205886 (0221) 4519218



Instructivo de Mapeo Colectivo

INSTRUCTIVO DE MAPEO COLECTIVO MANUAL Y DIGITAL PARA EQUIPOS DE SALUD

**Primera Edición
Noviembre 2020**

**Dirección de Redes
Intersectoriales en Salud**
SECRETARÍA DE SALUD



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**



MAPEO COLECTIVO Y DIGITAL

ÍNDICE

» Introducción	1
» Fundamentación	2
» Instructivo del Mapeo Colectivo	7
» Tips para el Mapeo Digital	15
» A modo de cierre	17
» Bibliografía	22

Autor:

Salerno, Mauro. Equipo colaborador: Bernat, María Sofía;
Malleville, Sofía; Sala, Julieta; Fonseca, Manuel.

Contacto:

redesensalud.unlp@presi.unlp.edu.ar



INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta guía es ofrecer un Instructivo de Mapeo para Equipos de Salud. La guía contiene dos partes: en la primera, presentamos la perspectiva sanitaria desde la que se propone la misma; en la segunda, compartimos una serie de procedimientos y técnicas para realizar mapeos colectivos tanto de forma manual como de manera digital.

A partir de esta metodología, se propone elaborar diagnósticos territoriales situados ya que, en palabras de Paulo Freire, “la cabeza piensa donde los pies pisan”. Así, a partir de esta guía, se busca la construcción de conocimiento colectivo para generar acciones **transformadoras** de los territorios que tiendan a garantizar el derecho a la salud de las personas que los habitan.

Es importante aclarar que esta guía pretende officar como herramienta, es decir, como propuesta inicial que puede ser adaptada y mejorada según las particularidades y necesidades de cada lugar. Buscamos que sea complementaria a otras herramientas que ya existen para fines similares. A su vez, como su puesta en práctica tiene la intención de acompañar procesos que transformen una realidad, solo puede ser pensada en el marco de acciones comunitarias que la precedan y la excedan.

Partimos de una certeza: **la información es poder**. Esto explica por qué herramientas como éstas son importantes para decidir sobre las acciones que se lleven adelante desde y para los territorios, en diálogo con sectores que puedan aportar al mejoramiento de las condiciones de vida en general y que amplíen el derecho a la salud pública con calidad y calidez.



FUNDAMENTACIÓN

Consideramos que la realización de mapeos colectivos y participativos promovidos desde los equipos de salud en conjunto con las comunidades puede aportar al objetivo de conocer y producir datos que den cuenta de la situación de un territorio en vistas de colocar estos temas en la agenda pública para transformarlos.

Entendemos al **mapeo como una técnica** que puede emplearse en el marco de una investigación-acción participativa (IAP), la cual “supone la simultaneidad del proceso de conocer y de intervenir, e implica la participación de la misma gente involucrada en el programa de estudio y de acción” (Ander Egg, 1990, p. 32). En la IAP es muy importante construir datos que nos permitan elaborar un diagnóstico para luego construir un proyecto de intervención. El investigador también indica que se busca producir un conocimiento útil, que se democratice y socialice con la población, y enfatiza que el modo de efectuar dicha investigación constituye una acción de sensibilización y organización territorial.

Cuando hablamos de territorio, nos referimos a “una relación social mediada y moldeada en la o por la materialidad del espacio” (Haesbaert, 2011 p.290). Esto significa que **no podemos pensar al espacio por separado de las relaciones sociales, de las relaciones de poder y de los actores que lo conforman**. Por eso, decimos que existe una relación dialéctica entre lo espacial y lo social.

En nuestra vida cotidiana, habitamos múltiples territorios: la casa, el barrio, la ciudad, los centros de salud, la Universidad, nuestros cuerpos. Todos esos territorios no están exentos de conflictividades y se encuentran en disputa.





En esa línea, podemos preguntarnos qué sentidos se construyen en torno a los diferentes territorios. ¿Se ponderan unos más que otros? ¿Existen estereotipos y prejuicios? ¿Por qué algunos territorios son socialmente valorados mientras que a otros se les atribuyen características negativas? Reconocer estas diferencias -muchas de las cuales se convierten en desigualdades- nos permite cuestionarnos qué otros sentidos queremos construir y qué otras prácticas podemos propiciar para producir transformaciones socio-culturales.

¿Por qué es importante construir datos sobre los diversos territorios?

Para transformar una situación, necesitamos conocerla. El mapeo colectivo nos permite identificar espacios, relaciones sociales, actores intervinientes, conflictos, relaciones de poder y potencialidades de los territorios, entre muchos otros aspectos que son fundamentales para planificar intervenciones de manera colectiva y participativa ya que no debemos olvidar que los territorios son también espacios de encuentro.

Concebimos entonces al **mapeo como parte de una instancia de diagnóstico**, que nos permite conocer y describir cómo es la situación de la que partimos con el objetivo de promover prácticas que apunten a la ampliación y conquista de derechos.

Los equipos de salud llevan adelante su trabajo en espacios sociales complejos, donde conviven perfiles epidemiológicos y formas de habitar los territorios distintos en una misma provincia, ciudad o dentro de un mismo barrio. Por eso se hace preciso caracterizar el contexto en el que nos encontramos para aportar a poner en agenda las temáticas identificadas y priorizadas.





Sobre nuestra idea de salud

Creemos necesario dar cuenta del concepto de salud del que partimos ya que la herramienta propuesta parte de una mirada que pone el foco en el fortalecimiento de la salud pública y colectiva y en la participación de los equipos de salud y las comunidades.

Nos alejamos de las definiciones tradicionales de la salud vinculadas sólo a la ausencia de enfermedades, entendiendo que a lo largo de nuestra historia tales enfoques han tomado distintos sentidos según el paradigma imperante en cada momento histórico. Partimos de miradas como las de Floreal Ferrara, para quien “la salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad” (Blanco, 2010. p. 2). Esta perspectiva pone en cuestión la definición clásica de la Organización Mundial de la Salud al correrse de considerar a la salud como un estado y enfatizar la idea de lucha: concibe a la salud desde su dinamismo y constante movimiento. Asimismo, resulta evidente que Ferrara introduce un anclaje político a la salud, complejizando la mirada sobre los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado y ubicando al Estado como el responsable de garantizar su derecho.

Por lo tanto, al hablar de salud partimos de concebirla como un derecho y desde un enfoque integral, que reconoce las condiciones de vida y otros factores que son fundamentales para abordar las problemáticas y temáticas en este campo. En esa línea, adoptamos la perspectiva de la determinación social de la salud.

Ávila-Agüero (2009, p. 71) indica que “sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud” y que se vinculan con aspectos familiares, ambien-





tales, económicos, sanitarios, culturales, entre otros. Son elementos (modificables) que condicionan la salud de los sujetos. De ese modo, se indica que el derecho a la salud está vinculado y depende del ejercicio de otros derechos humanos. Implica la atención de la salud y de sus determinantes y no puede reducirse a un punto de vista médico.

Por último, destacamos el hecho de que la salud pública es una construcción colectiva, de la que participan diversos actores: gobiernos, instituciones, profesionales, sindicatos, comunidades, organizaciones sociales, ciudadanía en general.

Este instructivo comenzó a escribirse de forma previa al inicio de la pandemia por Covid-19 que puso en el centro de la escena el rol del Estado en la salud pública. El refuerzo de las camas, insumos, hospitales, equipos de búsqueda activa de casos y la innovación tecnológica en testeos y vacunas -entre otros ejemplos- son iniciativas que se han llevado a cabo en estos meses y que demuestran el rol central del Estado como garante de derechos.

Sobre los equipos de salud

Buscamos que esta técnica pueda ser de utilidad para distintos equipos de salud que aborden las comunidades y territorios donde trabajan. Nos referimos a equipos “formales” del primer y del segundo nivel de atención, y también a equipos “informales” que abordan los territorios desde una perspectiva sanitaria como mesas de gestión barrial, comités populares, promotoras de salud de organizaciones sociales y políticas, sindicatos, etc.



A su vez, como mencionamos en líneas anteriores, pensamos en los territorios de forma amplia y no pretendemos encasillar la idea de territorio como espacios que se encuentran “afuera” del sistema de salud. Un Centro de Atención Primaria de la Salud, un servicio de un hospital y hasta el hospital entero son territorios plausibles de ser mapeados, analizados desde la perspectiva propia de sus equipos de trabajo y transformados en un sentido positivo que busque garantizar el derecho a la salud a la población.

En el proceso de mapeo de una determinada localidad o comunidad pueden aparecer factores obstaculizadores del derecho a la salud estrechamente vinculados a las dinámicas de funcionamiento de los equipos de salud “formales”. Las dinámicas organizativas, los horarios de atención, las maneras de acceder a un turno, la prioridad que se le dá a tal o cual problema de salud, la disposición de los consultorios, la forma de comunicar y transmitir información importante y otros ejemplos son muchas veces pensados desde los intereses y deseos de los equipos de salud, que pueden no coincidir con los de las personas que acceden a la atención de su salud en ese efector.

Esperamos que esta herramienta pueda ser utilizada contemplando esta dimensión transformadora de los propios equipos de salud en función de las necesidades y de la accesibilidad al sistema de las comunidades.





Sobre los Mapeos Colectivos

Un **mapeo es un recurso práctico** por el cual se construye un relato colectivo que pone en agenda cotidiana una manera de concebir y vincularse con el territorio. Se busca generar conocimiento, darle accesibilidad y, en definitiva, desafiar los relatos dominantes y sentidos hegemónicos que instalan cotidianamente diferentes actores, entre los que se destacan los medios masivos de comunicación.

Entendemos al **mapeo como una práctica** que busca cartografiar espacios, relaciones sociales, actores y otras acciones y eventos significativos para un territorio. A su vez, **es un proceso** que no solo reconoce aspectos materiales presentes, sino que también puede proyectar los sentimientos, los deseos y las necesidades de las personas que habitan una comunidad.

La construcción grupal del mapa define una posición ideológica de abordaje y, a partir del mismo, se construyen **miradas críticas**. Se busca tejer una **red de equipos territoriales** para poner en práctica nuevos modelos de producción de conocimiento basados en el presente. Jerarquizar en nuestras prácticas el presente y visibilizar la incidencia del pasado en los procesos actuales. Siguiendo a Spinelli; (2010, p. 280):

La idea del “plan” es muy cara a la modernidad y al sujeto de la razón cartesiana. Esa idea de plan remite al futuro, y allí está la trampa, ya que el futuro desjerarquiza la acción del presente al colocarla en manos de alguien que realiza el plan, que a fin de cuentas es quien terminaría por definir, o al menos eso se cree, la acción que el trabajador realizará. La supuesta certidumbre sobre el futuro es la mayor debilidad de la planificación, ya que desconoce que la certidumbre pertenece a lo imaginario, y por el contrario, es la incertidumbre lo constitutivo de lo real.





El mapeo también se concibe como soporte para el **planeamiento urbano** que ayuda a planificar las decisiones que se toman a la hora de implementar **políticas públicas**, iniciativas ciudadanas, con el objetivo de tener acciones situadas que se relacionen con la realidad de las personas.

Es preciso destacar que el mapeo no es un fin en sí mismo, sino que puede ser interpretado como un medio. Existe en potencia, como hemos mencionado, cobra sentido cuando es utilizado por equipos de salud y espacios intersectoriales que ya abordan determinado territorio, y que seguirán abordando después de realizar el mapeo con una perspectiva transformadora. De todas maneras, como en cualquier práctica que busca generar transformaciones, se pone el acento no solo en el producto (el mapa que posibilite la planificación de intervenciones y políticas públicas), sino también en el **proceso que promueve el mapeo**. Este último da lugar a discusiones, al afianzamiento de vínculos, propicia la construcción de (otros) sentidos sobre los territorios y sujetos, permite reconocer actores e intereses, relaciones de poder, etc.

● **Mapear Involucra:**

- » Iniciativas, ideas, proyectos individuales y colectivos, historias, eventos, actividades de instituciones o de organizaciones sociales.
- » Actividades y espacios de la economía popular, social y solidaria, educación popular, proyectos culturales, deporte, acceso a alimentación sana, segura y soberana.
- » Todo lo que una comunidad considere significativo y necesario para producir conocimiento sobre su territorio.
- » Universidades ligadas a los territorios, con perspectiva de formación académica situada en problemas y desafíos que presentan los mismos.





● Mapear ayuda a:

- » **Generar redes locales**, conectando personas e iniciativas, compartiendo miradas, proyectos y espacios.
- » Darle marco a **iniciativas comunitarias**. Se puede hacer de forma manual como así también de manera digital.
- » Impulsar una base de datos situada, actualizable y modificable.
- » Fomentar otra manera de gestionar políticas públicas desde una perspectiva real y operativa.
- » Esclarecer y jerarquizar los problemas de salud de los territorios para su abordaje.
- » Generar **diagnósticos participativos** sobre una problemática.
- » Fomentar la interculturalidad, lo intergeneracional e intersectorial.
- » Poner de manifiesto espacios colectivos, visibilizar la organización y acción de las personas invisibilizadas que no ocupan cotidianamente la agenda pública y son fundamentales en el funcionamiento de las redes comunitarias.

● Con el mapeo se busca:

- » Generar una **red de interrelaciones**, operativa, para profundizar las relaciones entre el entramado institucional con las organizaciones propias de la comunidad.
- » Facilitar un **punto de partida**, desde donde construir iniciativas que se correlacionen con los temas cotidianos, frecuentes y relevantes del presente que arroje el diagnóstico realizado.
- » Impulsar la **difusión** de los proyectos que se van realizando, generando una plataforma digital participativa entre universidades, organizaciones sociales, instituciones.





- » Brindar una **base de datos** elaborada en tiempo real, que se pueda compartir y actualizar permanentemente.
- » Demostrar la **aplicabilidad** de la tecnología informatizada a diversos proyectos y estrategias de trabajo en el primer nivel de atención.
- » Proporcionar una base de datos a partir de **información nomenclada** (priorización, categorización, selección), que permita realizar un filtrado-selección de la información con el objetivo de generar capas según problemas/temáticas seleccionadas.
- » **Aportar en distintos niveles** para las tareas que realiza la población, la gestión pública y privada, los profesionales de las instituciones, la gestión de recursos, jerarquizando en este aspecto al Estado como articulador central en las políticas públicas.
- » Posibilitar la replicabilidad de proyectos, generando una **inteligencia territorial** a nivel federal.
- » Documentar y **fomentar encuentros**, reuniones o espacios de intercambio entre personas implicadas en proyectos sociales.

Se busca fomentar una práctica de investigación-acción en la cual el mapa es sólo una de las diversas herramientas que facilita el abordaje y la problematización de territorios sociales, institucionales, subjetivos. A esto se le suman otra serie de recursos que consisten en soportes gráficos y digitales que se articulan para dar un marco en los espacios de socialización y debate de la información generada. Esta información funciona también como disparador e insumo en proyectos que se encuentran en constante movimiento, cambio y apropiación.

Así, se busca abrir espacios heterogéneos que no se cierren sobre sí mismos, sino que se enmarquen en estrategias más integrales de abordajes comunitarios para potenciarlas.





Este trabajo se suma a un proceso mayor, debe ser una "estrategia más", un "medio para" la reflexión, la socialización de saberes y prácticas, el impulso a la participación colectiva, el trabajo con personas desconocidas, el intercambio de saberes, la disputa de espacios hegemónicos, el impulso a la creación e imaginación, la problematización de nudos clave, la visualización de las resistencias, el señalamiento de las relaciones de poder, entre muchas otras cuestiones.

Cabe destacar que **el mapa no es el territorio**¹: es un diagnóstico del momento al cual se le escapa la permanente modificación al que están expuestos los territorios. En el mapa se contempla parte del entramado subjetivo de los procesos territoriales. Son las personas que lo habitan quienes realmente crean y transforman la realidad, la moldean desde su cotidianidad al transitar, habitar, disputar y ocupar los espacios.

El trabajo en red sobre un territorio es dinámico. El mismo se encuentra en permanente cambio, en donde los límites, tanto materiales como simbólicos, son continuamente modificados. Con esta práctica se constituye una manera de elaborar relatos colectivos en torno a lo común, con el objetivo de montar una plataforma que visibilice encuentros e intercambios sin aplanar la heterogeneidad, dando relevancia a que la misma también quede plasmada.

Se propone **gestar algo común**, producirlo desde aquello que nos une y que reconocemos como propio; o visualizarlo desde lo ajeno y

1- Aunque también puede ser interpretado como territorio de disputa.





desconocido pero a partir de objetivos claros, trabajar para desmitificar (o fortalecer) lo que pensamos previamente de ese lugar. Se concibe como una práctica para derribar obstáculos y mitos, para dejar el prejuicio de lado. Es un modo diferente de producir territorio, a partir de la participación y la conformación de equipos es desde donde se nutre y proyecta el **accionar**.





INSTRUCTIVO PARA EL MAPEO COLECTIVO

● Para comenzar:

- » ¿Por qué y para qué hacemos el mapeo? ¿Con qué objetivos?
- » ¿En el marco de qué proyecto/investigación efectuamos un mapeo?
- » ¿Qué actores lo llevan adelante?
- » ¿Cómo vamos a garantizar instancias de participación?
- » ¿Con qué otras técnicas vamos a enriquecer el mapeo?
- » ¿Vamos a efectuar un registro fotográfico o audiovisual durante el mapeo?

Estas preguntas son fundamentales previo al inicio del proyecto ya que entendemos que no pueden construirse saberes al margen de los sujetos que los producen sus intereses, posibilidades y proyectos.

● Para el Mapeo Colectivo

A- Contar con el mapa del territorio a relevar (localidad, barrio, área programática, etc.). El mapa también puede ser elaborado en el mismo proceso. Dependiendo de los objetivos del mapeo, puede ser importante el ejercicio de dibujarlo.





Es importante tener los números/nombres de las calles en el mismo, para ser precisos en las manzanas asignadas y el recorrido que se va a realizar.



B- Seleccionar la información a mapear.

Para este momento es preciso tener ordenada y codificada/nomenclada la información que se va a relevar en territorio.





- Ejemplo:

Categoría 1= Espacios verdes.

Dentro de la misma podemos incluir diversos ítems.

1A = Plaza.

1B = Baldío.

1C = Planta medicinal.

Sugerimos como marco general las siguientes categorías, a modificar y reconsiderar por cada equipo de trabajo territorial:

1) Manejo de Desechos: basura en las veredas, baldíos, presencia de alcantarillas, microvertederos (focos de mosquitos).

2) Aire libre: presencia de plazas, parques, espacios de recreación, plantas de todo tipo, incluyendo medicinales.

3) Ambiente: zanjas, sustancias nocivas, radiaciones, agua cloacal, entre otras.

4) Espacios colectivos: clubes de barrio, instituciones educativas, deportivas, culturales, comedores y ollas populares, organizaciones sociales y políticas, centros de jubilados, centros juveniles, instituciones de salud, asesoramiento jurídico, entre otros.

5) Trabajo: fábricas, ferias barriales, medios de comunicación, comercios, espacios de reciclado y compra y venta de recolección de residuos, quintas, etc.





6)Espacios de cultos: instituciones religiosas, altares del barrio.

7)Situaciones de las calles y del espacio público: asfalto, tierra, veredas, animales sueltos, tendido eléctrico.

8)Espacios de significación simbólica: lugares colectivos “no clasificables”, espacios donde pasó algo importante, lugares donde se va si pasa tal cosa o para resolver algún problema, entre otros.

1 Manejo de desecho en la comunidad

A		Alcantarillado/Desag Tornado
B		Presencia de Basura en vereda, baldíos y calles Jacuzzi
C		Microvertederos, focos de mosquitos Mosquitos
D		Punto de reciclaje Reciclaje





2 Actividad y ejercicio

A



Medios de transporte
(Paradas de colectivo
y número de línea)

Autobús

B



Baldíos

Cementerio

C



Zonas de recreación al
aire libre

Parques infantiles

D



Plantas medicinales
(instructivo)

Comida sana

3 Contaminación

A



Exposición a sustan-
cias nocivas

Contaminación

B



Radiaciones

Torre de radio

C



Agua cloacal
vertiendo en veredas

Derrame





4

Recursos del Barrio

A



Instituciones educativas
(jardines, escuelas, etc)

Vecindario

B



Centros Culturales

Yoga

C



Clubes del barrio

Fútbol

D



Ong

Ong

E



Organizaciones
sociales y políticas

Bandera

F



Centro de Jubilados

Edif. Histórico

G



Centro Juvenil

Escuela

H



Fábrica / taller

Fábrica / taller

I



Instituciones de salud
(Atención en salud,
privada y pública)

Serv. Médicos





5 Relaciones

- A**  Consumo problemático
Explosión

- B**  Ferias barriales
Tienda de comestibles

- C**  Organizaciones comunitarias
Inmobiliaria

- D**  Medio de comunicación (Radios comunitarias u otros medios)
Mormón

- D**  Comercios
Tienda

6 Creencias y valores

- A**  Altares Religiosos
Sintoista

- B**  Instituciones religiosas
Cristiano





7 Situación de las calles

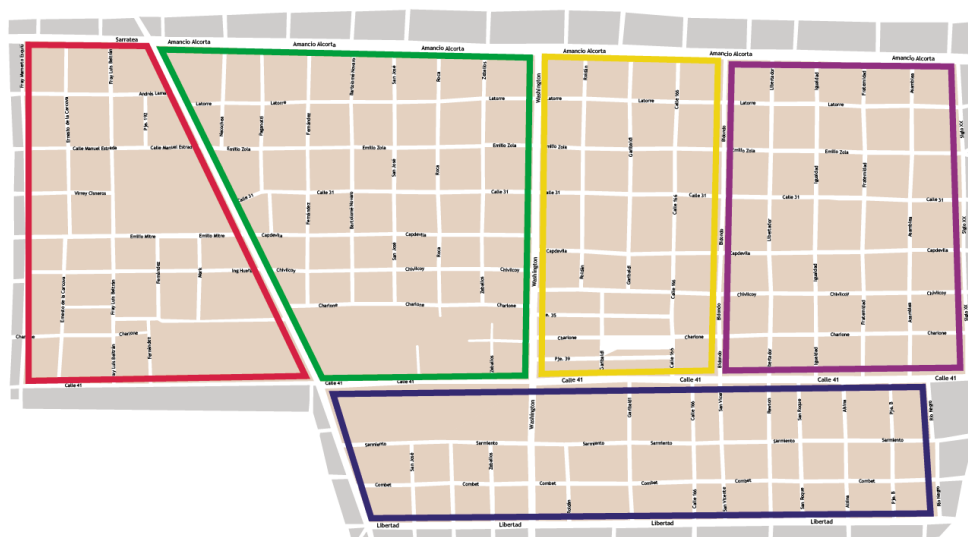
A		Asfalto (Mal estado, ausencia) Semáforo
B		Animales sueltos Servicio para animales
C		Tendido eléctrico en mal estado Electricidad
D		Veredas en mal estado Obra vial

C- Zonificar áreas.

Para trabajar sobre áreas de gran extensión resulta conveniente zonificar.

- Ejemplo: si hay 150 manzanas, se pueden crear 5 zonas de 30 manzanas cada una. Esto permite elaborar un cronograma de las salidas, calcular tiempos totales del trabajo según lo que haya llevado completar una zona, cumplir objetivos en el corto y mediano plazo, estimar la cantidad de personas que se necesitan para cada cuadrilla, entre otras cosas.



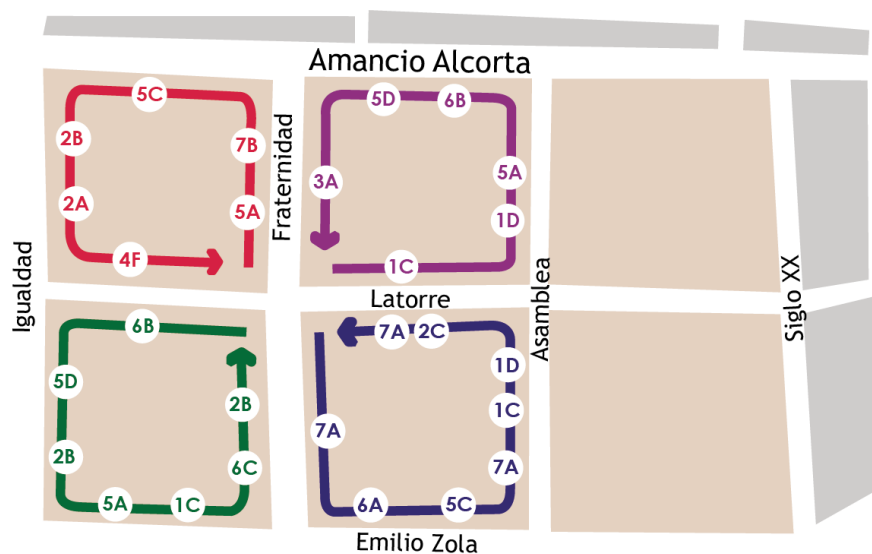


- **ZONA 1:** 24 Mzs
- **ZONA 2:** 44 Mzs
- **ZONA 3:** 30Mzs
- **ZONA 4:** 35 Mzs
- **ZONA 5:** 35 Mzs

D- Contar con una hoja de papel con las manzanas a relevar.

Antes de iniciar la recorrida, especialmente en territorios sobre los cuales tenemos poco conocimiento, es recomendable tener en una hoja de papel las manzanas a recorrer, con sus calles e intersecciones correspondientes para evitar caminar en direcciones erróneas o perderse en la salida.





● Algunas recomendaciones para los equipos de trabajo

- » Generar espacios de intercambio donde se puedan debatir y consensuar claramente los objetivos del relevamiento, los elementos a tener en cuenta, las líneas de trabajo futuras, etc.
- » A partir de la temática a relevar, es importante crear categorías e ítems a evaluar (Categoría 1 = Espacios Verdes, Ítems: 1A Plazas, 1B: Baldíos, etc.).
- » Tener un espacio de intercambio donde podamos establecer un consenso en relación a cada aspecto a relevar. Por ejemplo, es importante definir claramente qué significa “vereda rota” o “baldío” para tener claro si anotarlos o no cuando realizamos el recorrido por el barrio.
- » Construir equipos de trabajo diversos, es decir, compuestos por personas con miradas heterogéneas de la realidad, con vistas a enriquecer el relevamiento y la propia experiencia. Se sugieren equipos interdisciplinarios e intersectoriales, donde se evidencie en el mismo proceso el intercambio de las miradas sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados.





- » En el caso de un equipo de trabajo conformado por cuatro integrantes, se recomienda establecer como punto de comienzo y encuentro una esquina específica. Luego, cada integrante selecciona una manzana distinta a relevar. De esta forma, en el tiempo que se tardaría en relevar una manzana se realizaron cuatro, de forma simultánea. Cuando volvemos al punto de encuentro, es importante designar a una persona que centralice la información. Además, se puede realizar una puesta en común de las categorías e ítems relevados, como así también de las percepciones, cómo nos sentimos y vivimos la experiencia.

Aclaración: teniendo en cuenta los objetivos del relevamiento y la conectividad a internet, a medida que se recorre el territorio, los datos pueden cargarse directamente en formato digital, por ejemplo mediante mymaps.

● **Otras recomendaciones:**

- » En lo posible llevar identificación -ya que grupos de personas recorriendo las calles suelen llamar la atención-. Además, es importante comentarle a los miembros de esa comunidad lo que estamos haciendo, invitarlos a participar, brindar información o folletería del proyecto que estamos realizando, entre otras cosas.
- » Una vez finalizado el relevamiento por áreas, cuando volvemos a reunirnos con el resto de los participantes, es importante volcar los datos construidos en un mapa que contemple todo el territorio. Esto permitirá ver cuánto hemos avanzado, si hay patrones en común o distintivos a lo realizado en otras zonas, planificar futuras salidas, etc.

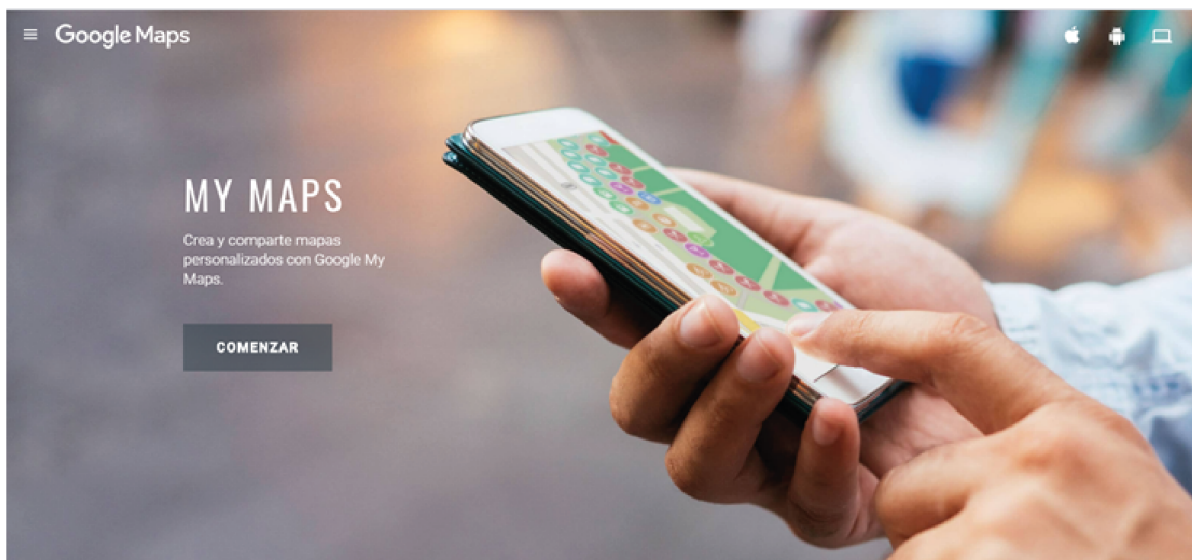




TIPS PARA EL MAPEO DIGITAL

● Para comenzar

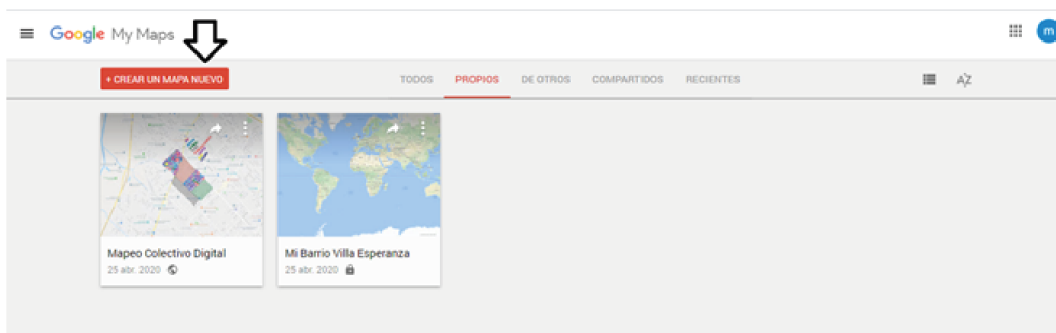
- 1 Iniciar sesión en Gmail. Ingresar a: <https://www.google.com/intl/es-419/maps/about/mymaps/> y hacer clic en "COMENZAR".





● 2. Hacer clic en “+ CREAR UN MAPA NUEVO”

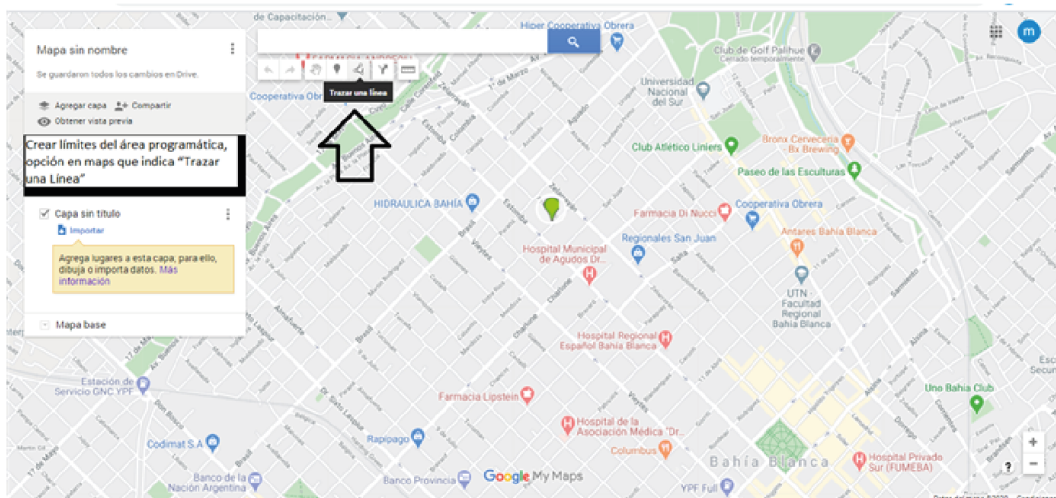
- 2 Iniciar sesión en Gmail. Ingresar a: <https://www.google.com/intl/es-419/maps/about/mymaps/> y hacer clic en “COMENZAR”.



● Pasos para realizar el mapeo digital

Primer paso

Crear límites del área a relevar. Esto se realiza en Google maps con la opción que indica “Trazar una Línea”. Con esta herramienta se crea un “Polígono” que puede ser toda la extensión del territorio o se pueden realizar varios “Polígonos” para las distintas zonas.

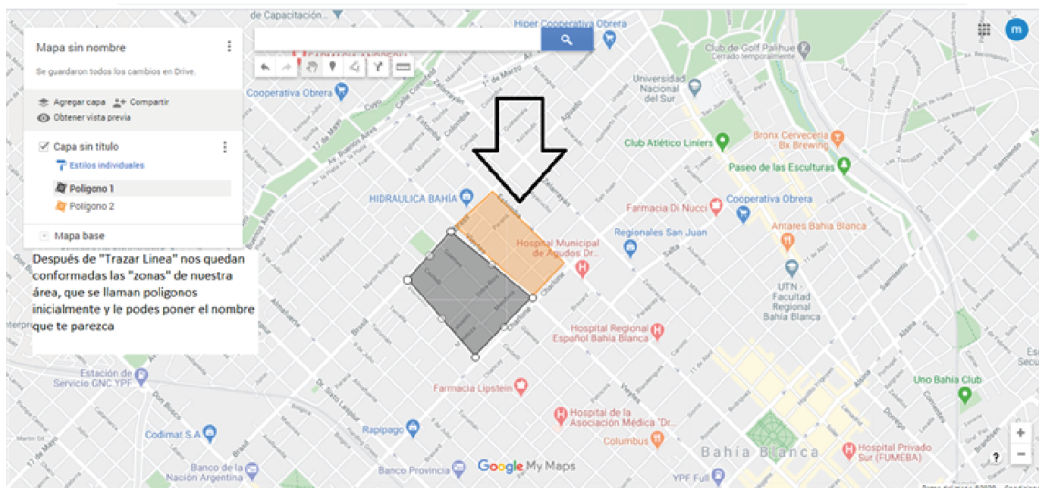




Segundo paso

Se sugiere en áreas de gran extensión **diferenciar las zonas con colores**. Esto facilita el trabajo, ya que se trabaja con un número de manzanas más reducidas.

En google maps, se selecciona el “Polígono”, luego el icono “Estilo” y se elige un color para el área. Esta será la **primera CAPA** del mapa, la que define el territorio a describir.



Después de “Trazar Línea” quedan conformadas las “zonas” del área, que se llaman polígonos inicialmente y, posteriormente es posible cambiar el nombre.

Tercer paso

Crear una segunda capa para obtener “iconos de ejemplo” con las categorías, colores e íconos que se tendrán en el instructivo de la recorrida. Para ello, se selecciona la opción “Agregar Capa”.

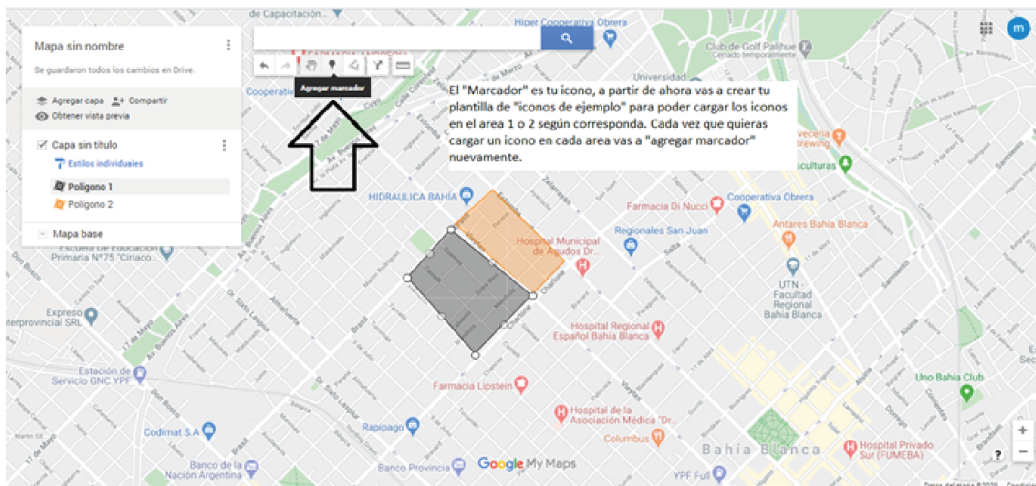
Esto sirve, por un lado, para el operador/a que digitaliza el material ante la duda del “color” del ícono o la “simbología” a utilizar para cada categoría, como así también al observador/a que ingrese por primera vez al mapeo digital para que pueda conocer a qué corresponde cada ícono asignado. Se puede realizar al costado del mapa para su fácil acceso.





Opción en maps: **"Añadir Marcador"**, se introduce el nombre y color en concordancia con la categoría creada (ejemplo: "Instituciones Educativas", "Clubes de barrio", "Comercios").

Se puede generar un ícono propio. Esto se realiza en "Añadir Marcador", allí se introduce el nombre. Luego se selecciona "Estilo", opción "Más iconos", opción "Ícono Personalizado", opción "Seleccionar un archivo de tu dispositivo".



El "Marcador" es el ícono.

A partir de ahora se crea la propia plantilla de "íconos de ejemplo" para poder cargar los íconos en el área 1 o 2 según corresponda. Cada vez que se quiera cargar un ícono en cada área se selecciona

Cuarto paso

Se crea una capa para cada categoría que se va a desarrollar en el mapa.

Opción 1:

Cada categoría puede representar una capa.

Capa 1= Espacios Verdes; Capa 2 = Emprendimientos Vecinales; Capa 3= Efectores de Salud.





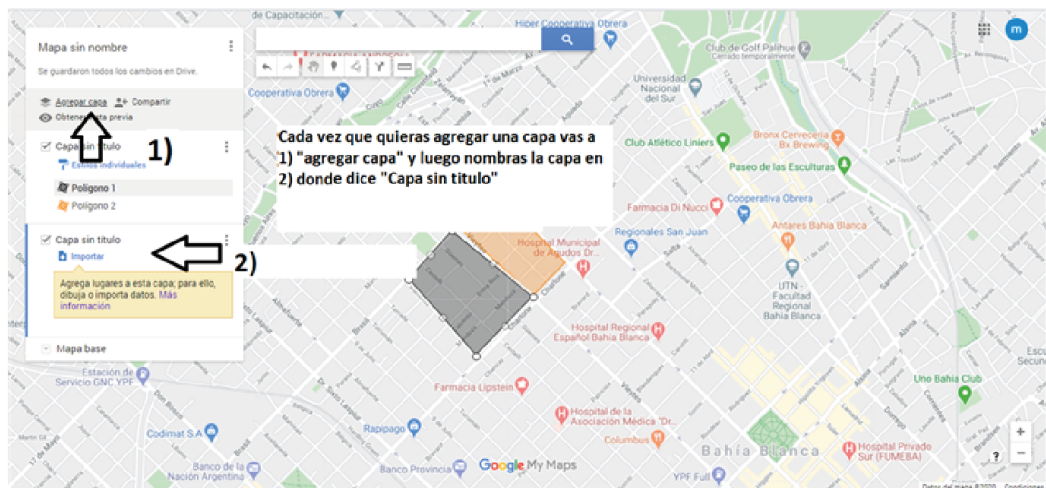
Opción 2:

Crear una capa por cada zona relevada.

Por ejemplo, si se tienen 150 manzanas a relevar:

Zona 1: 30 manzanas; Zona 2: 30 manzanas y así sucesivamente, colocando en cada zona los íconos que acordamos relevar.

Opción en maps: "Añadir Capa", allí se coloca el título a cada capa según la modalidad que se haya elegido.

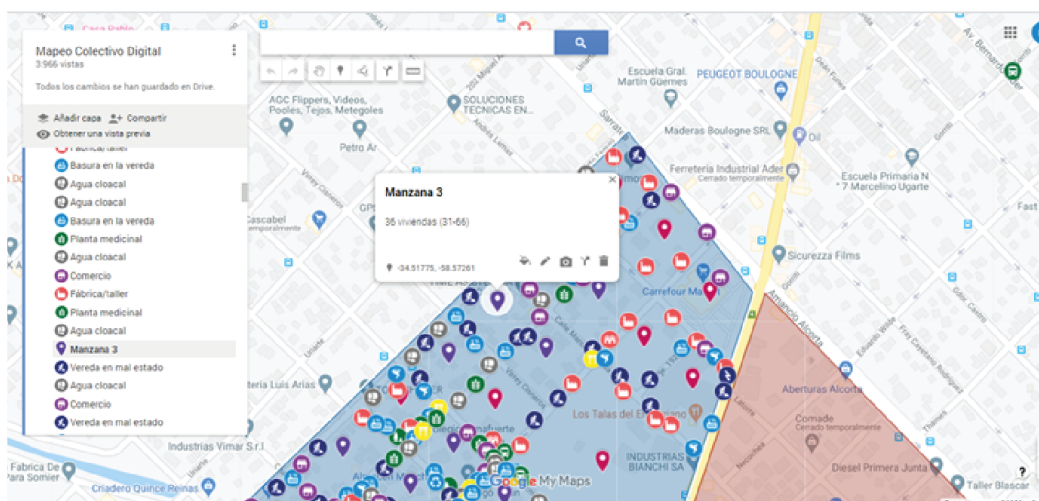


Cada vez que se quiera agregar una capa: primero "agregar capa" y luego se nombra la capa "Capa sin título"

Quinto paso

Si se desea realizar el mapeo para posteriormente efectuar encuestas domiciliarias, se aconseja crear un ícono para enumerar la manzana e incluir en su descripción el número de viviendas. Luego de dicha tarea, se puede completar la manzana identificada con los íconos relevados en la recorrida realizada.





Sexto paso

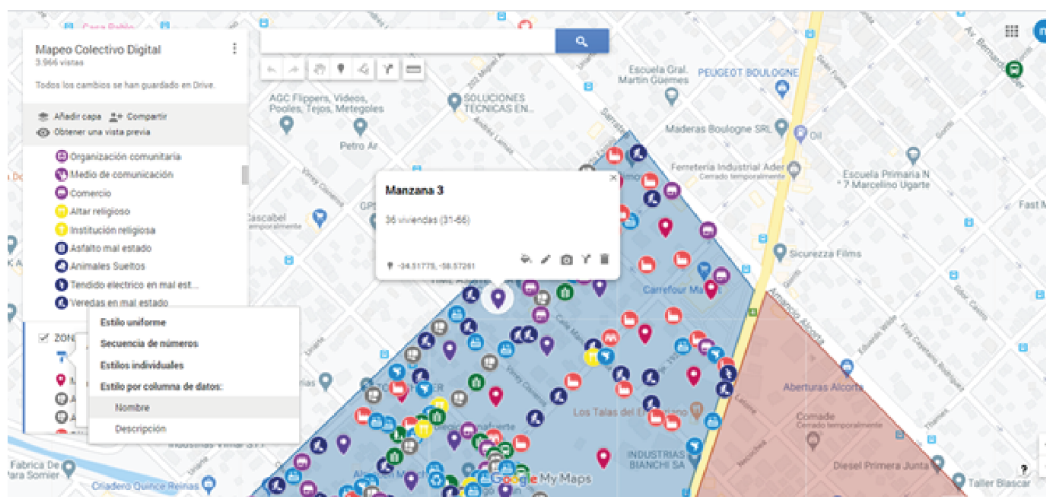
Se recomienda tratar de mantener un orden a la hora de cargar las manzanas en el mapeo para facilitar cualquier tipo de búsqueda posterior y clasificación. Ejemplo: se carga la manzana 76 con todos sus íconos, luego la 77 y así sucesivamente.

Séptimo paso

Google maps nos permite agrupar por categorías para centralizar información por zona. Por ejemplo: basura en la calle (36 veces en la zona), animales sueltos (15 veces en la zona) y así para cada ícono que hayamos cargado.

Opción en maps: dentro de la capa, clicar en "Estilos Individuales", luego elegir la opción "Estilo por columna de datos: "NOMBRE".





Octavo paso

Es importante que los íconos se carguen con el mismo nombre y alternancia de mayúsculas y minúsculas. Por ejemplo se puede cargar "BASURA EN LA VEREDA", "Animal Suelto", "Planta medicinal", los tres ejemplos tienen distintas distribuciones de mayúsculas, pero una vez que se carga la categoría, se debe escribir siempre igual para que el sistema las agrupe por categoría y facilite la tarea de centralizar la información por zona a la hora del procesamiento de datos del mapa.

Noveno paso

Se pueden añadir fotos para agregar información al ícono. Por ejemplo, es posible agregar una foto con la información del club del barrio que presenta sus actividades y horarios. Para realizar esto, se selecciona el ícono y la opción "añadir una imagen o un video".

Décimo paso

Se propone generar un enlace en común para compartir los mapeos y aprender en red de las distintas experiencias. El link en común será: xurl.es/Mapeo y, luego, el nombre del proyecto que se haya realizado.

Ejemplo: xurl.es/MapeoDigital

Se recuerda que de acuerdo al uso de mayúsculas y minúsculas las





personas que deseen ingresar pueden hacerlo. Es importante la precisión en este aspecto, ya que puede modificar el enlace.

Lo que se busca con esta identificación en común es poder acceder e intercambiar distintas experiencias y trabajos, lograr una plataforma federal, heterogénea y generar conocimiento desde la diversidad. Esto abre la oportunidad de tener una nueva instancia de aprendizaje.





A MODO DE CIERRE

La guía aquí presentada tiene la intención de acercar herramientas y aprendizajes colectivos a equipos de salud que deseen realizar mapeos en sus territorios. La guía será actualizada y mejorada con los aportes y sugerencias de nuevos equipos de salud que utilicen herramientas similares.

Esperamos que sirva para promover procesos colectivos y participativos que produzcan saberes locales con un espíritu de ampliación de derechos. Entendemos que es fundamental conocer para transformar y para construir sociedades más equitativas y democráticas.

Esperamos que pueda ser apropiada y puesta en práctica en diversos territorios, que contribuya a poner en cuestión o a profundizar nuestros modos de entenderlos y que nos ayude a reflexionar sobre cómo son los territorios donde habitamos y trabajamos, y cómo deseamos que sean.





BIBLIOGRAFÍA

Ávila-Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*. 2(51):71-73.

Blanco, B. (19 de abril de 2010). Entrevista inédita a Floreal Ferrara, médico sanitarista recientemente fallecido: "La salud es la solución del conflicto". *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html>

Haesbaert, R. (2011). *El mito de la desterritorialización. Del fin de los territorios a la multiterritorialidad*. México: Siglo XXI Editores.

Lafuente, A. y Horrillo, P (2017). *Cómo hacer un mapeo colectivo (La aventura de aprender)*. España, Continta me tienes.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista de Salud Colectiva*, vol. 6, núm. 3.

Otras fuentes consultadas

Freire, P. (2010). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Iconoclasistas (Noviembre 2013. Segunda edición agosto 2015). *Manual de mapeo colectivo: Recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa*. Buenos Aires: Tinta Limón.

Plataforma CIVICs : <http://www.viveroiniciativasciudadanas.net/civics/iniciativas/>





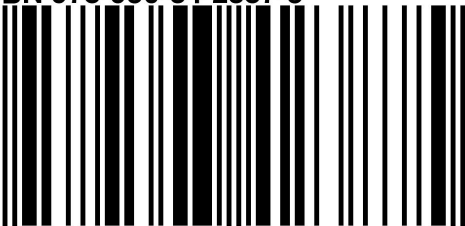
Agradecimientos del Autor: Debora Rodríguez, Valentina Zelaya, Natalia D´andrea, Agustín Salerno, Patricia Alvarez, Alicia Stolkiner, Daniel Manoukian, Florencia Pastene, Residencia de Medicina General Centro 10 de San Martín.

**Dirección de Redes
Intersectoriales en Salud**
SECRETARÍA DE SALUD



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**

ISBN 978-950-34-2387-5



9 789503 423875

Prosecretaría
de Salud
SECRETARÍA DE SALUD

CONSEJO SOCIAL



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA