

ADRIANA MOISO - ADRIANA VILLALVA

Aprender a cuidar

Material de estudio para el Curso
de Formación Interprofesional en Salud



LA SALUD ES UN DERECHO
MUCHAS VECES ES VULNERABLE
BIENESTAR, ALIMENTACION
DEPORTE, SOCIAL/PSICOSOCIAL, ESI,
RAZONAMIENTO, EMPATIA, CONTENCION
EDUCACION, TOLERANCIA, COMPRESION
DEPRESION, ESTRÉS, ANSIEDAD, TABAQUISMO,
ADICCIONES, CUERPO SANO MENTE SANA,
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
SOCIALIZAR


EduLP

educación

APRENDER A CUIDAR

**Material de estudio para el Curso de
Formación Interprofesional en Salud**

AUTORAS

**Prof. Dra. Adriana Moiso
Prof. Mgter. Adriana Villalva**

Moiso, Adriana

Aprender a cuidar: material de estudio para el curso de formación interprofesional en salud / Adriana Moiso; Adriana Villalba. - 1a ed. - La Plata: EDULP, 2022.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8475-39-4

1. Medicina. I. Villalba, Adriana. II. Título.

CDD 613.071

APRENDER A CUIDAR

Material de estudio para el Curso de Formación Interprofesional en Salud

Prof. Dra. Adriana Moiso / Prof. Mgter. Adriana Villalba

Diagramación: Martín Sosa



EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (EDULP)

48 N° 551-599 4° Piso / La Plata B1900AMX / Buenos Aires, Argentina

+54 221 44-7150

edulp.editorial@gmail.com

www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales de las Universidades Nacionales (REUN)

ISBN 978-987-8475-39-4

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

© 2022 - Edulp

Impreso en Argentina

Equipo Docente Colaborador

Prof. Elsa Chiappa (Prosecretaría de Salud UNLP)

Prof. Silvana Cerasa (Prosecretaría de Salud UNLP)

Prof. Estela Bonzo (Facultad de Ciencias Veterinarias)

Prof. Alejandra Bosch (Facultad de Ciencias Exactas)

Prof. Laura Delaplace (Facultad de Ciencias Exactas)

Prof. Julieta Cassini (Facultad de Psicología)

Prof. Jorgelina Farré (Facultad de Psicología)

Prof. Sebastián Murúa (Facultad de Ciencias Médicas)

Prof. Clara Weber Suardíaz (Facultad de Trabajo Social)

Prof. Laura Brusi (Facultad de Ciencias Exactas)

Prólogo

- **El derecho a ser cuidado y el derecho a aprender a cuidar**

La salud es un componente inalienable de la dignidad humana. La atención a la salud no puede concebirse como una mercancía, un objeto de ayuda o un privilegio, sino como derecho. Aparece como derecho implícito en la Constitución Nacional Argentina. Además, su texto incluye la jerarquía constitucional de diversas normas del derecho internacional que reconocen manifiestamente el derecho a la salud.

Asimismo, los estudios superiores también son un bien público social, un derecho humano y universal, y es un deber de los Estados garantizarlo. De este modo, las instituciones de educación superior públicas deben asumir la responsabilidad de garantizar el acceso libre e irrestricto a la Educación Superior de grado.

Ambos derechos están íntimamente relacionados. La formación de grado de los profesionales de la salud es el inicio de un proceso de educación continua, que permitirá brindar atención de la mayor calidad a las personas y a las familias de nuestra comunidad.

Esta oportunidad para acceder y permanecer en las instituciones formadoras estatales tales como la UNLP para aprender a cuidar la salud, compromete a los/as técnicos/as y profesionales egresados a brindar servicios de excelencia a la comunidad en la que están insertos. Ellos deberán garantizar, promover y cuidar el ejercicio de los derechos humanos en general, y el derecho a la salud en particular.

El principal desafío para la educación de las profesiones de la salud en el siglo XXI reside en la responsabilidad de las instituciones educativas por una mayor contribución al mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud y del estado de salud de las personas. Se expresa como la *misión social* de estas instituciones, las que deben dirigir sus actividades educativas, de investigación y de servicio a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región y/o nación que les ha conferido el mandato de servir. Consecuentemente, la OMS reserva actualmente la calificación de 'excelencia' para designar a aquellas instituciones que tengan un impacto en la sociedad.

- **El abordaje de los problemas de salud**

La salud y la enfermedad han sido concebidas a lo largo de la historia de dos maneras diferentes. Estas son: el modelo biomédico clásico y el modelo bio- psico- social. En el modelo biomédico, el centro de la escena está en la enfermedad, que se explica a través de un desequilibrio biológico, sin considerar los determinantes socio-ambientales de la salud.

En el Modelo biopsicosocial, la salud y la enfermedad son consideradas como un continuo, determinado por la permanente interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales (Determinación Social de la Salud). Se pasa del Cuidado Centrado en la Enfermedad al Cuidado Centrado en la Persona, integral e integrado.

Esta integralidad requiere una actitud del/la profesional de salud orientada a reconocer y comprender las necesidades de los ciudadanos con respecto a su salud, estimulando las medidas de promoción y protección de la salud. Significa también superar la fragmentación de actividades dentro de las unidades de salud, generando un conjunto integrado de acciones y servicios de salud preventivos y curativos, individuales y colectivos, desarrollados por Equipos de Salud.

Desde hace muchos años, el enfoque biomédico ha tenido una preponderancia casi total. Pero las personas, las familias y la comunidad esperan mucho más que una buena experticia técnica. Esperan y exigen profesionales y técnicos de la salud que establezcan lazos en el plano humano, los escuchen atentamente y les hagan participar de las decisiones que les conciernen. De este modo, la humanización es una forma de crear inclusión, como una práctica social que expande los lazos de solidaridad y corresponsabilidad.

- **La construcción de la interdisciplinariedad**

El cambio del enfoque hacia la resolución de problemas complejos de salud en forma integral y humanizada, requiere un nuevo profesional con un perfil diferente a los existentes, con una formación básica sólida e integrada, basada en la cooperación y coordinación entre disciplinas.

La interdisciplinariedad se refiere a la convergencia de dos o más áreas del conocimiento, que no pertenecen a la misma clase. Esta síntesis inter/transdisciplinaria se construye a través de una práctica cotidiana "transversal" de los técnicos/as y profesionales en formación. La transversalidad se da en los procesos de enseñanza y de aprendizaje entre campos disciplinares distintos para lograr una comprensión

integral e integrada de los objetos de conocimiento inter/transdisciplinar en la práctica educativa, poniendo en común los principios y conceptos fundamentales de cada campo original, para el aprendizaje mutuo.

Las universidades públicas estatales deben ser partícipes activos de estas transformaciones, en acuerdo con las siguientes consideraciones.

- ✓ Las entidades formadoras estatales deben promover la formación en prácticas de cuidado humanizadoras e integrales, como fundamento de una mayor equidad y justicia social.
- ✓ Por su misión social, las instituciones formadoras públicas deben aportar conjuntamente al ejercicio de los derechos a ser cuidado y al de aprender a cuidar en forma indivisible.
- ✓ La formación de nuestros profesionales y técnicos/as debe apuntar a abordar los problemas del cuidado de la salud, a través de procesos formativos que posibiliten la apropiación de competencias transversal entre campos disciplinares distintos.
- ✓ Este proceso posibilitará formar profesionales y técnicos/as de la salud con una nueva identidad, capaces de trabajar en interdisciplina para la resolución de los problemas complejos que afrontan las personas, las familias, la comunidad y el sistema de cuidado en nuestra región, y comprometidos con el servicio público.

- **Nuestro Programa y Curso de Formación Interprofesional en Salud**

Para cumplir con esas premisas, se elaboró y aprobó en el ámbito de la Prosecretaría de Salud de la UNLP, el Programa y Curso de Formación Interprofesional en Salud (Resolución N° 5674/21 del 9/9/21 de la Presidencia de la UNLP).

La propuesta se basa en la Educación Interprofesional y surge como una estrategia de política educativa universitaria que favorece la construcción de saberes junto a los otros.

Se trata de una instancia de Formación Interprofesional entre las carreras profesionales y técnicas en salud de la UNLP, basada en la interdisciplina y la humanización, que permita a los y las estudiantes apropiarse de las competencias necesarias para la conformación de equipos interprofesionales respetuosos de los DDHH y con perspectiva de género, formados para el trabajo interprofesional, basado en la interdisciplinariedad, la humanización y el enfoque conceptual y metodológico de la Educación Interprofesional.

Además, se busca estimular la generación de una identidad propia de los/las egresados/as de las carreras de salud de la UNLP, con una visión solidaria, integral, interdisciplinaria y crítica en pos del servicio para con las personas, las familias y la comunidad de referencia, capaces de abordar la complejidad del campo de salud, comprender las subjetividades en el equipo de salud y la población, e impulsar el desarrollo de procesos protectores de la salud en su comunidad.

También se procura fortalecer los vínculos académicos de la UNLP con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Hospitales y Centros de Atención Primaria de Salud de la región, y organizaciones de la comunidad, para promover la instalación de la lógica del trabajo en equipo y el trabajo en Red.

Este Programa cuenta con un equipo docente integrado por profesores en el Nivel Central y docentes de las cinco Facultades del área de Salud, que forman el Programa (Ciencias Veterinarias, Trabajo Social, Psicología, Ciencias Exactas y Ciencias Médicas).

Este libro constituye el material de referencia principal para el Curso de Formación Interprofesional en Salud.

El mismo está organizado en una estructura modular.

En el **Módulo de Presentación** se hace referencia a cuestiones introductorias y organizativas con respecto a los contenidos, competencias a adquirir y la forma de trabajo áulico como territorial.

En el **Módulo I, *Universidad y Formación***, examinamos el papel de la Universidad como generadora de espacios formativos interprofesionales, para la gestación de identidades profesionales e interprofesionales. Entre sus contenidos mínimos se encuentran: El derecho a la salud y el rol de las instituciones formadoras de profesionales y técnicos en salud. La equidad en salud: necesidad de servicios de salud integrales, integrados y humanizados. El mandato de nuestra UNLP para formar profesionales y técnicos de la Salud comprometidos con la comunidad. Nuevos perfiles profesionales y perfiles de egreso.

En el **Módulo II, *Complejidad del campo de la salud***, estudiamos los conceptos y métodos para el abordaje de la salud como objeto complejo, construido en los límites de lo biológico y de lo social, considerando los determinantes de la producción social de las enfermedades y de la organización de los servicios de salud, y el estudio de la historicidad del saber y de las prácticas sobre los mismos.

Entre los contenidos mínimos que se abordarán se encuentran: Salud: conceptualización. Salud y Bienestar. Actores, Agentes y salud. Campo de la Salud. Salud Pública, Nueva salud pública y Salud colectiva.

En el **Módulo III, Interdisciplina –Transdisciplina- Intersaberes**, exploramos los conceptos de disciplina, interdisciplina, y transdisciplina, y aprendizaje y trabajo interprofesional. Revisamos, además, la idea de la Salud Colectiva como campo interdisciplinario, y sus aportes para pensar un abordaje integrado en salud. Entre sus contenidos mínimos se encuentran: Disciplina, Formación, Interdisciplina y transdisciplina. Aprendizaje e interprofesionalidad. La colaboración en el trabajo en salud. Salud Colectiva como campo interdisciplinario.

En el **Módulo IV, Grupos/Trabajo en equipo/Intersectorialidad**, analizamos al trabajo en equipo como un proceso continuo de elaboración y desarrollo de procesos conjuntos de trabajo interdisciplinario. También estudiamos los conceptos de redes y participación, como categorías conceptuales que orientan la dinámica de trabajo en las estrategias de intervención. Sus contenidos se refieren a: las diferencias entre grupo y equipo de trabajo, el equipo de salud y el equipo de salud comunitario, la intervención comunitaria, las redes en salud y la participación social.

En el **Módulo V, Dimensión institucional-organizacional**, estudiamos el uso de las herramientas básicas para poder planificar, implementar y evaluar programas y/o acciones de Salud Pública, a través del estudio de la lógica organizacional- institucional en la que se inscribe la práctica (las organizaciones en general y los efectores de salud). Entre sus contenidos básicos se encuentran: lógica organizacional-institucional en la que se inscribe la práctica situada. Situaciones organizacionales/institucionales para el ejercicio de la práctica integral. Planificación estratégica y planificación local participativa.

En el **Módulo VI, Políticas Públicas de Salud**, consideramos a la política como eje orientador para la organización de los servicios de atención y cuidado, donde el Estado debe ser garante del Derecho a la salud. Sus contenidos abarcan: Políticas públicas, políticas sociales, políticas sanitarias, como así también las prácticas de salud de promoción, prevención y asistencia. Las prácticas humanizadas y el cuidado de las personas y el medio ambiente.

Prof. Adriana Moiso

PROSECRETARÍA DE SALUD UNLP

Prof. Patricio Lorente

SECRETARIO GENERAL UNLP

ÍNDICE

Módulo presentación

Bienvenidos	12
Trabajo colaborativo y territorios	16

Módulo 1

A - El derecho a la salud y el rol de las instituciones formadoras de profesionales y técnicos de salud	20
B - La equidad en salud: necesidad de un abordaje integral, integrado y humanizado	24
C - El mandato de nuestra UNLP para formar profesionales y técnicos de la Salud comprometidos con la comunidad	29
D - La formación universitaria para el campo de la salud desde la Inter/transdisciplinariedad: nuevos perfiles profesionales	34
E - La universidad pública y sus egresados: perfiles de egreso	37

Módulo 2

A - Salud / Su conceptualización	57
B - Ahora hablemos sobre / La salud y el bienestar	64
C - Actores / Agentes y salud	69
D - Algunas definiciones / En referencia al campo de la salud	74
E - Salud pública / Nueva salud pública y salud colectiva	84
Anexo metodológico	95

Módulo 3

A - Disciplina - Formación	116
B - Interdisciplina y transdisciplina	120
C - Aprendizaje en interprofesionalidad	126
D - La colaboración en el trabajo en salud	130

Módulo 4

A - Grupo. Equipo de trabajo	135
B - Equipo de salud / equipo de salud comunitario	140
C - La intervención comunitaria	150
D - Redes en salud	157

E - Participación	165
Anexo metodológico	168

Módulo 5

A - Las organizaciones	182
B - Los efectores de salud	191
C - La comunidad en salud	196

Módulo 6

A - Las políticas de salud	231
B - Prácticas de salud	239

Módulo Presentación

Bienvenidxs

El Programa en Formación Interprofesional se propone brindar a los cursantes herramientas conceptuales y estrategias operativas que enriquezcan el abordaje de problemas complejos de salud desde un mirar y hacer interprofesional.

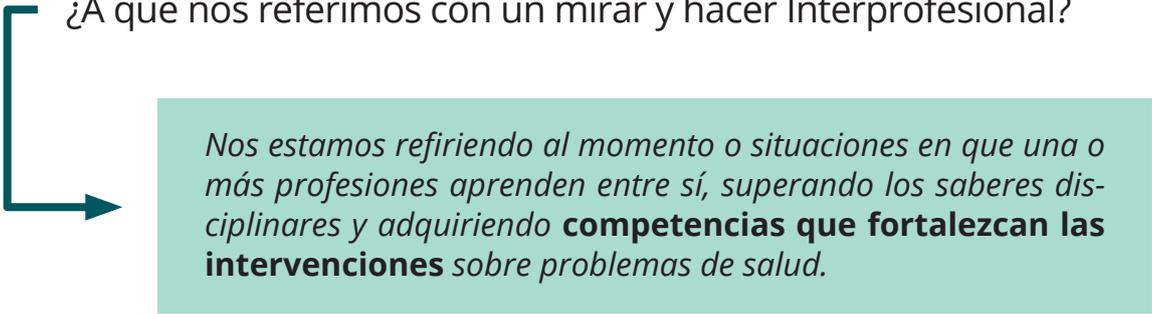
Esta propuesta surgió a partir de pensar y reflexionar sobre dos ejes que se entrecruzan en el campo de la práctica de la Salud Pública.

- ✓ El primer eje refiere a poder enriquecer la formación de los futuros profesionales de la salud con el objeto de promover competencias para el trabajo en equipo.
- ✓ El segundo eje parte de reconocer a las problemáticas de salud como complejas, exigiendo para su abordaje un enfoque integrado, centrado en el paciente y donde la intervención de diferentes profesiones y sectores responsables trabajan en procura de mejorar la calidad de vida y salud de las personas.

La síntesis de estas dos afirmaciones nos lleva a generar estrategias educativas que promuevan el enriquecimiento de la formación de los profesionales de la salud quienes a partir de compartir experiencias educativas teórico-prácticas podrán iniciar un proceso de accionar interprofesional.

Desde este enfoque las primeras preguntas que nos hacemos son:

¿A qué nos referimos con un mirar y hacer Interprofesional?



*Nos estamos refiriendo al momento o situaciones en que una o más profesiones aprenden entre sí, superando los saberes disciplinares y adquiriendo **competencias que fortalezcan las intervenciones** sobre problemas de salud.*

A qué nos referimos con competencias que fortalezcan las intervenciones?

*El enfoque de la educación interprofesional recupera el concepto de **colaboración**, como eje de este proceso de aprendizaje, donde la colaboración se presenta como la capacidad de aprender con otros, compartiendo conocimientos, comparando puntos de vista, reconociendo las funciones y responsabilidades que conlleva cada rol dentro de un equipo de trabajo.*

¿Por qué deben pensarse intervenciones desde este enfoque?

Porque consideramos esencial que desde la formación de grado se transmita a los alumnos la complejidad de las necesidades de salud que tienen las comunidades y la consecuente interpe-lación a dar una respuesta desde un efectivo trabajo en equipo.

En el año 2010, la Organización Mundial de la Salud publica un documento para divulgar la educación interprofesional en salud y alentar a los países a adoptar ese enfoque en el proceso de cambio de la lógica de formación de los profesionales de salud, incorporando el concepto del CAIPE (WHO, 2010).

¿Cómo llevaremos adelante este proceso de aprendizaje?

El trayecto del curso contará con dos espacios de trabajo

Encuentros teórico-conceptuales y metodológicos basados en el enfoque de la FIP.

Prácticas territoriales concretas donde las intervenciones se realizarán desde un aprendizaje compartido.

Para lograr una mejor articulación entre los contenidos y la práctica se utilizarán cuadernos de trabajo que tendrán como punto de partida un núcleo temático, en donde se desarrollarán conceptos teóricos y se propondrán actividades con su correspondiente bibliografía a fin de posibilitar la reflexión, discusión y construcción de nuevos conocimientos sobre las temáticas abordadas.

Las actividades¹ de trabajo que se irán planteando a lo largo del curso se deberán realizar de manera grupal teniendo como objetivo:

Promover el trabajo de equipo desde un enfoque colaborativo como movilizador y ejecutor de acciones de promoción y prevención enriqueciendo de esta manera, las intervenciones en el campo de la salud pública.

1 La modalidad en que serán realizadas las actividades se darán a conocer al inicio del curso, respetando lo planteado por la UNLP para el desarrollo de las actividades de formación.

Trabajo colaborativo y territorios

El trabajo colaborativo como instancia de aprendizaje

El trayecto por este curso estará acompañada desde su inicio de la Intervención Interprofesional en Territorio.

¿A qué nos referimos con esto?

Básicamente nos referimos a recuperar algunos de los propósitos de este espacio formativo:

- ✓ Proponer dispositivos de formación interprofesional vinculados a los diferentes equipos institucionales y comunitarios que se encuentren desarrollando acciones de atención, promoción y prevención en salud.
- ✓ Construir un lenguaje común que promueva y consolide espacios de intercambio y contribuya a la sistematización de las experiencias por parte de los diferentes equipos de formación interprofesional.

El logro de estos propósitos no podrá alcanzarse desde un espacio que solo refiera a la lectura, análisis y discusión de categorías teóricas sin que éstas sean puestas en discusión y tensión con la realidad. Va a ser esta realidad, el territorio, donde cada uno de ustedes constituidos como grupos de trabajo iniciarán un proceso de aprendizaje colectivo, donde se encontrarán con la complejidad de los problemas de salud.

La posibilidad del encuentro con la realidad, la instancia de discusión en el marco del respeto por el aporte de cada una de las disciplinas, será el punto de partida para que cada grupo construya un saber hacer colectivo, colaborativo, un cuidar la salud entre todos, es decir, avanzar en la construcción de respuestas integrales a la compleja situación de salud que transitan los individuos, grupos y comunidades.

Por supuesto que en esta práctica no estarán solos, tanto docentes como tutores estarán acompañándolos en todas las instancias. Estar allí para la puesta en común, la tramitación afectiva de lo que nos pasa y sentimos es considerada, por todo el equipo que conforma el curso, como una instancia privilegiada para aprender con otros y para otros.

¿Cuáles serán los territorios?

Los espacios pensados para esta instancia son:

- ✓ CAP (centros de atención primaria), de la Zona de La Plata, Berisso y Ensenada.
- ✓ Hospitales insertos en la zona de La Plata, Berisso y Ensenada tanto de la jurisdicción provincial como municipal.
- ✓ Las instituciones comunitarias con las que vengán trabajando de manera articulada tanto los CAPs como los hospitales sedes de las prácticas.

Por último, EL TIF como instancia de evaluación

Nos referimos a un Trabajo Integrador Final grupal (TIF): consistirá en la presentación y defensa de un **proyecto de intervención grupal** cuyo objetivo será avanzar en el proceso de integración de los contenidos abordados, y **deberá estar vinculado a las problemáticas de salud abordadas en algunos de las unidades de prácticas transitadas.**

Por supuesto para esta tarea también contarán con acompañamiento docente.

¡Solo resta darles la BIENVENIDA por parte de todo el Equipo docente del curso!

Observación:

Todos los temas desarrollados en este material serán profundizados a lo largo de la capacitación a partir de la articulación teoría praxis que plantea la formación interprofesional.

Módulo 1

A - El derecho a la salud y el rol de las instituciones formadoras de profesionales y técnicos de salud



La salud es un componente inalienable de la dignidad humana. Aparece como **derecho** implícito en la Constitución Nacional Argentina. Además, su texto incluye la jerarquía constitucional de diversas normas del derecho internacional que lo reconocen explícitamente.

Antes de avanzar recuperemos algunos aportes para reflexionar sobre el concepto de Derecho a la salud:

*En la Aplicación del **Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales** se establece la Observación general 14, referente al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (UN,2000).*

*En principio se aclara que **el derecho a la salud no significa el derecho a estar sano sino a tener el más alto nivel de salud posible.***

*Por ello, no sólo abarca la atención oportuna, accesible, aceptable y de calidad; sino que también **la acción sobre los determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva** (OMS, 2013).*

*En función de ello, **los estados miembros se encuentran en la obligación no solamente de respetar y proteger tal derecho sino de cumplirlo, o sea de desarrollar para ello las acciones positivas.** No obstante, como suele suceder con los derechos sociales, económicos y culturales, **estos compromisos se establecen operativamente en relación a “niveles mínimos esenciales”**, aunque bajo condición de no regresividad, en base al principio de realización progresiva. **La presencia de “niveles mínimos esenciales” abre la posibilidad de desarrollar po-***

líticas donde, bajo el enunciado de universalidad y derechos, se mantengan los criterios de selectividad existentes en las reformas pro-mercado.

*Pese a este debate abierto, algunos autores reconocen que **estas normativas internacionales han producido un importante avance al desplazar a los derechos humanos de un lugar exclusivo de discurso ético y moral al de fundamento de propuestas para la formulación de políticas, la construcción de herramientas concretas de gestión y el desarrollo de modelos de atención que permitan cumplir con el compromiso estatal del derecho a la salud** (Ase y Burijovich, 2009:28-29).*

El reconocimiento del derecho a la salud basado en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidado, requiere de una política de integralidad de derechos (Stolkiner, 2010).

Del primer párrafo es interesante focalizar la afirmación de la salud como el derecho a tener el más alto nivel posible. Un nivel al que todos los Estados están obligados a alcanzar y generar políticas aplicadas desde la intersectorialidad, que superen la oferta de servicios de mínima por una gestión de servicios de salud que brinden una atención integral.

El segundo párrafo recupera la complejidad de la salud, entendida como proceso que se da en el aquí y ahora atravesado por múltiples variables económicas, sociales, culturales que requieren de una lectura singular y estratégica.

En síntesis, podemos decir entonces que la lectura sobre las necesidades de salud de una comunidad debe realizarse con un Estado presente, garante de derechos que a partir de la interdisciplina e intersectorialidad, gestione de manera estratégica acciones de cuidado y atención de la salud que promuevan el logro del nivel más alto de salud para cada sujeto y comunidad.

En función de esto podemos mencionar que el principal desafío para la educación de las profesiones de la salud en el siglo XXI reside en la responsabilidad de las instituciones educativas por realizar la mayor contribución al mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud y del estado de salud de las personas, las familias y las comunidades (Boelen, 2011).

Esta responsabilidad social de las instituciones educativas se realiza fundamentalmente en dos aspectos: en la relación institucional de las escuelas con el sistema de salud, y en la protección del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades (Boelen, 2009). Se expresa como la **misión social** de estas instituciones, las que deben dirigir sus actividades educativas, de investigación y de servicio a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región y/o nación que les ha conferido el mandato de servir. Consecuentemente, la OMS reserva actualmente la calificación de 'excelencia' para designar a aquellas instituciones que tengan un impacto en la sociedad.

En relación con lo mencionado, asumimos que transitar por la universidad pública no solo implica adquirir conocimientos disciplinares sino también **egresar como profesionales comprometidos con las necesidades de su comunidad, capaces de diseñar e implementar servicios de excelencia**. De esta manera, se constituirán en garantes de los derechos humanos en general, y el derecho a la salud en particular.

Atender y cuidar la salud de la comunidad requiere de estos profesionales un compromiso permanente, no solo con los problemas del presente sino con aquellos que desde una mirada integral de la salud puedan advertirse y prevenirse de manera oportuna.

Sin duda, esa mirada integral y estratégica para abordar la complejidad de los problemas de salud es la base de sustentación de la interdisciplina y la multiprofesionalidad en salud.

B - La equidad en salud: necesidad de un abordaje integral, integrado y humanizado

Ahora bien, para poder realizar en la práctica el derecho a la salud, necesitamos trabajar por la eliminación de las inequidades en salud; entendidas como las diferencias en salud innecesarias, evitables y además incorrectas e injustas (Whitehead, 1990). Las inequidades son *evitables* (científico-técnica, financiera y moralmente); *no elegidas* y *tienen un agente responsable* con capacidad de intervención, que es el Estado (ISEqH, 2007).

Estos procesos de salud son complejos, y es preciso considerar al mismo tiempo la unidad y la diversidad de los mismos, sus complementariedades y sus antagonismos (Almeida Filho, 2005; Almeida Filho, 2006). Como objetos complejos, son multifacéticos, objetivo de varias miradas y fuente de múltiples discursos, que desbordan de los cortes disciplinarios de la ciencia.

Bregar por la equidad en salud incluye dos abordajes (ISEqH, 2006):

B.1. Equidad en salud

Se refiere a los niveles de morbilidad y mortalidad experimentados por diferentes grupos sociales. Aspira a que todos tengan igual oportunidad de desarrollar su potencial de salud y que no existan barreras en los medios para alcanzar este potencial, si es evitable. Para ello, será necesario adoptar la perspectiva sanitaria de los “Determinantes de la Salud”, mediante una investigación intercultural, interdisciplinaria y basada en la comunidad, que alimente un proceso de reforma crítica, cuyo eje estratégico sea el apoyo desde la ciencia epidemiológica a la defensa de los derechos. La misma apunta a producir conocimientos críticos, instrumentos técnicos y herramientas sobre los grandes dominios de la determinación social que se expresan en las 4 “S” de la vida (civilización sustentable, soberana, solidaria, saludable/biosegura) (Brehil, 2013). Particularmente, deberán fortalecerse las alianzas estratégicas y los esfuerzos colaborativos con otros socios con intereses y objetivos comunes en el campo de la salud, para establecer y ejecutar acciones de mejora de la salud de nuestra comunidad.

B.2. Equidad en la atención de la salud

Supone que todas las personas tienen igual acceso a servicios de sa-

lud de calidad, de manera que satisfagan las necesidades de su ciclo de vida, se coordinen a lo largo de la atención continua y sean integrales y seguros, eficaces, oportunos, eficientes y aceptables; y todos los cuidadores están motivados, capacitados y operan en un entorno de apoyo.

La OMS establece que estos servicios de atención de salud deberán ser **integrados, integrales y centrados en la persona**. (WHO,2016).

Los **servicios de salud integrados**, son aquellos que se gestionan y prestan para que las personas reciban un continuo de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, coordinados entre los diferentes niveles y lugares de atención, dentro y fuera del sector de la salud, y de acuerdo con sus necesidades a lo largo de la vida. (WHO,2008).

Por su parte, la integralidad en el cuidado de la Salud es concebida como rasgo del buen desempeño profesional, como las prácticas frente a problemas de salud específicos y como forma de organizar la respuesta gubernamental. (Mattos, 2005). Estos significados se presentan en los niveles micro, meso y macro de la gestión sanitaria (Ortún Rubio, 1999).

En el primer conjunto de significados, ‘integralidad’, consiste en una respuesta al sufrimiento del paciente que no sea una reducción al aparato o sistema biológico. Incluye la actitud del profesional de salud que busca reconocer las necesidades de los ciudadanos con respecto a su salud, y su preocupación por el uso de técnicas de prevención, intentando no expandir el consumo de bienes y servicios de salud.

En el segundo conjunto de significados, la ‘integralidad’, como forma de organizar las prácticas, requiere superar la fragmentación de actividades dentro de las unidades

Para profundizar el tema de las 4 “S” te sugerimos el siguiente texto: Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.

de salud. La 'integralidad' se concibe, así como un conjunto articulado de acciones y servicios de salud y preventivos y curativos, individuales y colectivos, en cada caso, en los niveles de complejidad del sistema.

Finalmente, existe un conjunto de significados sobre "integralidad" y políticas especialmente diseñadas para dar respuesta a un problema de salud en particular o los problemas de salud que afligen a un determinado grupo. La 'integralidad' como eje prioritario de una política de salud es un medio de hacer realidad la salud como una cuestión de ciudadanía, es un medio para realizar el derecho a la salud.

La integralidad se refiere al acto de cuidado integral que tiene a las prácticas de salud como ejes político-organizativos, formas de construir innovaciones y nuevas tecnologías de cuidado. Se refiere a la forma democrática de actuar, el saber hacer integrado, en un cuidado que se fundamenta en una relación de compromiso ético-político de sinceridad, responsabilidad y confianza entre sujetos reales y concretos.

De este modo, la discusión de la integralidad busca afirmar una práctica ético-política en el campo de la salud, que se opone al reduccionismo, la objetivación de los sujetos, y los modelos de fragmentación de la atención y organización del proceso de trabajo en salud, así como los procesos de formación.

En cuanto a la **atención centrada en las personas**, se trata de un enfoque de la atención que adopta conscientemente las perspectivas de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como participantes y beneficiarios de sistemas de salud confiables, que se organizan en torno a las necesidades integrales de las personas en lugar de enfermedades individuales, y respeta las preferencias sociales. La atención centrada en las personas es más amplia que atención centrada en el paciente y abarca no solo los encuentros clínicos, sino también la atención a la salud de personas en sus comunidades y su papel crucial en la configuración de las políticas y los servicios de salud (WHO, 2016).

¿Qué entendemos por el término humanización?

Preocuparse por la humanización es defender una visión o valor particular de lo que significa ser humano y, además, encontrar formas de actuar sobre esta preocupación. Por lo tanto, necesitamos articular los componentes esenciales de lo que es ser humano como base de valores. (Ministério da Saúde, 2010).

En el contexto sanitario, el concepto de humanización suele hacer referencia al abordaje integral de la persona, en sus dimensiones biológica, psicológica, social y conductual (March, 2017). **En este sentido, lo que se denomina humanización de la asistencia sanitaria no es sino la puesta en práctica de una atención centrada en la persona.** Se considera muy importante actuar de manera compasiva, pensar las cosas desde el punto de vista de la persona a la que se atiende (es decir, con empatía) y hacerlo de forma respetuosa mediante la adopción de decisiones compartidas con los pacientes, ayudando a las personas a manejar su estado de salud. Se trata tanto de cómo piensan los profesionales y los pacientes sobre la atención y sus relaciones, como de los servicios reales existentes y disponibles (puestos a su disposición).

La realización de servicios de atención de salud integrados y centrados en las personas dependerá de los insumos del sistema de salud, incluida la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los trabajadores de salud y los servicios que brindan. Estos requieren trabajadores de la salud específicos con competencias pertinentes, en particular trabajar en equipo en entornos de atención de la salud (WHO, 2016).

**C - El mandato de nuestra UNLP para formar
profesionales y técnicos de la Salud
comprometidos con la comunidad**

El Reglamento de la UNLP establece que:



ARTÍCULO 6°: *La enseñanza universitaria tendrá carácter y contenido ético, cultural, social, científico y profesional. Será activa, objetiva, general y sistemática en el sentido de lo interdisciplinario y universal. Estará fundada en la exposición objetiva y desprejuiciada de hechos, en su interpretación, en la discusión y crítica de teorías o doctrinas, en la más completa libertad académica, sin discriminaciones, limitaciones o imposiciones de carácter político, ideológico, religioso, racial, social, económico o de cualquier otro tipo.*

Y



ARTÍCULO 7°: *El carácter cultural de la enseñanza profesional y científica, a cargo del establecimiento de enseñanza superior implica, en la forma que establezcan los respectivos Consejos Directivos, la exigencia del conocimiento de los problemas fundamentales del saber y de la realidad social contemporánea.*

Ambos artículos están expresados en el TITULO II, FUNCIONES, CAPÍTULO I: de la Enseñanza. Reglamento de la UNLP.

El artículo 6 nos remite a los conceptos de:

- ✓ Ética
- ✓ Cultura
- ✓ Ciencia
- ✓ Profesión
- ✓ Dimensiones políticas e ideológicas del ejercicio profesional

Y menciona adjetivos como:

- ✓ Activo

- ✓ Sistemático
- ✓ Interdisciplinario
- ✓ Universal

Los conceptos señalados conjuntamente con los adjetivos nos remiten a un pensar y hacer particulares.

Siendo uno de los propósitos de la formación interprofesional generar un aprendizaje colectivo, que parte de la colaboración, del conocer y reconocer a los otros como portadores de saberes, serán estos conceptos y adjetivos los que, puestos en tensión, nos permitirán cumplir como integrantes de la Universidad pública, con la responsabilidad ética de ejercer nuestras profesiones para y por el bien de la comunidad.

En este caso particular, el curso promueve una formación y acción interprofesional que permita analizar, reflexionar y actuar desde una perspectiva humanizadora ante los complejos procesos de salud y enfermedad que están presentes en la región en la que está inserta la Universidad de La Plata.

C.2. Plan Estratégico de la UNLP 2018-2022

El Plan estratégico de la Universidad 2018-2022, en su apartado *La salud pública y los procesos universitarios de formación y aporte a la acción social para una comunidad sana se menciona:*

Una línea singular y compleja es la articulación de las carreras vinculadas a las ciencias de la salud entre sí y con las instituciones públicas provinciales y municipales, con distintos niveles de complejidad que funcionan en la región. (Pensar la Universidad pag. 21)

El citado documento se refiere las carreras de grado que se dictan en el ámbito de la UNLP que están vinculadas a la salud y a la rica trayectoria que en materia de articulación tiene la universidad con instituciones de cuidado y atención de la salud pertenecientes al sistema público de la región.

Respecto a esto señala:

Varios de estos establecimientos tienen una vinculación histórica con las residencias médicas de nuestros graduados y más recientemente con la Práctica Final Obligatoria de la carrera de Medicina, entre otros muchos hospitales. De hecho, numerosas cátedras funcionan en su ámbito y en el caso del "Policlínico", la envergadura de la experiencia hizo que la UNLP construya un edificio específico en el predio para el dictado de clases y oficinas de profesores y docentes. (Pensar la Universidad, pág.22)

La incorporación de la (PFO), Práctica Final Obligatoria es sin duda una instancia pedagógica que enriquece la formación de grado, donde los alumno/as tienen un acercamiento a las situaciones y/o problemas que en su trayecto formativo han estudiado. Todas las carreras vienen realizando estrategias que permiten incorporar diferentes instituciones del sistema de salud municipal y provincial para dar cumplimiento a las PFO.

En esta línea de trabajo conjunto para consolidar la articulación entre universidad y sistema público de salud, el Plan Estratégico cita:

Sin embargo, y aun sumando la riqueza de estos antecedentes en el funcionamiento histórico solidario, la experiencia dista mucho de ser una red articulada dentro y fuera de la UNLP que fortalezca la investigación y el proceso formativo de grado y posgrado de nuestros estudiantes y colabore en la optimización de la atención, el funcionamiento en general, la producción de medicamentos y el enorme potencial de un proceso conjunto de desarrollo de la UNLP con instituciones públicas enfocadas en la salud de la población en todas sus dimensiones y aspectos, en particular de nuestra región y de la provincia de Buenos Aires.

Pero deja en claro que, consolidar una red de interacción entre el sistema universitario público y el de salud pública de la ciudad y la región, es un proyecto inédito, con un potencial poderoso, solidario y transformador, que implica el enorme desafío de aprovechar

la probada capacidad de las instituciones públicas involucradas en beneficio directo del conjunto de la Comunidad.

Este proceso involucra no sólo a los actores directos, sino también al Gobierno de la Provincia a través de su Ministerio de Salud, a los Municipios de la Región y al Gobierno Nacional a través del Ministerio de Educación y su Secretaría de Políticas Universitarias. Será un objetivo de esta etapa inducir y respaldar fuertemente este proceso (Pensar la Universidad, pág. 22).

En relación a los Derechos Humanos el Plan Estratégico plantea:

Es necesario promover desde la universidad el respeto y la defensa de los Derechos Humanos, incluyendo: el trabajo contra toda forma de discriminación, opresión y dominación; la lucha por la igualdad, la justicia social, la equidad de género; la defensa y el enriquecimiento de nuestros patrimonios culturales y ambientales; la seguridad y soberanía alimentaria y la erradicación del hambre y la pobreza; el diálogo intercultural con pleno respeto a las identidades y la promoción de una cultura de paz en la inclusión garantizando la igualdad de oportunidades (Pensar la Universidad, pág. 43).

La tarea por la defensa de los DD HH y la perspectiva de género, es permanente y como miembros de la sociedad y referentes de la Educación Pública Universitaria tenemos la responsabilidad de que cada una de nuestras propuestas de formación, investigación y extensión promuevan el respeto y cumplimiento de los DD HH, sumando a ello la perspectiva de género.

En este sentido, y siendo los temas de salud los que nos convocan a trabajar desde este curso, los propósitos y las acciones que integran su desarrollo permitirán a docentes, tutores y alumnos consolidar el compromiso para con la comunidad que atraviesa problemas complejos que requieren de una mirada integral, donde la dimensión de los DD HH está presente.

D - La formación universitaria para el campo de la salud desde la Inter/transdisciplinariedad: nuevos perfiles profesionales

La 'integralidad', expresada como un conjunto articulado de acciones y servicios de salud y preventivos y curativos, individuales y colectivos, en cada caso, en los niveles de complejidad del sistema, requiere un abordaje inter/transdisciplinario para superar la fragmentación de actividades dentro de las unidades de salud. Este abordaje **implica un nuevo profesional con un perfil diferente a los existentes, con formación básica sólida e integrada, basada en la cooperación y coordinación entre disciplinas.**

Las múltiples miradas cohabitando o coexistiendo en un campo científico dado, no constituyen una estrategia metodológica capaz de dar cuenta de la complejidad de los fenómenos de salud. Es necesario descubrir la **unidad en esa inmensa diversidad compleja de "objetos, miradores y miradas"** (Mattos, 2005).

La interdisciplinariedad se refiere a la convergencia de dos o más áreas del conocimiento, que no pertenecen a la misma clase, lo que contribuye al avance de las fronteras de la ciencia y la tecnología y posibilita la transferencia de métodos de un área a otra, generando nuevos conocimientos o disciplinas (Philippi, 2009). Implica la necesidad de nuevas bases para la formación convencional de los profesionales y técnicos/as de la salud en los cursos superiores tradicionales, exigiendo una nueva cultura institucional de las formadoras, capaz de ofrecer un clima propicio para este proceso de reelaboración de las identidades profesionales originales.

La unidad distinguible de esa nueva identidad se produce a través de la síntesis inter/transdisciplinaria construida a través de una práctica cotidiana "transversal" de los técnicos/as y profesionales en formación. La transversalidad se da en procesos de enseñanza-aprendizaje entre campos disciplinares distintos para lograr una comprensión integral e integrada de los objetos de conocimiento inter/transdisciplinar en la práctica educativa. (Almeida Filho, 2014).

Estas prácticas de interacción participativa incluyen la construcción y consenso de una axiomática común a un grupo de campos de conocimiento relacionados y requieren la identificación de un problema común, el establecimiento de una axiomática teórica y /o básica y una plataforma de trabajo conjunta, poniendo en común los principios y conceptos fundamentales de cada campo original, en un esfuerzo conjunto por decodificar en un lenguaje más accesible los propios campos originales y traducir su significado al sentido común en un aprendizaje mutuo (Vasconcelos, 2002).

E - La universidad pública y sus egresados: perfiles de egreso



Vayamos a las Unidades Académicas.

Cada unidad académica presenta un Plan de estudio que rige para la formación de los estudiantes, este Plan también expresa el perfil profesional que se espera obtener como resultado de la trayectoria formativa, veamos algunos:

1 - TRABAJO SOCIAL

Plan año: 2015. Organizado en 5 años con una carga horaria total 3784 hs reloj.

Perfil de formación:

Formación generalista, estableciendo como prioridad que el egresado se constituya en un profesional crítico, entendido como aquel que logre poner en tensión permanente el análisis sobre la realidad concreta, articulando la esfera analítica en las prácticas sociales, debatiendo, accionando y confrontando con solidez argumentativa teniendo como horizonte la emancipación humana. Que evidencie capacidad teórica, política e instrumental para la intervención en la realidad, el análisis de la misma y la elaboración de respuestas adecuadas para el abordaje de las expresiones históricas y contemporáneas de la cuestión social. Que tenga la capacidad de direccionar su práctica con el propósito de fortalecer proyectos colectivos de resistencia y transformación social, desde un posicionamiento que involucre un compromiso ético político con los sectores subalternos en la defensa y consolidación de los derechos humanos: civiles, sociales, políticos, económicos y culturales. Que comprenda lo social desde su complejidad, en el marco del sistema capitalista y las desigualdades que le son inherentes, y consecuentemente desarrolle la intervención profesional cotidiana, superando las lógicas inmediatistas y simplificadoras hacia los sujetos, las instituciones y los problemas con los

que se enfrenta. Que se constituya como intelectual orgánico y se involucre en los debates internacionales, del continente, de la nación y la región, instalando tanto marcos explicativos, como propuestas de abordaje que desnaturalicen los problemas sociales. Que tenga capacidad para investigar y producir conocimiento con rigurosidad desde la disciplina en el contexto de las ciencias sociales. Que se constituya como actor estratégico en el proceso de producción de políticas públicas. Que pueda complejizar la relación entre demandas y problemas, fortaleciendo la organización y participación de los sujetos para la conquista de sus derechos.

2 - FONOAUDIOLOGÍA

Plan año: 2020. Organizado en 5 años con una carga horaria total 2984 hs reloj.

Perfil de formación:

Se espera que el/la profesional formado/a tenga conocimientos teórico-prácticos que lo/la habiliten a desarrollar actividades profesionales de su incumbencia considerando una perspectiva ética, fundada en el respeto hacia las personas y sus derechos fundamentales orientando acciones como: prevención, promoción, tratamiento, pronóstico, diagnóstico, orientación, asesoramiento, investigación, extensión y gestión, a fin de dar respuestas a las problemáticas de la comunicación humana como campo complejo, a toda la población y según el contexto social y político del país.

3 - PSICOLOGÍA

Plan año: 2012. Organizado en 6 años con una carga horaria total 4128 hs reloj.

Perfil de formación:

De la Carrera de Licenciatura en Psicología emerge un profesional que se halla capacitado para el abordaje de la investigación del comportamiento humano, del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad y de la prevención, recuperación y preservación de la

salud de las personas. Por su formación está habilitado para aplicar los métodos y técnicas psicológicas propias de su disciplina. Los contenidos que se imparten en la carrera conducen a un conocimiento completo de la estructura psicológica del sujeto en distintas etapas evolutivas, abarcándose aspectos normales y anormales del desarrollo psicológico.

El egresado podrá ejercer su actividad en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios, en instituciones públicas o privadamente. En ambos casos podrá hacerlo a requerimiento de especialistas de otras disciplinas o de personal o instituciones que por su propia voluntad soliciten asistencia y/o asesoramiento profesional. Este ejercicio profesional se desarrollará en los ámbitos individual, grupal, institucional o comunitario.

4 - MEDICINA

Plan año: 2004. Organizado en 6 años con una carga horaria total 5575 hs reloj.

Perfil de formación:

El Médico General deberá:

- Estar capacitado en conocimientos, habilidades y actitudes necesarias y sepa desarrollar tareas de aprendizaje autónomo que le permitan capacitarse en una ulterior especialización de posgrado que el medio y su inquietud personal le reclamen.
- Ser capaz de brindar con un alto sentido de responsabilidad social, su participación activa en la promoción de la Salud, en la prevención, en el diagnóstico, en el tratamiento, con énfasis en las enfermedades prevalentes, y en la rehabilitación de los pacientes.
- Emplear el método científico y el trabajo en equipo para su tarea de asistencia, docencia e investigación.
- Reconocer y asumir la importancia de la investigación básica, clínica y socio epidemiológica en la práctica médica.

- Resolver las urgencias en el primer nivel de atención en forma efectiva, eficiente y humanitariamente.
- Hacer diagnóstico presuntivo de patologías no habituales articulando la estrategia de la interconsulta y/o cuando la derivación o la situación así lo requiera.
- Comprender las necesidades de salud de las personas consideradas no sólo en sus aspectos físicos sino también psicológicos, familiares, laborales y económicos.
- Diagnosticar los problemas de salud de la población identificando los grupos de riesgo.
- Reconocer oportunamente sus propias limitaciones frente a situaciones complejas que superan su capacidad.
- Hacer un uso racional de las tecnologías de diagnóstico y terapéuticas dentro de un contexto ético moral y legal.
- Diseñar, implementar y evaluar programas de cuidado de la salud en el primer nivel de atención.
- Tener una alta solidaridad humana con la persona y su grupo, así como un fuerte compromiso social con su medio.
- Promover la salud a nivel individual y humanitario.
- Estar dispuesto a la autoevaluación y a la evaluación por pares de sus tareas.

5 - NUTRICIÓN

Plan año: 2009 (dato no certero). Organizado en 4 años con una carga horaria total 4016 hs reloj.

Perfil de formación:

- El Licenciado en Nutrición es el profesional universitario que, con formación ética, científica y humanística, posee conocimientos, capacidades, habilidades y aptitudes que le permiten desempeñarse con responsabilidad social en todas las áreas del conocimiento que conforman el campo de la ciencia de la nutrición.

- Sobre una sólida base científico-tecnológica actúa, individualmente o como integrante de un equipo interdisciplinario, en salud, educación, economía, desarrollo social, medio ambiente, ciencia y tecnología de los alimentos, comprometiendo su accionar con la promoción y recuperación de la salud y prevención de enfermedades en los individuos y las poblaciones, contribuyendo a la obtención de la mejor calidad de vida posible teniendo en cuenta el contexto político y social en el que se plantean las necesidades, prioridades y requerimientos, en materia de alimentación y nutrición.

6 - ENFERMERIA

Plan año: 2019. Organizado en 3 años con una carga horaria total 2391 hs reloj.

Perfil de formación:

- El enfermero/a es un graduado/a de educación superior con conocimientos generales en las áreas de las ciencias de la salud, las ciencias biológicas, las ciencias físico-químicas, farmacología, las ciencias humanas, las ciencias de la administración y gestión, conocimientos todos éstos que le permiten la comprensión integral del denominado: proceso de cuidado enfermero.
- El enfermero/a es un egresado/a que posee capacidades y habilidades para: diagnosticar, planificar, organizar, brindar y evaluar cuidados de enfermería en el marco de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, en todos los niveles de atención de salud que requieran de cuidados mínimos, moderados e intermedios.
- Debe poseer capacidades y habilidades para educar para la salud, promover la misma investigar en sus áreas de incumbencias y reflexionar respecto de su propia práctica.
- El enfermero/a es un egresado/a que evidencia permanentemente, una actitud reflexiva y crítica frente a la realidad y a su práctica profesional, cuenta con los conocimientos y habilida-

des necesarias que le permitan desarrollar actitudes cooperativas, dinámicas comunitarias que facilitan el proceso de atención y cuidado enfermero; del mismo modo que la conducción y participación de grupos de trabajo y de investigación interdisciplinarios.

7 - TECNICO EN PRÁCTICAS CARDIOLÓGICAS

Organizado en 3 años con una carga horaria total 1846 hs reloj.

Perfil de formación:

- El Técnico Universitario en Practicas Cardiológicas está capacitado para gestionar sus actividades específicas y recursos de los cuales es responsable, realizar y controlar la totalidad de las actividades requeridas hasta su efectiva concreción teniendo en cuenta criterios de seguridad, impacto ambiental, relaciones humanas, calidad, productividad y costos. Asimismo, desarrolla conocimientos, valores, actitudes y habilidades de carácter tecnológico, social y personal, que definen su identidad profesional. Estos valores y actitudes están en la base de los códigos de ética propios de su campo profesional.
- Podrá desempeñarse profesionalmente en hospitales, clínicas y sanatorios, comités de ética profesional, empresas relacionadas con la especialidad e instituciones educativas.

8 - CIENCIAS VETERINARIAS

Plan de Estudios 406: Año 2014 - El Plan de Estudios 406/14 plantea un ciclo generalista integrado por 54 cursos obligatorios (3.600 horas) y un ciclo orientado (orientación profesional) integrado por tres cursos optativos de 40 horas cada uno y las practicas pre-profesionales de 300 horas (420 horas totales). La carga horaria para la parte generalista quedó así distribuida de la siguiente forma:

- Ciclo de Formación General: 190 horas (5,27%).
- Ciclo Básico: 1.340 horas (37,22%).

- Ciclo Superior: 2.070 horas (57,49%).

El ciclo superior está dividido en tres núcleos, con la siguiente distribución horaria: Salud animal: 50%, Producción Animal: 25% y Medicina veterinaria preventiva, Salud pública y Bromatología: 25%.

Perfil Profesional:

El profesional de las Ciencias Veterinarias es el que en función del mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo humano sustentable, imbuido en un espíritu ético, científico y humanístico, sea capaz de ejecutar acciones tendientes a la previsión, planificación y resolución de la problemática planteada en diferentes ámbitos de la realidad socio-cultural y del medio ambiente, con relación a todo lo que directa o indirectamente sea atinente a las especies animales.

Entre las actividades generales y específicas propias de su ejercicio profesional se destacan:

- La salud y producción de especies animales convencionales y no convencionales.
- La tecnología y protección de alimentos.
- La promoción y preservación de la salud pública.
- La preservación del ambiente.
- El gerenciamiento público y privado de sistemas sanitarios, de producción y de servicios relativos a sus prácticas.
- La investigación y transferencia del conocimiento científico y tecnológico.

9 - FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS

Licenciatura en Bioquímica

La Bioquímica Clínica es la especialidad que se ocupa del estudio de las modificaciones biológicas de la vida humana en la salud y en la enfermedad. Comprende el estudio de los procesos metabólicos y mo-

leculares en relación con los cambios fisiológicos como patológicos o con los inducidos por acciones terapéuticas. Para ello, se aplican métodos químicos, físicos, biológicos, microbiológicos, inmunológicos, de biología molecular o genéticos con el propósito de obtener información útil y participar en su interpretación para la prevención, diagnóstico, pronóstico y evolución de la enfermedad, así como de su respuesta al tratamiento.

El graduado de la Carrera de Bioquímica podrá:

- Determinar la concentración de biomoléculas y electrolitos en suero y otros líquidos biológicos (sangre, orina, líquidos de punción y otros).
- Realizar determinaciones físicas, químicas y microscópicas en todos los líquidos biológicos (sangre, orina, líquido cefalorraquídeo, secreción espermática y otros) con el objeto de determinar anomalías en los mismos que contribuyan al diagnóstico clínico.
- Realizar el estudio cuali y cuantitativo de los elementos de la sangre y la aplicación de técnicas para determinar parámetros sanguíneos (grupo y factor, pruebas de coagulación, etc).
- Identificar diferentes microorganismos causantes de patologías (bacterias, virus, hongos, parásitos) y someterlos a pruebas de susceptibilidad antimicrobiana.
- Investigar mecanismos químicos y bioquímicos en múltiples campos de aplicación.
- Supervisar laboratorios de análisis clínicos privados, institucionales y de salud pública.
- Realizar actividades de control de calidad, legislación, acciones sanitarias y control de gestión.
- Desempeñarse como asesor, consultor y auditor. Ejercer funciones en áreas de salud pública y epidemiológica y ocupar cargos de conducción dentro de instituciones de salud.
- Realizar análisis especializados de diagnóstico y pronóstico.
- Detectar tóxicos en productos y muestras biológicas.

- Controlar y producir por métodos físicos, químicos y biotecnológicos reactivos y sustancias para distintos fines científicos y de salud.
- Análisis forenses.
- Realizar actividades académicas y/o docentes.

10 - FARMACIA

Sus principales objetivos son, brindar los conocimientos científicos y técnicos requeridos para formar profesionales farmacéuticos, integrantes del equipo de salud.

Es una carrera de cinco años de duración, los dos primeros pertenecen al Ciclo Básico de Formación Común (CiBeX). La salida laboral de sus egresados abarca tanto la investigación científica como el sector industrial o el sistema de salud, ya sea en ámbitos públicos o privados.

Sus principales objetivos son, brindar los conocimientos científicos y técnicos requeridos para formar profesionales farmacéuticos, integrantes del equipo de salud, capaces de asumir con responsabilidad e idoneidad un amplio espectro de actividades, que incluyen la dispensación de productos farmacéuticos y preparación de formulaciones y recetas magistrales en farmacias privadas y de establecimientos asistenciales públicos y privados y participación en tareas de investigación biomédica.

Asimismo, el desempeño en centrales de esterilización y laboratorios o plantas industriales mediante el diseño, desarrollo, producción, control de calidad de medicamentos, alimentos dietéticos, cosméticos y otros.

11 - LICENCIATURA EN FÍSICA MÉDICA

Se centra en la multidisciplinariedad que exige un profesional habilitado para actuar en la interfaz entre la física y la medicina.

La Física ha aportado a la sociedad conocimientos y técnicas cada vez

más complejas, especialmente durante el siglo pasado, muchos de los cuales han influido grandemente sobre la práctica médica contemporánea.

Con el objeto de facilitar el diálogo y la tarea común entre físicos y médicos, se ha elaborado esta nueva Carrera de grado de Licenciatura en Física Médica. Ella brindará una sólida formación en ciencias exactas y naturales, con particular énfasis en la física y su herramienta la matemática y a la vez, los conocimientos fundamentales de la química y la biología, profundizando así en la multidisciplinariedad que exige un profesional habilitado para actuar en la interfaz entre la física y la medicina, especialidad conocida hoy internacionalmente como Física Médica.

La carrera brinda el título de Licenciado en Física Médica luego de estudios de cinco años de duración. El título permitirá al Licenciado en Física Médica asistir en tareas de prestación de servicios en instituciones hospitalarias y centros de salud, conducir actividades de desarrollo y servicios en laboratorios y empresas del área de la tecnología biomédica e impulsar una correcta utilización de los avances tecnológicos continuos y cada día más acelerados y sus aplicaciones al ámbito de la salud. Podrá además actuar en la docencia universitaria, acceder a niveles de formación de posgrado y desarrollar tareas de investigación en las áreas de su incumbencia.

El plan consta de un ciclo básico de tres años de duración que tiene por objeto proveer una formación amplia en ciencias básicas, tendiente a resaltar la interdisciplinariedad aunque con énfasis en la Física. Contiene 24 asignaturas cuatrimestrales teórico-prácticas de 15 semanas de dictado que suman 2655 horas de carga horaria total.

El ciclo superior está constituido por los dos años siguientes en los cuales se profundizan los conocimientos ya adquiridos y se accede a las asignaturas de especialización donde la Física del Ciclo Básico es la base de las aplicaciones médicas.

12 - LICENCIATURA EN ÓPTICA OCULAR Y OPTOMETRÍA

La Licenciatura en Óptica Ocular y Optometría es la única en el país

que forma optómetras, con una duración de 5 años y da la posibilidad de obtener 3 títulos que permiten diferentes competencias y salidas laborales: ÓPTICO a los 3 años, CONTACTÓLOGO a los 4 años y OPTÓMETRA a los 5 años.

Perfil Profesional del Óptico y del Contactólogo:

El perfil de formación tanto del Óptico como del Contactólogo, es el de un graduado universitario del área de la salud, especialmente capacitado para la interpretación de la prescripción óptica de la ametropía, asesoramiento sobre todo tipo de cristales, filtros de radiación, cálculo y adaptación de lentes de contacto y desarrollo de sistemas ópticos, entre otros. En nuestro país es un auxiliar de la medicina.

Perfil profesional del Optómetra:

El perfil de formación del Licenciado en Óptica ocular y Optometría, es el de un profesional independiente de la salud, no médico, especialista en cuidado visual y ocular primario, formado para:

- 1 - Detectar y corregir los errores refractivos y aquellos derivados de las malas costumbres que afecten al sistema visual, mediante la utilización de medios ópticos correctores como anteojos, lentes de contacto, ayudas para baja visión y emitir las fórmulas ópticas correspondientes.
- 2 - Detectar y corregir los problemas relativos a anomalías sensoriomotoras, problemas relativos a la visión binocular, acomodación y convergencia.
- 3 - Detectar y corregir aquellos problemas relativos a la conducta perceptual que tienen incidencia en el aprendizaje, la escolarización y la empleabilidad.
- 4 - Detectar y corregir aquellas disfunciones perceptuales que tengan prevalencia, índices de morbilidad y/o evidencia, para los cuales existen métodos de detección temprana, a fin de posibilitar la recuperación visual y funcional del sistema.
- 5 - Trabajar en equipo multidisciplinario de acuerdo lo establecen los organismos internacionales especialistas, respetando la pirámide de atención.

6 - Dirigir ejercicios de reeducación visual en ortóptica y pleóptica.

La carrera cuenta con prácticas específicas para cada nivel de formación tanto sea en el área de Óptica y Contactología, como en el área de Optometría clínica y Optometría de rehabilitación.

Articula las prácticas de grado con la labor de los proyectos de Extensión Universitaria, convirtiendo el aprendizaje en una experiencia única de aplicación de sus saberes directo al servicio de la comunidad.

LICENCIATURA EN BIOTECNOLOGÍA Y BIOLOGÍA MOLECULAR

La biotecnología constituye una rama interdisciplinaria de las ciencias biológicas y de la tecnología, orientada al uso de herramientas muy diversas con el propósito de generar nuevo conocimiento y/o bioproductos de alta calidad. La biotecnología se encuentra entre las áreas del conocimiento interdisciplinario que en el último siglo ha impactado más fuertemente en la calidad de vida de las personas, particularmente desde su influencia en la agricultura, la alimentación y la salud. En un contexto de conocimiento como el presente, donde los procesos biológicos son cada vez más profundamente interpretados, el acompañamiento tecnológico agrega a las ciencias de la vida un componente que potencia de modo extraordinario las posibilidades de aplicar al terreno de lo práctico el conocimiento de base. La utilización de organismos vivos, su domesticación y mejoramiento para producir bienes y servicios es una actividad que el hombre ejerce desde hace milenios para satisfacer con mayor calidad y seguridad sus necesidades alimentarias y sanitarias. En la actualidad, las tecnologías del ADN recombinante y sus variantes, la biología estructural moderna, la ingeniería, las nanociencias y los bioprocesos dan sustento a una biotecnología en constante desarrollo que, en un marco ético adecuado, permite el uso responsable y de modo cada vez más sustentable y democratizado de los recursos biológicos. En ese contexto el aporte de la biotecnología en un equipo interdisciplinario en salud, constituye un ámbito de formación calificada para agregar recursos humanos capacitados a las diferentes áreas (de gestión y prácticas) del amplio quehacer biotecnológico.



A partir de la lectura de los perfiles los invitamos a que:

- (a) Ubiquen y subrayen en cada uno de ellos los **conceptos** que den cuenta de una preparación para: la defensa de los DD HH, el trabajo por la equidad, la mirada y abordaje integral, integrado y centrado en las personas de los problemas de salud.
- (b) Avancen en la identificación de aquellos aspectos/competencias compartidas en la formación de grado y que a su criterio operarían como transversales para el abordaje de la salud desde la interprofesionalidad.

Perfil de los Profesionales de la Salud - UNLP

El trabajo en territorio requiere de una instancia de recolección de datos tanto demográficos como institucionales y epidemiológicos. En esta oportunidad les solicitamos que den inicio a un recursero donde se puedan identificar las unidades sanitarias y/o CAPs y hospitales de la Ciudad de La Plata, Berisso y Ensenada. (Pueden Incluir otras instituciones que consideren pertinentes a los procesos de atención de la salud. (ej.: Dirección de Zoonosis, Asociación de padres de niños con discapacidad, etc.).

En 2do lugar les proponemos que puedan hacer un trabajo de georeferenciación colaborativo entre todos los compañeros, utilizando la herramienta de google Maps ([Aquí les dejamos un tutorial del funcionamiento de la herramienta](#)). Es decir, volcar los datos recolectados en el recursero en un mapeo de construcción conjunta, donde puedan incluir: Nombre del establecimiento; domicilio y teléfono.

Los tutores les proporcionarán un enlace desde el cual puedan ir cargando los datos.

La Plata

Unidad Sanitaria N°	Domicilio	Teléfono	Observaciones

Hospital	Domicilio	Teléfono	Observaciones

Berisso

Unidad Sanitaria N°	Domicilio	Teléfono	Observaciones

Hospital	Domicilio	Teléfono	Observaciones

Ensenada

Unidad Sanitaria N°	Domicilio	Teléfono	Observaciones

Hospital	Domicilio	Teléfono	Observaciones

Este recursoro se irá completando con más información a medida que avancemos en el curso.

Observación:

Todos los temas desarrollados en este material serán profundizados a lo largo de la capacitación a partir de la articulación teoría praxis que plantea la formación inter-profesional.

Docentes colaboradoras

Silvina Gigli (Facultad de Ciencias Veterinarias)

Prof. María Susana Ortale (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación)

Bibliografía consultada

Almeida Filho, N. (2005). Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saúde e Sociedade* (14) n.3: 30-50.

Almeida Filho, N. (2014). "Desafios da Formação Pedagógica de Docentes na Contemporaneidade: em busca de novos padrões de ensino-aprendizagem". Aula Inaugural do Curso de Formação Pedagógica de Docentes na Fiocruz. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=WlJv8sW35BE>

Almeida Filho, N. (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud Colectiva* (Buenos Aires) 2(2): 123-146.

Boelen, C, Woollard R. (2011). Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina. *EducMed* 14 (1): 7-14.

Boelen, C. (2009). Responsabilidad social y excelencia. *Educ Med* 12 (4): 199-205.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* (Colombia) Vol. 31 (supl 1): S13-S27.

ESTATUTO de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (República Argentina), 2008.

March, J.C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Rev. Calid. Asist.*32 (5): 245-247.

Mattos, R. (2005) Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. En: *Pinheiro R., Mattos, R. (Ed.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização (2010) *Cadernos Humaniza SUS Volume 1*

Formação e intervenção Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF.

Ortún Rubio, V. (1999) ¿Conocimiento para gestionar? Gest Clin San Vol. 1 (1): 5-6.

Philippi, A. (2009). A questão da interdisciplinaridade nos Programas de Pós graduação. Novo Hamburgo: Fórum de Pre-Reitores de Pesquisa e Pos- graduação.

Plan de estudios de las carreras de la Facultad de Ciencias Médicas.

Plan de estudios Facultad de Trabajo Social.

Plan de estudios de las carreras de la Facultad de Ciencias Exactas.

Plan de estudios de Facultad de Psicología (Carrera de Licenciatura en Psicología).

Sociedad Internacional por la Equidad en la Salud (ISEqH) (2007).

Sociedad Internacional por la Equidad en la Salud ISEqH. (2006). Equity and Health Sector Reform in Latin America and The Caribbean from 1995 to 2005: Approaches and Limitations. Report Commissioned by the International Society for Equity in Health – Chapter of the Americas.

Stolkiner A (2010) Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. Medicina Social (www.medicinasocial.info)

Tauber, F (2018). Pensar la Universidad. Proyecto institucional de la Universidad Nacional de La Plata, 2018-2022.

Vasconcelos EM. (2002). Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar - Epistemologia e Metodologia Operativa. Petrópolis: Vozes.

Whitehead, M. (1990). The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2016). Sixty-Ninth World Health Assembly. Provisional agenda item 16.1. Framework on integrated, people-centred health services.

WHO (Modificado) (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1.

Módulo 2

A - Salud. Su conceptualización



La salud y su cuidado ha sido una preocupación permanente en todas las sociedades y culturas, la forma de definirla e interpretarla conceptualmente ha ido evolucionando a lo largo de la historia en función del valor social y cultural que se le ha ido otorgando en cada período histórico.

La salud es considerada por todas las sociedades como uno de los grandes valores tanto individual como colectivo, al que tanto las personas como las instituciones dedican recursos y esfuerzos. Desde este posicionamiento, la salud se equipará a otros valores como la justicia, la libertad, la educación. Es decir, se trata de derechos que deben ser conservados, siendo a su vez señalados como necesidades fundamentales para el desarrollo.

La evolución histórica del concepto de salud demuestra su variación no solo en los métodos que se han utilizado para abordarla sino también por las formas de comprenderla y explicarla. En este sentido, cobra especial relevancia la variación en el valor que se le atribuye como fenómeno vital. Esta variabilidad de comprensión se atribuye tanto a la interpretación cultural como a los cambios socioeconómicos de cada período histórico, cambios que han sido estudiados desde diferentes perspectivas.

Junto a estos cambios sociales y económicos también ha variado el interés creciente de la sociedad por la salud y la participación progresiva de recursos no profesionales ni provenientes del campo sanitario, que han aportado a la interpretación y al modo de abordar las temáticas referidas a la salud.

La búsqueda de la salud, su cuidado y el cumplimiento en tanto derecho, forma parte del discurso de la salud pública. Este es un campo que durante los últimos treinta años viene redirigiendo las prácticas sanitarias en procura de dar cumplimiento a lo declamado por las diferentes agencias tanto nacionales como internacionales.

En función de dar cuenta de cómo los cambios dados en las estructuras sociales fueron complejizando la definición de salud, es que iniciaremos este módulo presentando algunas definiciones o formas de explicar la salud, la enfermedad y los problemas de salud.

Veremos que en cada una de ellas se fueron incorporando conceptos en la medida en que las disciplinas del campo de la salud fueron viendo la necesidad de analizar los problemas de salud asumiendo su complejidad.

Esta mirada de la complejidad (*que será desarrollada en otros apartados*) ha permitido saltar la brecha de pensar a la salud como mera expresión biológica a pensarla analizando los múltiples factores y/o dimensiones que la impactan.

Pero vayamos viendo algunas de las definiciones más vistas en diferentes documentos:

*La **salud** es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de **salud** más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.*

Declaración de ALMA ATA (1978)



Vemos en la primera definición la presencia de dimensiones que superarían la mirada biológica.

La segunda definición la coloca como un objetivo social e interpela a múltiples actores.

Estas definiciones ubicaron a la salud como un objeto social. Esta idea, lleva implícito que la persona como ser social, perteneciente y producto de una estructura social, no está sola, sino que en su vida cotidiana establece una serie de vínculos no solo con otras/otros sujetos sociales, sino también con el medio ambiente en el que está inserta.

Esta mirada permitió sumar aportes a la definición de salud, sumando el concepto de salud positiva, establecido en la Carta de Ottawa (OMS, 1986).

Veamos algunos de estos aportes:

*La promoción de la salud consiste en **proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma** 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. Se trata por tanto de un concepto positivo que **acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas** por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud. (OMS, 1986, p. 1).*

Esta carta es considerada el documento doctrinario, político y operacional más importante, en sus líneas devuelve a la comunidad el poder de transformar sus condiciones y determinantes de la salud. La misma fortalece la acción comunitaria, le da importancia a las políticas públicas, a los estilos de vida, a los entornos y a la responsabilidad de todos los servicios sociales.

La Carta también declara que:

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos pre-requisitos (OMS, 1986, p. 1).

En esta declaración se afirma que la política de promoción de la salud debe combinar diversos enfoques, entre los que deben figurar: **la legislación**, las medidas fiscales, el sistema tributario, y los cambios de tipo organizativo. Además, subraya el papel fundamental de la **acción multisectorial** para la promoción de la salud, planteando que para el logro de la misma deben realizarse acciones coordinadas de cada uno de los sectores implicados: gobierno, sistema sanitario, organizaciones locales, industrias, medios de comunicación, etc.

Legislación en Salud:

Te invitamos a buscar algunas leyes que se hayan sancionado para el cuidado de la salud en nuestro país durante los últimos años.

En síntesis, podemos destacar que la declaración:

- ➔ Establece un rol activo de las/los sujetos en torno a sus procesos de salud y enfermedad.
- ➔ Jerarquiza la tarea de registro que les actores sociales realizan al seleccionar los problemas/fenómenos que les afectan como grupo o población. Delimita ciertas **"situaciones de salud"** descritas y analizadas desde su perspectiva.



Hasta ahora vimos que la salud pasó de ser mirada solamente desde lo biológico a pensarse como un proceso resultante de la dinámica entre varias dimensiones que determinan la calidad de vida. Luego, incorporamos el concepto de sujeto / actor/a social y también de multisectorialidad como requisito para pensar y ejecutar acciones para el cuidado de la salud.

*En función de esta perspectiva, la salud se constituye como un producto social en la medida en que es un resultante, y depende de esas acciones que realizan (a favor o en contra) **actores sociales y políticos**, y que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones.*

Avanzamos y afirmamos que:

Los grupos y sujetos son atravesados y determinados por estructuras sociales que sostienen la producción y reproducción social (López Arellano et. al., 2008).

Las maneras de enfermar y morir dependen de las respuestas sociales de determinado contexto. No existen formas “naturales” o “normales” de sufrir, padecer, enfermar o morir (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

La enfermedad posee componentes ideológicos que están al servicio de determinados grupos de poder (Laurell, 1982).

Estas afirmaciones recuperan para el análisis de los problemas de salud una mirada dialéctica, que da cuenta de la multi-determinación de la salud.

A su vez invita a reflexionar sobre los diversos niveles de análisis: general, particular, singular (sociedad, familias, sujetos).

Incorpora el concepto de ideología y poder como categorías que permiten analizar los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva macrosocial.

Al incorporar el concepto de poder da cuenta de la vinculación que existe entre el estar sano y/o enfermo como resultado de decisiones de aquellos actores y sectores que toman las decisiones sobre la salud de las/los/les sujetos.

Decisiones que responden a ideologías, es decir formas de pensar y hacer.

Por último, estas decisiones pueden acercarse o alejarse de la idea de concebir a la SALUD como derecho



¿Sabías que el derecho a la Salud en la constitución de la Provincia de Bs AS. está establecido en el artículo 38?
Te invitamos a leerlo haciendo [click aquí](#)

B - Ahora hablemos sobre la salud y el bienestar

Salud y el bienestar ¿Qué podemos considerar de estos dos términos?

*Como un... “completo estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1946, p. 7).
¿Esta definición es ideal o posible?*



Antes de avanzar responde desde tu parecer/saber:

➔ ¿Qué implica la “medición” del bienestar?

➔ ¿Podemos hablar de alcanzar el completo bienestar?

En función de tus respuestas quizás debamos decir que:

Podemos hablar del alcance de situaciones de **relativos bienestar** (ni como equilibrio a buscar, ni como niveles o puntos precisos de una recta/linealidad). Si no, como resultado de múltiples relaciones que se multideterminan en la trama de la vida **cotidiana**.

...Una **cotidianeidad** que se va **configurando socio-históricamente** tanto en grupos como en comunidades y la sociedad.

...**Configuración socio histórica** que **contempla múltiples aspectos**: lo biológico, lo mental, lo social, lo espiritual, lo medioambiental.

...Estos aspectos constituyen **el contexto** donde ese sujeto, grupo, comunidad está inserto y desarrolla su vida.

...**Vida** que transita **por ciclos evolutivos** donde los procesos de salud/enfermedad adquieren características singulares pudiendo conducir a la morbilidad /enfermedad.



¿de qué otro BIENESTAR podemos hablar ?

“Sumak Kawsay” – Vida Plena

Desde esta concepción el **bienestar/desarrollo** es pensado desde una perspectiva más amplia, no solo se refiere a lograr mejor calidad de vida, sino que se trata de una cosmovisión que nos aportan los **pueblos indígenas andinos**.

Esta forma de mirar los procesos de la vida parte de pensar y hacer desde lo colectivo, esta concepción recurre a la idea de noso-

tros. Así, sostiene que el mundo no puede ser entendido desde la perspectiva del YO de Occidente. Plantea que la comunidad cobija, protege, demanda y es parte del nosotros, plantea a la comunidad como sustento y base para la reproducción del sujeto colectivo que todos y cada uno somos.

Si te interesa ampliar sobre este tema te invitamos que te acerques a:



Estructura de Poder en el campo de la salud. Disponible en: <https://youtu.be/-qbw3SGa8bQ>

Encuentro Plurinacional. Feminismos del Arcoiris. Disponible en: <https://fb.watch/5PuF5sNprp/>

Concepto de UNA SALUD

El concepto de UNA SALUD resume una idea que se conoce ya hace tiempo, y refiere a la interdependencia que está presente entre la salud humana y la salud animal, ambas vinculadas a la salud de los ecosistemas.

Esta definición apela a concebir y pensar desde un enfoque global colaborativo que permita medir y evaluar los riesgos, teniendo claro que no solo afectan al ser humano o al animal por separado sino al ecosistema en su conjunto, del cual ambos son parte.

Esta posición promueve una visión más amplia que registra no solo las enfermedades sino también los malestares y padecimientos que van más allá de lo biológico.

Desde esta mirada más amplia recuperamos lo dicho por FLOREAL FERRARA (1975)

La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos (Ferrara, 1975).

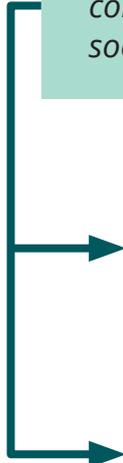
C - Actores, agentes y salud

En puntos anteriores al mencionar el tema salud, se ha destacado la figura de la persona, ya sea como portadora de la enfermedad como protagonista en el análisis de la misma y por último al decir de F. Ferrara (1975), como aquella que lucha de manera permanente.

Es decir, aparece la persona protagonizando sus procesos de salud enfermedad, aparece la categoría de actor/a, a quien a su vez le agregamos el término social.

Analicemos un poco más esta afirmación

Al referirnos a actores se vuelve importante considerar que su constitución individual y colectiva se da a partir de una práctica social que reproduce formas de poder.



Se entiende a los **actores individuales** como sujetos ideologizados, portadores de intereses sectoriales que ocupan una situación de peso dentro del sector, y con capacidad de introducir sus reivindicaciones en la agenda del Estado;

Y a los **actores colectivos** como agrupación de sujetos sociales individuales, contenidos por una **comunidad de intereses concretos** generados en el proceso de trabajo -al que consideramos un elemento fundamental-.

Ahora bien, al analizar una situación social se exige necesariamente entender cómo se da esa constitución de actores que participan en ella, teniendo en cuenta que los individuos se conforman como sujetos a través de la ideologización. Esta ideologización se produce por las condiciones generales en que se desenvuelve el proceso de trabajo, posibilitando la transformación de un sujeto individual en un sujeto colectivo que comparte los intereses comunes del conjunto.

Es decir:

un sujeto ideologizado es aquel que adquiere una manera de entender el mundo próximo en el que nos movemos, a través de la socialización que tiene lugar en el marco del Estado, mediante la acción de la familia y la escuela en una primera fase; que luego se completa con las prácticas en un trabajo abstracto.

De este modo, nos interesa remarcar que la transformación de los sujetos en actores sociales no se realiza de manera inmediata, requiere de ciertas condiciones inherentes a la conformación del Estado.

O, dicho de otro modo, la incorporación de los sujetos como actores sociales depende de la búsqueda de un espacio en la sociedad política o en la sociedad civil, que se da en las condiciones fijadas por el Estado -o contra del mismo-, en un proceso dialéctico dificultado por el acontecer social global.

Este análisis de los actores no debe realizarse sin tener en cuenta ciertas dimensiones que nos permitirán o no pensar una intervención estratégica.

Retomemos lo que en este sentido sugiere Mario Testa (1989) en su texto "Pensamiento estratégico y lógica de programación".

Para analizar actores debemos evaluar y analizar:

- ✓ Su posición
- ✓ Su aparato ideológico
- ✓ La intencionalidad
- ✓ La experiencia

Exige comprender la definición de los obstáculos no como calidades o propiedades intrínsecas a los componentes de una situación o proceso dado **sino como: calidad que se adquiere en relación a**

un tiempo, a un espacio, y a un objetivo político determinado, en función del cual se construyen alianzas, negociaciones, y resistencias (Róvere, 2006).

En general los actores son:

- ✓ El gobierno nacional
- ✓ Los gobiernos jurisdiccionales
- ✓ Las instituciones públicas y privadas
- ✓ Organizaciones no Gubernamentales (ONGs)
- ✓ Profesionales y trabajadores/as de la salud en general, y los/as receptores/as (entendidos estos últimos como destinatarios/as, activos/as)

Veamos ahora el concepto de agente/actor desde el campo sociológico:

Siguiendo a Fernández (2003), podemos afirmar que cuando hablamos indistintamente de actor o de agente, pensamos usualmente en alguien a quien se le puede atribuir o imputar –al menos parcialmente– una determinada acción o una serie identificable de acciones. Podría pensarse entonces que la distinción semántica entre los términos agente y actor podría resultar artificial o anodina. No lo creemos así. **La selección y la utilización en el discurso sociológico de uno u otro de esos términos está cargada frecuentemente de connotaciones diferentes.**

Mientras que el concepto sociológico de agente presenta al individuo más bien como un reproductor de prácticas,

El concepto de actor/a le amplía al individuo los márgenes de su decisión y de su acción, es decir de su autonomía. Es decir, se le concibe como alguien capaz de convertirse en alguien creador/a o innovador/a en el ámbito de la acción.

El agente desarrolla prácticas acordes, en buena medida, con la posición que ocupa en el espacio social. Al actor se le reconoce,

sobre todo, por las acciones que decide realizar.

Desde esta perspectiva quienes forman parte de las políticas públicas pasarían a ser **agentes** que llevan adelante acciones propias del lugar que ocupan, es decir de lo establecido, mientras que los integrantes de la comunidad son **actores** en términos de hacer aquello que desea y considera pertinente realizar en pos del cambio.

Teniendo en cuenta esta distinción puede señalarse entonces que los equipos de trabajo territoriales van a estar constituidos por **agentes y actores**.

D - Algunas definiciones en referencia al campo de la salud

Una de las más importantes contribuciones al pensamiento sanitarista fue la planteada por Marc Lalonde (1974) quien describió que:

El campo de la salud debería ser visto como un modelo de análisis útil para conocer de qué manera la conjunción de varios componentes afecta la salud de un país.

E Incluye entre estos elementos a:

- ✓ La biología humana (salud física y mental)
- ✓ El medio ambiente
- ✓ El estilo de vida
- ✓ La organización de la atención de salud

Estos campos mencionados por Lalonde han sido y siguen siendo tomados como condicionantes del estado de salud ya sea por servicios que trabajen en el primer como en el segundo nivel de atención.

De la misma manera, son tomados para pensar las intervenciones / acciones de prevención y promoción de la salud.

Hugo Spinelli (2010), va a mencionar y describir al campo de la salud como:

“el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas” (p. 276).

- ✓ Donde cada “jugador/a” realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales.
- ✓ Donde todos los juegos se realizan al interior de estructuras, que son estructurantes de los agentes y a su vez estructuradas por ellos, de acuerdo a sus capacidades de juego, a sus apuestas y a la fidelidad con las mismas.

- ✓ Donde estas acciones siempre están ligadas a intereses no siempre racionales ni reflexivos.
- ✓ Donde esta convergencia de actores, recursos, problemas e intereses conforman una red de relaciones con autonomía relativa, en el que diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales.

Podemos pensar:

¿A este listado qué otros/otras actores agregarías? ¿Quiénes pueden ser estos agentes individuales y/ o colectivos/as que interactúan en el CAMPO DE LA SALUD?

- ✓ Expertos/as
- ✓ Profesionales
- ✓ Funcionarios/as
- ✓ Políticos/as (representantes del sector político)
- ✓ Sindicalistas
- ✓ Representantes de la industria
- ✓ Agentes financieros
- ✓ Corporaciones
- ✓ Organizaciones de la sociedad civil
- ✓ Productores/as (representantes del sector de la producción)
- ✓ Criadores/as
- ✓ Propietarios/as/es de mascotas (personas que convivan con mascotas)
- ✓ Empresas productoras de alimento
- ✓ Responsables del cuidado y la protección del medio ambiente.
- ✓ Otros: _____

El campo de la salud –tanto en Argentina como en otros países–, se caracteriza por:

La complejidad, producto de la combinación de (Spinelli, 2010):

- ✓ La alta concentración de capital económico
- ✓ Los problemas de financiamiento
- ✓ La corrupción –macro y micro–
- ✓ La persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades
- ✓ Las bajas capacidades de gobierno/gestión
- ✓ La falta de regulación en la formación de profesionales
- ✓ El significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo
- ✓ La autonomía de los mismos
- ✓ El destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas.

El campo de la salud desde la complejidad:

Para comenzar a trabajar sobre la complejidad, nos parece importante referirnos a una cita de Edgar Morin (1994):

“Nunca pude, a lo largo de toda mi vida, resignarme al saber parcelado, nunca pude aislar a un objeto de estudio de su contexto, de sus antecedentes, de su devenir. He aspirado siempre a un pensamiento multidimensional (...). Nunca he querido reducir a la fuerza la incertidumbre y la ambigüedad” (p.23).

La propuesta de un pensamiento complejo en la ciencia contemporánea reconoce los aportes de Edgar Morin, quien -lejos de ofrecer una receta acabada-, marca un rumbo acerca de cómo conocer la realidad. Este filósofo y sociólogo francés invita a articular (recuperando y sintetizando de manera creativa legados teóricos de disciplinas diversas) tradiciones científicas, humanísticas y artísticas.

Morin (1994), asumiendo la crisis del paradigma occidental de simplificación y disyunción derivado de la reducción y separación de saberes, convoca:

- ✓ A revisar la racionalidad occidental.
- ✓ A situarnos en la transdisciplina para abordar la realidad de manera sistémica y relacional.
- ✓ A reformar instituciones educativas.
- ✓ A replantear los fundamentos epistémicos que subyacen a la pedagogía.

A partir de los aportes de Susana Ortale (comunicación personal, 7 de junio de 2021), podemos observar que:

-Nuestra racionalidad, tributaria de la ciencia moderna, nos ofrece marcos conceptuales e intereses, formas de interpretar la realidad y de orientar nuestras acciones. Los conceptos que incorporamos y usamos para conocer e intervenir son herramientas útiles para pensar, dirigen nuestra atención hacia determinados aspectos de la realidad pero al fijar esos límites recortan de una realidad compleja un fragmento con sentido. Al mismo tiempo, dejan en sombra múltiples aspectos; cierran también nuestro pensamiento y tienden a convencernos de que el conocimiento de tal o cual objeto, es en realidad el objeto real; de que ese recorte es la realidad.

-Inmejorable ejemplo de ello lo constituye el concepto de salud, concepto problemático y por demás controvertido. Más allá de sus diversos sentidos, persiste con fuerza aquel que lo plantea como el reverso de la enfermedad. Así por ejemplo, el concebir a los recursos para la salud a aquellos que están destinados a combatir la enfermedad no es una confusión terminológica: supone que la salud se obtiene eliminando la enfermedad y la medicina, encarnada en sus representantes, se instituye como la principal responsable de la salud, permaneciendo "ocultas" las condiciones -saneamiento, alimentos, vestido, educación, trabajo- que la aseguran.

-La fragmentación de los dominios y la universalización de los saberes involucrados en la constitución de la ciencia moderna, no obstante sus evidentes contribuciones al desarrollo de

conocimientos que permitieron mejorar las condiciones y la calidad de vida, muestra su agotamiento.

-La concepción de la cultura y su relación con la naturaleza (jerárquica, de dominio y control), la concepción de la persona que coloca al individuo (y no a la comunidad) como valor supremo, el modelo dual con el que se lo comprende (cuerpo-mente), están en la base de tal fragmentación.

Siguiendo a Le Breton (1995), la definición moderna del cuerpo implicó la separación del hombre del cosmos, de su entorno, de los otros, de él mismo: el cuerpo (material, medible, objetivable), y hombres y mujeres (sus componentes distintivos ligados a lo espiritual, lo social y lo psicológico) fueron desacoplados.

Cabe decir que este clivaje ha tenido costos también en la práctica profesional de quienes operan con este modelo. Equipados con él, se aíslan algunos aspectos a los que llamamos hechos, que logran soslayar nuestra experiencia subjetiva, personal con lo que tenemos delante. Dicho modelo, cierra la puerta a los convidados de piedra del saber experto (sentimientos, emociones, afectos, sensaciones), excluidos de lo disciplinariamente (y científicamente) conceptualizable y comunicable. Tales componentes “herejes”, omnipresentes, se manifiestan particularmente con fuerza en las prácticas profesionales, en donde anudan y se tensan el saber y el sentir.

Las críticas a las epistemologías mecanicistas y a los modelos biologicistas y tecnocráticos de salud, con amplia y larga trayectoria y emergentes de manera renovada en distintos espacios, no han tenido aún el eco necesario en el campo de la salud.

Favorecer el desarrollo de un pensamiento complejo nos permitirá superar los dualismos y los determinismos y lograr una comprensión más completa, profunda y renovada de la salud, posibilitando explicaciones y respuestas más satisfactorias en torno de los procesos que la promueven o la afectan.

Pensar desde y para la complejidad va más allá de observar lo aparente, supone abrir la puerta a la incertidumbre y pensar tanto los elementos constitutivos como el todo, ejercitar el análisis y la síntesis desbordando las fronteras disciplinarias.

El sistema educativo ha propiciado el aprendizaje parcelado de cada área académica, sin una instancia mediadora de contenidos que permita relacionarlos y trabajarlos en conjunto.

Para ir concluyendo, la meta es comprender:

a la salud en contexto, superando el modelo reduccionista según el cual el conocimiento de fenómenos complejos se sostiene en la fragmentación sucesiva de sus componentes.

El desafío es pues, tal como señalaba Morin (1994):

“es pues aprehender distintas dimensiones de la realidad de manera de distinguir sin desarticular y asociar sin reducir.”

Pensar desde la complejidad requiere una tarea ardua de ejercitación en:

- ✓ La observación
- ✓ En la investigación
- ✓ En la intervención

Implica prestar atención a las variables que intervienen en la realidad para describirlas, comprenderlas, detallar como se dan las relaciones entre los fenómenos y su contexto para ser mejor interpretados.

Uno de los planteamientos de Morin (1994) consiste en que es necesario:

reformar el pensamiento humano para poder reformar las instituciones, como así también es primordial que se reformen las instituciones para poder acceder a la reforma del pensamiento. -Esta diplomatura, es tributaria de dicho planteo-

Otro autor que nos acerca una definición de complejidad es Rolando García (2006), quien va a plantear:

*En nuestra concepción de los sistemas complejos, lo que está en juego es **la relación entre el objeto de estudio y las disciplinas a partir de las cuales realizamos el estudio**. En dicha relación, la complejidad está asociada con la imposibilidad de considerar aspectos particulares de un fenómeno, proceso o situación a partir de una disciplina específica (p.21)*

*En otros términos, en el “**mundo real**”, **las situaciones y los procesos no se presentan de manera que puedan ser clasificados por su correspondencia con alguna disciplina en particular**. En ese sentido, podemos hablar de una **realidad compleja**. **Un sistema complejo es una representación de un recorte de esa realidad, conceptualizado como una totalidad organizada (de ahí la denominación de sistema), en la cual los elementos no son “separables” y, por tanto, no pueden ser estudiados aisladamente (p. 21)***

En estas afirmaciones vemos como en el campo de la salud los problemas van a pertenecer al mundo real donde los profesionales que lo aborden lo hacen desde las representaciones que cada uno tiene de ese problema constituyendo así un sistema complejo de interpretación, análisis e intervención.

Al hablar de un sistema complejo de interpretación el autor refiere a que:

Los sistemas complejos están constituidos por elementos heterogéneos en interacción -y de allí su denominación de complejos-, lo cual significa que sus subsistemas pertenecen a los "dominios materiales" de muy diversas disciplinas (García, 2006).

Repasando este último apartado, hasta ahora vimos la noción de complejidad de Morin y la definición de sistema complejo de García. Este último, nos lleva a ver la intervención sobre los problemas de salud asumiéndolos como un sistema complejo donde las disciplinas comienzan a ocupar un lugar en la lectura e intervención.

Si bien tendremos un eje donde trabajaremos específicamente el tema referido a la interdisciplina, nos parece oportuno iniciar una introducción al tema en este momento del proceso de formación.

Con respecto a la tarea de la interdisciplina vinculada a los procesos de investigación García (2006) va a decir lo siguiente:

La interdisciplina supone la integración de diferentes enfoques disciplinarios, para lo cual es necesario que cada uno de los miembros de un equipo de investigación sea experto en su propia disciplina. En este sentido, el equipo de investigación es multidisciplinario. La diferencia fundamental entre una investigación interdisciplinaria y las llamadas investigaciones multi (o "trans") disciplinarias está en el modo de concebir una problemática y en el común denominador que comparten los miembros de un equipo de investigación (p. 33).

Este **modo de concebir una problemática** es el desafío al que nos enfrentamos como parte de un equipo de trabajo. En el momento en que se presenta la problemática es donde estas representaciones

heterogéneas se deben poner en juego y lograr avanzar en la construcción de un lenguaje común. Esta tarea permitirá deconstruir un pensamiento de saber absoluto a un saber relativo promoviendo superar las diferentes formas de mirar y actuar desde lo disciplinar. **El desafío es epistemológico y metodológico al mismo tiempo.**



Avanzando un poco más sobre el tema disciplina – interdisciplina el autor plantea:

*Mientras que en el caso de las investigaciones multidisciplinarias se suelen sumar los aportes que cada investigador realiza desde su disciplina particular en torno a una **problemática general que puede ser analizada desde diferentes perspectivas, una investigación interdisciplinaria supone la integración de estos diferentes enfoques para (es decir previa a) la delimitación de una problemática.** Dicho de otra manera, mientras que en un caso lo que se integra son los resultados de diferentes estudios sobre una problemática común, en el caso de la **interdisciplina la integración de los diferentes enfoques está en la delimitación de la problemática.** Ello supone concebir cualquier problemática como un sistema cuyos elementos están interdefinidos y cuyo estudio requiere de la coordinación de enfoques disciplinarios que deben ser integrados en un enfoque (García, 2006, p.33).*

E - Nueva salud pública y salud colectiva

Como último punto para cerrar este módulo presentaremos una breve síntesis que permita identificar el pasaje **de la Salud Pública a la nueva Salud Pública y de esta a La Salud Colectiva.**

Salud pública tradicional

*Si la sociedad tiene la obligación de proteger la salud de sus miembros y si se reconoce que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y la enfermedad, entonces es lógico que **se den los pasos conducentes a promover la salud y a combatir la enfermedad, y que las medidas que se adopten sean tanto sociales como médicas.***

Este es el tercer principio implícito en la idea de medicina como ciencia social, y era reconocido por Virchow, Neuman y otros médicos del movimiento de 1848. El sanitary movement británico, liderado por el abogado y economista Edwin Chadwick (1800-1890), fue el movimiento de salud pública más importante de la primera mitad del siglo XIX y marcó de forma notable los desarrollos en este terreno en otros países, constituyéndose en un auténtico referente internacional (Ramos Gorostiza, 2014).

Desde su surgimiento y a lo largo del siglo XX la salud pública se ha visto a sí misma como:

una ciencia social a la que concurren un conjunto de disciplinas. Estas enfrentan la enfermedad equilibradamente como un fenómeno social que tiene diversas expresiones individuales (Ramos Gorostiza, 2014).

Históricamente, el centro del conocimiento de la salud pública han sido las ciencias médicas, particularmente la epidemiología. Estas funcionan como un hilo conductor que permite fijar las prioridades y estrategias para enfrentar los problemas de salud más rele-

vantes de una sociedad, y se complementan con la psicología, la sociología, la antropología, la ingeniería sanitaria, la estadística y otras disciplinas.

La multidisciplinariedad de la salud pública se hizo evidente en los años setenta cuando se forjaron los conceptos y estrategias de la atención primaria. Estos buscaban globalizar el enfoque de los problemas de salud desde una nueva relación médico/a – comunidad, y proponían una acción multisectorial dirigida a modificar las condiciones de vida en que se generan las enfermedades.

Distinta es la visión que tiene la sociedad de la salud pública y que ha variado con el transcurso del tiempo. En los momentos en que las enfermedades transmisibles constituían la principal amenaza para la salud de las personas, se exigía que la salud pública fuera capaz de controlarlas y evitar el contagio. No obstante, a medida que se comenzaron a lograr avances efectivos, principalmente con el uso de las vacunas y los antibióticos, la sociedad ha demandado que la salud pública le asegure un acceso universal a la atención médica.

Para la mayoría de la ciudadanía, la concepción de la salud en general sigue siendo la ausencia de enfermedad. No consideran todos los aspectos que afectan a la salud como los sociales, económicos, culturales, y mucho menos analizan la vinculación de los problemas de salud con la categoría de género clase social y etnia. Esto es importante en tanto define la visión que tienen un alto porcentaje de la sociedad acerca de la salud pública. **Lo que importa es la pérdida de la salud, es decir la enfermedad, lo que lleva a que el objeto conceptual de la salud pública debe ser la enfermedad misma.**

La consecuencia lógica de una concepción donde prevalece la necesidad de satisfacer prioritariamente la demanda de atención médica es responder a ella. Es por ello, que el énfasis en la salud pública en los últimos años, se ha colocado en optimizar las inversiones y su operación.

Frente a esta percepción de la salud como ausencia de enfermedad, surge un nuevo movimiento en el campo científico para el desarrollo de la denominada “nueva salud pública”.

La “nueva” salud pública

Fue Frenk (1994) quien planteó una nueva tipología de investigación donde diferenció distintos niveles de atención: el individual y el subindividual. Estos niveles asumían la articulación entre la investigación clínica y la investigación biomédica, vinculando ambas al análisis de las condiciones que están presentes en la comunidad estudiada.

Este autor planteaba evaluar no solo las respuestas sociales ante los problemas de salud sino que también avanzaba en la necesidad de evaluar las propias respuestas que desde las políticas y los sistemas de salud se brindaban.

Así, se podía plantear a este campo de aplicación de la nueva salud pública en vinculación con condiciones y respuestas asentadas sobre las bases científicas de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento, teniendo como áreas de aplicación poblaciones, problemas y programas.

En concordancia con esta mirada, Terris (1992 En Almeida Filho y Paim, 2013) definía cuatro áreas básicas para la actuación de la nueva salud pública:

- Prevención de las enfermedades no infecciosas
- Prevención de las enfermedades infecciosas
- Promoción de la salud
- Mejora en la atención médica y rehabilitación

A su vez, este autor proponía una actualización de la definición de la nueva salud pública en la que señalaba que:

“La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades y la incapacidad, prolongar y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad” (1994- p. 3).

Así, consideraba que esto se lograba mediante un esfuerzo concertado de la comunidad que permitiera el saneamiento y la preservación del medio ambiente, así como el control de las enfermedades. Para ello, se requería disponer de servicios de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades, y promover un conocimiento de los elementos de higiene que posibilitará que todas las personas participen en el mejoramiento de la salud personal y colectiva.

Con esta definición se intentaba recuperar el carácter preventivo de la salud pública para que la acción se orientase hacia la prevención de la enfermedad en sus orígenes y no en sus efectos. El objetivo consistía en recuperar la visión global de todos los componentes de la vida social y biológica que podían causar, permitir o facilitar que los agentes capaces de provocar enfermedades, entren en juego.

Se sostiene que debe comprenderse la crisis sanitaria como un proceso fundamentalmente político y social.

Esta visión de la salud pública, dio origen a la corriente de la Medicina Social:

Esta corriente sostenía que:

La medicina es política aplicada en el campo de la salud individual y que la política no es más que la aplicación de la medicina en el ámbito social

Y plantea que:

Va a ser la participación política la estrategia privilegiada para transformar la realidad vinculada a la salud

Movimiento de la Salud comunitaria / Medicina comunitaria

Este movimiento se desprende de prácticas propias de la Medicina Preventiva. Se puede concebir como un espacio teórico, metodológico y político que considera la relevancia del trabajo sobre los procesos de salud y enfermedad, más allá de lo mórbido y patológico. Así, entre sus objetivos se destacan aquellas intervenciones que se orientan a través de acciones preventivas proporcionando cuidados básicos a las comunidades insertas en la cercanía de los centros comunitarios (Almeida Filho y Silva Paim, 2013).

Esta corriente incorpora conceptos de otras disciplinas como la sociología, la psicología y la antropología. No obstante, estos aportes recuperan y sostienen la importancia de la cercanía y el conocimiento de pautas culturales de la población. Utiliza estos principios para el trabajo interdisciplinario, es decir para organizar los equipos de trabajo que abordan comunidades o contextos problemáticos. A la par, la vinculación con agentes de la comunidad se da en términos de llevar adelante prácticas de educación para la salud.

Si bien la salud comunitaria ha podido poner en práctica los principios de la medicina preventiva, ha desarrollado aspectos propios o singulares. Entre ellos, por ejemplo se destaca el focalizar en grupos minoritarios que fueran susceptibles de enfermar. Desde esta estrategia de intervención lógicamente ha dejado de lado el análisis del mandato social de la atención médica.

Con esta lógica preventivista es que en América latina se implementan una serie de programas de salud comunitaria, por supuesto avalados por organismos internacionales como la OPS. Este modelo a su vez fue respaldado teóricamente por la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978) y la carta de Ottawa (OMS, 1986) como documentos considerados bases de la salud pública con impronta comunitaria.

Durante la década del 90 podemos señalar que el movimiento de desarrollo de la Salud pública estuvo presente tanto en el ámbito académico como en el campo político. De esta manera, los nuevos

paradigmas que empezaron a surgir en virtud de los estudios y avances tecnológicos provenientes del campo médico, han sido tenidos en cuenta para la delimitación de políticas de salud.

Es decir, teniendo en cuenta lo señalado anteriormente por la salud colectiva, podemos observar que:

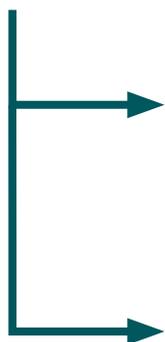
El campo del saber ejerce alteraciones sobre la organización de las prácticas de salud (Almeida Filho y Silva Paim, 2013).

Entonces:

Frente a los cambios a nivel mundial en el plano económico y político y la poca efectividad de los paradigmas que sostienen las prácticas sanitarias surge en América Latina un campo denominado **Salud Colectiva**.

Este es definido como un campo científico, un ámbito para la práctica y de actividad profesional.

Veamos qué quiere decir esto:



Como campo científico, podemos afirmar que en el mismo es donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto **SALUD, donde intervienen distintas disciplinas, que la observan desde diferentes ángulos.**

Como ámbito de la práctica, supone un espacio donde se llevan adelante acciones en distintas **organizaciones e instituciones implementadas por distintos agentes especializados o no ya sea en ámbitos institucionales propios del sector o por fuera de este.**

Tomando estos enunciados podemos afirmar que, en tanto ámbito de práctica, la salud colectiva se encuentra en continuo movimiento, teniendo como norte la evaluación de sus efectos sobre la salud.

Almeida Filho y Silva Paim (2013) van a señalar como procesos cla-

ves de producción y reproducción del campo de la salud colectiva las siguientes pautas de acción:

a) Siguiendo a Minayo (1991): *Calificar el conjunto de necesidades sociales en salud, entendiéndolas no sólo como carencias sino como “ideas de salud” o, alternativamente, como proyectos de “llegar a ser”, esto significa tomar la salud como “meta a ser conquistada, como un bien que se adquiere a través de los conflictos y de la lucha de clase”.*

b) Retomando planteos de Paim (1992): *Pensar los diferentes medios y las actividades necesarias (el trabajo propiamente dicho) para atender tales necesidades, aunque no se limiten al conocimiento científico y tecnológico de la Salud Colectiva y de la Medicina.*

c) Recuperando reflexiones de Paim (1994): *Instaurar nuevas relaciones técnicas y sociales orgánicas a tales prácticas, en un movimiento de producción de hechos capaces de engendrar cambios en la fenoestructuras y en las genoestructuras del campo social de salud, a ejemplo de los procesos de distritalización y municipalización, educación y comunicación social, grupos, de presión, ONGs, productores culturales, entre otros.*

d) Tener en cuenta lineamientos previstos por Paim (1992) *al advertir la necesidad de: Invertir política y técnicamente en los espacios institucionales abiertos por tales propuestas, en la medida en que, en tanto las necesidades de salud están socialmente determinadas, las prácticas de Salud Colectiva son redefinidas teniendo en cuenta el desarrollo de sus instrumentos de trabajo y la instauración de nuevas relaciones internas al campo de la salud.*

En relación al nivel de lo político y sociocultural que también constituyen el campo de la salud colectiva, varios autores/as refieren a la necesidad de avanzar en el análisis y descubrimiento de nuevas formas de organización que se están dando los colectivos humanos por fuera de las organizaciones sindicales o de organizaciones

políticas, permitiendo esto la identificación de procesos de afecto, solidaridad, libertad y justicia.

En este sentido, Habermas (1990) afirma que de esta manera se podrá conciliar el mundo subjetivo con el mundo social.

Observación:

Todos los temas desarrollados en este material serán profundizados a lo largo de la capacitación a partir de la articulación teoría praxis que plantea la formación interprofesional.

Referencias

Almeida Filho, N. y Paim, J. S. (2013). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médicos Sociales*, 75, 5-30.

Fernández, O. (2003). ¿Agente o Actor? *Tópicos del Humanismo*, 90, 1-18.

Ferrara, F. (1975). En torno al concepto de salud. *Revista de Salud Pública de La Plata*.

Frenk, J. (1994). *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica.

García, R. (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Gedisa.

Habermas, J. (1990). Mundo de la vida, crisis y racionalidad sistémica. *Revista de Estudios Políticos*, 67, 153-188.

Lalonde M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Gobierno de Canadá.

Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 19, 1-11.

Le Breton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.

López Arellano, O., Escudero, J. C. y Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el taller latinoamericano de determinantes sociales sobre la salud. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.

Morin, E. (1994). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Gedisa Editorial.

Morin, E. (1999). *La Cabeza Bien Puesta: Repensar la reforma, reformar el pensamiento*. Ediciones Nueva Visión.

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Recuperado de: <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud*. Recuperado de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración De Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de la salud. Alma Ata – URSS. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Ramos Gorostiza, J. L. (2014). Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español. *Revista de Historia Industrial*, 55, 11-38. <https://raco.cat/index.php/HistoriaIndustrial/article/view/280098>

Rovere, M. (2006). *Redes en Salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. (2da edición). El Agora.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex revista argentina de psiquiatría*, 23, 57-67.

Testa, M. (1989). *Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud*. Lugar Editorial.

Anexo metodológico

Presentación

Como parte de la producción de materiales que acompañarán la cursada de la Diplomatura, estamos presentando ahora una breve ficha que pretende poner a disposición de docentes, tutores y alumnos una serie de actividades que permitirán discutir y reflexionar sobre el desarrollo teórico del módulo II.

La presentación de estas actividades de ninguna manera obtura la posibilidad de que los docentes y tutores puedan incorporar material que consideren pertinente para el desarrollo de los temas.

Repasando los temas del Módulo II, recordamos que trabajamos sobre el concepto de salud (sus distintas definiciones), el concepto de bienestar, el de actores y agentes sociales, el de campo y el de complejidad.

Cerramos el módulo realizando un breve recorrido histórico describiendo el pasaje de la vieja salud pública a la nueva salud pública y la salud colectiva, describiendo los principales aspectos conceptuales y organizativos que en términos de atención y cuidado presentan cada uno de ellos.

Estos temas fueron leídos y discutidos en grupo, ahora el desafío es ver cómo ponemos en juego lo trabajado al analizar situaciones, discursos, posiciones de diferentes actores frente a las problemáticas de salud.

También el propósito es ir construyendo de manera grupal respuestas, actividades, estrategias que desafíen la posición disciplinar para avanzar con respuestas desde una perspectiva interprofesional.

Otro de los temas que hemos trabajado es el vinculado a los determinantes y su impacto en la salud.

Para avanzar en la discusión sobre este tema le proponemos la siguiente actividad:

Informe: *Migración, prostitución y trata de mujeres dominicanas en la Argentina* (2003). Organización Internacional para las Migraciones. Oficina Regional para el Cono Sur.

Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/migracion_prostitucion_argentina.pdf

A continuación se presenta el resumen de dos entrevistas realizadas a mujeres dominicanas que residieron en la República Argentina. La primera entrevista fue realizada en Buenos Aires, en tanto que la segunda fue realizada en República Dominicana a una mujer que retornó mediante el “Programa de Asistencia para la Protección y Reintegración de Mujeres y Niños objeto de Trata” (OIM – Argentina, 2002).

- ✓ **Propósitos de los casos** es que los estudiantes reflexionen acerca de las condiciones en que nacen, crecen, viven y trabajan algunas personas y sobre cuáles son los factores determinantes que las llevan a emigrar en busca de mejores oportunidades. De esta manera, se pretende que identifiquen y analicen los elementos que conforman contextos de vulnerabilidad social frente a potenciales daños a la salud o amenazas que violan los derechos humanos de los migrantes, así como las influencias de las políticas sociales y económicas tanto en sus países de origen como a nivel global sobre las condiciones de vida de las mismas.

✓ **Objetivos de enseñanza**

1. Analizar el papel de los determinantes sociales y de conducta en los procesos de salud y enfermedad.
2. Identificar, dentro de la respuesta social organizada, el papel que las organizaciones de la sociedad civil juegan en la promoción de la participación de esta población, para afrontar los problemas de salud.
3. Analizar las características sociales y el perfil de salud de la población para desarrollar la cultura de autocuidado

✓ **Desarrollo de los casos (la dupla docente -tutor evaluarán de acuerdo a las características del grupo si se trabajan ambos casos o solo uno de ellos)**

I. Entrevista a Celina

Celina nació en Santo Domingo, en 1977. Es la menor de 5 hermanos (el mayor, solo de su madre; y los otros cuatro del mismo padre y madre). Sus padres siempre vivieron en Santo Domingo. El padre era vendedor ambulante de fruta y la madre fue ama de casa, hasta que se separó del padre de Celina cuando ella era una beba de meses. Luego de separada, la madre¹ comenzó a trabajar, según Celina como empleada doméstica en Panamá, Curazao, Venezuela, etc. Los niños quedaban a cargo de la hermana de la madre, y la madre iba y venía de su lugar de trabajo a Santo Domingo: dos o tres meses afuera; un mes en Santo Domingo, y así. Si bien los hijos veían ocasionalmente al padre, nunca se hizo cargo de ellos ni contribuyó a su manutención; tan es así que nunca ninguno de los hijos que migró le envió dinero ni regalos. El mayor de los hermanos de Celina nació en 1960, y es hijo de una primera pareja de la madre. Es el que tiene mayor nivel educacional: primaria, secundaria y universidad en República Dominicana: ingeniero eléctrico. Hacia fines de los 80

1 Tanto por la variedad de los destinos, por este ritmo pendular, y por la historia de la hermana mayor de Celina, no se descartaría que, en los años 80, la madre —que para esa fecha tenía unos 30 años— haya trabajado en prostitución.

entró a Estados Unidos como jugador de béisbol, y luego de un tiempo se instaló en Nueva York, donde terminó vendiendo droga. Mientras vivía en Nueva York se casó con una americana, y aparentemente se documentó. Tiempo después lo apresaron y cumplió una condena de 6 años de cárcel; al finalizarla lo deportaron a República Dominicana, con prohibición de reingresar a EE.UU. Mientras estaba en la cárcel estudió una tecnicatura en sistemas. Con el dinero que había enviado a República Dominicana antes de estar preso —dinero que, según Celina, provenía de la venta de droga— la madre le había construido una casa, comprado un auto, etcétera. Luego de la deportación volvió a República Dominicana, donde residió un tiempo, y luego se fue en yola (barcaza) a Puerto Rico, y de allí a Estados Unidos continental. Logró reunirse con su esposa y se fue a vivir a Canadá, donde según Celina “está legal” y trabaja de electricista. La mayor de las mujeres (y el primer hijo común de ambos padres) nació hacia 1970, y aparentemente sólo completó los ocho años de escuela primaria. Poco antes de cumplir 20 años, y a instancias de la madre, que la envió donde supuestamente tenía una conocida, se fue a Panamá, dejando en República Dominicana y a cargo de la madre, un hijo pequeño. En Panamá, y trabajando de prostituta, conoció a un soldado norteamericano con el que se casó y se fue a vivir a Nebraska (EE.UU.), donde tuvo cuatro hijos más, uno de ellos afectado de mielomeningocele. La hermana trabaja como profesora de aeróbics y, durante un tiempo, también limpiaba oficinas por la tarde. Cuando tenía estos dos trabajos, además de mandarle dinero a la madre en Dominicana solía mandarle US\$ 100 mensuales a Celina. Cuando Celina tenía 20 años, antes de venir a la República Argentina, trató de entrar legalmente a Estados Unidos como niñera del hijo discapacitado de su hermana, pero le rechazaron la visa. Celina hace 9 años que no ve a su hermana (desde que ella tenía 16) pero se hablan por teléfono todos los domingos. Celina sabe que su hermana trabajó en prostitución no porque ella se lo haya contado, sino porque se lo contó su madre. El segundo de los varones nació en 1972, sólo terminó el primario, y es la oveja negra de la familia: consume droga, no trabaja, y estuvo preso varias veces, la más prolongada por dos años, siempre en República Dominicana. Según Celina, la madre se hace mucho cargo de este hijo, porque “lo quiere

con pena". En una oportunidad decidieron enviarlo a Panamá a ver si se rehabilitaba, pero fue peor, y –aparentemente- lo deportaron por traficar droga. Tuvo una pareja, y un hijo, y en la familia pensaron que el nacimiento del hijo lo iba a "encarrilar", pero el encarrilamiento le duró apenas unos pocos meses. El menor de los varones, nacido en 1975, completó la primaria y la secundaria, reside en Santo Domingo y es técnico de heladeras y electrodomésticos. Celina no mencionó que este hermano, o el que vive en Canadá, tuvieran hijos. En lo que respecta a Celina específicamente, completó la primaria y la secundaria. Antes de cumplir los 16 años, y sin estar embarazada, se fue a vivir con quien sería el padre de su primer hijo. Antes de irse a vivir con este hombre (que reconoce que era ladrón) trabajaba de modista en una fábrica, de 8 a 17 horas. Le pagaban 800 pesos dominicanos mensuales, de los cuales 200 le daba a la madre, 200 para pagar el secundario privado al que iba, y 400 se los gastaba en "pavadas". Cuando se fue a vivir con su pareja dejó de trabajar, ya que él traía mucha plata y ella "vivía como una reina": tenía una mucama que le limpiaba la casa, y tenía para gastar toda la plata que quisiera. Eso sí: él le pegaba, y parece que bastante. En 1995 (cuando ella tenía 18 años) nació su primer hijo. Siguió viviendo con el padre, a pesar de que la madre de ella trataba por todos los medios de que Celina lo dejara, ya que la maltrataba mucho. Una prima de Celina había venido a Argentina en 1995 o 1996, y como Celina no pudo entrar a Estados Unidos, la madre decidió mandarla a Argentina, sobre todo para que se separara del marido. Celina dice que se enteró de su viaje 6 días antes, que la madre hipotecó la propia casa (el prestamista fue un particular que se dedica a eso, y que aún sigue financiando viajes) por US\$ 2.800: mil para el pasaje, mil para tener como bolsa de viaje, y 800 para gastos varios. La prima le dijo a la madre que Celina iba a poder trabajar en servicio doméstico sin problemas. Cuando Celina llegó al Aeropuerto Internacional de Ezeiza en octubre de 1998, luego de pasar por Migraciones y que le sellaran visa de turista por tres meses, dos hombres grandotes, de traje y con handy se le acercaron y le preguntaron si ella era dominicana. Como el vuelo se adelantó, y la prima no la estaba esperando, ella les contestó que sí, y ellos le dijeron que no se estaba permitiendo el ingreso de dominicanos, y que les tenía que pagar US\$ 1000. A

lo cual ella les mostró su pasaporte sellado y ellos “la putearon” y le dijeron “andate a la concha de tu madre”, frase que ella no entendió a qué aludía, ya que “concha” en República Dominicana no es más que caracol (en tanto que en Argentina es una manera soez de nombrar la vagina). Entonces, ella buscó a un hombre que le pareció era de la seguridad del aeropuerto y le contó lo que le había pasado. Este hombre le dijo que eso era ilegal, le preguntó si los podía describir y si todavía estaban por allí, pero aunque estaban a la vuelta de donde estaba Celina, el de seguridad no los pudo “encontrar”. De todos modos, a otra mujer dominicana que vino en el mismo vuelo de Celina lograron asustarla y le sacaron la plata. Entonces, Celina buscó una ventanilla de remis y tomó un auto hasta la casa de la prima, en un barrio de la Capital Federal. Mientras la llevaba, el remisero le preguntó si tenía trabajo y le dio una tarjeta de un lugar donde podría conseguirlo; ella la guardó, sin entender exactamente que se trataba de un prostíbulo en Río Gallegos, en el extremo sur de la República Argentina. Cuando llegó a la casa de la prima, a los dos o tres días la prima le dijo “vamos, que tengo un trabajo para vos”, y en el camino le explicó que el trabajo era prostitución. Celina se negó, y se volvió a la casa. Consiguió un trabajo en una peluquería, donde le pagaban \$200 por mes. De esos ingresos le tenía que pagar a la prima \$300 pesos mensuales (cien por la pieza, cien por la luz, cien por el gas – en una estafa alevosa de la que más adelante se dio cuenta) y además mandar plata a República Dominicana para que la madre levantara la hipoteca. Obviamente, a la semana estaba trabajando en prostitución en la plaza del barrio de Mataderos. Allí trabajó en la calle durante unos 8 meses. Trabaja desde las 7 de la tarde hasta más o menos las 12 de la noche. Estaba con su prima —que es de tez clara— y otras cuatro dominicanas más. Con el dinero que ganó allí, en tres meses canceló la hipoteca que había contraído su madre. Las tarifas eran \$10 por un “bucal”, \$30 por un “servicio” en el coche del cliente, \$50 por media hora en un hotel, cuyos costos quedaban a cargo del cliente. Además, cada una de las chicas que trabajaba en la plaza le daba \$20 pesos por semana a los policías de la comisaría, y no les cobraban los servicios que solicitaran. De este modo, además de poder trabajar sin que la Policía las molestara, se aseguraban que sí molestara a otras mujeres que qui-

sieran trabajar también en esa zona. Celina además le pagaba \$10 por noche a un ladrón de la zona para que estuviera cerca de ella, asegurando que no le pasara nada: la única vez que la amenazaron con una navaja adentro de un auto, el ladrón rompió el vidrio y le apuntó con una pistola al cliente, para que la soltara y la dejara bajar. Puesto que de todas las mujeres que trabajaban en esa plaza Celina era la que más clientes tenía, la relación con la prima y con las otras chicas se fue tensando. Dice que ella andaba de jeans, remera o saco y zapatos, mientras que las otras se arreglaban excesivamente y se ponían demasiado en evidencia como prostitutas. Como ella parecía una chica “normal” (sic), no era raro que los clientes, después del “servicio”, la invitaran a cenar. Sacaba un promedio de \$200 por día. En un momento se compró un teléfono celular y dejó de ir a la plaza: sólo atendía a los clientes que la contactaban por el celular. Estos clientes pagaban mucho más, pero también pedían mucho más: “fiestas” y otras cosas igualmente coloridas. Cuando trabajaba con su celular alquilaba un departamento por día —un solo ambiente— y vivía en un departamento alquilado a una chica de una remisería de la que se había hecho amiga, y en la cual trabajó dos días como telefonista, a \$10 el día, hasta que la llamaron para una “fiesta” donde hizo \$600 en un par de horas. A través de uno de estos clientes llegó a un “privado” (como se llama en Buenos Aires a los departamentos donde varias mujeres ejercen la prostitución) sobre una calle céntrica donde había unas diez mujeres trabajando. Si bien allí ganaba menos plata por cliente, se sentía más segura y no tenía que preocuparse por negociar con la policía, ya que esta tarea era responsabilidad de la encargada del lugar, quien entregaba hasta \$2500 a la comisaría de la zona todos los meses. Había mujeres argentinas, peruanas, dominicanas e incluso una rusa, casi todas ellas de edades entre los 22 y 27 años. Todas tenían libreta sanitaria y se hacían periódicamente el examen de HIV. Luego de un tiempo terminó mudándose al lugar donde trabajaba y donde permanecía casi las 24 horas. Como ella y otra chica eran las que más clientes tenían, la encargada les daba “una pastillita” (anfetaminas) a la mañana y otra a la noche para que estuvieran “con energía”. La pastilla le sacaba el hambre y le daba taquicardia, y en esa época llegó a pesar 45 kilos. En el privado lo menos que pagaba cada cliente eran \$50, de

los cuales Celina se quedaba con el 40%, y sacaba limpios no menos de \$150 por día. Con el tiempo, la encargada le fue teniendo cada vez más confianza, y le fue delegando distintas responsabilidades: pagarle a las chicas, pagarle a la policía, hacer las cuentas de ingresos y egresos, etcétera. A principios del año 2000, luego del brote xenófobo que hubo en Argentina (una suerte de pogrom mediático), Celina comenzó a preocuparse por el tema de la deportación y le pagó a un argentino para que se case con ella y así obtener la residencia. El acuerdo con el candidato era \$1000 en el Registro Civil y otros \$1000 cuando le dieran el Documento Nacional de Identidad argentino con la residencia, ya que para esta documentación el cónyuge debe concurrir a firmar. Puesto que el marido no fue en la segunda oportunidad, no pudo sacar el DNI. Tampoco lo vio nunca más, y ahora, que se quiere casar con su verdadero marido, y padre de su hijo más pequeño, no sabe cómo hacer para divorciarse. Hacia el año 2001 dejó de trabajar en el departamento privado (por pedido de su entonces novio, actual marido, a quien le había contado toda su historia) y comenzó a trabajar como recepcionista en otro “privado” que funcionaba en el mismo edificio. El acuerdo al que había llegado con la encargada era \$20 por día como recepcionista y poder atender allí a sus clientes celulares (obviamente sin que su novio lo supiera). Cuando, a pedido nuevamente de su novio dejó también este trabajo, no pudo conseguir otra cosa. Angustiada, un día iba llorando en el subte y una mujer se le acercó para consolarla. Cuando Celina le dijo que lloraba porque “si no era de puta, no conseguía trabajo”, la mujer le dio una tarjeta con una dirección para que la fuera a ver: ella administraba varios locales de ropa importada ubicados en distintos puntos comerciales de la Capital Federal. Celina trabajó para ella cerca de un año; cuando se fue, debido a su embarazo, estaba ganando \$1600 por mes y trabajando hasta 12 horas diarias, haciendo de todo: desde limpiar los locales hasta depositar efectivo en el banco. Para esta época ya convivía con su marido en el Gran Buenos Aires, a una hora de la Capital Federal. Con el dinero que hizo trabajando como prostituta —buena parte de la cual se la mandó a la madre— la madre le construyó una casa, le compró un auto y “lo puso a taximetrear”. Por lo que cuenta Celina, su madre es una verdadera matriarca, y hace y deshace en la

vida de sus hijos A mediados del año 2000 la madre de Celina viajó a la República Argentina con el hijo de Celina, quien ahora reside con ella en Buenos Aires. Para este viaje de su madre y su hijo, Celina volvió a contraer un préstamo hipotecario del que aún debe US\$ 400. A la fecha de la entrevista, Celina vive en el Gran Buenos Aires, junto a su marido y sus dos hijos (uno dominicano y otro argentino, nacido en 2002) y no trabaja. La casa la mantiene su marido, cuyos ingresos como mensajero rondan los \$800 pesos mensuales. Repetidas veces Celina dice que ella pudo salir de “ese mundo” o del “puterío” gracias a su marido, que es un hombre bueno, que la respeta, no le pega, y quiere como si fuera el padre al hijo que es sólo de ella. Cuenta además que se psicoanalizó durante casi un año en un hospital público, y que lo más importante fue que la ayudaron “a valorarse, a sentirse una señora, y que por eso la respetan..., cuando una trabaja de puta no se hace respetar, pero yo ahora sé que soy una señora”. Sin embargo, la prostitución es plata rápida, y ya viviendo con su marido, a través de una excompañera de trabajo se enteró de un “privado” en una zona del Gran Buenos Aires donde el cliente pagaba entre \$500 y \$1000 (quinientos y mil pesos), que incluían consumo de cocaína. A escondidas del marido, pero tentada por el dinero, trabajó allí sólo pocos días, más asustada por la cantidad de droga que circulaba que por otra cosa. Buenos Aires, abril de 2003.

II. Entrevista a Alina

En el año 2000 Alina acababa de cumplir 17 años y pasaba por momentos difíciles. Vivía en Villa Altagracia, una populosa aglomeración urbana en la periferia de Santo Domingo. En su pequeña casa, donde se habían ingeniado para separar tres habitaciones, convivían sus padres, ella y sus dos hermanas, el marido de la mayor y un bebé. Su padre, albañil, trabajaba en su oficio cuando sus achaques de artritis y un principio de enfisema pulmonar se lo permitían. Su madre lavaba ropa y planchaba en casas de familia. Su cuñado trabajaba a destajo en el mercado, cargando mercancía o ayudando a vendedores. Alina y sus dos hermanas trabajaban en las tareas domésticas ocasionales que conseguían, ayudaban a su madre y se

ocupaban de la casa y el niño por turnos. Alina no había podido completar la primaria por tener que dedicarse a obtener ingresos para el hogar. Era además bastante tímida y su mayor distracción era conversar con sus amigas del barrio o mirar televisión. Precisamente por esas amigas se enteró que doña Rosa, una señora de mediana edad que vivía en la misma zona en una casa de dos plantas —bastante lujosa para los parámetros de Alina— andaba buscando muchachas jóvenes para ir a trabajar a Argentina. Tras mucho pensarlo y envalentonada con la compañía de dos amigas, Alina fue a visitar a doña Rosa. La señora les dijo que en Buenos Aires se podía trabajar como empleada doméstica o a veces, con suerte, en una tienda o supermercado. Que se podían ganar unos 300 a 400 dólares por mes como domésticas, teniendo casa y comida pagas, y más en otros empleos pero sin alojamiento ni comida. Que ella cobraba 40,000 pesos dominicanos por la obtención del pasaporte y el pasaje y que con eso aseguraba el trabajo al llegar a Buenos Aires. Para Alina, 300 dólares (unos 5,000 pesos dominicanos de la época) era una fortuna. Un poco menos de lo que ganaba su padre antes, cuando trabajaba corrido, y más o menos lo que ingresaba a la casa en esos tiempos en un mes bueno, cuando todos conseguían algún ingreso. Pero 40,000 pesos (unos 2,500 dólares) era una fortuna impensable. Pese a ello, Alina se entusiasmó y comenzó a sondear a su padre. Al principio y previsiblemente las respuestas eran negativas, no sólo por el monto necesario sino porque ella, tan joven, no estaba preparada para viajar sola y lejos. Pero poco a poco la insistencia de la hija menor fue convenciendo al padre, quien finalmente vendió un pequeño terreno, recibido como herencia paterna y conservado para tiempos difíciles, y se juntó la suma requerida. Cerrado el trato, Doña Rosa se encargó de ayudarla a sacar el pasaporte rápidamente (“yo tengo buenos contactos”, dijo) y a sacar el pasaje, conservando ella ambas cosas. En abril de 2001 Alina y doña Rosa partieron para Buenos Aires. Alina iba muy emocionada: era la primera vez que viajaba y que se montaba en un avión. Al llegar al Aeropuerto Internacional de Ezeiza, Tony, un amigo de doña Rosa de unos 35 años de edad, las esperaba a la salida del avión. Con su ayuda pasaron rápidamente los trámites de migración y aduanas (“Tony se ocupa de todo, conoce a todo el mundo aquí”, dijo doña

Rosa) y se dirigieron a lo que a Alina le parecía la ciudad más grande del mundo, con grandes avenidas, gigantescos edificios y muchas tiendas. Llegaron finalmente a un edificio de seis o siete pisos, en una calle tranquila, y se dirigieron a un departamento. Allí empezaron para Alina las dificultades. Tras haberse tomado una bebida gaseosa, doña Rosa comenzó a hablarle a Alina: "Mira, mi niña, aquí las cosas se han vuelto muy difíciles y este viaje tuyo me ha costado más de lo que esperaba. Me tienes que pagar otros mil dólares, pero no te preocupes, aquí vas a trabajar y ganar bien". Sin entender aún muy claramente, Alina se enteró que su trabajo consistiría en "atender a clientes" en ese departamento y "darles lo que quieran". Con incredulidad, recibió la noticia de que se trataba de ofrecer servicios sexuales, "lo que ellos te pidan, de la manera que lo quieran; lo importante es que se vayan contentos para que vuelvan". Cuando la incredulidad dio paso a un intento de rebelión y rechazo ("yo no vine aquí para eso, Ud. me prometió conseguirme un trabajo en una casa"), doña Rosa y Tony dieron paso a gritos y amenazas: "Mira, las cosas han cambiado y ahora no hay trabajo. Tú me debes mil dólares y me los vas a pagar. Te ayudé a venir hasta aquí y ahora tú tienes que hacer tu parte". Doña Rosa le avisó que se quedaba con su pasaporte y que sin eso, si la agarraban por cualquier lado, la metían presa de inmediato. Ahogada en llanto la condujeron a su cuarto (una cama, una mesa pequeña con una radio, una silla, un closet con algunas perchas) y le dijeron que descansara, que en la tarde hablarían. No fue mucho el descanso. Unas horas más tarde Tony entró al cuarto y la violó sin muchas palabras. Después le dijo que se bañara y arreglara, que no tardarían en llegar los clientes. Algo más tarde, Tony la llevó a la cocina y le dio unos sandwiches y gaseosas. Algo debe haber puesto en la bebida, porque Alina se sintió eufórica primero y algo mareada después. Fue así que comenzó su primer día "de trabajo" en Buenos Aires. Alina sentía que vivía en un mundo irreal y que parte del tiempo no estaba allí, en ese cuarto pequeño y mal pintado, con poca luz y una ventana siempre cerrada que daba a un pozo de aire, "atendiendo a clientes". La primera noche fueron sólo tres, de la edad de su padre, pensó. Pero a medida que pasaba el tiempo los horarios se extendieron y recibía a siete u ocho hombres por día. A veces más, si el cliente sólo quería sexo bucal. Alguna

vez le tocaron hombres jóvenes de 30 y pico de años, pero generalmente eran cuarentones o cincuentones. En poco tiempo Alina descubrió las infinitas variedades de la conducta sexual, muchas veces entre golpes y maltratos. Desde el segundo día Tony le explicó “las reglas”: la mañana es para dormir y recuperar energía; cuando te despiertas vas a la cocina y te sirves de lo que encuentres en el refrigerador o cocinas alguna cosa; hasta las 7 de la tarde puedes estar en la sala y ver TV; a partir de las 7 debes estar bañada y lista en tu cuarto; a partir de esa hora no puedes salir de tu cuarto; la puerta del departamento estará siempre cerrada y habrá alguien en la sala desde las 7 ocupándose de atender a los clientes que llegan; puedes conversar con tus compañeras hasta las 7, después está prohibido salir de la habitación; si necesitas ir al baño o comer algo en la noche llamas al encargado entreabriendo la puerta de tu cuarto. Los encargados eran Tony y la mayor parte del tiempo Alberto, de unos 50 años. Tony se metía a veces en el cuarto de las chicas (requirió los servicios de Alina tres o cuatro veces) y una vez Alina lo oyó pegándole a una de ellas. Era gritón y de mal carácter. Alberto era más tranquilo, siempre lo veía leyendo o viendo deportes por televisión. En el departamento funcionaba un teléfono que el encargado de turno conectaba cuando llegaba, y después escondía o se lo llevaba. Pero obviamente nunca Alina tuvo chance de usarlo. El departamento tenía tres habitaciones, sala, cocina y un baño (después se enteró que una habitación también tenía baño). La cocina tenía una mesa para comer, un mínimo de utensilios de cocina, una cocina de gas y una refrigeradora. La comida disponible no era muy variada: leche, lonjas de mortadela, salame y queso, pan de sandwich en abundancia, arroz, papas, latas de atún, sardina y pasta de carne, alguna botella de gaseosa de dos litros, a veces tomates, cebollas, huevos y muslos de pollo, ocasionalmente una carne llamada oso-buco y mantequilla o mayonesa. En el baño siempre había jabón y shampoo pero nada más y las toallas eran viejas y estaban siempre húmedas. En un par de ocasiones Alina tuvo un berrinche con Tony para conseguir productos para su menstruación.

La mayor parte del tiempo hubo otras dos muchachas en el departamento, algo mayores de 20 años. La que más duró fue una mucha-

cha brasileña, de unos 25 años, que casi no hablaba. Hubo también dos bolivianas. Alina no tenía ganas de hablar y las otras tampoco, de modo que aún cuando coincidían ocasionalmente frente a la televisión no había demasiada comunicación. En realidad conversaban más en la cocina, pero ninguna habló de su vida personal. Alina vivía como sonámbula. Dormía mucho y su único pasatiempo era escuchar música en la radio y leer y releer viejas revistas argentinas de historietas, la revista *Hola* y la ocasional novelita de Corín Tellado. La televisión la aburría porque en su mayoría había dibujos animados, seriales americanas viejas y alguna telenovela. “No estaba ni siquiera indignada. Vivía como una autómatas, pensaba que todo eso no me estaba pasando a mí, y de noche al terminar mi jornada — nunca sabía a qué hora porque a veces tras dos horas encerrada me golpeaban la puerta y aparecía un cliente trasnochador— me dormía llorando..... Las primeras semanas me daban una pastilla sobre mediodía y otra al empezar ‘el horario de trabajo’ —vitaminas para el buen humor, me decía Tony, aunque eran de distinto color— pero después sólo me dieron un tiempo la primera. Los días transcurrían todos iguales, y sólo me daba cuenta del paso del tiempo por la radio.” “Como a los dos o tres meses de estar allí apareció un día doña Rosa mientras yo comía. Me saludó muy amable y entonces junté coraje para decirle que cuándo me iba a pagar algo. Se puso furiosa y me dijo que era una malagradecida, que aún le debía plata, que con la crisis los clientes pagaban muy poco y que ella me aseguraba la comida. Le dije que necesitaba ropa y cosméticos, y me dijo que debía tratar bien a los clientes y conseguir propinas, que los hombres respondían al buen trato. Le reclamé que nunca podía salir y me dijo que si seguía portándome bien iba a ver qué podía hacer.” “No tuve mayor suerte con las propinas, aunque logré juntar unos diez o quince pesos por semana. Y como al mes de mi conversación con doña Rosa, Alberto me dijo que al día siguiente vendría a buscarme después de mediodía para salir a dar una vuelta. Tras advertirme que me podían pasar cosas horribles si se me ocurría escapar, y que como no tenía pasaporte la policía me metería presa y abusaría de mí, salimos como dos horas, me pagó unas gaseosas y una pizza, que devoré como si fuera un manjar, y después me llevó a un pequeño supermercado donde me dijo que podía gastar hasta

50 pesos. No fue gran cosa, pero esa salida —hicimos como doce cuadras entre ida y vuelta— me llenó de alegría.” Al mes de esa salida Alina empezó a insistirle a Alberto con otra, y finalmente lo logró, aunque esa vez ella tuvo que pagarse las compras. En su tiempo restante de esclavitud, Alina logró salir más o menos una vez al mes, un poco más frecuentemente al final.

Una madrugada, cuando faltaba poco para cumplir un año de cautiverio, Alina se despertó con un gran ruido en la sala. Poco después un policía uniformado entró a su habitación. Se trataba de una redada policial. Cuando la sacaban del edificio a la patrulla policial envuelta en una colcha (hacía frío afuera), Alina vio a otra muchacha, a un señor semidesnudo (un cliente seguramente) y a Alberto esposado y con bastante susto. Alina fue conducida a una delegación de policía donde le tomaron sus datos y le pidieron su declaración. Estaba abrumada y confundida y fue poco lo que pudo decir entre sollozos. Durmió unas horas en una celda y a media mañana la llevaron ante un sacerdote, que le explicó pertenecía a una oficina del Arzobispado de Buenos Aires. Todavía aturdida, Alina fue llevada a un hogar de monjas, donde le dieron ropa limpia y una buena comida. El resto pasó rápido para Alina, aunque transcurrió casi otro mes. Su caso fue llevado ante la oficina de OIM en Buenos Aires, donde la entrevistaron y la ayudaron a obtener una carta de ruta del Consulado Dominicano para su retorno a República Dominicana. La OIM compró su pasaje y notificó a su familia y, bañada en llanto, Alina pudo hablar con su madre y su hermana. Así, poco después de un año de haber salido de Santo Domingo, Alina se reencontró con su familia. Alina vive hoy en la misma casa familiar y se dedica igual que antes a ayudar a su madre y hermanas. Nadie en la casa tiene trabajo o ingreso fijos. En el marco del programa contra la trata de mujeres que el Comité Interinstitucional de Apoyo a la Mujer Migrante (CIPROM) y la OIM llevan a cabo en República Dominicana, la ONG Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN) buscó apoyar la reintegración de Alina. Se le hizo un chequeo médico y tuvo que hacer un tratamiento para dolencias vaginales, infecciones virales y anemia. Se buscó que hiciera un tratamiento psicológico pero Alina contestó que “eso es para locos y yo no lo estoy”. Se le

inscribió en un curso para adultos para que completara la primaria, cubriendo también sus costos de transporte, pero Alina nunca asistió alegando falta de ánimo. Asistentes sociales de la Secretaría de la Mujer y de COIN visitaron a Alina varias veces, para buscar como ayudarla a superar lo vivido, pero Alina comenzó a rehuirlas y finalmente no quiso atenderlas más. Para la psicóloga de COIN, Alina es un caso claro de trauma y depresión, que en la medida que no se asuma y se supere dejará secuelas en su comportamiento. No es descartable que a falta de oportunidades y fuentes de ingreso decida de motu propio dedicarse a la prostitución. Santo Domingo, Octubre de 2002.

✓ **Actividad**

1. Analiza y explica cuáles determinantes sociales colocan a Celi-na y Alina en una situación de vulnerabilidad frente a potenciales daños a la salud o amenazas a la satisfacción de las necesidades básicas y al respeto de los derechos humanos.
2. ¿Qué papel jugaron las redes sociales en este caso?
3. ¿Cuál es el peso de los factores socioculturales (como ejemplos: el estigma, la discriminación, la violencia, el abuso del poder) para el acceso a la atención de la salud/enfermedad en el caso de las migrantes?
4. ¿Qué estrategias dentro del sector salud e intersectoriales contribuirían a hacer más accesibles el cuidado y la atención de la salud de la población de migrantes?

A large rectangular box with a thin black border, containing 25 horizontal green lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across most of the width of the box.

Ahora vamos a presentarles un conjunto de materiales audiovisuales para promover la discusión al interior de los grupos

Video N°1 - La Insubordinación de los Privilegiados. (2019) Fundación Soberanía Sanitaria.

Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1lejzbqLHLE>

Presentación

Desde Fundación Soberanía Sanitaria, con la colaboración de Primo Content, presentamos “La Insubordinación de los Privilegiados”, un documental que se mete de lleno en el conflicto entre el derecho a la salud y los intereses cada vez más deshumanos de la “industria de la enfermedad”. Rescata las experiencias de distintas personas y sus recorridos por los servicios de salud en el intento de explicar los problemas para acceder a la salud y a una vida digna. A través del análisis de importantes referentes del campo político y sanitario se esbozan posibles caminos para una necesaria transformación.

Intervalos recomendados para el análisis

00:31 - Mario Testa	08:50 - J.Rachid
00:47 - Alicia Stolkiner	09:29 - M .Testa
01:17 - Iñijo Errejón	14:27 - I. Errejón
01:48 - Axel Kiciloff	15:38 - A. Stolkiner
02:14 - Jorge Rachid	17:22 - Caso Inés
02:39 - Mario Rovere	41:22 - A. Stolkiner
02:57 - I. Errejón	42:50 - M. Testa
03:33 - Caso Lorena	51:30 - M. Testa
08:24 - M. Testa	52:13 - A. Stolkiner

✓ Actividad

1. Analizando la pregunta realizada por el Dr Jorge Rachid ¿si un bien social como la Salud puede convivir con el Mercado ?, lo invitamos a responder a la pregunta a partir de las opiniones desarrolladas por los profesores y por supuesto a partir de la discusión grupal.

2. En la presentación del caso Lorena ¿podemos detallar los determinantes sociales que aparecen en el relato?
¿Cuáles son las respuestas de la paciente para poder resolver su situación médica?, por último se pueden identificar elementos que favorecen y que entorpecen sus acciones.
3. Si analizamos los casos de Lorena e Inés teniendo en cuenta las dificultades que les plantean sus coberturas médicas, ¿cómo intentan resolverlas? ¿se pueden encontrar puntos en común entre los casos? ¿Cuáles son ellos?

Video N°2 - Fiebre Hemorrágica - Realizado en Córdoba en 2007.
Duración: 21 minutos.

Disponible en: <https://vimeo.com/6801631>

La fiebre hemorrágica argentina es una enfermedad infecciosa endémica en el noroeste de la provincia de Buenos Aires, sur de Córdoba, sur de Santa fe y norte de La Pampa, que puede afectar a los trabajadores rurales. La produce el virus Junín, que tiene su reservorio en roedores silvestres de la especie *Calomys musculinus*.

Intervalos recomendados para el análisis

00:51 - percepción de un ciudadano	05:17 - roedores, medio ambiente
01:02 - acceso al hospital	06:48 - testimonio de una paciente
01:44 - el dato y el análisis, llamado de atención	07:50 - solidaridad de dadores
02:09 - percepción de un ciudadano ante la posibilidad de nuevos brotes	08:40 - solidaridad de dadores
02:49 - Dr Julio Maiztegui	09:26 - Dra Delia Enria
03:32 - Dr Barrera Oro	10:51 - voluntarios para vacuna
04:01 - Autoinoculación	14:39 - perdida del alerta en la población y efectores de salud
	16:30 - ambiente

✓ Actividad

1. Si analizamos este video sobre Fiebre Hemorrágica en Argentina, podemos observar todo el esfuerzo de una comunidad respondiendo ante un problema complejo y grave de Salud. ¿Podrían detallar los pasos seguidos desde el comienzo de los cuadros clínicos (sin agente etiológico identificado) hasta la producción de la vacuna?
2. ¿Cuáles son los obstáculos que se pueden observar para el descubrimiento y la producción de la vacuna de la FHA? ¿Pueden relacionarlos con acontecimientos actuales vinculados con la Pandemia COVID-19?
3. Si bien existe tratamiento y vacuna para la FHA ¿Qué elementos pueden generar nuevos brotes? Mencione otras zoonosis de nuestro país y si existen Programas Nacionales para dichas enfermedades.

Módulo 3

A - Disciplina - Formación



En el módulo 2 abordamos el rol de la Universidad Pública en la formación de profesionales de la salud comprometidos con las necesidades de salud que presentan las comunidades. Trabajamos el concepto de equidad en salud y mencionamos el trabajo intersectorial e interdisciplinario como elementos claves para un abordaje integral e integrado de los complejos problemas de salud.

En este módulo 3 presentaremos sintéticamente el concepto de disciplina, interdisciplina, y transdisciplina; recuperaremos el concepto de aprendizaje y trabajo interprofesional, cerrando con una actividad de reflexión.

Comencemos por recuperar el concepto de DISCIPLINA planteado por Morín:

La disciplina es una categoría organizacional en el seno del conocimiento científico; ella instituye allí la división y la especialización del trabajo y ella responde a la diversidad de los dominios que recubren las ciencias. Si bien está englobada a través de un conjunto científico más vasto, una disciplina tiende naturalmente a la autonomía, por la delimitación de sus fronteras, la lengua que ella se constituye, las técnicas que ella está conducida a elaborar o a utilizar, y eventualmente por las teorías que le son propias. La organización disciplinaria fue instituida en el siglo XIX, particularmente con la formación de las universidades modernas, luego se desarrolló en el siglo XX con el impulso de la investigación científica; esto quiere decir que las disciplinas tienen una historia: nacimiento, institucionalización, evolución, dispersión, etc.; esta historia se inscribe en la de la universidad que a su vez está inscrita en la historia de la sociedad; de tal modo que las disciplinas surgen de la sociología de las ciencias y de la sociología del conocimiento y de una reflexión interna sobre ella misma, pero también de un conocimiento externo. (Edgar Morin 2005)

Queda claro que esta definición plantea la disciplina como un campo de conocimiento específico, sobre una porción de realidad determinada. Pensando en la salud y sus cuidados aplicar el concepto de disciplina es abordarlos desde un hacer específico, un hacer sostenido por un conjunto de estrategias, métodos, saberes y prácticas vinculadas a ese saber.

El recorte disciplinar sobre los problemas de salud y su abordaje desde un solo conjunto de métodos y estrategias ya ha sido largamente analizado y superado por la literatura de las ciencias de la salud.

Un término puesto a discusión por la literatura es el término de *tribalismo de las profesiones*, definido como la cultura de la formación separada, que acaba construyendo identidades profesionales muy rígidas y que, históricamente, se ha configurado como una barrera para la comunicación entre los profesionales de diferentes categorías (WELLER, BOYD, CUMIN, 2014).

BONELLI, 1998; FREIDSON, 2001 plantean que el proceso de formación también refuerza la construcción de esas identidades, con el desarrollo de actitudes, valores, habilidades que demarcan los límites legales de cada profesión.

Esta lógica de formación focaliza el desarrollo de competencias específicas, con énfasis en los procedimientos técnicos de diagnóstico y de terapéutica, sin cargar de valor otras habilidades como la comunicación, por ejemplo.

Es interesante notar que ese modelo de profesionales de salud puede estar creando mucho más un escenario de competición que de trabajo en equipo. Cada profesión, sea por medio de su proceso de formación, sea por medio de los órganos de representación de la categoría, o incluso a partir de la acción del Estado, busca reconocimiento profesional, social y status, legitimado por su papel en el trabajo en salud. Este es un proceso natural que legitima las profesiones (FREIDSON, 1998).

ATENCIÓN

El trabajo en salud, ante las necesidades de los usuarios, de la familia o de la comunidad, que en la mayoría de las veces son de difícil enfrentamiento, exige la permanente articulación de los diferentes saberes y de las prácticas profesionales.

Es esa permanente interacción que nos acerca a un modelo de atención a la salud más integral (REEVES, XYRICHIS, ZWARENSTEIN, 2018).

B - Interdisciplina y transdisciplina

Volvamos sobre los términos de interdisciplinariedad:

La interdisciplinariedad puede significar pura y simplemente que diferentes disciplinas se sientan en una misma mesa, en una misma asamblea, como las diferentes naciones se reúnen en la ONU sin poder hacer otra cosa que afirmar cada una sus propios derechos nacionales y sus propias soberanías en relación a las usurpaciones del vecino.

Pero interdisciplinariedad puede también querer decir intercambio y cooperación, lo que hace que la interdisciplinariedad puede devenir en alguna cosa orgánica (Morin, 2005).

y de transdisciplinariedad:

En lo que concierne a la transdisciplinariedad, se trata a menudo de esquemas cognitivos que pueden atravesar las disciplinas, a veces con una virulencia tal que las coloca en dificultades. De hecho, son complejas cuestiones de ínter, de poli, y de transdisciplinariedad que han operado y han jugado un rol fecundo en la historia de las ciencias; se debe retener las nociones claras que están implicadas en ellas, es decir, la cooperación, y mejor, articulación, objeto común y mejor, proyecto común (Morin, 2005).

En fin, no es sólo la idea de ínter y de transdisciplinariedad lo que es importante. Debemos "ecologizar" las disciplinas, es decir, tomar en cuenta todo lo que es contextual comprendiendo las condiciones culturales y sociales, es decir, ver en qué medio ellas nacen, plantean el problema, se esclerosan, se metamorfosean (Morin, 2005).

Leamos ahora algunas apreciaciones que sobre intresdisciplina plantean algunos autores:

Alicia Stolkiner -recuperando la categoría de problema complejo que hemos analizado-, también ha venido trabajando sobre el concepto

de interdisciplina haciendo especial foco en la atención y cuidado de la salud mental. Esta autora nos dice que:

“la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (Stolkiner, A. 1987, pág. 313).

La interdisciplinareidad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas –de época-- atravesando distintos saberes disciplinarios. La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello. (Stolkiner, A. 1987, pág. 313).

Nora Elichiry (1987, pág. 337), va a plantear que:

“La interdisciplina requiere de un trabajo sostenido y constante, afirma que una cooperación ocasional no es interdisciplina, se requiere de una actitud de “cooperación recurrente”.

Rolando García (1986) afirma que:

“La interdisciplina se trata, en primera instancia de una metodología de trabajo..., pero al mismo tiempo, un marco conceptual que intenta fundamentar el trabajo interdisciplinario sobre bases epistemológicas”

Si releemos detenidamente las definiciones planteadas, observamos que de ello se desprende claramente que:

- ✓ Los problemas necesitan ser mirados, analizados e intervenidos a través de estrategias que reflejen una síntesis de diferentes posicionamientos epistemológicos.
- ✓ Los problemas se presentan con una historia, individual y colectiva...
- ✓ Los problemas ponen en tensión los saberes profesionales...
- ✓ Los problemas son presentados por personas, colectivos, no son en si mismo la tarea sobre la que debe pensarse y actuar sino que su resolución debe acercarnos cada vez más a esas personas y colectivos en pos de mejorar su calidad de vida.

Seguramente, estas definiciones ya las han estudiado. Sin embargo, interesa poner el foco en el cómo llevar adelante el trabajo interdisciplinario, no solo en términos de compartir saberes y estrategias sino de cómo gestionar esos saberes y estrategias para el cuidado de la salud.

La respuesta al cómo refiere a la necesidad de re-pensar la posición que cada profesión asume al momento de intervenir sobre el problema:

- ¿Cómo vemos al otro que tiene la necesidad/problema de salud?
- ¿Cómo nos sentimos cuando el otro tiene una necesidad /problema de salud?
- ¿Qué nos moviliza a pensar en resolverlo/ acompañar para dar una solución?

Estas preguntas tienen la intención de ir colaborando en la construcción colectiva de un hacer profesional cuya meta sea la de estar más cerca del otro por el otro y su comunidad.

Para este proceso podemos mencionar algunos elementos que consideramos necesarios:

- ✓ Saber y poder escuchar
- ✓ Establecer nuevos vínculos
- ✓ Permitir el diálogo
- ✓ Favorecer la comunicación
- ✓ Demostrar conductas éticas
- ✓ Estar dispuestos a la alteridad y diversidad
- ✓ Poseer sensibilidad
- ✓ Asumir el compromiso
- ✓ Compartir la responsabilidad
- ✓ Respetar la horizontalidad



Vamos a pensar...

Para ello pueden recuperar experiencias vividas en las prácticas realizadas en sus diferentes carreras

1 - ¿Cómo describirían la dinámica del trabajo en salud en la coyuntura actual?

2 - A partir de la descripción realizada identifiquen aquellas variables que inciden de manera positiva o negativa para el abordaje y solución de los problemas.

Para cerrar este apartado te invitamos a ver el siguiente video:
<https://www.youtube.com/watch?v=jZYL5C2SYHA>

Actividad

Consigna a trabajar a partir de la viñeta audiovisual:

1) Qué elementos permite identificar:

- modalidades de INTERDISCIPLINA
- riesgos y fortalezas de la interdisciplina
- intersecciones a tener en cuenta para la intervención interdisciplinar

2) Elaboren una posible estrategia de intervención que contemple el malestar subjetivo, identificando el objetivo central de la transdisciplina.

Reflexionar de manera conjunta: ¿Cuál sería la diferencia con respecto a una buena práctica en salud que respete la autonomía del usuario?

C - Aprendizaje en interprofesionalidad

La máxima: “aprender juntos para trabajar juntos” que marca el espíritu de la formación interprofesional comenzó ya hace varios años a promover movimientos que iniciaron la construcción de bases teóricas y metodológicas que fortalecen y optimizan el trabajo colectivo en equipo.

La enseñanza desde la perspectiva interprofesional vincula el campo de la formación con el de los servicios de salud, su organización y modelo de atención. Recupera el concepto de colaboración entre las entidades formadoras y el estado para el cuidado y mejoramiento de la salud de las comunidades.

REEVES (2013) sostiene que la formación interprofesional se consolida como camino para fortalecer la **lógica de la colaboración** en la dinámica del trabajo en salud.

Presentamos ahora cuatro definiciones sobre educación interprofesional consideradas las más influyentes.

- ➔ La más conocida definición sobre educación interprofesional en salud fue elaborada por el Centro para el Avance de la Educación Interprofesional - CAIPE, del Reino Unido.

“La educación interprofesional ocurre cuando dos o más profesiones aprenden entre sí, con y sobre las otras, para mejorar la colaboración y la calidad de los cuidados” (CAIPE, 2002, p. 2).

- ➔ En 2010, The Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) presentó la siguiente definición

“La educación interprofesional ocurre cuando los profesionales de la salud aprenden colaborativamente dentro y entre las disciplinas, a fin de obtener conocimientos, habilidades y valores necesarios para trabajar con otros profesionales de la salud” (CIHC, 2010, p. 8).

➔ En 2009, escuelas de Enfermería, Farmacia, Medicina, Odontología y Salud Pública, que constituyen la Asociación Nacional de Educación, fundaron el Centro de Educación Interprofesional Colaborativa (IPEC), EE.UU. Presentando la siguiente definición.

“Educación Interprofesional es un proceso de aprendizaje que prepara a los profesionales a través de educación interdisciplinaria y de las diversas experiencias de la realidad del trabajo en salud, en colaboración con las comunidades para atender las necesidades multifacéticas de niños, jóvenes y familias” (IPEC, 2011, p. 7).



Considerando las definiciones presentadas, ¿qué aspectos a tener en cuenta en la formación de los profesionales remarca cada una de ellas?

D - La colaboración en el trabajo en salud

Recuperemos definiciones planteadas por Reeves (2017) sobre el concepto de colaboración:

“La colaboración se define como una forma de trabajo interprofesional en que hay menor interdependencia e integración de las acciones entre los diferentes profesionales; es más flexible, ya que no es necesaria una identidad compartida de equipo. Aunque las personas no necesariamente no comparten una identidad de equipo, ellas necesitan compartir responsabilidades por la oferta de una mejor atención a la salud. Para Agreli, la colaboración puede ocurrir tanto en el ámbito de los equipos, como en arreglos más ampliados y complejos, tales como las redes y la comunidad.”

Y como práctica colaborativa plantea:

“está relacionado con la materialización de la colaboración en el ámbito de las prácticas profesionales, con el reconocimiento en la importancia del usuario, de la familia y de la comunidad en la orientación de esas prácticas. La práctica colaborativa mantiene fuerte relación con la centralidad del usuario, familia y comunidad, y sus necesidades, en la ordenación de la interacción que marcan el ejercicio de esas prácticas.”

Dos elementos claves destacamos de estas definiciones:

- 1 - La necesidad de compartir responsabilidades
- 2 - La vinculación con los destinatarios de las prácticas y sus necesidades.

Si bien la práctica colaborativa y el trabajo interdisciplinario son dos elementos que aplicados estratégicamente pueden modificar y mejorar la gestión de los servicios de salud, debemos reconocer que al estar nuestro sistema de salud altamente fragmentado resulta difícil pensar su aplicación de manera inmediata.

Su aplicación como la de la formación interprofesional requiere de diferentes instancias institucionales y dispositivos que no solo responden al ámbito académico sino también al ámbito de la política sanitaria.

Para cerrar esta parte:

- ¿Han experimentado alguna experiencia en la que la colaboración estuvo ausente en la dinámica del trabajo en salud?
- ¿Qué factores culturales, personales o institucionales consideran que han fortalecido la colaboración entre los profesionales de la salud?
- Y, por el otro lado, ¿han vivenciado alguna experiencia en la que la colaboración se ha presentado importante en la realización del trabajo en salud?, ¿qué factores consideran ustedes que la favorecieron?

Para finalizar este módulo y a efectos de recuperar lo trabajado en los anteriores sobre Formación, Concepto de salud y lo desarrollado en este te sugerimos el siguiente video sobre:

Experiencia APS Práctica Comunitaria
<https://www.youtube.com/watch?v=3E0SG1qbpsM>

Discutan en grupo lo que les transmitió el video y cómo se vincula con lo trabajado en este módulo. A continuación, pueden anotar algunas reflexiones:

Referencias

Barr H. (1998) Competente para colaborar: hacia un modelo de formación interprofesional basado en competencias. *J Interprof Care*. 12 (2): 181-187.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010),(CIHC). **Competencies Working Group**: a national interprofessional competency framework. Vancouver, BC.

da Costa, Marcelo Viana y otros (2018) "Educación interprofesional en salud", Universidade Federal do Rio Grande Do Norte – UFRN

García, R. (2006). Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria. Gedisa.

Mc Pherson K, Headrick L, Moss F. Trabajar y aprender juntos: una atención de buena calidad depende de ello, pero ¿cómo podemos lograrlo? *Qual Health Care*. 2001; 10 (suplemento 2): 1146-1153.

Morin E. (2005) "Sobre la Interdisciplinariedad" www.pensamiento-complejo.com.ar

Reeves, S. (2016) Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface comun. saúde educ*, v. 20, n. 56, p. 185-197.

Reeves, S.; Xyrichis, A.; Zwarenstein, M. (2018) Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, v. 32, n.1, p. 1-3.

Stolkiner (2007) Interdisciplina y salud mental, IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en la argentina de hoy 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas · Misiones, Argentina

Módulo 4

A - Grupo. Equipo de trabajo

A.1. ¿Qué es un grupo?

Un buen punto de partida para abordar el tema de “Grupos” estaría basado en que la historia humana es la historia de los grupos, ya que no podemos concebir al individuo sino en un marco grupal. Ahora bien, los hombres primitivos operaban sobre los objetos de este mundo asociándose en grupos para procurar sus alimentos, construían su hábitat, criaban sus hijos, se divertían, guerreaban, comerciaban.

Sin embargo, no se ha encontrado antecedente alguno que aludiese al pequeño grupo donde la relación con el otro es cara a cara; asociaciones reducidas donde los vínculos son más estrechos, más directos.

Nos enseñan que primero está el sujeto y luego el grupo, cuando es exactamente a la inversa. Sin grupo no hay sujeto, no concebimos a un sujeto naciendo fuera de una estructura grupal por una sencilla razón: estamos hechos de vínculos, nuestro signo es la dependencia, la interacción, somos emergentes de una trama de afectos, de palabras, de ideas. Sólo después de arduos procesos de crecimiento se llega a la individuación.

Partamos de una primera definición de **Grupo formal**

*Un **grupo formal** significa la interacción semi-programada entre dos o más personas para alcanzar objetivos que normalmente no se alcanzarían aisladamente.*

La designación de las tareas y las **interacciones programadas** son la parte formal del grupo, y **las interacciones no programadas** son las informales en donde se forman alianzas, apatías y rechazos.

En comparación con la individualización del trabajo, **los grupos** poseen las siguientes ventajas:

- **seguridad:** más apoyo y menos amenaza o falta de protección;

- **sentido de pertenencia, de afiliación:** interrelación social; reduce el sentimiento de aislamiento y de abandono;
- **poder:** mayor capacidad para enfrentar adversidades y conciencia sobre la unión de voluntades e intereses;
- **posibilidad de concretar:** mayor posibilidad de alcanzar resultados mediante la fuerza colectiva.

En el **grupo**, las personas interactúan para compartir informaciones y tomar decisiones, desempeñando mejor sus tareas individuales. Es una simple suma de las partes.

La responsabilidad permanece individual y las habilidades individuales son variadas y se reúnen casi por casualidad.

A.2. ¿Qué es un equipo de trabajo?

En el campo de la salud, desde hace aproximadamente una década se promueve el trabajo en equipo, para:

- Resolver algunos de los problemas que se presentan en la prestación de los servicios de salud y en el óptimo desempeño del personal.
- Superar lo que se consideran como deficiencias del modelo anterior de gestión de los recursos humanos (modelo taylorista).

Los equipos son formas más perfeccionadas de los grupos de trabajo. Poseen todas las ventajas de los grupos, además de crear un espíritu único para el trabajo colectivo.

En el equipo, las personas:

- Generan un espíritu común y positivo, a través de esfuerzos coordinados.
- Buscan un desempeño colectivo, y el resultado es mayor que la suma de las partes individuales.
- **La responsabilidad es tanto individual como colectiva, y las habilidades son vistas como complementarias.**
- La existencia de un verdadero equipo se observa por la integración de habilidades y talentos individuales, en una **habilidad colectiva** para producir servicios de forma más eficiente y efectiva.

Ahora bien, retomando los aportes de la psicología y lo que venimos sintetizando sobre grupo y equipo podemos afirmar que:

Para que un **grupo de trabajadores/as** en el campo de la salud se constituya en un **equipo de trabajo**, se requieren **dos condiciones**:

- En el **nivel objetivo**, el trabajo en equipo se realiza de manera conjunta, coordinada, y dirigido al logro de los objetivos - de producción o servicio- que la institución ha definido previamente (Organización).
- En el **nivel subjetivo**, el trabajo en equipo implica el sentimiento de pertenencia y de apropiación del trabajo. Los miembros se sienten autores de su producción y artífices de modificaciones en el proceso de trabajo.

Como toda actividad la tarea/trabajo en equipo presenta determinadas características:

- **sistema social común:** las personas no son vistas prioritariamente como individuos aislados, sino como miembros cooperadores de una actividad común;

- **polivalencia funcional:** existe diversidad en los conocimientos y en las habilidades: las personas desempeñan varios papeles y funciones;
- **autonomía relativa de auto-organización:** es posible establecer modelos internos de gestión en los límites de las directrices generales comunes;
- **espacio para la creatividad:** es posible desarrollar formas propias y variadas de ejecutar las tareas;
- **sentido de afiliación:** las personas desarrollan el sentimiento de pertenecer a un grupo con identidad propia y compromisos comunes;
- **ideas claras sobre el desarrollo del equipo:** hay criterios de éxito y visión de futuro.

También, no podemos dejar de tener en cuenta las principales dificultades que pueden presentarse en la formación de equipos, pudiendo señalarse como principales factores los siguientes:

- **cultura del individualismo:** existen prácticas administrativas de valorar la diferencia y la competencia entre las personas;
- **sentimiento de pérdida de los dirigentes:** los jefes se sienten amenazados al perder las funciones tradicionales de dirección y supervisión;
- **excesos en la definición de las interdependencias:** definición genérica de interrelaciones sin discriminar tareas que no son tan interdependientes y, por lo tanto, no necesitan de interacción constante; y
- **sobrevalorización de las relaciones personales:** hacer de las relaciones humanas lo más importante en comparación a cualquier otra dimensión del trabajo, incluso más que las mismas tareas y personas.

B - Equipo de salud comunitario



B.1.a. ¿Qué es un equipo de salud?

Se define al equipo de salud como:

un equipo de personas que comparten una meta de salud común y objetivos comunes determinado por las necesidades de la comunidad, el logro de las cuales contribuye cada integrante del equipo, de acuerdo a su nivel de competencia y habilidades y en coordinación con las funciones de los otros

Son integrantes de un equipo de salud todos los que trabajan juntos en él (personal auxiliar, profesionales, trabajadores comunitarios, etc.)

El equipo de salud existe para la comunidad. La comunidad tiene necesidades de salud y el equipo debe responder a estas necesidades.

Ninguna persona puede adquirir todas las destrezas- competencias necesarias, ni disponer del tiempo suficiente para dar respuestas a las necesidades de la comunidad, es por ello que se debe trabajar en equipo

Estos equipos pueden trabajar en el ámbito comunitario, — generalmente en acción preventiva —, o en los servicios de salud (hospitales, centros de salud) o en ministerios, incluyendo equipos de apoyo logístico y de dirección.

B.1.b. Trabajo en equipo en salud

El trabajo en equipo se define como un *proceso continuo* de elaboración, confrontación, discusión, resolución de conflictos y desarrollo de procesos conjuntos de trabajo.

En este proceso, se construye un *esquema de referencia común explicativo* que, a partir de una **perspectiva interdisciplinaria**, permite al equipo organizar una forma diferente de actuar frente a las demandas de la institución y de la realidad socio epidemiológica.

El **punto de partida** y el centro del proceso orientado a la constitución de un equipo de salud son los **grupos de trabajo**. Estos son, en última instancia, los responsables de mejorar la calidad de los servicios.

Una vez que el grupo *identifica el problema*, presentado por los usuarios o el personal, procede a hacer un análisis del mismo y a proponer, como grupo de trabajo, una solución.

Este inicio del proceso que va desde la detección del problema hasta la formulación de una estrategia de intervención requiere que en el grupo se manifiesten tres elementos claves:

- El nivel de compromiso e identificación que existe entre los *miembros del grupo* para buscar salidas conjuntas (compartidas) al problema identificado.
- El interés que existe en el *grupo* en constituirse en *equipo de trabajo en salud* para ofrecer una solución al problema identificado.
- La *voluntad institucional* que existe para apoyar y promover la constitución de equipos de trabajo en salud, como una nueva modalidad de gestión de los recursos humanos y de consecución de la misión institucional.

Dados estos elementos en el proceso de trabajo de equipo, se puede afirmar que la elaboración de un *Plan de Acción* se constituye en el instrumento operativo hacia la consolidación del equipo de salud.

B.1.c. ¿Por qué trabajar en equipo en salud?

Se reconoce que el mejor cuidado de la salud de las poblaciones requiere la conformación de **servicios de salud integrados centrados en las personas**, que se gestionan y prestan para que las personas reciban un continuo de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y paliativos servicios de atención, coordinados entre los diferentes niveles y lugares de atención dentro y fuera del sector de la salud, y de acuerdo con sus necesidades a lo largo de la vida. Este enfoque del cuidado adopta conscientemente a los individuos, los cuidadores, las familias y las perspectivas de las comunidades como participantes y beneficiarios de sistemas de salud confiables que se organizan en torno a necesidades integrales de las personas en lugar de enfermedades individuales, y respeta las preferencias sociales.

Esto exige construir sistemas sólidos basados en la atención primaria que promuevan la coordinación y atención continua en el tiempo a personas con problemas de salud complejos, facilitando la acción intersectorial en salud, mediante equipos interprofesionales para garantizar la prestación de servicios integrales para todos. Se requiere que los trabajadores de la salud se acerquen a los individuos, las familias y las comunidades de manera diferente y estén más abiertos a trabajar en equipo, innovando su práctica.

A partir de esta lógica, es posible afirmar que la centralidad del proceso de producción de los servicios de salud es el usuario y sus necesidades de salud. Esta comprensión exige una nueva forma de trabajo en salud, más integrada y marcada por una efectiva comunicación (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

En algunos momentos, algunos profesionales pueden incluso dirigir el trabajo por sus especificidades, pero el resultado final es producto de la intensa relación personal y profesional que ocurre en el trabajo en salud (PEDUZZI, 2009).

B.2. Equipo de salud comunitario

B.2.a. ¿Qué es un equipo de salud comunitario?

La finalidad de un equipo de salud comunitario, que trabaja desde una institución con anclaje territorial (centro de salud – posta sanitaria), debe ser acompañar a las comunidades a lograr y conservar su salud mediante la atención y cuidado primario de salud. Demasiado a menudo, el equipo de salud se interesa solo por las personas de la comunidad que acuden a él. Pero también debe interesarse por los *problemas de los que no acuden o no pueden acudir al centro de salud*, y que, por lo tanto, quedan vulnerables ante los problemas que padecen.

Para lograr su objetivo, el equipo de salud debe ser capaz de promover, estimular y apoyar la participación comunitaria, por ejemplo, trabajar junto a las personas en identificar las fortalezas que como protagonistas de su propia salud tienen para el cuidado y prevención de situaciones adversas, y recuperar y valorar las prácticas curativas que forman parte de su cultura integrándolas a los procesos de cuidado.

Una importante manera para que la comunidad junto al equipo asuma el compromiso con su propia salud y la de familia, es *compartir las diferentes miradas sobre el problema detectado, las diversas estrategias que se pueden poner en marcha de manera consensuada*.

Para trabajar como equipo y ser capaces de estimular y alentar la acción de la comunidad, es necesario que tanto el coordinador como los integrantes del equipo de salud posean aptitudes de liderazgo y organización que fortalezcan una comunicación fluida. Estas técnicas pueden aprenderse, las personas pueden aprender a trabajar bien en equipo, pero el equipo de salud debe usar las técnicas de lideraz-

go y organización durante la cooperación con la comunidad en o y atención y cuidado de salud.

En este sentido un equipo de salud debe:

- Promover un encuentro comunicacional dinámico con la comunidad
- Alentar la participación de la comunidad en la identificación de necesidades y la búsqueda de soluciones; y,
- Trabajar dentro de la comunidad, por ejemplo, en centros de salud, lugares de reunión comunitarios, lugares de trabajo, escuelas y hogares.

B.2.b. El liderazgo en el equipo de salud

El concepto de liderazgo muestra tradicionalmente fuertes asociaciones con el de “poder” (sentido de influencia sobre los modos de conducta de los otros), y con el de “gerencia” (modos eficaces de administrar recursos y acciones en pro de objetivos).

Actualmente, el liderazgo constituye un aspecto estratégico/instrumental, juega un rol preponderante para promover y consolidar los cambios sociales en general.

Asimismo, el liderazgo resulta relevante en la conformación y la dinámica de los grupos como motores de cambio en instituciones, organizaciones, proyectos y programas. También tiene importancia para el desarrollo integral de las potencialidades individuales de las personas.

Para alentar y promover el liderazgo no sólo debe trabajarse con los que potencialmente se identifiquen como líderes, sino además con las personas o grupos vinculados con aquellos, sus seguidores, también identificados en los programas sociales como destinatarios, beneficiarios, población objetivo, etc. Esto se basa en poner el foco no sólo en las personas, sino en los vínculos, y en la búsqueda de la

construcción de sujetos más autónomos y conscientes de derechos y obligaciones.

En los diferentes momentos de evolución de los grupos, los liderazgos pueden ser diferentes.

El Liderazgo Transformacional

En la actualidad, un modelo emergente de liderazgo, incorpora nuevas ideas e intenta mejores adecuaciones. La denominación para ese nuevo paradigma es **“liderazgo transformacional”**.

Se está pensando en situaciones y/o momentos de liderazgo, que se ejercen según circunstancias, actitudes y capacidades y que eventualmente pueden ser esporádicas o rotativas, según las dinámicas de los grupos u organizaciones.

En esta concepción, los liderazgos se dan con diferentes características según sean los respectivos campos de acción, así como los respectivos contextos locales y nacionales.

El modelo emergente del liderazgo transformacional hace referencia a los grupos o las personas con las siguientes capacidades:

- *Tienen visión de futuro y del escenario social a construir.*
- *Pueden trabajar con otros en la construcción de la organización y de las tareas de un proyecto.*
- *Reconocen los procesos y tienen flexibilidad para adaptarse activamente a ellos.*
- *Tienen actitud de servicio*
- *Poseen instrumentos para la conducción.*
- *Privilegian la imaginación.*
- *Se basan en el conocimiento y en la información*
- *Saben escuchar y también comunicar.*
- *Promueven la motivación de la gente.*
- *Asumen la ambigüedad y el conflicto.*
- *Tienen alto compromiso con sus funciones y contenido ético.*

Se considera que las aptitudes o capacidades para el liderazgo pueden ser aprendidas o adquiridas mediante la capacitación y/o ejercicio del rol, aunque las características personales contribuyan a un mejor desempeño.

La concepción del “liderazgo transformacional” connota una **función requerida** por los proyectos u organizaciones, más allá de la persona que ejerza dicha función (ocupante ocasional de esa función). Supone una relación horizontal. En el liderazgo entendido como función hay un **vínculo entre las personas basado en un contrato** expresado en un compromiso, acuerdos acerca de un ideario y de los modos de concretarlo; ese vínculo podrá ser puesto a prueba, criticado, reformulado, tantas veces como sea necesario de acuerdo con las circunstancias.

En esta concepción como función requerida para orientar organizaciones y modelos de actuación, **el liderazgo debe estar distribuido en toda la organización**, sin ser propiedad exclusiva de las personas que ejercen la conducción política o gerencial.



Liderazgo transformacional y salud

Frente a los cambios que en las últimas décadas vienen ocurriendo en la organización y gestión sanitaria, *el liderazgo transformacional* es una de las dimensiones a tener en cuenta, ya que pone su acento y promueve el cambio y la mejora continua de la organización, incentivando la participación y el consenso entre todas las actividades y personas, a la vez que se dirige hacia la consecución de un buen servicio y de la satisfacción de profesionales, pacientes y usuarios y a la adecuación del sistema organizacional sanitario a las dinámicas del cambio social (Trice y Beyer, 1993; Koch, 1994).

A partir de las investigaciones desarrolladas se puede mencionar que frente al paradigma de dirección que resaltaba el rol y protagonismo del líder, a partir de los años finales del siglo XX, las ciencias sociales priorizaron el estudio de la figura y roles de un:

líder transformacional que, desde sus conocimientos, habilidades y cualidades morales, aspira a liberar el talento y energía de su equipo, tiene la capacidad de centrarse en los demás y ponerse al servicio de la sociedad. *(Alvarez de Mon, 2006)*

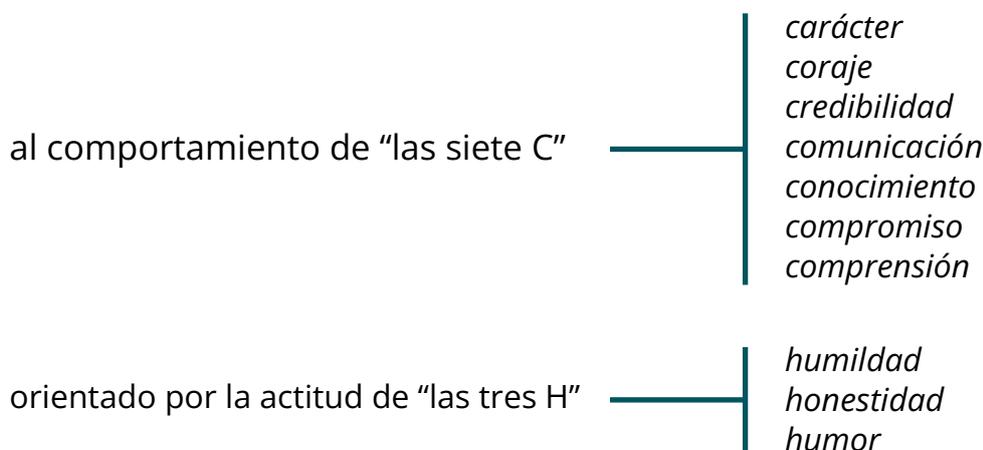
En los equipos de salud, este tipo de liderazgo facilita el cambio, fortalece el compromiso con los procesos de trabajo generando un clima de bienestar dentro de los mismos.

La organización de servicios de cuidado que responden al **paradigma de humanización de la salud**, requieren de la adopción de este modelo de liderazgo como estrategia que promueve y facilita avanzar hacia nuevas modalidades de planificación e impulsar la participación de todos los agentes implicados.

La generación de instancias de planificación y participación promovida por el ejercicio de este tipo de liderazgo produce:

- mayor confianza en la gestión,
- mayor compromiso y sensación de pertenencia por parte del equipo de trabajo,
- mayor satisfacción laboral, bienestar psicológico, seguridad física, percepción de autoeficacia y proactividad,
- y respeto de la autenticidad en el ejercicio del liderazgo.

Moreno Pérez (2004) plantea que esto se logra en base:



Formar para el liderazgo transformador

Como se ha desarrollado en el Módulo 1, la UNLP como institución pública, forma y egresa profesionales de la salud capaces de abordar las situaciones - problemas de salud, a partir del análisis crítico, y aplicación de metodologías acorde al contexto de intervención.

Su futura inserción profesional en el campo de la salud pública requerirá de ellos no solamente la aplicación ética y responsable de los saberes disciplinares sino, también la competencia de liderazgo que le requieran los lugares de inserción laboral.

Estos profesionales capaces de buscar nuevas opciones para optimizar los procesos de cuidado de la salud deben surgir de las aulas, ejercitando desde los primeros años de formación habilidades de comunicación y trabajo en equipo que, sumadas a las de gestión, organización y planificación, les permitirán llevar adelante sus procesos de trabajo con una alta sensibilidad social, comprometidos con el sistema de salud actual.

El desarrollo del liderazgo en los estudiantes es requerido como elemento esencial de su formación académica y debe estar reflejado en el modelo educativo institucional y en sus correspondientes actividades formativas curriculares, cocurriculares y evaluativas específicas, que faciliten al estudiante la adquisición de las **habilidades del liderazgo transformacional que, en concreto, dará respuestas a las demandas sociales presentes.** (Educación Médica Superior. 2020).

C - La intervención comunitaria

De lo desarrollado hasta aquí, para pensar diversas intervenciones se



¿Pero a qué nos referimos cuando hablamos de comunidad?

- Podemos definir a la comunidad como el espacio de lo relacional, es el escenario donde nos encontramos con los otros.
- La comunidad es también “el lugar” de la participación, un mecanismo social y político y al mismo tiempo, el espacio en el cual se materializan políticas y se organizan colectivos.

¿Y cuándo hablamos de territorio y barrio?

Territorio

- Se lo define en sentido amplio como un *espacio geográfico atribuido a un ser individual o a una entidad* (Aduar, 2000).
- En un sentido más restringido y relacionándolo con hechos humanos, este concepto adquiere otro sentido. Además de ser un espacio vivido y dado, el territorio es adaptado por el grupo social que lo habita y lo transforma según sus necesidades, es decir se produce un proceso de **territorialización**.
- *El territorio es siempre un espacio habitado, vivido, por lo tanto, histórico y cultural* (Vega, 2008).
- *Lo territorial es un hecho complejo donde se incluyen factores económicos, políticos, culturales, sociales, biológicos y también psicológicos* (Vega, 2008).

Barrio

- *El barrio es una escala de territorialidad*, entendiendo a esta última como la necesidad del espacio que tienen los individuos y los grupos por razones de identidad, seguridad, protección y estímulo (Grupo Aduar, 2000).

Hay muchos detalles que aprender sobre el modo en que vive la gente, y estos detalles deben ser conocidos y comprendidos por el equipo de salud, ya que el contexto donde se habita determina las posibilidades de preservar la salud o de enfermarse. El enfoque de DD HH, de género y de multiculturalidad con sus categorías teóricas vinculadas al campo de la salud son el punto de partida teórico que los miembros de un equipo de salud deben compartir. Deben actuar desde esas perspectivas, considerando a todas las personas como productoras de salud, independientemente de los grupos de edad a los que pertenezcan.

Los trabajadores de salud pueden observar y conocer a sus comunidades bajo los siguientes aspectos:

- Niveles de trabajo, producción y de vida (recursos)
- Vida familiar y comunitaria
- Estructura social y política (determinación social, clase, género y etnia)
- Estructura de la población (demografía, morbilidades)
- Valores, creencias y costumbres (multiculturalidad)
- Actitudes hacia la salud (productores de salud)

No debe olvidarse que cuando se habla de comunidad se está haciendo referencia a:

- Un espacio geopolítico

- Una organización político – social-comunitaria
- Un estilo de vida (costumbres, prácticas culturales)

Estas *tres dimensiones* son las que desde el equipo de salud deben tenerse en cuenta a la hora de analizar los problemas de salud de un barrio y/o comunidad. De lo contrario, las propuestas de atención que se planifiquen carecerán de significado para la comunidad y por ende serán subestimadas, habiéndose invertido tiempo y dinero que no impacta en la mejoría o cuidado de la salud de ese grupo poblacional.

La intervención social comunitaria hace referencia a procesos intencionales de cambio, mediante mecanismos participativos tendientes al:

- desarrollo de recursos de la población,
- desarrollo de organizaciones comunitarias autónomas,
- modificación de las representaciones de su rol en la sociedad y sobre el valor de sus propias acciones para ser activo en la modificación de las condiciones que las marginan y excluyen (Chinkes, Lapalma, Niscemboin, 1995).

La comprensión de la diversidad de los aspectos que constituyen un escenario social comunitario, facilita el diagnóstico del mismo, el análisis de sus contenidos y el establecimiento de cursos de acción alternativos que son implementados mediante la asociación voluntaria entre la población y equipos técnicos, a través de procedimientos grupales que amplían la percepción crítica de la realidad.

En una sociedad globalizada como la que vivimos hoy, donde la celeridad y modalidades de información impactan en la vida cotidiana de las personas, la intervención comunitaria asume el compromiso de construir redes u otras formas de convivencia y supervivencia psico-social con una carga mayor de solidaridad.

En este sentido, se sugiere que las redes de convivencia comunitaria

deben ser tomadas como la matriz principal para dar fundamento a las acciones desarrolladas y a desarrollar (Freitas, 2012).

Para iniciar un proceso de vinculación con la comunidad el equipo de salud debe seguir cuatro pasos:

- Escuchar, aprender y comprender.
- Hablar, discutir y decidir en el marco de la democracia.
- Alentar, organizar y participar.
- Informar y socializar sobre todos los procesos que lleva adelante la institución.

Cada comunidad, territorio es diferente. Aún en un mismo país o provincia, hay diferencias entre las comunidades locales. Para trabajar en salud con la gente es esencial comprender su modo y calidad de vida.

Desafíos de la práctica comunitaria

El gráfico siguiente, extraído del texto Quintal de Freitas MF. Prácticas de intervención comunitaria y Políticas Públicas: aproximaciones y límites desde la perspectiva de la psicología social y comunitaria latinoamericana (2012), nos permite visualizar cómo en la intervención comunitaria la participación y la construcción de redes asociativas tienen un peso en la democratización de la vida cotidiana. Las decisiones que los grupos pueden asumir y que afectan en lo cotidiano sus vidas, promueven un ejercicio de ciudadanía activa, es decir ser partícipes de decisiones políticas en la esfera pública.

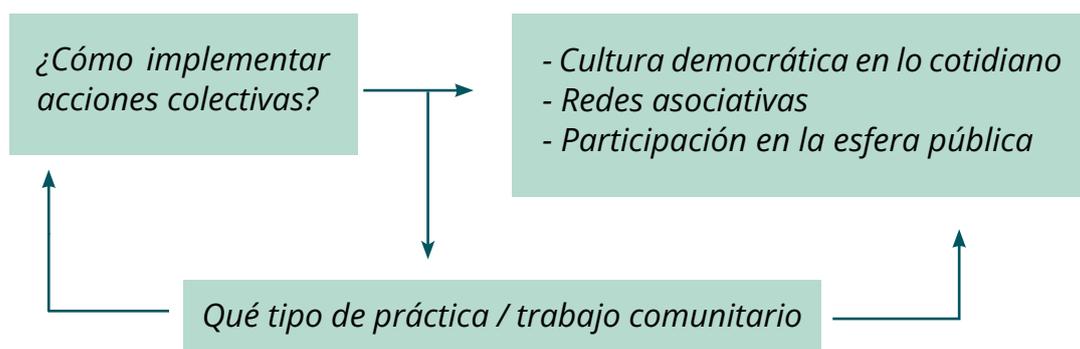


Gráfico extraído del texto: Prácticas de intervención comunitaria y Políticas Públicas: aproximaciones y límites desde la perspectiva de la psicología social y comunitaria latinoamericana. María de Fátima Quintal de Freitas (2012)

El rol de los profesionales de la salud en el trabajo con y en comunidad debe dirigirse hacia la construcción de caminos compartidos, donde lo colectivo permita la asunción y potenciación de los valores de equidad y justicia, sobre todo cuando se habla de la salud desde la perspectiva de derechos.

Toda intervención comunitaria va enfrentar al profesional de la salud con cuatro desafíos. Estos están vinculados a lo que se desea realizar desde el rol y lo que realmente es posible llevar a cabo.

Freitas (2012) describe estos desafíos que pueden pensarse como orientadores de la propia intervención comunitaria. Cada uno de ellos conlleva interrogantes que guían la mirada y el accionar propiamente dicho y que nos interpelan sobre los marcos teóricos que sustentan dicha práctica.

1. El primer desafío apunta básicamente **a la forma en que “ve” el profesional la realidad, cómo la percibe**, es decir cómo indaga los aconteceres y los problemas que se presentan en la vida cotidiana de esa comunidad y a la vez se refleja en este ver desde qué concepción de ser humano y mundo va a actuar.
2. Este segundo desafío está ligado ya al accionar, es decir a **“qué hacer”, jerarquizando los procesos psicosociales de intervención** sin perder de vista lo cambiante de los escenarios y la posibilidad de avances y retrocesos en ese hacer. En este desafío se pone en juego la construcción y aplicación de estrategias que fortalezcan la participación y la ejecución de las acciones, recuperando el rol y sentido de la colaboración.
3. El tercer desafío apunta directamente al **rol que debe cumplir el profesional cuando trabaja en comunidad desde la perspectiva vincular**, es decir qué tipo de relación establece con los sujetos. Desde que acciones pueden pensarse y acti-

varse para el logro de las producciones colectivas asertivas, pro activas que potencien los recursos y capacidades que están en la comunidad y en el grupo.

4. El último desafío, remite a la **necesidad de sostener la práctica**, enriquecer en el día a día la intervención, en pensarse con la posibilidad de seguir creciendo y aprendiendo en ese hacer comunitario hacer con otros. Pensar en la continuidad de las intervenciones alejándose y acercándose al grupo para promover la autonomía en el accionar de los sujetos y crecer en términos del dejar hacer al otro sin ocupar el lugar de experto, actitud que obtura la individuación grupal y genera una dependencia fallida ya que el experto o profesional no forma parte de ese grupo, y no tiene la capacidad de resolución de los problemas.

A modo de síntesis de este último apartado podemos afirmar que:

Pensar la práctica desde la perspectiva de la salud colectiva, no persigue otro objetivo que el de pensar y sentir al otro y pensarse y sentirse con el otro en procura de indagar y construir caminos colectivos que promuevan la lucha permanente por los DERECHOS.

D - Redes en salud

La conformación de **servicios de salud centrados en las personas**, también requiere coordinar los servicios de cuidado, lo que implica hacerlo en torno a las necesidades y preferencias de las personas en todos los niveles de cuidado, así como promover actividades para integrar a diferentes proveedores de cuidado y crear redes efectivas entre la salud y otros sectores. La coordinación no requiere necesariamente la fusión de las diferentes estructuras, servicios o flujos de trabajo, sino que se enfoca en mejorar la entrega del cuidado a través de la alineación y armonización de los procesos de los diferentes servicios.

Es necesaria la coordinación del cuidado de las personas, con servicios coordinados en torno a sus necesidades y las de sus familias, creando **redes de cuidado de la salud**.

Del mismo modo, es indispensable también la coordinación con otros actores, fuera del sector de la salud. Abarca sectores como los servicios sociales, la educación, el trabajo, la vivienda, la medicina tradicional y complementaria y el sector privado, entre otros.

Las Redes Sociales

Como se ha planteado, el cuidado de la salud concierne a toda la comunidad. Todos y cada uno de los integrantes de un barrio actúan de acuerdo a la organización social:

- la trama vincular
- el rol de las instituciones formales y no formales
- los mecanismos de comunicación
- los liderazgos, que varía de manera sustancial de una comunidad a otra

La toma de conciencia acerca de la capacidad de mejorar progresivamente la autoorganización implica en las personas un proceso de aprendizaje que vaya acompañando los cambios que se producen en

su medio, al mismo tiempo que potencie sus estrategias de cuidado y protección.

Desde esta perspectiva nos acercamos al concepto de **Red Social** que supone:

Es un sistema abierto, multicéntrico, que:

a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades

La noción de red social implica:

Un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo.

Un sistema abierto que, a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes, posibilita la potencialización de los recursos que poseen.

Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos

¿Qué nos permite formar parte de una red?

- Ampliar o crear alternativas deseadas por los miembros de una organización social.
- Fortalecer la trama vincular ya existente en una comunidad. Intercambiar experiencias, prácticas y saberes posibilitando

la potenciación de los recursos.

- Verse a sí mismo como un participante reflexivo.

Sintetizando lo trabajado

El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

La identificación de las redes sociales en los territorios nos permite obtener los primeros datos necesarios para la planificación e implementación de todo programa o actividad que desee llevarse a cabo en una comunidad.

La definición planteada por Morillo de Hidalgo refleja este punto a la vez que hace una descripción de cómo opera el carácter relacional y estrategia vinculatoria de las redes. Definiéndola como:

“Sistema de relaciones entre actores, sean instituciones o personas, que se abren a otras organizaciones o personas con las cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general, los cuales se traducen en producciones de bienes y servicios teniendo como beneficiarios a poblaciones de escasos recursos o con necesidades básicas insatisfechas. Estos sistemas abiertos están en constante cambio y potencian sus integrantes y satisfacen sus necesidades y expectativas al reconocer y poner en acción los recursos y fortalezas que ellos poseen para el logro de una mejor calidad de vida. (Morillo de Hidalgo, 2000)”



Por lo anteriormente expuesto, consolidar las redes es contribuir a fortalecer la identidad de sus miembros, tanto a nivel individual como social. Fortalecer las Redes Sociales permite reducir la marginación y exclusión.

Debemos recordar que la Red se va a ir conformando en relación a un objetivo general, cuando todos los grupos involucrados compartan esta necesidad y asuman su lugar protagónico en la Red.

Existen diferentes niveles en el proceso de construcción de la Red y cada uno sirve de apoyo al siguiente (Rovere, M.: 1994).

a) Reconocimiento: aceptación del otro, se reconoce que el otro existe. El otro se me hace presente y tengo que tomarlo en cuenta.

b) Conocimiento: luego que el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, empieza a ser incluido en mi palabra, empiezo a necesitar conocimiento del otro, quiero entender cómo es el mundo desde ahí. **Interés.**

c) Colaboración: a partir del interés y del conocimiento empiezan a existir episodios de colaboración, **co - laborar trabajar con**, se establecen vínculos de **reciprocidad.**

d) Cooperación: ya existen algunas formas sistemáticas de cooperación, co -operación: operación conjunta. Se supone que existe un problema común, por lo tanto hay una coproblematización, y existe una forma más sistemática y establece la operación conjunta, hay un compartir sistemático de actividades. **Solidaridad.**

e) Asociación: donde esta actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos. **Confianza.**

f) Fusión: Rara vez se da en este mecanismo espontáneo.

Las Redes en Salud

Habiendo desarrollado conceptos y características de las redes sociales, veamos la especificidad de las redes en salud.

En salud se reconocen 6 niveles:

1. Red personal
2. Red comunitaria
3. Red institucional
4. Red de servicios
5. Red intersectorial
6. Red internacional

1. Red personal:

Es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.

Para:

- proteger contra enfermedades,
- ser agente de ayuda y decisiones,
- aceptar la pertinencia y rapidez,
- acelerar los procesos de curación,
- aumentar la sobrevida,

2. Red Comunitaria:

Es la participación de la población destinataria y la generación de modelos de gestión participativos.

3. Red institucional

Dada por proyectos institucionales al interior de cada organización, para poder ajustar y formular la oferta de atención de salud más adecuada, con la participación activa de los distintos sectores que componen la organización: profesionales, técnicos, administrativos, etc.

4. Red de servicios de salud

- Es un conjunto de establecimientos y servicios de salud,
- de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución,
- interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente,
- cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones de salud en función de las necesidades de la población.

5. Red Intersectorial

- Políticamente, para la prestación de servicios esenciales en la comunidad se instrumenta una organización por sectores,
- para problemas concretos que exigen la necesaria articulación de los mismos.
- Las llamadas patologías de fin de siglo muestran la necesidad de trabajo intersectorial:
 - Adicciones
 - Depresión

- Violencia
- Contaminación

6. Nivel Internacional

- Son redes de salud cuyo campo excede los límites locales y nacionales.
- La red de redes Internet ha permitido el uso on-line de información y comunicación interactiva con acceso masivo a los servicios.
- Uso generalizado de: eMail - buscadores- chateo- foros interactivos- redes de segunda opinión médica- comercialización electrónica.

E - Participación

Un atributo central de las redes, particularmente de las comunitarias, es **la participación**.

¿Qué se entiende por Participación?

→ Para Latinoamérica una de las definiciones más conocidas es la de Muller (1979), quién consideró **la Participación Social** como *el proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, definiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones.*

Desde la década de los 70' y en especial desde la conferencia de Alma Ata, la Participación Social ha sido reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de atención primaria de la salud (Kroeger y Luna 1987, Muller 1979, Rifkin y Walt 1988). Junto con la autoatención, el papel de la mujer, la medicina tradicional y el saber popular, la Participación Social sigue siendo reconocida hasta la actualidad como parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar o por lo menos limitar los principales problemas que afectan la salud colectiva, y en particular la de los grupos vulnerados.

Desde dicha Conferencia se mantiene una doble acepción de la Participación Social, una en términos de recurso, y otra en términos de población organizada que interviene en todas las etapas de los programas de salud.

Es conveniente realizar una diferenciación entre participación real y simbólica.

PARTICIPACIÓN REAL

→ Ocurre cuando los miembros de una misma institución o grupo ejercen poder en todos los procesos de la vida institucional a través de sus acciones:

- En la toma de decisiones en diferentes niveles tanto en la política general de las instituciones como en la determinación

de metas, estrategias y alternativas específicas de acción.

- En la implementación de decisiones
- En la evaluación permanente del funcionamiento institucional o grupal.

PARTICIPACIÓN SIMBÓLICA

→ Asume dos formas:

- Al referirse a acciones a través de las cuales no se ejerce en grado mínimo influencia a nivel político y del funcionamiento institucional.
- Generar en individuos y grupos comprometidos la ilusión de ejercer un poder inexistente

La participación real supone modificaciones en la estructura de concentración del poder.

La participación es, más que una necesidad, un proceso de carácter estratégico que permite pasar de la necesidad a demandas más agregadas y calificadas, resignificándolas como derechos.

Anexo metodológico

La tarea de salud

Como venimos desarrollando y discutiendo, la tarea que realice el equipo de salud requiere de una lectura permanente de las realidades que atraviesan cada uno de los procesos de cuidado y atención que planifiquemos.

Esta tarea abordada desde una mirada colectiva y una intervención de conjunto requiere que nos detengamos en re pensar quiénes, cómo y de qué manera se lleva adelante.

En este sentido, debemos en principio diferenciar los procesos de trabajo que conlleva la atención y cuidado de la salud, de cualquier otro tipo de trabajo cuyo resultado y/o meta no sea la salud.

Te invitamos a observar estas imágenes que fueron extraídas de: *Educación interprofesional en Salud* / Marcelo Viana da Costa , Marina Peduzzi, José Rodriguez Freire Filho y Cláudia Brandão Gonçalves Silva, Traducción de Diana Mendonça - Natal: SEDIS-UFRN, 2018.





ACTIVIDAD

A partir de la observación:

1-¿Qué tienen en común estas imágenes?

2-¿Qué las diferencia?

Como pista te sugerimos analizarlas teniendo en cuenta los siguientes interrogantes:

¿Quiénes trabajan, de qué manera y cuál es el producto final de ese proceso de trabajo?

Y sobre todo:

¿En qué se diferencia el objeto sobre el cual se trabaja?

¿En qué se diferencia el producto final de cada tarea?

¿El consumidor de cada uno de los productos de los diferentes procesos ocupa el mismo lugar?

¿Qué relación se puede establecer entre el tiempo de producción y el consumo del resultado en cada uno de los procesos de trabajo observados?

Seguramente has podido diferenciar los procesos de trabajo y has identificado las principales diferencias entre un proceso de trabajo que tiene como meta un producto/ objeto que se mercantiliza respondiendo a la lógica de mercado de necesidad- demanda- como un mueble o una vestimenta a **producir salud, donde aquí se prioriza la necesidad desde otro lugar: EL DERECHO y LA DIGNIDAD de la persona.**

Desde esta observación remarcamos que la persona que es atendida está siendo parte activa de ese proceso que lleva adelante un equipo de trabajo que también se diferencia de los otros.

Un equipo que produce salud, adquiere una dimensión particular dada por la urgencia, y la imprevisibilidad de cada una de las prácticas que integran el proceso de atención y cuidado.

A diferencia del mueble o la vestimenta la tarea de salud está sujeta y atenta a lo **vulnerable*** que se encuentra la persona que está atendiendo, de la información que le ha proporcionado sobre su historia, su trama de vida, sus padecimientos.

Teniendo en cuenta estas diferencias afirmamos que los equipos/ profesionales de salud brindan **SERVICIOS, que se consumen en el mismo acto que se realizan.**

*La palabra **vulnerable** se utiliza como adjetivo para referirse a una **persona o cosa que puede ser dañado o recibir lesiones, ya sea físicas o psíquicas.**

Un individuo vulnerable es aquel que presenta condiciones sociales, culturales, políticas, económicas, educacional, diferentes de otras personas.

Una persona puede convertirse en un ser vulnerable debido a ciertas circunstancias que este atravesando en su vida, produciéndole una crisis emocional, como puede ser la pérdida de un vínculo.

ACTIVIDAD

Te invitamos a ver el siguiente video "Participación de la comunidad (específicamente de la población juvenil), diagnóstico de necesidades, planificación y trabajo en red" Parte 1 (13:23): <https://www.youtube.com/watch?v=aFDEngrq-wU>

ACTIVIDAD

1 - Lean en grupo el siguiente texto:

La creación y fortalecimiento de redes comunitarias de prevención pretende trabajar a favor de reducir las brechas en materia de exclusión y al mismo tiempo fomentar un sentido de pertenencia de los individuos a la sociedad. El contexto del neoliberalismo trajo aparejado el debilitamiento y fragmentación de los lazos sociales en las comunidades y barrios. Esta ruptura de los mecanismos de integración social que otorgaban sentidos de pertenencia e identidad a las personas, así como el debilitamiento de las reglas sociales que mantenían cohesionada a la comunidad, repercutieron negativamente sobre las redes de protección y cuidados que existían, contribuyendo con el aumento de los factores de riesgo. Este proceso de quiebre de los lazos sociales favoreció las conductas de consumo problemático de sustancias y al mismo tiempo quebró los mecanismos de respuesta que la misma comunidad podía ensayar ante una ruptura en su tejido social.

Las respuestas integrales parten de reconocer la importancia de fortalecer espacios grupales y redes de prevención a nivel comunitario. En estas redes de prevención resultan multiplicados los espacios de cuidados y protección social, pues las personas con consumo problemático recurren a los espacios de cuidado para recuperarse, integrarse y hallar sentido de pertenencia. La construcción de una trama social que constituya un espacio de encuentro y apoyo a los sujetos contribuye a aumentar la cohesión social, recuperando la grupalidad como una modalidad de intervención. Además, la construcción de una red de prevención en las comunidades tiene el propósito de recuperar cierto grado de socialización y de responsabilidad. En lugar de una mirada que criminaliza al sujeto, tratamos por el contrario de apoyar el desarrollo de las capacidades en prevención de modo de contribuir a crear, fortalecer y sostener los proyectos y las oportunidades de vivir una vida digna.

2 - Este texto resalta la importancia del trabajo en red para el abordaje y acompañamiento de problemáticas de salud que se presentan en la sociedad.

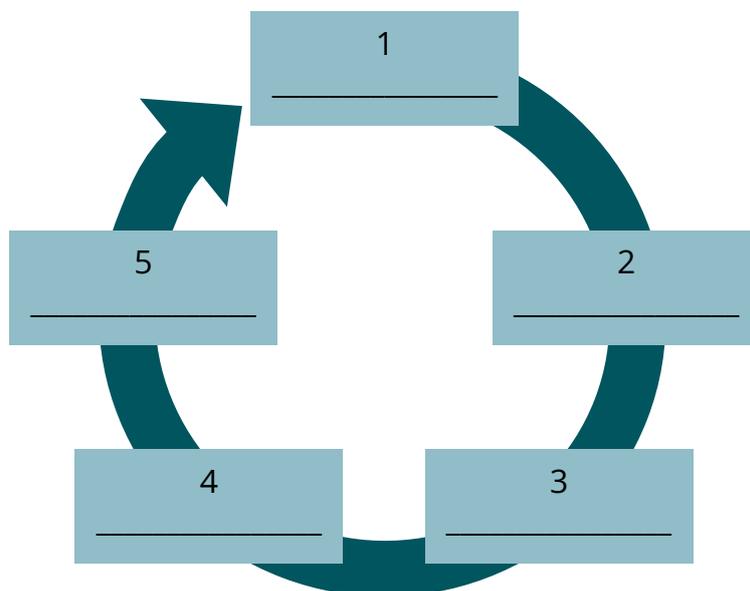
Ahora, recuperando los conceptos abordados en el texto identifiquen alguna problemática que haya tenido o este teniendo el barrio o comunidad donde está inserta la institución que visitan, y respondan en grupo:

- *Les parece posible que la problemática se aborde desde una red*

¿Por qué sí?

¿Por qué no?

3 - Ahora pensando en la problemática elegida ¿qué instituciones o grupos que están en el barrio consideran ustedes que podrían trabajar en red? Insértenlos en cada recuadro marcando su articulación.



ACTIVIDAD

Recuperando lo desarrollado en el módulo sobre el liderazgo transformacional y la importancia de que se comience a trabajar en tanto competencia desde la formación de grado los invitamos a que a partir de la discusión grupal respondan:

1 - ¿Qué temas/conceptos/ideas han visto a lo largo de su trayectoria formativa que ustedes consideran pudieron estar vinculados al desarrollo de un liderazgo transformacional?

Para realizar un ejercicio completo que permita una integración y arribar a los conceptos comunes a todas las disciplinas vuelquen en el siguiente cuadro los elementos compartidos.

Conceptos/ ideas / temas / abordados en todas las carreras

2 - ¿Por qué creen ustedes que es importante aportar desde el grado al desarrollo de esta competencia?

3 - Compartan alguna experiencia personal y/o académica que le haya permitido identificar un liderazgo transformacional o cercano a él. ¿Qué le aportó esa experiencia?

Bibliografía consultada

Alina Danet, Inmaculada García Romera, Joan Carles March Cerdá (2016) Liderazgo transformacional en las organizaciones sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada.

Axel Kroeger y Ronaldo Luna (1992) Organización Panamericana de la Salud Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No. 10 (PXE10).

Alvarez de Mon, S., 2006. Liderazgo y dirección de personas: el liderazgo invisible, clave para la sanidad. En: Rosenmöller, M., Ribera, J. y Gutiérrez Fuentes, J.A. (Eds.). Gestión en el sector de la salud (Vol. 2). Madrid: Fundación Lilly, pp. 355-74.

Del Cueto, A; (2014) La salud mental comunitaria: vivir, pensar desear. Buenos Aires, Fondo de cultura económica

Cardarelli, G; Rosenfeld, M. (1998).Las participaciones de la pobreza. Programas y Proyectos Sociales. Buenos Aires, Paidós.

Educación Médica Superior. 2020;34(2):e1920 Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
FRIGERIO, G. POGGI, M. TIRAMONTI, G. (1992) Las instituciones educativas. Cara y ceca. Troquel. Buenos Aires.

Habermas, J. (1989): "Teoría de la acción comunicativa" 2 V. Bs. As.

Jaime, A y otros (2012) Psicología comunitaria y Políticas sociales, Buenos Aires, Paidós, Tramas Sociales.

Linley, P.A., Joseph, S., Seligman, M.E.P., 2004. Positive psychology in practice. New Jersey, John Wiley & Sons.

Muller, F. (1979) Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina. Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.

Placing people and communities at the centre of health services WHO/HIS/SDS/2015.20 © World Health Organization, 2015.

Quintal de Freitas María de Fátima (2012) Prácticas de intervención comunitaria y Políticas Públicas: aproximaciones y límites desde la perspectiva de la psicología social y comunitaria latinoamericana.

ROVERE, M. (1999) Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Saforcada Enrique (2001): Epidemiología, Psicología y Sanitarismo en El factor humano en la Salud Pública. Proa XXI, Buenos Aires.

SEDRONAR (2013) Taller de Preventores Comunitarios en Problemáticas de Consumo. Manual del Preventor Comunitario, Buenos Aires, Ministerio de Planificación.

Trice, H.M., Beyer, J.M., (1993). The cultures of work organization. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 Executive Summary.

Módulo 5

A - Las organizaciones

A.1. ¿Qué es una Organización?

Las organizaciones son **formaciones sociales** compuestas por **individuos y/o grupos**, que pretenden conseguir ciertos **objetivos** mediante un conjunto de **funciones diferenciadas** que están racionalmente **coordinadas**, y que tienen cierta **continuidad** en el tiempo.

Nuestra vida diaria está rodeada de organizaciones que muchas veces no identificamos como tales; por ejemplo: escuelas, clubes, bancos, instituciones de atención de la salud.

A.2. ¿Cuáles son los elementos que caracterizan a una Organización?



1. Objetivos: son los fines hacia los cuales se encamina la actividad de la organización.



2. Metas: son fines específicos, expresados en forma cuantitativa.



3. Recursos Humanos: son las personas o grupos de personas que trabajan en la organización y se relacionan entre sí, aportando su esfuerzo físico e intelectual, así como sus valores, ideas y conocimientos.



4. Recursos Materiales: son los medios físicos, naturales y financieros que utiliza la organización para alcanzar los fines propuestos.

4 – a. Recursos Físicos: materias primas, maquinarias, herramientas, vehículos, computadoras, etc.

4 – b. Medios Naturales: los combustibles y la energía eléctrica, hidráulica, eólica, etc.

4 – c. Recursos Financieros: el dinero, los préstamos, las acciones, títulos, bonos, etc.



5. Información: son los recursos que genera la mente humana, apoyados o no por el uso de la tecnología. La información es fundamental para la toma de decisiones.

A.3. ¿Qué tipos de Organizaciones conocemos?

Las organizaciones son extremadamente heterogéneas y diversas, por tanto, dan lugar a una amplia variedad de tipos de organizaciones.

Principales tipos de organizaciones:

- 1) Organizaciones según sus fines.
- 2) Organizaciones según su formalidad.
- 3) Organizaciones según su grado de centralización.

1. **Las organizaciones con fines de lucro** son las llamadas empresas, y tienen como uno de sus principales fines (si no es el único) generar una determinada ganancia o utilidad para su(s) propietario(s) y/o accionistas. Las **organizaciones sin fines de lucro** tienen como fin cumplir un determinado rol o función en la sociedad sin pretender una ganancia o utilidad por ello. Ejemplos: Ejército, Iglesia, cuidados públicos, las entidades filantrópicas, las organizaciones no gubernamentales (ONG), etc.

2. **Las organizaciones formales** tienen estructuras y sistemas oficiales y definidos para la toma de decisiones, la comunicación y el control. Distribuyen entre sus miembros las **actividades, responsabilidades y autoridad** de forma precisa, explícita y relativamente permanente. Ej.: escuelas, facultades, empresas. Las **organizaciones Informales** tienen medios no oficiales para influir en la comunicación, la toma de decisiones y el control.

3. **Las organizaciones centralizadas** son aquellas en que la autoridad se concentra en la parte superior y se delega poca autoridad en los niveles inferiores para la toma de decisiones. Ej.: muchas dependencias gubernamentales. En las **organizaciones descentralizadas**, la autoridad de toma de decisiones se delega en la cadena de mando hasta donde sea posible. Es característica de organizaciones que funcionan en **ambientes complejos e impredecibles**.

Características de la organización formal

1. División de trabajo: Para ser eficiente la producción se debe basar en la división de trabajo. Un proceso complejo puede descomponerse en una serie de pequeñas tareas.

2. Especialización: Como consecuencia de la división de trabajo, cada órgano o cargo pasa a tener funciones específicas y especializadas.

3. Jerarquía: una de las consecuencias del principio de la división del trabajo es la intensa diversificación funcional dentro de la organización. A medida que se sube en la escala jerárquica aumenta la autoridad del ocupante del cargo.

4. Distribución de la autoridad y de la responsabilidad: cada nivel jerárquico que está por encima de los demás niveles tiene mayor peso en las decisiones. La **autoridad**, es conceptualizada como un **poder formal**, o sea, una propiedad de una persona o de una institución, significando principalmente el derecho de dar órdenes. La **responsabilidad** proviene de la relación superior-subordinado y del hecho de que alguien tenga autoridad para exigir determinadas tareas a otras personas.

A.4. ¿Qué es la Estructura Organizacional?

Es la forma de dividir, organizar y coordinar las actividades de la organización.

Se representa gráficamente mediante un **organigrama**.

El organigrama:

- Indica la organización jerárquica y funcional.
- Articula las distintas funciones.
- Destaca los distintos puestos y posiciones.
- Establece cuáles son las líneas de comunicación formales y conexiones entre puestos.
- Da una visión inmediata y resumida de la forma en que se estructura la empresa

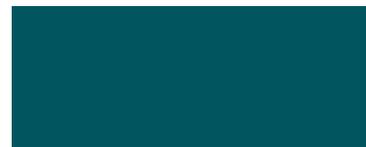
¿Con qué principios elaboran los organigramas?

1. Cada persona, para la ejecución de sus funciones, sólo debe recibir órdenes de un jefe (Unidad de Mando).
2. Un jefe no puede tener al mando más subordinados que la cantidad que es capaz de manejar (Alcance del Control).

3. No hay que establecer una tarea a un cargo que no le corresponde (Homogeneidad Operativa).
4. Saber delegar tareas y funciones para que se puedan realizar mejor (Delegación Efectiva).

¿Con que símbolos graficamos la Estructura de una Organización?

1. Entegrama: representación gráfica de cada unidad orgánica de la estructura formal. Se refiere a cada uno de los rectángulos que componen la gráfica y su inscripción.



2. Líneas de autoridad o dependencia jerárquica: son aquellas que relacionan jerárquicamente a los entegramas. Se identifican visualmente ya que éstas son líneas llenas y en dirección vertical.



3. Líneas de dependencia funcional: son aquellas que relacionan funcionalmente (por función o tarea que desempeña) los entegramas. Se grafican con líneas llenas y en dirección horizontal.



4. Líneas de asistencia técnica o asesoramiento o de staff: relacionan funcionalmente los entegramas por asistencia técnica o asesoramiento o staff. Se grafican con línea punteada horizontal.



¿Cuál es el tipo de estructura organizacional más empleada?

La más utilizada es la estructura funcional. En ella los departamentos o áreas funcionales representan tareas sustantivas de la organización. La Departamentalización es la agrupación de actividades (o tareas) con un criterio predeterminado.

A.5. ¿Qué es la Cultura de la Organización?

La cultura organizacional

En sentido histórico-antropológico la cultura es aquello que distingue y da identidad a un grupo humano; es la forma como interactúan los integrantes del grupo entre sí y con los de fuera, y el modo como acostumbran realizar lo que hacen.

La cultura organizacional es definida como “la conciencia colectiva que se expresa en el sistema de significados compartidos por los miembros de la organización que los identifica y diferencia de otros, institucionalizando y estandarizando sus conductas sociales”.

Las funciones de la cultura organizacional son:

- crear distinciones entre las organizaciones
- transmitir un sentido de identidad a los miembros de la organización
- facilitar la generación de compromiso
- contribuir a la estabilidad del sistema social de la organización porque ayuda a mantenerla unida
- funcionar como mecanismo de control de actitudes y comportamiento de los empleados.

Niveles de la cultura organizacional

Schein (1988) diferencia tres niveles de análisis:



Estos son:

1. Producciones o artefactos

En esta categoría se incluye: ambiente físico y su arquitectura, mobiliario, equipos, vestuario de los individuos, documentos, servicios otorgados, imagen y presentación de los directivos y del personal, limpieza de las instalaciones. *Las producciones se descubren con sólo prestarles atención, es la parte más visible y abierta de una organización.*

2. Conjunto de valores y creencias esenciales

Los valores son afirmaciones acerca de lo que está bien o mal de una organización. Son las razones para justificar lo que se dice y se hace, indicadores de lo que "debe ser" frente a lo que "es".

La creencia es la percepción de las personas entre una acción y sus consecuencias. Es lo que se considera verdadero o acertado para dirigir la organización.

Valores y creencias se concretan por medio de normas, cuyo papel es especificar el comportamiento esperado.

3. Supuestos inconscientes

Los supuestos inconscientes se refieren a “la manera correcta de hacer las cosas”, aquellas ideas que los miembros de la organización toman por sentado o existente; representan lo que es correcto o aceptable.

Aquellas organizaciones en que los valores fundamentales están profundamente arraigados y son compartidos, tienen mayor influencia sobre los empleados, además se ha encontrado que son más leales y están asociadas con el alto desempeño organizacional. Los empleados “aprenden” dicha cultura de diversas maneras, las más comunes son a través de historias, rituales, símbolos materiales y lenguaje. Esto influye y condiciona la forma en que los gerentes planean, organizan, dirigen y controlan la organización.

B - Los efectores de salud

B.1. ¿Qué es un efector de salud?

Un efector de salud es un instrumento (combinación de recursos destinados a la prestación de cuidados de salud personales y/o ambientales).

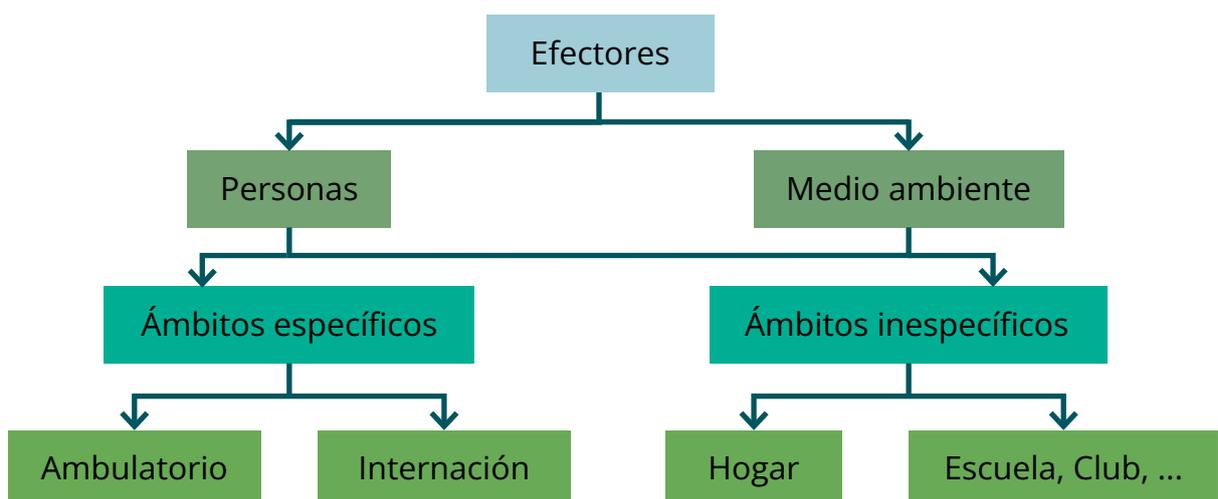
Los efectores de salud pueden desarrollar acciones de:

- Cuidado de las personas
- Cuidado del medio ambiente
- Ambos

Los efectores de cuidado de la población se distribuyen en relación con el desempeño de los roles sociales de la población, sus pautas culturales, y su patrón de organización socio-económica.

Estos pueden presentarse en **ámbitos inespecíficos** y **específicos**, como puede apreciarse en la Figura 2.

Figura 2: Efectores de salud



Ámbitos inespecíficos

Son aquellos cuyos **objetivos o funciones** principales **no** se hallan referidos a la **prestación de cuidados de salud**, pero cuya estructura

cuenta con los instrumentos que permiten el suministro de algunos cuidados ya sea actuando sobre las personas o sobre el medio.

Ejemplos: hogar, establecimientos fabriles, centros de día recreativos, instituciones deportivas, educativas, comunitarias.

Acciones: promoción, protección, diagnóstico temprano y eventualmente recuperación, emergencia y rehabilitación.

Ámbitos específicos

Son aquellos cuya **función** consiste en la **prestación de cuidados de salud** actuando sobre las personas (sanas o enfermas) y/o el medio ambiente. Cuentan en su estructura con los recursos e instrumentos destinados a tal fin.

*Una institución de salud es una organización **formal**, que se desarrolla en un **ámbito específico**, que cuenta con un equipo de trabajo profesional, interdisciplinario, y tiene por objetivo producir bienes intangibles (servicios de salud) y alcanzar ciertas metas.*

Los cuidados que se realizan a través de efectores en **ámbitos inespecíficos** son de **baja complejidad**, salvo excepciones tales como la atención de emergencia, ciertas actividades de diagnóstico y tratamiento, y la atención de pacientes terminales.

Los efectores que se desempeñan en **ámbitos específicos** de atención **ambulatoria** por lo general, también desarrollan actividades de baja complejidad: consultorios privados, dispensarios, salas de primeros auxilios, centros de salud y unidades sanitarias.

En algunos **establecimientos ambulatorios** tales como las policlínicas, baterías de cuidados de diagnóstico y tratamiento y hospitales de día, pueden realizarse actividades de **mediana y elevada complejidad**.

Los **establecimientos con internación** prestan cuidados de **media-na y elevada complejidad**, pero ello no excluye las prestaciones de baja complejidad destinadas a la población residente en su cercanía.

*En las **organizaciones de salud**, la cultura organizacional es una mezcla compleja de saberes, conductas, relatos, símbolos, creencias, suposiciones, metáforas y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico-científico y la terminología propia de las disciplinas biomédicas y sociales.*

La **cultura** de un organismo de salud es:

- un sistema de conocimientos profesionales, expectativas, creencias y supuestos inconscientes
- aceptados por el equipo de trabajo interdisciplinario
- fuertemente influidos por la estructura, la tecnología y el ambiente laboral

Un aspecto esencial para lograr cambios positivos en la cultura de la organización de salud es la **comunicación**.

A nivel institucional, la comunicación acertada permite mejorar la calidad de los procesos, fomentar la aceptación al cambio, además de empoderar, motivar y generar sentido de pertenencia en los empleados al permitir su participación, pues “cuando se comparten las responsabilidades de las decisiones, las organizaciones adormecidas comúnmente despiertan”.

Una comunicación efectiva es un factor positivo frente al desarrollo de los procesos, pues permite una interacción adecuada que facilita el logro de resultados y la toma de decisiones oportunas. Son varios los factores que contribuyen a que las personas se sientan motivadas

en su ámbito laboral, adicional al salario, considerado como un factor primordial, también influye en la relación el considerarse reconocido e importante para la institución, las buenas relaciones con superiores, compañeros y la oportunidad que se le brinde para desarrollarse profesionalmente.

C - La comunidad en salud



C.1. ¿Qué es la Comunicación?

Comunicarse es una experiencia cotidiana, un hecho cultural vinculado a las maneras de percibir, entender, actuar e imaginar que tenemos como personas. Cuando nos comunicamos estamos relacionándonos con intenciones específicas, tales como:

expresarse, preguntar, responder, informar, pedir información, enseñar, revelar, ocultar, preparar, quejarse, mostrar, divertir, hacer reír, hacer llorar, preocupar, despreocupar, despertar curiosidad, satisfacer curiosidad, llamar la atención, distraer la atención, dar órdenes, aceptar órdenes...

En general, se identifica a **la comunicación** con la idea de “construir significados comunes” con los/as otros/as sin embargo, en ese encuentro cada uno/a tiene sus propios conocimientos, formas de ser, de sentir, historias, y muchas veces pueden entrar en conflicto con las de los demás.

También existe otra definición imperante que entiende a la comunicación como transmisión de mensajes o de información, esto la relaciona con fenómenos mediáticos y tecnológicos. Es la concepción más difundida y se presenta bajo el siguiente esquema:



Dicho esquema, simétrico y homogéneo, simplifica el hecho comunicativo y no nos permite pensar **la complejidad del proceso cuando nos comunicamos**. Es una mirada unidireccional en la que el

emisor dice y construye el sentido, mientras el receptor solo recibe y asimila. Por ejemplo, los/as integrantes del equipo de salud serían los emisores, con el saber y la palabra autorizada para hablar acerca de la salud.

Ahora bien, ¿Qué entendemos por comunicación?

Entendemos a la comunicación como un fenómeno antropológico, social y humano que excede la transmisión de datos o la presencia de los medios, va más allá del simple hecho de difundir o informar hechos.

De esta manera, los procesos de comunicación se suceden en diversos escenarios de nuestra vida cotidiana: en la calle, en las organizaciones, en nuestras casas, en los barrios. La comunicación humana implica interacciones, intercambios de sentidos mediante el uso del lenguaje. Es, entonces, a partir de los intercambios comunicativos que se (re)producen, transmiten y negocian significados, saberes y distintos puntos de vista.

Desde esta perspectiva, entendemos a la comunicación como una forma de diálogo, de intercambio en tanto construcción social y colectiva de sentidos en y por los discursos, a través del tiempo y las circunstancias. Otro aspecto relevante a considerar es que toda comunicación se produce, sustenta y realiza en una trama cultural y a la vez, la cultura es construida y modificada mediante procesos comunicacionales.

Como vimos, la comunicación requiere de la participación de al menos dos personas involucradas que se interpelan intersubjetivamente, refiere a las relaciones personales y grupales en las que median múltiples elementos, espacios, factores, contenidos, instituciones, entre otros.

Veamos algunos aportes para seguir pensando “la comunicación”



Rosa María Alfaro (1993) nos dice que “lo comunicativo es para nosotros una dimensión básica de la vida y de las relaciones humanas y socioculturales. Es el reconocimiento de la existencia de actores que se relacionan entre sí dinámicamente, a través de medios o no, donde existe un UNO y un OTRO, o varios OTROS, con quienes cada sujeto individual o colectivo establece interacciones”.



“La pregunta sobre la comunicación no puede ser nunca un interrogante al margen de los contextos, los escenarios y los actores que la protagonizan. La comunicación es, ante todo y fundamentalmente, una práctica social de producción, intercambio y negociación de formas simbólicas. Como actividad humana es indisociable de los actores que la protagonizan y de los escenarios en los que se concreta. La comunicación puede ser leída también como un proceso de producción de conocimientos que se genera en el intercambio entre actores, pero además como la manifestación de la actividad política –entendida como acción de transformación- de los sujetos en la sociedad.



Estas perspectivas refieren a la manera cómo, a través del intercambio comunicativo, los actores sociales generan conocimiento, cómo desarrollan su acción política en la sociedad y de qué manera todo ello se transforma en significaciones que, en medio de la lucha simbólica, buscan constituirse en sentidos socialmente predominantes”. Washington Uranga, Revista Territorio N° 1



Estamos insertos, desde que nacemos, en situaciones de comunicación. La sociedad nos habla a través de múltiples discursos y nos va exigiendo que aprendamos a expresarnos de determinada manera y a referirnos a ciertos temas por encima de otros. Una situación de comunicación no se resuelve a través de algo tan pobre como aquello de un emisor que emite y un receptor que recibe. Estamos siempre inmersos en un todo significativo que se manifiesta por medio de distintos discursos, los cuales pueden contradecirse, sin dejar de pertenecer por ello al todo. Una relación de comunicación comprende las relaciones intrapersonales (yo conmigo mismo), grupales, sociales en general; las circunstancias económicas, políticas, culturales, el desarrollo de ciertas tecnologías, de ciertas formas de enfrentar y resolver los problemas de la naturaleza de la sociedad (Prieto Castillo, 1999: 81).

Estas reflexiones nos permiten entender que:

La comunicación es una dimensión de toda práctica social y por tanto también interviene en los procesos de salud.

La atención en el centro de salud del barrio, la espera, sacar turno en el hospital, la mesa de informes, las carteleras en los pasillos de la salita, las recetas, las indicaciones de los/as médicos/as, el folleto, las reuniones del equipo de salud, las campañas de vacunación y de prevención en los medios de comunicación, entre otras, forman parte de diversas situaciones de comunicación que conviven en el ámbito de la salud. No se trata de espacios neutros y de relaciones transparentes sino de dimensiones complejas donde el conflicto es inherente.

C.2. ¿Qué es la Comunicación en Salud?

Veamos los escenarios de salud donde se produce comunicación

Dentro de la red de atención en salud, hemos venido mencionando la tarea que se realizan tanto en el primer nivel (centros de salud) como en el segundo nivel (hospitales).

Estas instituciones que brindan tratamiento y cuidado y donde se desarrollan actividades por demás complejas, son sin duda espacios donde también se dan de manera permanente procesos de comunicación. Tanto en la relación que se establece con las personas una vez que ingresan a las instituciones en procura de ser atendidos como cuando se retiran hacia sus hogares, la comunicación, el diálogo está presente. También la información brindada a través de los carteles, los uniformes, los diferentes espacios, comunican, dicen algo y mucho, están cargadas de significado que se presentan al otro como texto.

Este aspecto de proceso comunicacional, qué decir y cómo decirlo es una tarea pensada y generada por los equipos de salud, que conocen y reconocen en las personas un otro para establecer diálogo, es decir promover vínculo y por ende inclusión social.

Si trabajamos y comunicamos teniendo en cuenta estas premisas estamos llevando adelante un proceso de Comunicación Efectiva, a través de la cual:

El emisor y el receptor entienden y comparten el mensaje de la misma manera.

- *La información es transmitida a la persona correcta, en la forma correcta y en el momento correcto.*
- *Se genera una visión compartida y entendible de la información a través de toda la organización, fomenta la cooperación, colaboración y trabajo en equipo, promoviendo la discusión de temas, el aprendizaje desde los errores y utiliza distintas técnicas de comunicación estructurada.*

Los elementos descriptos constituyen la comunicación efectiva, permitiendo identificar cuatro componentes claves:

Completa

Clara

Concisa

Oportuna

(Joint Commission Setting the Stage for effective Communication)

Ahora bien, este proceso de comunicación efectiva que debe ser, al que apunte como meta diaria el equipo de atención y cuidado, se desarrolla en distintos espacios por donde transita la persona que acude al servicio.

Avancemos entonces analizando...

C.3. ¿Qué espacios comunican?

La recepción

La recepción ya sea en un hospital, (guardia o servicios) o un centro de salud, es la puerta de ingreso a la atención y cuidado. Esta primera instancia es la carta de presentación de la institución, el modo y forma de organización de esta instancia da cuenta del trabajo del equipo que está conformando dicha institución. Es por lo tanto, un lugar estratégico para establecer un primer vínculo con la persona y comunidad sumamente valioso, ya que de la percepción que la persona se lleve de esa instancia se podrá o no establecer un contrato entre las partes para la continuidad de los tratamientos, la vuelta a los controles entre otros. Es decir, es una instancia donde se inicia un proceso de cuidado amigable de la salud (Guía para equipos de salud 2015).

Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos que los equipos ponen para recibir y atender a la comunidad muchas veces esta instancia de recepción resulta un lugar que se presenta como primer obstáculo.

Veamos cuáles podrían ser algunas de las barreras:

Que desde la recepción no se tenga claro la importancia de la instancia comunicacional.

Esta variable de saber y conocer lo estratégico del lugar lleva a que se deba pensar y organizar tal instancia preparando a quien va a estar a cargo de la recepción, no solo desde el punto de vista de conocer el proceso de dar turno, ingresar los datos, llenar planillas, en fin lo que implica la tarea administrativa, sino que debe procurarse prepararlo y acompañarlo en la relación directa y cara a cara que tendrá con la persona que acude (con un problema). Aquí la comunicación debe ser

empática, esto significa que quien atienda pueda ponerse en el lugar del otro, intentar sentir como el otro siente. Mirar desde sus ojos. Significa abrir la puerta para que se entable una relación de confianza.

En el caso de los centros de atención primaria, la asistencia suele darse con una carga de angustia, preocupación, miedo. Esta carga emocional da cuenta de que la persona está vulnerable en sus emociones, por eso es cuando más cuidadoso hay que ser al recibir su solicitud de atención, deben evitarse comentarios que prejuzguen su actuación (por qué no viniste antes), este tipo de comentarios puede llevar al desborde de la persona perjudicando aún más su situación, por el contrario, quien lo recibe debe tener la capacidad de encauzar esa carga emotiva, y brindar información clara y precisa, está iniciando un proceso de cuidado respetando a la persona que como ciudadano tiene derecho a la atención y cuidado y quien lo atiende como servidor público tiene la tarea de garantizar ese derecho.

Todo el equipo debe prepararse para este encuentro que desde una perspectiva de cuidado y atención centrada en el paciente no puede dejar de pensar y trabajar en el aspecto comunicacional.

Espacio de recepción

En cuanto al espacio donde se espera (y a veces se desespera), podemos encontrarnos con salas, pasillos, no siempre confortables, con sillas o bancos, no siempre los suficientes, carteles, a veces mal colocados, con letra no del todo clara etc. Esta falta de sillas, como la no señalización, por ejemplo, están comunicando “sin querer”, el desinterés que la organización/institución tiene sobre las personas. Es por eso que esta instancia debe ser muy cuidada, pensar estrategias que inviten a estar allí a pesar de tener un problema, que la espera se transite en un clima de bienvenida.

También circulan profesionales, camilleros, enfermeras, todos ellos de alguna manera ya sea por una mirada o formas de ir y venir transmiten clima de trabajo.

Es decir que lo que sucede en la institución genera mensaje ya sea a través de:

1. de manera verbal (órdenes, consignas, sugerencias, consejos, información)
2. de manera no verbal (gestos, posturas, silencios, miradas, tonos de voz)
3. lo presente en el contexto (carteles o indicadores, las sillas, el ruido, la iluminación, la cantidad de gente)
4. los soportes o insumos (turnos, planillas, volantes, afiches, remedios)

Quien atiende en el espacio de recepción debe tener muy claro su rol, no debiendo tomar decisiones que no están implicadas en él, como por ejemplo cuando omite información que para el paciente es clave (días de atención, formas de dar los turnos, no entregar planillas) o exagerar con pedidos burocráticos (hacen volver a una persona porque olvido su DNI).

Frente a estas realidades podemos decir que quien este en la recepción debe:

- Ofrecer un trato amable e información clara y precisa que será de vital importancia en esta tarea.
- Considerarse un comunicador y en tal sentido deben hacer un esfuerzo por:
 - > escuchar, contener,
 - > guiar, orientar, facilitar,
 - > explicar, informar, aconsejar, derivar,
 - > hacer sentir cómodo/a.

Ser un comunicador de recepción no se trata sólo de transmitir información o datos, sino de:

- dialogar con las personas
- ayudar a entender, orientar
- re-preguntar
- reducir dudas
- evitar todo tipo de malos entendidos o confusiones

Como se mencionara antes, crear confianza es clave para que los usuarios regresen al centro y continúen con los tratamientos o consultas.

La sala de espera

(La comunicación en los equipos de salud, 2015)

La experiencia que se vive en la sala de espera condiciona el futuro de la relación del usuario con el centro de salud, y con su tratamiento, ya que ese mensaje funciona como antesala de la consulta propiamente dicha. Cuando se combinan la falta de información sobre el funcionamiento del lugar, los problemas organizativos, con la larga espera de varias personas aquejadas por diferentes dolencias o problemas de salud, se genera un contexto negativo que condiciona la atención de los/as usuarios/as.

Históricamente, la sala de espera ha sido considerada como un lugar de 'pérdida de tiempo' donde las personas se 'acumulan' con el único fin de aguardar su turno para ser atendidas. Si el tiempo de espera es prolongado y no se proporciona ninguna explicación razonable, entonces se genera el clima propicio para toda clase de comentarios y quejas en relación con la forma de atención del establecimiento y de los médicos en especial.

La sala de espera es un escenario ideal para trabajar los temas de salud, ya que hay tiempo de espera y necesidad de información. El desafío está en cómo aprovechar el tiempo de la espera y transformarlo en un tiempo activo de participación grupal para realizar acciones de promoción de la salud. Planificar la comunicación en la sala de espera. Si no planificamos la comunicación en nuestros espacios de acción y la dejamos librada al azar, muy posiblemente ese azar nos juegue en contra.

Planificar es:

- pensar previamente
- definir qué objetivos se persiguen
- establecer cómo lograrlos

Si queremos planificar lo que sucede en la sala de espera de nuestro centro de salud, hospital o CAP para modificar la situación actual, es necesario empezar por un buen diagnóstico: ¿Cuáles son los principales problemas que se manifiestan en la sala de espera? ¿Cuáles podrían ser sus causas? ¿Cómo es el clima? ¿Cómo se sienten las personas mientras esperan ser atendidas?

Además de servir como un espacio de contención y orientación para matizar la espera, la sala puede ser un lugar ideal para realizar acciones de promoción de la salud.

Posibles acciones a realizar en el espacio de sala de espera:

Una interesante y sencilla acción es utilizar este tiempo para recoger preguntas e intereses de los pacientes (que luego pueden usarse como insumo para otras actividades).

Para esta acción se puede elaborar una encuesta autoadministrada para que los pacientes la completen mientras esperan y luego la depositen en una urna ubicada en algún lugar visible.

Ejemplos:

- Una lista de temas, para marcar con una cruz aquellos que les interesan para una charla.
- Un auto test que tenga varios ítems y puntaje para cada uno: alimentación, ejercicio, dormir, horas de TV por día, etc.
- Reparto de folletería informativa sobre algún tema en particular

Posibles actividades grupales:

- *Charlas temáticas:* planificadas de acuerdo a las necesidades de información de la comunidad.
- *Grupos de apoyo* (por ejemplo, para personas con diabetes o en programas de descenso de peso), estas actividades pueden ser planificadas con otros sectores de la comunidad por ejemplo la escuela.
- *Reuniones* con el equipo de trabajo, con otras instituciones, para planificar proyectos para la salud del barrio de manera colectiva.
- *Talleres* en sala de espera.
- *Biblioteca-ludoteca infantil.* Tomar algún pequeño rincón y poner al alcance de los niños juegos, libros, material para que pinten.

En la sala se puede trabajar la idea de salud como posibilidad de prevenir enfermedades o situaciones que conduzcan a riesgos futuros: consumo excesivo de alcohol, automedicación. También se puede plantear que la manera de enfermarse menos no es sólo tomar medicamentos, sino aprender a vivir de manera más saludable, caminar por la vereda del bienestar.

El consultorio

El **consultorio** es el espacio donde la comunicación se torna más interpersonal y donde se inicia una vinculación con la persona que viene en búsqueda de una ayuda, solución y/o tratamiento para su problema.

El encuentro entre el médico y el paciente es una instancia de comunicación básica y directa, pero al mismo tiempo es intensa y compleja, este encuentro es sin duda una oportunidad para compartir saberes, aprender ambos y realizar una comunicación interpersonal muy rica favoreciendo el vínculo a futuro.

Un primer punto a tener en cuenta en la consulta es el derecho a la información que tiene el paciente, tiene derecho a estar informado sobre su dolencia o enfermedad y su posible tratamiento. En el caso de quien consulta no logre comprender las indicaciones que se le brindan, debe ser explicado claramente a quien esté acompañándolo o familiar más cercano.

Recordemos que todo usuario de salud tiene derechos:

- derecho a la información
- a acceder a su historia clínica
- a conocer los resultados de estudios y análisis
- a conversar sobre el plan del equipo médico para tratar su problema si es que lo hubiera

De la consulta se espera que la comunicación esté presente al momento de la atención como en el momento en que el diagnóstico sea informado.

Quien está al frente de un consultorio para la atención cuenta con recursos para garantizar el acceso a la salud:

- No hacer sentir a la persona como un número más.

- Saludar a la persona que llega a su consultorio. Sonreír, tender la mano, apoyar la mano en el hombro, son sin duda gestos de bienvenida.
- Presentarse por el nombre y preguntar el suyo, es importante ya que permite romper el hielo que genera una situación problemática a ser contada a otro quizás desconocido.
- Evitar el uso de diminutivos ya que produce una infantilización del paciente, que es un adulto (es común escuchar el “mamita” dirigiéndose a las mujeres embarazadas).

Cómo empezar la consulta:

Sin duda la primera pregunta debe ser sencilla, clara y debe favorecer un diálogo fluido, a través del cual se pueda ir obteniendo información para el futuro diagnóstico y tratamiento.

¿Qué lo trae por acá?, es sin duda una pregunta abierta que invita al relato.

La respuesta a esta pregunta debe ser escuchada con paciencia y atención, respetando los tiempos de la persona para expresarse.

Frente al relato del paciente es importante que se sostenga la mirada, el contacto visual permite establecer una buena comunicación más allá de las palabras. Mirar al otro mientras habla es una muestra de interés y respeto por lo que está contando.

Una vez finalizada la respuesta de qué lo trajo, es importante que el diálogo prosiga, preguntando, orientando, aconsejando al paciente, brindándole estrategias de prevención y cuidado.

El profesional también puede sugerir al paciente que se acerque a otros dispositivos que puedan sumarse a su tratamiento, como espacios terapéuticos, de promoción de la salud, ya sea en la misma sala o en otras unidades de atención.

Cómo cerrar la consulta:

El irse de la consulta es para el paciente un momento clave, ya que no volverá por un periodo, por lo que es muy importante que no se vaya con dudas sobre cómo responder al tratamiento que le fue prescripto.

Para evitar esta situación se sugiere que:

- Se utilicen palabras sencillas y se explique de manera clara, de ser necesario usar gráficos. No usar términos técnicos.
- Si hay duda de que el paciente no haya comprendido (esto se puede manifestar verbalmente o por su expresión en el rostro), el profesional puede repreguntar para revisar si comprendió. De ser necesario explicar a quién lo acompaña a la consulta.
- Escribir la receta con letra clara y leerla en voz alta al paciente.

En el equipo de salud

(La comunicación en los equipos de salud, 2015)

Una manera de fortalecer los espacios de comunicación y participación en un equipo de salud es generar momentos de encuentro. Espacios que permitan conocerse, intercambiar, debatir, tomar decisiones, evaluar y planificar. Pero, por sobre todas las cosas, un tiempo para encontrarse y compartir.

En el ámbito de la salud, como en tantos otros, se presenta un obstáculo de comunicación en la lógica del trabajo en 'islas' o 'fragmentario' ('cada cual atendiendo en su propio consultorio', en su propio 'kiosco' o 'quintita').

La tarea en equipo requiere complementariedad, articulación, vínculo estrecho y solidario; 'saltar' las vallas que nos separan o nos diferencian para aunar esfuerzos.

ESPACIOS FORMALES ESPACIOS INFORMALES

Veamos los espacios formales e informales:

FORMALES	INFORMALES
<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones - Asambleas - Ateneos - Cursos de capacitación - Interconsultas - Entrevistas 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasillos - Cocina - Bar cercano - Momento de almuerzo - Reuniones en casa de algún integrante - Baños

Los espacios informales se dan naturalmente y forman parte de la vida y los vínculos en las organizaciones y equipos; los espacios formales hay que diseñarlos y planificarlos y son fundamentales para contener todo tipo de conflictos, rumores, incertidumbres, desinformaciones.

La comunicación no planificada que ocurre en los espacios informales puede colaborar con la tarea, o generar incomodidad e inquietud. Se puede promover una comunicación respetuosa, o alentar el chisme y las acusaciones infundadas y anónimas. En ese sentido, es misión de todo el equipo cuidar que el espacio informal no se vuelva un 'campo de batalla'.

Esta forma de actuar claramente obstaculiza la tarea de todo el servicio.

Veamos ahora los canales de formación e información:

Es muy importante que el equipo defina cuáles son los soportes o canales más útiles tanto para la difusión interna de datos o informaciones como para el trabajo en encuentros, reuniones, charlas, talleres.

Canales de información	Canales de formación
<ul style="list-style-type: none"> - Pizarrón o pizarra - Cartelera interna - Cuaderno de comunicados interno - Memos - Afiches / Carteles - Informes/actas/memorias - Buzón de sugerencias - Boletines - Gacetillas - Teléfonos/ mensajes de texto / correo electrónico 	<ul style="list-style-type: none"> - Pizarrón o pizarra - Rotafolios o papelógrafo - Afiches - Cartillas - Soportes audiovisuales: spot radio, videos - Power point

Comunicación y malestar en el equipo de salud

Desde la dimensión comunicacional, puede mencionarse y tenerse en cuenta que al estar trabajando frente a situaciones complejas, estresantes, en algunas circunstancias los profesionales/trabajadores pueden reaccionar de manera disruptiva, efectuando conductas, actitudes que irrumpen en el proceso de trabajo/atención/cuidado afectando la dinámica y el clima del equipo.

Cómo se definen estas conductas disruptivas:



Son aquellas conductas de profesionales de la salud que intimidan a otras personas que trabajan en la organización hasta el punto de comprometer la calidad y seguridad. Conductas o actitudes que socavan la cultura de seguridad.

Joint Commission, 2012.



Las conductas hostiles o intimidatorias entre profesionales del equipo de salud van mucho más allá de situaciones incómodas... Son una verdadera amenaza para la seguridad de los pacientes y la calidad de atención.

Son conductas no profesionales y no deben ser toleradas.

Joint Commission, 2012.

Conductas Disruptivas Manifiestas:

- Lenguaje ofensivo, insultante, peyorativo o abusivo
- Humillar a alguien frente a otros
- Intimidación y amenazas
- Ataques de ira, romper o lanzar objetos
- Bromas sobre raza, religión, orientación sexual
- Negarse a ayudar a otros
- Negativa a cumplir estándares de práctica
- Bullying
- Descalificación de la actuación de colegas
- Violencia física

Efectos de las Conductas disruptivas:

- Disminuyen la moral
- Favorecen la ocurrencia de errores
- Entorpecen la comunicación
- Afectan el trabajo en equipo
- Dificultan los esfuerzos en seguridad del paciente
- Menor satisfacción de los pacientes

(Veltman L, 2005. American Society for Healthcare Risk Management, 2005)

Frente estas situaciones, quien este a cargo de la organización/institución/ servicio deberá abordarlo de manera inmediata ya que si se dejan pasar o no se las considera como un problema, el servicio, su calidad de prestación está en riesgo. Pero sobre todo, estas actitudes alteran TODO el clima laboral con claras consecuencias para las personas que asisten.

Comúnmente suele escucharse que frente a alguna de estas actitudes, se las subestima mencionando que *“así es ella /el...tiene un carácter....etc”*.

Ante estas afirmaciones, quien esté a cargo, o miembros del equipo tienen la responsabilidad de exigir el abordaje del tema, por supuesto, respetando los derechos laborales. Debe trabajarse en procura de generar estrategias que permitan su tratamiento y reestablecer el clima laboral necesario para llevar adelante procesos de cuidado y atención en salud.

Algunas estrategias para abordar el tema:

- Mantener una reunión con el/la persona que ha presentado esta conducta (aquí podrá plantear cuál es la razón u origen de su conducta, donde pueden aparecer temas vinculados a los

- procesos de trabajo, a su rol, función o quizás razones de índole personal. Conocer las razones es clave para poder pensar las estrategias a seguir).
- Reuniones de equipo donde se puedan plantear el malestar (puede darse la situación de que la conducta disruptiva fue de un /una sola persona pero que se presente como síntoma de algo que está pasando y molesta a todos).
- Espacios grupales que sin ser terapéuticos pueden permitir la circulación de la palabra pudiendo manifestar las debilidades y/o problemas que están presentes y perjudican el clima de trabajo y abordarlos de manera colectiva.
- Analizar los procesos comunicacionales, es decir, si se presentó una conducta disruptiva es posible que los canales de comunicación no sean lo suficientemente fluidos para poder comunicar lo que pasa y molesta. En este sentido debe ser tomada la conducta como un alerta, y poder modificar los procesos internos de trabajo y comunicación.
- Cambios en el rol y la función por un período de tiempo quizás sea una medida a ser tomada de manera consensuada.
- Orientar formas y/o el uso de dispositivos que puedan colaborar en el tratamiento del malestar del /la profesional es también una de las estrategias que puede llevarse adelante. Quien está a cargo de personas debe cuidar de ellas, son su EQUIPO.

C.4. Comunicación y comunidad

¿Cómo pensar la comunicación en y para la promoción de la salud en comunidad?

La comunicación para la salud remite al proceso donde diversos actores que integran diferentes estructuras (públicas y privadas) consideran como faro direccional a la comunidad y, por lo tanto, haciendo énfasis en los mensajes, realizan diferentes tipos de ac-

tividades para promover actitudes y prácticas de salud favorables y consecuentes con los ideales y aspiraciones de ese grupo social. Por lo tanto, las comunidades son la referencia, lo que indica una preocupación por las especificidades y percepciones locales; el diagnóstico y la planificación, en materia de comunicación, son incorporados como etapa de la intervención.

Según la OMS “la comunicación para la salud es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública.”

“La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una Atención Primaria de Salud y participar en ella.

(...) Existe un amplio campo para la promoción de la salud tanto planificada como espontánea a través del contacto diario entre el personal de Atención Primaria de Salud y los individuos de su comunidad.

Mediante la educación para la salud de los usuarios y la abogacía por la salud en beneficio de su comunidad, el personal de Atención Primaria de Salud está en una situación óptima para apoyar las necesidades individuales y para influir en la formulación de las políticas y programas que afectan a la salud de su comunidad.” *Promoción de la Salud - Glosario OMS - 1998.*

En síntesis, la comunicación entabla la posibilidad de poner en discusión prácticas comunes, estimular la reflexión colectiva y cuestionar prácticas y sentidos dominantes. Aplicadas al campo de la comunicación y la salud, tales nociones implican la reflexión crítica sobre la concepción dominante de la salud pública como un asunto acotado a expertos/as y políticos/as (u organismos financiadores).

La comunicación es entendida como búsqueda colectiva de sentido crítico para la expresión y participación ciudadana en diferentes momentos y dimensiones, desde la identificación de problemas y prioridades hasta la prestación de servicios.

Desde una visión colectiva de las prácticas comunicacionales, es posible considerar la posición de las propias comunidades como protagonistas, y no como simples usuarios/as o audiencia, de los servicios de salud.

Esto nos lleva a pensar en el rol que cumplen las organizaciones sociales en la vida de la comunidad ya que se vuelven espacios de encuentro, de participación, de diálogo y de acción en los territorios a través de distintos proyectos y actividades. Las organizaciones producen información valiosa para intervenir en su comunidad y en el espacio público. Son en sí mismas experiencias de comunicación con la potencialidad de transformar su entorno y resignificar sus prácticas y las de los demás, por ejemplo, en materia de salud.

Es necesario analizar algunos elementos para iniciar el diálogo en la comunidad:

- Los actores que viven y desarrollan sus actividades en la comunidad.
- Los procesos sociales, históricos, culturales y políticos que atraviesan a la comunidad.
- Los problemas y contenidos que la movilizan.
- Los lenguajes y códigos que cada comunidad utiliza, entiende y disfruta.
- Los espacios y circuitos en los que se mueven y encuentran los miembros de la comunidad.
- Los medios y técnicas de comunicación que se usan cotidianamente.

LA COMUNIDAD COMO ESCENARIO DE COMUNICACIÓN	
Los actores	El equipo de salud ¿Cuáles son nuestros objetivos? ¿En qué consiste nuestro trabajo? ¿Qué vamos a aportar a la comunidad? ¿De qué modo nos organizamos como equipo para realizar nuestras tareas? ¿Qué instituciones nos atraviesan? ¿Con quiénes nos relacionamos y cómo? ¿Qué tipo de comunicación estamos construyendo con los otros? ¿Cómo influyen estas cosas en nuestro trabajo con la comunidad? ¿Cómo ve/valora/considera nuestro trabajo la comunidad?
	Los actores de la comunidad ¿Qué actores sociales existen allí? ¿Qué tareas desarrollan? ¿Qué intereses tienen? ¿Qué intereses son comunes a los de otros actores y a los nuestros, y cuáles diferentes o incluso opuestos? ¿De dónde proviene su poder, su legitimidad dentro de la comunidad?
Los procesos, sociales, históricos, culturales y políticos que atraviesan a la comunidad ¿Cuál ha sido la historia reciente de la comunidad? ¿En qué trabajan, de qué viven, cómo se relaciona eso con otras dimensiones de su vida? ¿Qué actividades culturales realizan? ¿Qué música escuchan, qué ven en televisión, cómo se divierten?, entre otras cosas...	
Los problemas y contenidos que movilizan a la comunidad ¿Qué temas se consideran importantes? ¿Por qué? ¿Quiénes consideran importante cada tema, qué opinan los otros actores sobre esos temas? ¿Cuáles son las principales demandas de la comunidad?	
Lenguaje y códigos ¿La comunidad en la que trabajamos sabe leer y escribir? ¿Prefieren y disfrutan más escuchar las cosas o leerlas? ¿De qué manera se relacionan entre sí? ¿Cuáles son sus códigos? ¿Qué cosas son vistas con simpatía y cuáles no?, entre otras...	
Los espacios y circuitos ¿Qué espacios de circulación, concentración y reunión existen en la comunidad?	
Los medios y técnicas de comunicación ¿Qué instancias de comunicación interpersonal formales existen en la comunidad? ¿en qué medida podemos aprovecharlas para desarrollar nuestro trabajo? ¿Qué medios consumen y disfrutan habitualmente?	

Elementos de la comunicación de la comunidad

Para finalizar, señalamos tres espacios en los que se desarrollan las prácticas comunicativas en las organizaciones:

1. El espacio público: se trata de la disputa por la agenda mediática pero también por los sentidos hegemónicos. Implica, por un lado, la presencia o no de la organización en los medios de comunicación y, por otro lado, las representaciones sociales hegemónicas que circulan y construyen el sentido común de los espacios comunitarios. Estas expresiones se encuentran en lo que se dice en los medios de comunicación sobre las organizaciones sociales y en los discursos que circulan en la población sobre las organizaciones.

2. El espacio comunitario: se vincula con el territorio y los vínculos comunitarios, son las prácticas comunicativas que se construyen en la vida diaria. Se expresan en recursos que se utilizan para comunicar e informar de las actividades y reuniones convocadas por la propia comunidad.

3. Los espacios de las relaciones interpersonales – grupales: incluye la comunicación interpersonal y grupal. Nos referimos a las prácticas comunicativas que se generen dentro de la organización.

Para sintetizar

En el campo de la salud, la comunicación:

- informa a la población sobre los servicios de salud existentes y la forma de acceder a ellos
- ayuda a los miembros de las comunidades a identificar sus problemas de salud y sus causas
- estimula la reflexión comunitaria sobre iniciativas en favor de la salud
- facilita el intercambio de ideas y experiencias entre grupos de la comunidad, así como entre comunidades distantes entre sí
- apoya a la movilización comunitaria para la salud: canaliza rei-

vindicaciones, legítimas propuestas y divulgación de realizaciones apoya a la educación en salud e informa sobre prácticas saludables.

Constituye también una importante función la llamada comunicación interinstitucional, que facilita la coordinación y la cooperación entre las diversas instituciones públicas y privadas interesadas en la salud.

De este modo, la comunicación en y para la salud es una estrategia clave para informar, sensibilizar, concientizar, construir opiniones en y con la población en torno a aspectos concernientes a la salud, poner cuestiones sanitarias en la agenda pública.

Estrategias comunicacionales

Como vimos, la comunicación es uno de los componentes esenciales en toda acción de salud. La estrategia de comunicación busca que la población en general, y especialmente las personas afectadas por un problema, se comuniquen entre sí, adquieran conocimientos, adopten actitudes y comportamientos favorables, se organicen y participen activamente en la solución del problema con acciones individuales y colectivas.

En términos generales, una estrategia refiere al conjunto de acciones que se consideran adecuadas para alcanzar un objetivo. **Ahora bien, el objetivo de una estrategia de comunicación en salud es promover y facilitar que determinados grupos de personas realicen acciones favorables a su salud.**

Para ello, la estrategia utiliza combinaciones de mensajes y medios adecuados para promover conocimientos, actitudes y comportamientos saludables.

En este sentido, es clave la planificación participativa para involucrar, en el proceso de planeamiento y ejecución de la estrategia de comunicación, a las instituciones y grupos sociales afectados por el problema que se desea resolver y que están interesados en su solución.

Es muy importante en este proceso tener en cuenta la realidad comunicacional:

- Considerar los sujetos que entran en relación
- La naturaleza de la relación.
- Modalidades de producción de sentidos: los productos culturales-mediáticos que se ponen en juego. Las mediaciones tecnológicas. Los procesos de producción y circulación.
- Las significaciones de las prácticas comunicacionales. Rasgos culturales, conductuales, ideas predominantes, acuerdos, conflictos.
- Públicos, mensajes y medios.

En cuanto a este último punto, podemos decir que:

1) El público: no es una «masa homogénea» sino que en su interior hay distintos grupos o sectores. No es pasivo sino un “actor social”, autónomo e inteligente, un ciudadano cuya participación es necesaria.

2) Los mensajes: si la gente no entiende el mensaje o no lo acepta, la estrategia fracasa. El mensaje es la idea a comunicar, no la forma final en la que será presentada. Un mismo mensaje puede ser comunicado mediante diversas formas. Es importante, tener en claro la idea central y los argumentos que la apoyan.

3) La palabra “medios” no significa solamente los medios de comunicación visual o audiovisual, tales como prensa, radio y televisión, sino toda y cualquier acción o actividad de comunicación que se utilice para que los grupos de público seleccionados tengan acceso a los mensajes relevantes.

Revisemos los siguientes cuadros:

Masivos	Personas / Grupales	De apoyo	Comunitarios	Electrónicos
- Periódico	- Reunión	- Rotafolio	- Visita de intercambio	- Internet
- Revista	- Taller	- Papelógrafo	- Feria	- Correo electrónico
- Radio	- Curso	- Franelógrafo	- Festival	- Fax
- Televisión	- Panel	- Pizarrón	- Fiesta patronal	- Teléfono
- Cine	- Simposio	- Lámina	- Kermés	- Teléfono celular
- Libro	- Mesa redonda	- Fotografía	- Mercado popular	- Telecentros
- Folleto	- Demostración de resultados	- Retroproyector (transparencia)	- Desfile	- Teleconferencias
- Adhesivo	- Demostración de métodos	- Power Point	- Asamblea	
- Plegable (tríptico)	- Dramatización	- Video	- Exposición	
- Vehículo	- Teatro popular	- Cartilla	- Mural	
- Afiche (afiche)	- Títeres	- Juego educativo	- Periódico mural	
- Educación a distancia	- Excursión	- Pasacalle	- Altoparlante	
- Carta circular	- Concurso	- Maqueta	- Grupos musicales locales	
- Boletín informativo	- Estudio de casos	- Herbario o insectario	- Eventos recreativos y deportivos	
- Panfleto	- Debate	- Objetos	- Círculos de aprendizaje	
- Volante		- Instrumentos	- Redes de contacto y cooperación	
- Historieta cómica				

Algunos/as expertos/as, técnicos/as y programas de salud reducen la comunicación a la sola producción de materiales visuales, escritos o audiovisuales. Pero la comunicación va mucho más allá de la producción de materiales. Comprende actividades dirigidas a que las personas, grupos e instituciones se relacionen entre sí, reflexionen y adopten comportamientos adecuados a su salud.

Los materiales no son un fin en sí mismos, sino instrumentos auxiliares de los procesos de relación, reflexión y decisión, que son fundamentales en todo proceso de comunicación educativa. Además de ser producidos, los materiales de comunicación deben ser distribuidos, utilizados convenientemente y evaluados.

Medio	Formatos	Ventajas	Desventajas
Gráfica	Afiche	<ul style="list-style-type: none"> - Es llamativo - Tiene alto impacto - Tiene bajo costo - Llega a mucha gente en simultáneo - Se lee rápidamente 	<ul style="list-style-type: none"> - Transmite poca información - Sólo permite abordar un tema
	Volantes	<ul style="list-style-type: none"> - Permite fijar conceptos - Tiene bajo costo económico - Transportable - Se lee rápidamente - Muchas formas de distribución 	<ul style="list-style-type: none"> - Fácilmente desechable. - Poca información. - Sólo permite abordar un tema.
	Publicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Permite desarrollar información - Puede combinar texto e imágenes - Permite abordar varios temas 	<ul style="list-style-type: none"> - Mediano costo. - Requiere tiempo para su lectura. - Requiere periodicidad (revista). - Permite trabajar más de un tema.
Radio	Spot Radial	<ul style="list-style-type: none"> - Apela a la imaginación - Bajo costo económico - No requiere periodicidad - No se precisa saber leer 	<ul style="list-style-type: none"> - Aborda un solo tema. - Poca información.
	Micro-programas	<ul style="list-style-type: none"> - Permite desarrollar varios temas - Contiene varios formatos y géneros (entrevista, música, opinión, etc.) - Permite interactuar con los destinatarios (ej: llamados telefónicos) - No se precisa saber leer 	<ul style="list-style-type: none"> - Requiere mucho tiempo y esfuerzo de producción.
Audio-visual	Corto	<ul style="list-style-type: none"> - Gran fortaleza para apelar a las emociones y la identificación del destinatario - Rápida comprensión - No se precisa saber leer 	<ul style="list-style-type: none"> - Alto costo económico de producción. - Permite abordar un solo tema.

La comunicación es una práctica que llevan adelante las personas en una situación específica y en un momento histórico particular. No son los medios que utilizamos los que definen esas experiencias sino los mismos sujetos.

Muchas organizaciones desarrollan prácticas comunicativas creativas para visibilizar sus problemas. Podemos pensar en los grafitis, pintadas, pasacalles, radios abiertas, festivales populares, ferias, murales, realización de reuniones en las instituciones del barrio o en la casa de otros/as vecinos/as, la conversación casa por casa, la distribución de volantes, incluso, las acciones de protesta propiamente dichas son algunas de las estrategias de comunicación por fuera de los medios hegemónicos.

La comunicación comunitaria se relaciona con aquellas prácticas que se desarrollan en un territorio determinado: un barrio, una comunidad, un espacio local. Hablamos de un lugar físico con una historia y una identidad, muchas veces, compartida.

Veamos una herramienta más que interesante para trabajar los procesos de comunicación en el territorio: El Mapeo Colectivo. Realizar un mapeo territorial implica relevar los actores sociales, las organizaciones que allí conviven y las lógicas de circulación que se despliegan, entre otros aspectos.

Risler y Ares sostienen que “el mapa no contempla la subjetividad de los procesos territoriales, sus representaciones simbólicas o los imaginarios sobre el mismo. Son las personas que lo habitan quienes realmente crean y transforman los territorios, lo moldean, desde el diario habitar, transitar [...]” (2013: 8).

El territorio es un escenario de la comunicación, donde habitan conflictos, redes, potencialidades y recursos. Mapear el barrio se vuelve una herramienta creativa y lúdica para la construcción de narraciones colectivas desde la memoria comunitaria. La información relevada se socializa en espacios de encuentro para intercambiar y poner en diálogo saberes y a la vez, sistematizar los datos en un soporte común.



Si te interesa ampliar sobre este tema te invitamos que te acerques a:

<https://iconoclasistas.net/cartografias/>

Allí encontrarás:

1. Una guía con pasos básicos para llevar adelante un proceso de mapeo: <https://iconoclasistas.net/cuadernillo-escolar/>
2. Un Manual de mapeo colectivo: Recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. <https://iconoclasistas.net/4322-2/>

Llevar adelante una adecuada estrategia de comunicación resulta clave para implementar políticas de salud en el territorio y de esta manera adoptar modos de vida saludables individuales y colectivos. El diseño, formulación, implementación y evaluación en materia de comunicación y salud supone contemplar una serie de componentes que van desde la comunicación masiva, la interpersonal, la educación, formas tradicionales y específicas de una cultura.

El desarrollo de estrategias de comunicación debe orientarse a la promoción de espacios de articulación territorial y a promover “mecanismos que favorezcan la horizontalidad en el encuentro entre diferentes actores. Ello no significa negar las diferencias y las relaciones de poder propias de toda interacción social. Por el contrario, las estrategias de CyS asumen la existencia de tales conflictos y diversidades en sus distintos niveles de acción” (Petracci, Cuberli y Palopoli, 2010: 4).

Para concluir, podemos pensar los tipos de estrategias de comunicación de las políticas de salud (González Gartland, 2019: 44-45):

1. Estrategias de comunicación mediáticas: aquellas que se proponen brindar información, motivar, convocar a la población y/o crear corrientes de opinión pública sobre temas y problemas de salud pública a través de los medios masivos de comunicación (prensa, radio, televisión, internet). En general, logran un gran alcance y cobertura,

ya que pueden cubrir gran parte del territorio nacional, regional o local y muchos destinatarios a la vez. Combinadas con otras estrategias como las comunitarias o institucionales, suelen tener cierta efectividad. Aquí nos interesa prestar atención a las lógicas propias de la agenda de los medios de comunicación al momento de abordar un tema o problema de salud o diseñar la comunicación de una política de salud.

2. Estrategias de comunicación institucional: aquellas que se llevan a cabo desde una organización pública o privada y se encuentran dirigidas a personas o grupos de personas del contexto donde desarrolla su actividad. Sus principales objetivos se centran en construir relaciones en la organización misma y entre la organización y los públicos a los que se dirige, para darse a conocer y proyectar una imagen pública adecuada a sus fines y actividades. Estas estrategias se dividen en internas: abordan las relaciones, prácticas e interacciones comunicativas que se registran en el interior de las instituciones orientadas a los procesos de atención de la salud (cap, hospitales) y externas: conjunto de acciones, mensajes y relaciones que la organización de salud mantiene con sus públicos externos para dar a conocer su actividad, informar o prevenir sobre problemas de salud y/o promover cambios saludables, entre otros. En este caso, recordemos que siempre debemos tratar de incorporar una perspectiva intercultural cuando pensemos los materiales comunicativos desde nuestras organizaciones (ministerios, secretarías, hospitales, cap, servicios de salud).

3. Estrategias de comunicación comunitarias: aquellas que promueven la participación de los miembros de la comunidad en la definición de sus problemas y necesidades de salud, así como también intervenir activamente en las soluciones posibles. Permiten recuperar y fortalecer los espacios y modos de comunicación propios del territorio para compartirlos y así motivar la participación activa de los diferentes grupos que lo componen. Se caracterizan por la intervención horizontal de los miembros de la comunidad y se desarrollan en el territorio. Algunos ejemplos: conversatorios sobre temas de salud relevantes en el barrio, organización de cine debate sobre prácticas saludables, periódicos, radios y videos comunitarios, ferias de salud, entre otras actividades.

4. Estrategias de comunicación interpersonales: aquellas que se producen entre dos o más personas “cara a cara” para abordar un problema en particular. Se pueden diferenciar entre las interpersonales personalizadas, que se dan en el contexto de la consulta médica en el cap, el hospital o el consultorio privado o en los espacios de consejería; y las interpersonales grupales, en las que se establece contacto entre una persona y un grupo para el intercambio de experiencias, análisis y búsqueda de soluciones participativas como en el sociodrama, en los talleres de capacitación sobre salud, entre otras actividades.

En resumen, la visión que prevalece sobre el ámbito de la salud, es decir, el modo en que se consideran la atención de la salud, el sistema sanitario, las principales problemáticas de salud, resulta un aspecto central en la definición de las estrategias de comunicación.



A continuación, te dejamos una serie de actividades que puedes pensar en el territorio con tu grupo de trabajo:

1. Relevar y debatir diferentes estrategias de comunicación comunitaria y popular en el campo de la salud que se desarrollan en el territorio donde participas. Aspectos negativos y positivos de los mensajes y campañas.
2. Diseñar a partir de una herramienta de comunicación (posteo de Facebook/IG, gráfico, spot de radio, nota periodística, feria, entre otras) una campaña con la lógica de la comunidad.
3. A partir del trabajo de campo en el territorio nos preguntamos: ¿qué mapas colectivos podemos construir?, ¿con quiénes?, ¿dónde?, ¿qué elementos/relaciones podemos incluir en el mapa?

Tené en cuenta que es posible realizar un mapeo de diferentes aspectos:

¿Qué mapeamos?
Mapas del pasado, del presente y del futuro
Mapas de Instituciones y organizaciones sociales
Mapas de redes de relaciones
Mapas de espacios de uso y lugares de encuentro
Mapas de lugares de trabajo
Mapas de actores
Mapas de conflictos y de riesgos
Mapas temáticos (ecológico, migraciones, relaciones e identidades de género)
Mapas de accesibilidad (Comedores; justicia salud; educación; bomberos; policía, transporte público-privado; estado de las calles)

¿Qué otros aspectos se podrían incluir? ¿Cómo realizamos el mapa? ¿Es posible ordenar el material con imágenes y fotografías, entre otros recursos? ¿De qué manera socializamos el trabajo cartográfico en y con la comunidad?

Profesora consultada

Dra. María Belén del Manso (Facultad de Psicología)

Bibliografía consultada

Alfaro, R. Ma. (1993). *Una comunicación para otro desarrollo: para el diálogo entre el norte y el sur*. Ed. Calandria-Asociación de Comunicadores Sociales.

Balan, E.; Jaimes, D.; Alegria, H. y Borri, N. (junio de 2000). *Barrio Galaxia: Manual de Comunicación Comunitaria*. Ed. Centro Nueva Tierra. https://practicasdelaen2.files.wordpress.com/2014/06/barrio-galaxia_manual-de-comunicacion-comunitaria.pdf

Cardoso, N.; Lois, I.; Isella, J.; Campo, Y. y Gómez, M. (2017). Apunte general de cátedra. Taller de comunicación comunitaria. Carrera Ciencias de la Comunicación, FSOC-UBA. <http://comunicacioncomunitaria.sociales.uba.ar/>

González Gartland, G. (2019). *Comunicación en salud: conceptos y herramientas*. Ed. Universidad Nacional de General Sarmiento. <https://ediciones.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2019/09/9789876304139-completo.pdf>

Iconoclasistas (2019). *Mapeando el territorio*. Taller de mapeo e investigación colaborativa, en el marco del Congreso "Pedagogías y Sindicato. Por una educación pública y popular para la emancipación", organizado por la Unión de trabajadoras y trabajadores de la educación de Río Negro (UnTER). <https://iconoclasistas.net/cuadernillo-escolar/>

Lois, I.; Amati, M.; Isella, J. (2014). *Comunicación popular, educativa y comunitaria*. Dpto. de publicaciones de la Facultad de Derecho y Cs. Sociales de la Universidad de Bs.As. <http://www.sociales.uba.ar/wp-content/blogs.dir/219/files/2015/07/6-Comunicacion-B.pdf>

Monti, E.; Taborda, J.; López, S.; Nicolino, L.; Debanne, L.; Tabera, Ma. N.; Wedemeyer, C. y Dalmasso, P. (2007). *Manual de Comunicación para la Salud. Herramientas para la producción de materiales y acciones comunicativas en las prácticas comunitarias*. Área de Comunicación del Programa de reforma de la atención primaria de salud (PROAPS). http://www.anmat.gov.ar/Enfermedad_Celiaca/01_Manual_Com_Salud.pdf

Petracci, M.; Cuberli, M. y Palopoli, A. (2010). "Comunicar salud: Una propuesta teórica y práctica". Concurso caespo en memoria de la eximia educadora Haydee de Luca "Determinantes de la salud". Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población. <https://drive.google.com/file/d/0B8r9T6YEOiq6NDJlY2E3YjEtN2ZkOC00OTVjLTgxZ-GYtZDM2Nzk1ZDEzMzjk/view?resourcekey=0-bG5F6ExEE4E0FweR-j718iw>

Prieto Castillo, D. (1999). *La comunicación en la educación*. Ed. Ciccus-La Crujía.

Risler, J. y Ares, P. (2013). *Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa*. Ed. Tinta Limón. <https://iconoclasistas.net/4322-2/>

Ministerio de salud (2015). Serie Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos Guía de comunicación para equipos de salud, Bs As., Argentina.

Ruiz, L. (2014). *Producción de materiales de comunicación y educación popular*. Dpto. de publicaciones de la Facultad de Derecho y Cs. Sociales de la Universidad de Bs.As. <http://www.sociales.uba.ar/wp-content/blogs.dir/219/files/2015/07/2-Prod-Materiales-B.pdf>

Uranga, W. (2012). "Comunicación popular y universidad: para invitar a la reflexión sobre la intervención". Revista territorio, Fsoc., UBA, año 1, n° 1.

Módulo 6

A - Las políticas de salud

En este módulo 6, desarrollaremos el concepto de políticas públicas y políticas de salud, reconociendo en ellas el eje orientador para la organización de los servicios de atención y cuidado, donde el Estado debe ser garante del Derecho a la salud. También, seguiremos ahondando en relación a las prácticas de salud que se pueden conjugar en los territorios como producto de las políticas establecidas. Así, partimos de considerar que es fundamental dilucidar las concepciones que se disponen sobre política, salud, enfermedad, campo, agentes y actores sociales (módulo 2). Teniendo en cuenta esto, podemos afirmar que la manera desde la cual observamos y nos acercamos a la realidad tendrá en gran medida relación con las acciones que llevemos adelante.

Debido a lo anteriormente expuesto, es que en este módulo esperamos profundizar desde un enfoque crítico sobre las políticas, las planificaciones, acciones e intervenciones que se producen en torno a la salud en los territorios.

A.1. Política y Políticas Públicas

La *política* como las *políticas públicas* tienen que ver con el poder social, pero son diferentes.

Según Sodaro, la **política** es el proceso por el que las comunidades persiguen objetivos colectivos y abordan sus conflictos en el marco de una estructura de reglas, procedimientos e instituciones, con el objetivo de alcanzar soluciones y adoptar decisiones aplicables por la autoridad estatal (en sus diferentes niveles político-administrativos) al conjunto de la sociedad (Sodaro, 2006).

La **política** es un concepto amplio, relativo al poder en general (“politics”). El poder consiste en la “capacidad que tienen los individuos o miembros de un grupo de lograr sus objetivos o de impulsar sus intereses” (Guiddens, 2000). La motivación central de la actividad política es el **combate por el poder**, institucionalizado en el Estado, pues la política es una competencia continua que tiene como objetivo la conquista del poder con el fin de que dirigentes de partidos y movimientos salgan elegidos en posiciones de comando. **Política, por tanto, es la acción premeditada y consciente para alcanzar el poder o influir sobre quienes lo ejercen** (Estrada Villa A. Cedrón Gonsalez W., 2019).

Por su parte, las **políticas públicas** corresponden a soluciones específicas de manejo de los asuntos públicos (“policies”) (Viteri Díaz G., 2007).

- Características de las políticas públicas.

Las políticas públicas poseen:

- *Un contenido*: se movilizan recursos para generar resultados o productos.
- *Un programa*: los actos aparecen articulados por una estructura relativamente permanente de orientación.

- *Una orientación normativa:* los actos son portadores de ciertos valores y tienden hacia objetivos específicos.
- *Un factor de coerción:* la actividad pública procede de la naturaleza autoritaria de que está investido el actor gubernamental, lo que le permite imponer el acto público.
- *Una competencia social:* los actos y disposiciones de la política afectan la situación, los intereses y los comportamientos de los administrados.

La Construcción de la Agenda

Las Políticas Públicas constituyen respuestas a cuestiones que han sido problematizadas por el conjunto social, a través de un proceso donde los actores demandan y negocian con el Estado sus intereses, el Estado aquí otorga legitimidad y universalidad, originando respuestas institucionales.

Al ser el problema considerado de interés público se origina el proceso de formulación e implementación de las/s políticas específicas. Se puede decir que la temática ha ingresado a la **agenda pública**, determinándose a partir de allí diferentes cursos de acción.

Aspectos a considerar para la incorporación en la agenda:

1. No es posible ocuparse de todas las demandas al mismo tiempo (priorización).
2. Al ser cuestiones de carácter público estas deben ser de fácil accesibilidad para los actores que deseen informarse y participar.
3. La agenda es dinámica, ya que está condicionada por el interés del conjunto, con su capacidad de despliegue y recursos.
4. Los temas son colocados en la agenda pública a través de la actividad que despliegan los medios de comunicación y la agenda institucional representada por el área de interés.

Como cuerpo de las políticas públicas deben señalarse los valores que se sustentan:

- La equidad, la solidaridad, la participación, el pluralismo, la transparencia son valores que sustentan el origen y funcionamiento de las P.P.
- Las P.P. deben ser enunciadas de modo tal que resulte claro el valor social que se trata de alcanzar a través de su implementación.

La discusión en torno a los valores surge a propósito del debate sobre el tipo de orientación de la política pública que se han planteado en el marco de las reformas institucionales que se llevaron a cabo en la región, donde los cambios en los modelos de Estado han marcado fuertemente la orientación de las Políticas Públicas, y dentro de ellas las vinculadas al campo de la salud.

En síntesis, las PP:

- ✓ *Corresponden a la respuesta planificada, organizada y sistemática ante cuestiones que afectan o interesan al colectivo social.*
- ✓ *Relacionadas a lo Público en tanto guardan relación con lo que le concierne a la comunidad.*
- ✓ *Trabajan sobre el acceso y sus barreras para con una determinada área o actividad estatal.*
- ✓ *Lo Público requiere el ejercicio de funciones regulatorias o de control para evitar las distorsiones que produce la racionalidad del mercado.*
- ✓ *Están ligadas al ejercicio de los derechos ciudadanos y su resguardo.*
- ✓ *El medio ambiente, la salud y la educación son bienes públicos sobre los que las autoridades deben actuar para su aseguramiento.*
- ✓ *Las políticas públicas pueden expresarse a través de la Ley y/o de Programas, proyectos "**Políticas Públicas Activas**".*

A.2. Políticas sociales

El **área social** de la política pública está constituida por las actividades orientadas directamente a las personas, tales como educación,

servicios de salud y “un ramillete variadísimo de otros servicios que suelen englobarse habitualmente en la definición difusa de bienestar” (Neri, 1983).

Estas políticas pueden analizarse en un *sentido amplio* o en un *sentido restringido* (Maingon T., 2004).

En un **sentido restringido**, las políticas sociales son un conjunto de medidas que contribuyen al mejoramiento de una situación determinada. Son políticas transitorias para aminorar o regular las fallas de la política económica, de carácter asistencial y con una función residual.

En un **sentido amplio**, la función principal de la política social es la reducción y eliminación de las inequidades sociales a través de la redistribución de los recursos, servicios, oportunidades y capacidades. Son las políticas de salud, educación, seguridad social, vivienda, distribución y redistribución del ingreso.

Funciones básicas de la política social

Según Franco (2003), las funciones de la política social son las siguientes:

- 1) *Inversión en capital humano (educación, salud y vivienda).*
- 2) *Compensación social (redes de protección social).*
- 3) *Cohesión social.*

1) *Inversión en capital humano.* Los países no podrán ser competitivos si no disponen de una fuerza laboral adecuadamente formada y capacitada. La política social constituye un prerrequisito del crecimiento económico.

2) *Compensación social (redes de protección social).* Contra la pobreza e indigencia, formando parte de sistemas institucionales permanentes, con personal especializado con elegibilidad de los beneficiarios y metodologías de monitoreo y evaluación.

3) *Cohesión social*

A.3. Política sanitaria

Es la actividad de la autoridad sanitaria o la intención manifestada por esa autoridad de actuar tanto sobre la situación de salud, como sobre los servicios de atención de la salud, su organización, administración y financiamiento.

El término caracteriza los cursos de acción seguidos por la autoridad sanitaria o las proposiciones de acción enunciadas por la misma a través de declaraciones, leyes, decretos, resoluciones u ordenanzas (Veronelli, J.C., 1975).

Estas políticas aparecen en forma implícita o explícita; esta última declarativa o formalizada.

El sujeto de esa política es la situación de salud.

La sustancia de las políticas de salud está conformada por tres tipos de cuestiones:

- a. las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación que se ejercen sobre las personas (atención de la salud),
- b. las acciones que se dirigen sobre el medio ambiente (saneamiento ambiental),
- c. los insumos que esas acciones requieren: formación (o producción), distribución y organización de los recursos (humanos, materiales y financieros).

Recientemente, se instaló el concepto de “salud en todas las políticas” es un enfoque colaborativo para mejorar la salud de todas las personas mediante la incorporación de consideraciones de salud en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de políticas. El objetivo de Salud en todas las políticas es asegurar que todos los tomadores de decisiones estén informados sobre las consecuencias de salud, equidad y sostenibilidad de las diversas opciones de políticas durante el proceso de desarrollo de políticas (Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L., 2013).

Un enfoque de salud en todas las políticas identifica las formas en que las decisiones en múltiples sectores afectan la salud, orientado

por la determinación social de la salud. Se basa en una larga tradición de la salud pública. Así, el *Movimiento de Salud Pública del siglo XIX* en Europa, caracterizaba a la enfermedad en términos de *causas suficientes múltiples* como el mal clima, el aire contaminado o la pobreza. Aunque no fue capaz de construir un modelo causal de enfermedad que integrara los *microorganismos* como un agente intermedio entre las condiciones de vida y la enfermedad, sentó las bases de la necesidad de la colaboración intersectorial.

Uno de sus padres, Rudolf Virchow (1821-1902) vivió en la Alemania de la segunda mitad del siglo XIX. **Trabajaba en un centro de atención al que acudían personas pobres, y** dio un paso cualitativo importante al considerar la estructura política y social como origen de los males de los pobres y, sobre todo, al considerar que la acción política entraba dentro del campo de la medicina y las reformas sociales dentro del interés y obligaciones del médico. Virchow estableció que **“La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en una escala más amplia”**.

Ramón Carrillo (1906-1954), el primer ministro de Salud argentino, trabajó durante toda su gestión bajo esta perspectiva. Sostenía que: **“Los problemas de la Medicina como rama del Estado, no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría.”** En otra de sus frases expresa este pensamiento: **“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas.”**

En última instancia, el enfoque de la salud en todas las políticas busca institucionalizar las consideraciones de salud, equidad y sostenibilidad como parte esencial de los procesos de toma de decisiones en una amplia gama de sectores.

B - Prácticas de salud

Para comenzar, nos resulta importante determinar qué entendemos por prácticas de salud.

Siguiendo a Saforcada (2002), 

Las PRÁCTICAS DE SALUD remiten a un proceso que contempla conocimientos y acciones en torno a la promoción, prevención y asistencia. Para este autor es fundamental tener en cuenta que las mismas no solamente se concretan por profesionales de la salud, sino por múltiples agentes que son parte del entramado social. Así, las prácticas en salud no solamente se estructuran en relación a conocimientos técnicos específicos sino que también contemplan los pensamientos, creencias, hábitos, valores, sentimientos y comportamientos de los sujetos, los grupos, los barrios, las comunidades y los pueblos.

B.1. Las prácticas de salud desde la promoción

Las prácticas de salud pueden pensarse desde múltiples perspectivas. Una de ellas es la vinculación de las mismas con la promoción de la salud. Ya en el módulo 2, empezamos a reflexionar sobre el surgimiento de la promoción de la salud y su reconocimiento en documentos internacionales como fue la Carta de Ottawa en la década de los 80. Ahora, vamos a precisar cuál es la relevancia de reflexionar sobre prácticas de salud que promuevan un enfoque promocional.

Para comenzar, tomaremos lo propuesto por Czeresnia y Freitas Machado (2006) quienes refieren que la promoción de la salud se asocia con...

la posibilidad de trabajar con aspectos saludables, “positivos” o beneficiosos de las personas y las comunidades. Así, la promoción de la salud se vincula con el impulsar, generar, fomentar, fortalecer y mantener estos aspectos.

Por lo tanto, **prácticas de salud que focalicen en aspectos promocionales, tenderán a enfatizar sobre las condiciones de vida en lugar de abordar aquello “que falta” o se considera “sintomático”**. Estas prácticas de salud se pueden pensar como estrategias que suelen ser inespecíficas y que tengan en cuenta “las causas de las causas”, es decir los aspectos que hacen a la estructura subyacente de los problemas sociales. Para ello, por supuesto que será preciso disponer de articulaciones entre sectores que provengan de la academia pero también de políticas gubernamentales que aporten recursos para ello y sean respetuosas de las realidades de las personas que viven en los territorios (Czeresnia y Freitas Machado, 2006).

En este sentido, las prácticas de salud promocionales tendrán en cuenta:

- La importancia de la comprensión de los sentidos y la cotidianeidad de los territorios.
- La relevancia de la participación crítica de la comunidad para su desarrollo por medio del compromiso y la pertenencia que se puede conjugar en la acción comunitaria.
- La reflexión sobre el rol profesional de los/as profesionales de la salud, entendiendo que allí estos/as actúan como trabajadores y facilitadores de la garantía de derechos.
- El desarrollo de una cooperación sostenida entre diferentes agentes y actores sociales, especialmente en la planificación, ejecución y evaluación que se produce en intervenciones territoriales y la toma de decisiones.

B.2. Las prácticas de salud desde la prevención

Cuando nos referimos a **prácticas de salud desde la prevención aludimos a las múltiples acciones y estrategias que se llevan adelante en el campo de salud con el objetivo de anticiparse, prepararse, llegar antes de tal suceso**, evitar que se produzca un daño ya sea sobre una persona, un grupo o una comunidad (Gavilán, 2015).

La prevención se puede definir como: **un proceso activo de crear condiciones y/o atributos que promueven el bienestar personal**

y colectivo. Así, se espera que sea una acción anticipada, basada en el reconocimiento de las causas para evitar un daño o enfermedad. La prevención es un elemento de vital importancia en el ámbito socio-comunitario de actuación, pues nos permite detectar el problema, averiguar sus causas, predecir situaciones negativas e intervenir de acuerdo a todos estos aspectos (Gavilán, 2015).

Algunas consideraciones sobre la prevención

Desde múltiples disciplinas, se han realizado clasificaciones que han contribuido a localizar la amplitud que el enfoque preventivo puede disponer. No obstante, presentaremos aquí algunos aportes “clásicos” en materia de prevención (Leavell y Clark, 1965).

De acuerdo al momento de la “*historia natural de la enfermedad*” en que se realice, reconocemos diferentes “niveles de prevención”. Estos se relacionan con la dimensión “temporal” y las acciones que se llevan a cabo para la anticipación a las problemáticas o la posibilidad de acción, intervención y/o tratamiento.

Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención



- **Prevención primaria**

Es un concepto que incluye a la comunidad, e implica las estrategias que se llevan a cabo en una población para evitar que aparezcan determinadas situaciones anómalas. Tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades en el **periodo prepatogénico**. Comprende:

- ✓ Protección o prevención específica: incluye intervenciones concretas frente a enfermedades o afecciones determinadas (vacunas, flúor, preservativos, medidas antitabaco).
- ✓ Prevención inespecífica: comprende las medidas que se toman sobre el individuo, colectividad o medio ambiente con el fin no solo de evitar la enfermedad, sino de fomentar la salud en las poblaciones.

- **Prevención secundaria**

Aparece cuando la primaria no ha existido o ha fracasado. En términos epidemiológicos, tiene como objetivo disminuir la prevalencia de la enfermedad y evitar su progresión.

- ✓ Detección precoz de enfermedad subclínica:
 - cribado o screening: Programas comunitarios.
 - Detección clínica precoz, búsqueda activa u oportunista de casos (case finding).
- ✓ Diagnóstico y tratamiento adecuados.

- **Prevención terciaria**

Pretende enlentecer la enfermedad y evitar o atenuar sus complicaciones y secuelas (invalidez) y mejorar la funcionalidad. Se lleva adelante para tratar de reducir en la comunidad o población las consecuencias derivadas de los padecimientos físicos, psíquicos y sociales, y estimular en los individuos sus propias competencias. Este tipo de prevención trabaja sobre el problema ya instalado y sus consecuen-

cias. Incluye acciones enfocadas a la recuperación de la enfermedad, a la rehabilitación física, psicológica y social. Busca reducir las secuelas y la muerte prematura.

- ✓ Medidas terapéuticas y rehabilitadoras.

Antes de avanzar aquí cabe presentar algunas apreciaciones sobre la Medicina Preventivista. En el *Dilema Preventivista* (Arouca 2008) recupera los postulados del movimiento preventivista en oposición a la medicina curativa, enunciando que la medicina curativa se trata de una práctica que se agota en el diagnóstico y la terapéutica dejando en segundo plano la prevención y la rehabilitación privilegiando la enfermedad y la muerte.

Arouca reflexiona sobre los procesos salud enfermedad haciendo hincapié en la conducta médica, partiendo de la revisión del discurso médico que sostienen dichas prácticas. Plantea la necesidad de que la medicina preventivista se abra a leer las dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas de la práctica médica.

En el *Dilema Preventivista*, el autor enuncia la construcción de una teoría social de la medicina como práctica social. En su trabajo analiza el discurso preventivista y su institucionalización, realiza una crítica a la enseñanza en el marco de lo hospitalario y plantea el estudio de la enfermedad en el espacio de lo social. Arouca va a plantear:

En una primera instancia, la medicina preventiva promueve una reorganización del discurso médico que, intencionalmente, mira hacia la definición de una práctica. Pero lo realmente importante de esa modificación es que, al tomar las conductas preventivas en sus formas aisladas, inciden sobre la enfermedad hasta un punto. La medicina preventiva instaura una totalidad que agrupa al conjunto de conductas preventivas y las difunde entre el cuerpo médico, una totalidad compuesta por dos unidades que naturalmente no son contradictorias, sino que se tornan contradictorias por el saber médico, por lo tanto, tenemos la unidad de las determinaciones (período pre patogénico) y la unidad del proceso mórbido (período patogénico). Esta to-

alidad define y sitúa al sujeto de atención médica frente a sus responsabilidades. No se trata ya del encuentro entre el médico con el paciente en su dimensión de caso clínico. El discurso preventivo proclama el encuentro del médico con el hombre, en el propio espacio y tiempo de su vida. (Arouca pág. 42)

En relación a la práctica de la medicina preventiva plantea un cambio de actitud,

La medicina preventiva sería una actitud ausente de la práctica médica, pero posible frente a nuestros conocimientos actuales, sería el conocimiento no incorporado a la práctica cotidiana, sin embargo, mantenido en suspenso frente al horizonte de lo posible; sería el futuro conocido y no operativizado. (Arouca pág.43)

Vemos en los apartados presentados, como la medicina viene revisando sus prácticas siendo autocrítica tanto en su forma de observar y atender la enfermedad como así también sobre su posición y actitud frente al sujeto de atención/ cuidado, planteando la necesidad de escuchar la realidad en su complejidad y al sujeto como participe de la misma.

Estas preguntas sobre la forma de entender y actuar frente al otro, que padece, sufre, tiene una necesidad, no solo son propias de la medicina, sino que se transversalizan al conjunto de profesionales/ trabajadores de la salud que llevan adelante prácticas de cuidado y atención de la salud.

B.3. Las prácticas de salud desde la asistencia

Siguiendo a Saforcada (2002), las prácticas de salud desde la asistencia consisten en dar lugar y atender a temáticas y problemáticas de salud en cualquiera de los niveles de atención.

El concepto de asistencia en salud implica...



promover y acompañar cambios en las personas y los grupos en pos de su bienestar, desarrollo, resolución de conflictos y fortalecimiento de su autonomía (Benia y Reyes, 2008).

Las prácticas asistenciales de salud pueden llevarse adelante de múltiples maneras. Cada disciplina dispondrá de métodos y técnicas precisas que posibilitará realizar diagnósticos, establecer tratamientos y acompañar en procesos de salud.

Desde una perspectiva de salud integral, es fundamental que tengamos presente que las prácticas asistenciales de salud deben superar una visión reduccionista biomédica. Para poder avanzar en ello, es preciso que **tengamos en mente el concepto de prácticas de salud humanizadas**.

¿Qué quiere decir esto?

- Disponer de compromiso con la tarea que se está llevando adelante.
- Trabajar en pos de acciones subjetivantes y que aporten a la garantía de derechos.
- Comprender que las temáticas de salud se vinculan con procesos de determinación social que generan desigualdades entre personas.
- Correrse de perspectivas neoliberales que apuesten a la desresponsabilización por consignas que pugnen por la “autosuperación”, “la valía personal”, “el empoderamiento individual”, “la resiliencia ante la injusticia”.
- Comprender que las acciones en salud se producen en coparticipación con sujetos que están siendo atendidos.
- Disponer de estrategias que tengan en cuenta acciones centradas en las perspectivas de las personas y su autonomía.

¿Cómo se puede proceder a concretar prácticas asistenciales humanizadas?

- Por medio de la escucha activa.
- Utilizando lenguaje que sea comprensible para los/as destinatarios/as.
- Disponiendo de información accesible y clara.
- No cerrando sentidos por medio de categorías diagnósticas rígidas que pierden el componente singular del acto de salud.
- Dándole lugar al diálogo, los interrogantes y los temores.
- Contemplando la participación activa de las personas, grupos y comunidades con quienes se interactúa.
- Teniendo en consideración el valor de lo histórico, situacional, los intersaberes, la interculturalidad y la experiencia.
- Contemplando las potencialidades de las personas, grupos y comunidades.
- Poniendo a jugar redes comunitarias y sociales para la referencia y contrareferencia.

Así, es fundamental una mirada interdisciplinar que permita comprender de manera conjunta la realidad social entendida como compleja y multideterminada.

En la misma línea de lo planteado anteriormente, Merhy et. al. (2006) señalan que la salud se produce “en acto”. De lo que se trata es justamente de la existencia de un “acto en salud” que:

- Va constituyéndose y existiendo a medida que se desarrolla para y con las personas involucradas en ese proceso. Por ello, se piensa como justamente “vivo” en donde se conjuga lo intersubjetivo.
- Entre el “maletín” de herramientas que supone se cuenta con: equipamientos, medicamentos (tecnologías duras); conocimientos y metodología específica que hacen por ejemplo a la clínica (tecnologías blandas); escucha, comprensión, establecimiento de vínculos, cuidados (tecnologías relacionales).
- Depende de la consideración de aspectos generales, pero fundamentalmente particulares como es el contexto y singulares como

pueden ser la trayectoria e historia de los sujetos. Ante esto se tornan imprescindibles la creatividad, estrategia y flexibilidad.

- Al pensarse como situado, siempre tiene un punto imposible de atravesar o considerar en protocolos o procesos de control. Tiene siempre un resto o grado de incertidumbre.

B.4. El cuidado

Como mencionamos anteriormente, las prácticas de salud pueden llevarse adelante desde diversos enfoques. No es lo mismo sustentar concepciones, planificaciones y acciones desde una perspectiva biomédica hegemónica que desde una mirada de salud integral que apela a la humanización.

Por ello, consideramos que parte de la posibilidad del desarrollo de prácticas de salud en general que se sustenten en la humanización se vinculan con el cuidado.

¿De qué hablamos cuando nos referimos al cuidado?

El cuidado es una dimensión que se conjuga en el proceso de salud y enfermedad. Tomando los desarrollos de Michalewicz, Pierri y Ardila Gómez (2014), podemos observar que hay múltiples acepciones de qué entendemos por cuidado cuando nos referimos a prácticas de salud. Entre ellas, las más prevalentes son:

1) El cuidado relacionado con lo vincular, afectivo, emocional:

Se trata de ver que, cuando un/a trabajador/a de la salud realiza su tarea, no solamente se ocupa de lo biológico en juego, sino que también median los aspectos afectivos. No se trata de aspectos técnicos (ej. saber realizar acertadamente la curación) sino de lo que permite “humanizar” la acción, poder conectar a personas desde lo emocional.

Esta dimensión al ser tan sutil suele invisibilizarse y no ser remunerada. No obstante, para los/as autores/as, es desde este aspecto que una práctica de salud se puede realizar de manera “integral” por ejemplo no reduciendo en un pase de guardia a

la persona “la cama 4, pasillo” sino entendiendo que la persona con la que se trabaja es un otro humano que por ejemplo se llama “Marcos” y tiene una historia particular.

Los/as autores/as dirán citando a Murillo (2003 en Michalewicz et. al., 2014) que es una “*dedicación subjetiva*” al paciente.

2) El cuidado como las prácticas “no formales en salud”

El cuidado en las prácticas de salud puede relacionarse no solamente con el sistema formal de salud (ej. ser atendido en un centro de salud o en un hospital por un/a profesional). Hay prácticas de cuidado que las personas realizan de manera preventiva o curativa por fuera del sistema formal de salud.

Los/as autores/as dirán que estos aspectos del cuidado ayudan al sistema de salud “formal” (centros de salud, hospitales, clínicas) y deben ser valorizados. Si no existieran, los servicios de salud no darían abasto con la atención de las personas.

Se trata de acciones que podríamos pensar como de “cuidados en red” ya sea donde el foco esté puesto en el cuidado personal, o por parte de otros/as.

3) El cuidado como atención integral en salud

El cuidado es una noción más amplia que la atención porque:

- ✓ La atención alude a relaciones verticales. Al hablar de cuidado si bien se tiene esto presente, también se piensa en relaciones horizontales (ej. la de la familia, el barrio, la sociedad) que puedan ser simétricas y participativas.
- ✓ De esta manera, no se reduce el cuidado a la salud, sino que también lo piensa en relación con la educación, la justicia, etc.

4) El cuidado como el eje que orienta atención, centrándola en los usuarios

El cuidado se orienta hacia los usuarios del sistema de salud (pacientes, usuarios/as residentes, destinatarios/as). De esta manera, no se piensa que las personas tienen que adaptarse al sistema sino al revés. El sistema de salud a pesar de su generalidad debe estar preparado para las singularidades.

5) El cuidado como sinónimo de atención

A veces se utilizan la atención y el cuidado como sinónimos. Esto no es acertado ya que se piensa que se reduce el cuidado a términos médicos donde no se tiene presente el lugar que ocupa el otro como sujeto, pleno de derechos.

Podemos decir que el cuidado es una CONDICIÓN HUMANA FUNDAMENTAL (Heller, 2001. En Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014).

Cuando nacemos somos cuidados por otros/as y nos convertimos en “sujetos humanos” por ello. Este hecho hace que las personas puedan convertirse en potenciales cuidadoras, siendo en el ámbito de la salud uno de los campos donde en mayor medida puede expresarse.

Estos aspectos en torno al cuidado son importantes de reflexionar, ya que repercuten sobre las prácticas en salud para con los/as destinatarios/as pero también para los/as agentes, actores y profesionales.

Cuando el cuidado se vincula con el trabajo...

De la Aldea (2019) señala que la dimensión del cuidado se vuelve central en ciertos trabajos. Como mencionamos anteriormente, generalmente el cuidado supone toda una serie de acciones que se relacionan con un “*saber hacer discreto*”, que suele vincular cierta articulación entre la capacidad profesional y técnica. Esto se suele observar en la puesta en juego de:

- Actitudes de anticipación y disponibilidad ante situaciones previstas e imprevistas.
- Movimientos, gestos, miradas, modos de hacer y disponer el cuerpo en el marco de la cotidianidad.
- Consideración de la empatía, la tolerancia y la comprensión para el desarrollo de las tareas.

Estos aspectos suelen quedar invisibilizados y naturalizados como parte del proceso de trabajo. Son dimensiones que no son mensurables en términos de eficacia y rendimiento, pero que hacen a la posi-

bilidad de que se concreten por ejemplo prácticas de salud. También, suele vincularse el cuidado a roles de género asociados a lo “maternal” (De la Aldea, 2019).

De la Aldea (2019) señala que el cuidado:

“es prácticamente invisible, sólo se observa cuando algo falla, cuando algo sale mal. Por ejemplo, cuando no hubo tiempo de higienizar al paciente y llegan los familiares; cuando hay errores en la medicación; cuando ante el agotamiento, la voz de la enfermera, de la cuidadora, transmite impaciencia o enojo; cuando ésta se ausenta provocando desorden en la organización familiar, urgencias y conflictos en los allegados” (p.62).

Estas particularidades de los trabajos en donde se conjuga la producción del cuidado repercuten sobre las tareas de los/as trabajadores/as y pueden afectar su salud integral. Entonces, nos preguntamos...

... ¿cómo podemos tener en cuenta la importancia del cuidado desde una perspectiva que permita la prevención y la promoción de la salud?

- A nivel **macro-social**: analizar las políticas de trabajo y empleo que se suceden con el fin de pugnar por condiciones de trabajo saludables y sustentables; deconstruir la concepción de “vocación” y determinados estereotipos de género vinculados a la incondicionalidad para con la tarea de cuidado.
- A nivel **meso-social**: contar con espacios, instituciones y organizaciones responsables, críticas y comprometidas en el desarrollo de análisis y co-visiones sobre los procesos de trabajo en salud; desarrollar condiciones y medio ambientes de trabajo saludables
- A nivel **micro-social**: “cuidar” a quienes cuidan, por medio del reconocimiento de esta labor imbricada con aspectos del orden emocional y vincular; despatologizar el malestar que pueda surgir de la tarea, corriéndose de diagnósticos de salud mental estigmatizantes que carguen las tintas sobre “características de personalidad” del/la trabajador/a.

Comentario:

¿Sabías que en nuestro país contamos con una legislación que da cuenta de los derechos de los/as pacientes?

La misma es la ley 26.529, se promulgó en el 2009 y señala la importancia de reconocer y proceder desde una perspectiva de derechos en torno a la voluntad, la información y la documentación clínica.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm#:~:text=El%20paciente%2C%20prioritariamente%20los%20ni%C3%B1os,sexual%20o%20cualquier%20otra%20condici%C3%B3n.>

Algunas iniciativas como la “guía de gestión autónoma de medicación” propuesta por Canadá, constituyen una herramienta y experiencia importante para seguir reflexionando sobre qué entendemos por prácticas de salud humanizadas.

Para sumar al tema Cuidado y Derechos:

- Acá podés conocer una experiencia de aplicación de la misma en contexto latinoamericano:

Artículo científico - Serrano-Miguel, M., Silveira, M. y De Lima Palombini, A. (2016). Revista de la Asociación de Especialistas de Neuropsiquiatría, 36 (129), 157-170.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352016000100010

Cuidado y salud ambiental: La Atención Primaria Ambiental

La estrategia de atención primaria ambiental (APA) está fundamentada en valores básicos de la atención primaria de la salud (APS), a los que ha incorporado sus propios principios. De acuerdo a sus requerimientos, estos son más amplios que los de la APS, a fin de asegurar su viabilidad y el logro de cambios importantes tanto en el nivel de la conciencia comunitaria, las políticas ambientales del Estado y la participación local. (OPS/HEP/98.1)

He aquí su definición

*La **atención primaria ambiental** es una estrategia de acción ambiental, básicamente preventiva y participativa en el nivel local que reconoce el derecho del ser humano a vivir en un ambiente sano y adecuado y a ser informado sobre los riesgos del ambiente en relación con su salud, bienestar y supervivencia; pero a la vez define sus responsabilidades y deberes en relación con la protección, conservación y recuperación del ambiente y la salud”.*

Se constituye así en una propuesta de asociación organizada y voluntaria de ciudadanos, basada en las prácticas de ayuda mutua y relaciones solidarias. (OPS/HEP/98.1)

Principios básicos

Participación ciudadana: La APA busca a través de la capacitación y el aumento de la conciencia ambiental, que la sociedad civil tenga una participación responsable, informal y organizada. Cualquier política o decisión ambiental debe ser sometida a la aprobación y conocimiento de la comunidad.

Organización: Es fundamental que la comunidad se organice para que sus demandas y acciones en torno a la defensa de sus derechos ambientales tengan éxito y adquieran relevancia.

Prevención y protección ambiental: Toda iniciativa que busque alcanzar un mejor nivel de desarrollo económico y social debe evitar o minimizar el daño ambiental, a través de la sensibilización, educación, investigación, difusión y participación ciudadana.

Solidaridad y equidad: Implica un compromiso de los ciudadanos entre sí y del Estado para con ellos y con la justicia social para remediar desigualdades y asegurar que cada persona tenga acceso a un medio ambiente saludable.

Integralidad: Las acciones ambientales deben ser vistas como parte de un sistema y no como responsabilidad de un sector en particular que monopolice la dinámica en torno a la búsqueda de la sostenibilidad local.

Diversidad: Es uno de los principios fundamentales de la ecología. Los ecosistemas son múltiples y obedecen a procesos y relaciones específicas que son irrepetibles; también las culturas son distintas entre sí; por lo tanto, el derecho a la diversidad y el respeto a las diferencias es uno de los principios rectores de la APA.

Características que deben estar consideradas al pensar Políticas de salud ambiental-(OPS/HEP/98.1).

Descentralización: Este es un aspecto básico para la APA y debe ser entendida como parte del proceso de democratización. La descentralización implica transferir capacidades reales tanto políticas, técnicas, financieras y administrativas a instancias regionales y locales. En las jurisdicciones descentralizadas, la APA plantea que la escala territorial más importante es la municipal, donde la sociedad civil puede recuperar y desarrollar su capacidad de decisión sobre asuntos comunes y cotidianos que la afectan.

La descentralización se logra solo con la transferencia del poder político y con ello de la capacidad de tomar decisiones respecto a la asignación de valores y recursos. Cualquier otra forma es una distorsión del concepto o de la práctica de la descentralización.

Intersectorialidad e interdisciplinariedad: Los problemas y temas ambientales hacen converger una serie de intereses que no pueden verse bajo una sola óptica, disciplina o sector. En ese contexto, la APA debe constituirse en un marco facilitador de iniciativas de trabajo integral entre organizaciones de base, municipios, comisiones vecinales y ONG en torno a acciones de planificación territorial y desarrollo local.

Cogestión pública-privada y autogestión: Cualquier iniciativa ambiental local debe integrar las propuestas, recursos y experiencias de este nivel. Deben propiciarse los espacios de coordinación y trabajo conjunto entre el municipio, instancias culturales, eclesiásticas y otros actores que intervienen en un espacio territorial determinado.

En cuanto a la autogestión, es importante que cada grupo, en especial las organizaciones ciudadanas, pueda desarrollar su propia capa-

cidad de gestión en la elaboración, ejecución y manejo financiero de los proyectos. Esto constituye un importante desafío para el Estado y especialmente para las ONG en cuanto a entregar estas herramientas a la población.

Coordinación: Debido a que lo ambiental afecta a todos, requiere una visión de conjunto e involucra varios aspectos, por lo que es necesario desarrollar instancias de coordinación entre instituciones y grupos. La APA debe fomentar núcleos de trabajo proactivos que administren los problemas locales, de acuerdo con su capacidad tecnológica, normativa y con la disponibilidad de recursos. Se deberá establecer acuerdos y estrategias en su ámbito de acción y conformar redes de APA.

Eficiencia: La eficiencia permite utilizar los recursos disponibles de la manera más apropiada al emprender acciones de mejoramiento o protección ambiental más ágiles, desburocratizadas y coordinadas, dando espacio a la innovación, la diversidad de actividades, y las metodologías y prácticas locales.

Autonomía política y funcional: Los actores locales no deben perder su autonomía ni independencia. Sus acciones y declaraciones siempre tienen que reflejar el sentir de quienes representan.

Actividad

1. **Habiendo recorrido el territorio, ¿cómo lo caracterizarían teniendo en cuenta la definición de APA?**

2. Basándose en el conocimiento de la tarea que viene realizando la institución para con el barrio, ¿pueden identificar estrategias y/o acciones que se hayan realizado para mejorar la salud ambiental?

- ✓ ¿Cuáles? Describanlas.
- ✓ ¿Qué actores intervinieron?
- ✓ ¿Cuál era su objetivo?
- ✓ ¿Cuáles fueron los resultados?

3. De no identificar ninguna actividad de cuidado del ambiente, ¿se les ocurre alguna? Anímense a desarrollarla esquemáticamente...

Conclusión

La APA debe ser entendida como una nueva forma de actuar sobre el espacio ambiental y la salud pública. Los esfuerzos por entender e integrar los problemas de salud de la población, dentro de un esquema que explicita la necesidad de atender a las personas y también al planeta, es una tarea que se debe enmarcar en acciones orientadas a cambiar los patrones de consumo y las prácticas que deterioran el ecosistema. Para ello, es necesario desarrollar un trabajo que vaya más allá del espacio del sector salud y de las instituciones de salud ambiental; se requiere y es imperativo un esfuerzo multidisciplinario e intersectorial que promueva la participación y la democracia.

Para la elaboración de este modelo colaboró:

Prof. Julieta Cassini (Facultad de Psicología)

Referencias bibliográficas

Arouca, S. (2008). *El Dilema Preventivista*.

Benia, W. y Reyes, I. (coords.) (2008). *Temas de Salud Pública*. Tomo I. Fefmur.

Czeresnia, D. y De Freitas Machado, C. (2006). *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*.

De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido*. LOM Editorial.

Franco, R. (2003) *Descentralización, participación y competencia en la gestión social*. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá, 28-31 Oct.

Gavilán, M. (2015). *De la Salud Mental a la Salud Integral: aportes desde la psicología preventiva*.

Giddens, A. (2000) *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.

Estrada Villa, A. y Cedrón Gonsalez, W. (2019) ¿Por qué se dice que la política es dinámica? Consideraciones en torno al Transfugismo político como fenómeno. *El Ágora U.S.B.*, vol. 19 (2): 503-519, 2019.

Leavell, H.R. y Clark, E.G. (1965) *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Maingon T. (2004) *Política social en Venezuela 1999-2003*. Cuadernos del CENDES Año 21, No. 55: 48-49.

Merhy, E.E., Camargo Macruz Feuerwerker, L. y Burg Ceccim, R. (2006). Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Revista Salud Colectiva*, 2(2), 147-160.

Neri, A. (1983) *Salud y Política Social*. Editorial Hachette. Buenos Aires. p. 99.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1998) División de salud y ambiente programa de calidad ambiental. Washington, D.C.

Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., Dillon, L. (2013). *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*. Washington, D.C. and Oakland, C.A.: American Public Health Association and Public Health Institute.

Saforcada, E. (2002). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. (63- 104). Paidós.

Sodaro, Michael J. (2006). *Política y Ciencia Política*. Una introducción. Madrid: McGrawHill.

Viteri Díaz, G. (2007). *Política Social: elementos para su discusión*. Disponible en: www.eumed.net/libros/2007b/297.

Veronelli, J.C. (1975). *Medicina, gobierno y sociedad. Evolución de las instituciones de salud en la República Argentina*. Buenos Aires: Editorial El Coloquio.

Este libro constituye el material de referencia principal para el Curso de Formación Interprofesional en Salud. El mismo está organizado en una estructura modular que revisa las cuestiones relacionadas con el abordaje interdisciplinario del campo de la salud, con el fin de aplicarlo luego en el trabajo en territorio. La estrategia de educación interprofesional en salud surge como una propuesta de política educativa universitaria que favorece la construcción de saberes junto a los otros, para promover la formación en prácticas de cuidado humanizadoras e integrales, hacia una mayor equidad y justicia social. De este modo, la formación de los profesionales y técnicos/as ayudará a abordar los problemas del cuidado de la salud, a través de procesos formativos para la apropiación de competencias transversales entre campos disciplinares distintos, con el objetivo de resolver los problemas complejos en temas de salud pública que afronta la comunidad y el sistema de cuidado en nuestra región.

Prof. Dra. Adriana Moiso

Doctora en Medicina (UNLP). Prosecretaria de Salud de la UNLP. Especialista en Ciencias Políticas (UNLP). Profesora adjunta ordinaria de la Cátedra de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP. Directora de la Maestría en Salud Pública de la misma Facultad.

Prof. Magíster Adriana Villalva

Licenciada en Psicología de la UNLP. Secretaria de Extensión de la Facultad de Psicología de la UNLP. Especialista en Ciencias Sociales con mención en salud, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad). Profesora Titular ordinaria de Psicología Preventiva en la Facultad de Psicología de la UNLP. Docente de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP. Coordinadora de la Carrera de Enfermería Universitaria de la Universidad Arturo Jauretche en convenio con ATE (Asociación Trabajadores del Estado).

