

EL ASIS EN EL CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA Y SU ROL PEDAGÓGICO: **REDES INTERSECTORIALES EN EL BARRIO NUEVO DE RINGUELET (LA PLATA, 2018-2019)**



Dirección de Redes
Intersectoriales en Salud
SECRETARÍA DE SALUD



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

EL ASIS EN EL CONTEXTO DE LA INTERVENCION COMUNITARIA Y SU ROL PEDAGÓGICO: REDES INTERSECTORIALES EN EL BARRIO NUEVO DE RINGUELET (LA PLATA, 2018-2019)

Autores/as: residentes de Medicina General NOVELLO, Facundo M.; LOINAZ, Sebastián E.; FONSECA, Manuel A.; ALONSO, Mauro N.; SASIAN, Federico; ROMANO, Vanesa D.; MARTIN, Victoria; LUCERO, Nicolás; SALAZAR, Emilia; VILLAGRA, Diego. Médico Generalista MIRADA, Juan M.; Secretario de Redes en Salud-FCM y Psiquiatra MURÚA, Sebastián; Director de Redes Intersectoriales de Salud-UNLP y Médico Generalista SALERNO, Mariano; Doctora en Comunicación BERNAT, María S.; Licenciado en Sociología LAZARTE, Joaquín; Licenciada en Economía MUÑOZ, Laura. Participantes: ALEGRE, Yesica; ROMERO, Micaela; CARDOZO, Liliana; CAÑETE, Hidalina, ROJAS, María; BRIZUELA, Roxana; Estudiantes de Medicina: ROJAS, Silvia; SCIARINI, Leticia; Estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social: DEL VALLE, Mariela; QUIJANO, Marina; RODRÍGUEZ, Antonela.

Noviembre 2019

ÍNDICE

Prólogo	3
Introducción	5
Capítulo 1 Entre la epidemiología crítica y las Redes de Salud	14
Capítulo 2 Perfil sociodemográfico y sanitario del Barrio Nuevo	20
Capítulo 3 Concepciones de Salud y Participación Comunitaria en el área programática del CAPS 15	27
Propuestas a modo de reflexiones finales	36
Referencias bibliográficas	42
Anexos	44

PRÓLOGO

La Universidad Nacional de La Plata viene mejorando y fortaleciendo un proyecto institucional de desarrollo, inclusión y producción de conocimientos que aporten a la mejoría en la calidad de vida de todas las personas que viven en la región. Para esos objetivos, resulta de principal importancia la planificación y coordinación de iniciativas vinculadas a la Salud.

Hace poco más de un año decíamos en nuestra publicación *Pensar la Universidad* 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.”

Fue por ese y por otros objetivos que decidimos crear una Secretaría de Salud en el ámbito de la Presidencia de la UNLP. ¿Cómo consolidar la interacción efectiva entre el sistema universitario y el de la salud? ¿Cómo aportar a los procesos pedagógicos de las –al menos quince- carreras de nuestra Universidad vinculadas a la salud? ¿Cómo vincularnos de la mejor manera con el posgrado y sobre todo con el sistema público de residencias de la Provincia de Buenos Aires? ¿Cómo identificar, junto a la comunidad, cuáles están siendo sus principales problemas de salud para poder crear iniciativas intersectoriales para abordarlos?

Estas son algunas de las dudas y desafíos que nos motivan a seguir construyendo proyectos institucionales en el ámbito sanitario. Por eso estamos muy contentos de compartir con toda la comunidad académica “El ASIS en el contexto de la intervención comunitaria y su rol pedagógico: redes intersectoriales en el Barrio Nuevo de Ringuelet” como una de las experiencias más importantes que venimos llevando en este sentido.

Este proyecto da cuenta de una experiencia particular y local -potencialmente replicable en otros territorios de La Plata, Berisso o Ensenada- en la que la UNLP, la Facultad de Ciencias Médicas, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires mediante su sistema de residencias y sobre todo las organizaciones y actores sociales comunitarios trabajamos en red para identificar y abordar problemáticas de salud. Además se utilizan distintos dispositivos pedagógicos para el adecuado proceso educativo de estudiantes bajo una perspectiva sanitaria de jerarquización y fortalecimiento del primer nivel de atención de la salud.

Esperamos que esta iniciativa de la que forma parte la *Dirección de Redes Intersectoriales de Salud* de la UNLP realice un aporte genuino al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad en la que se llevó adelante y acerque cada vez más a esas personas al acceso al derecho a la salud. Deseamos también que implique un avance en la formación interdisciplinaria de grado en el sistema de salud y que acompañe de la mejor manera a la educación de posgrado de los y las residentes del sistema público.

Estoy convencido de que proyectos como éste nos sirven para seguir construyendo la Universidad que queremos, al servicio de nuestros vecinos, garantizando derechos y promoviendo el desarrollo de nuestra comunidad.



Introducción

“Algunos opositores protestan contra los campos deportivos que entregamos [...] Y las comunidades beneficiarias, especialmente las mamás, ¿qué me dicen? ‘Entregar un campo deportivo es como entregar un Hospital’. Yo he recibido ese mensaje...Claro, el deporte es salud”
Evo Morales, Presidente de Bolivia. Acto Apertura Congreso ALAMES, Bolivia, 2018.

El presente trabajo tiene como objetivo sistematizar y comunicar los resultados del desarrollo de un Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) en el Barrio Nuevo de Ringuelet (La Plata) -territorio surgido a partir de una relocalización de asentamientos populares¹- entre los meses de julio de 2018 y octubre de 2019. Como Residencia de Medicina General del Hospital Gutiérrez del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) n° 15, la pregunta de la que partimos es el siguiente: ¿Cuáles son las características sociodemográficas y las problemáticas de salud de la población que habita en Barrio Nuevo después de la relocalización?

El propósito de esta investigación es conocer a la población, sus problemáticas, necesidades y deseos para incidir en la calidad de vida de la misma desde una perspectiva sanitaria. Para el equipo de trabajo esto significa acompañar procesos participativos y colectivos en vistas de transformar la situación de salud del territorio partiendo de sus propias configuraciones culturales.

Realizar un análisis de situación de salud en el “Barrio Nuevo” de La Plata para identificar y priorizar problemáticas desde un enfoque de derechos, participativo e intersectorial durante el período 2018-2019 fue el objetivo general para realizar este ASIS.

Fundamentación y ámbito de estudio

La Residencia de Medicina General del Hospital Gutiérrez de La Plata tiene como sede formativa y asistencial central al CAPS n° 15 de dicha ciudad. El mismo tiene un área programática extensa que contempla parte de las delegaciones municipales de Tolosa y Ringuelet y, en particular, los barrios El Mercadito, La Unión, La Vieja Unión, El Churrasco y

¹ Luego de la inundación del 2 de abril de 2013 en La Plata, el Instituto de la Vivienda de la Provincia de Buenos Aires puso en marcha la relocalización de las familias que vivían a la vera del arroyo del Gato. Dicho proceso consistió en un doble traslado: primero a viviendas provisorias (prefabricadas) y luego a viviendas definitivas (construidas con ladrillo). Hoy en el barrio hay personas habitando ambas casas y las “provisorias” son nombradas como “industrializadas”, según fuentes oficiales.

desde el año 2015, el Barrio Nuevo. Todos los barrios del área programática comparten algunas dinámicas sociales que construyen aspectos sanitarios similares de las poblaciones que los habitan.

El Barrio Nuevo, localizado entre las calles 520 y 514 de norte a sur y las calles 1 y 118 de este a oeste, es un territorio delimitado por el Mercado Regional, el arroyo del Gato y las vías del ferrocarril General Roca. Surgió como producto de un plan de viviendas planificado para relocalizar a las familias que vivían sobre la costa del arroyo del Gato por la necesidad de efectuar obras hidráulicas luego de las inundaciones de la ciudad en el año 2013.

Este barrio cuenta con alrededor de cuatrocientas casas donde de manera progresiva fueron relocalizadas familias -las primeras en el año 2015- provenientes en su mayoría de otras zonas de la ciudad cercanas al citado arroyo.

La producción de este ASIS se enmarca en un proceso de trabajo previo de alrededor de dos años del equipo de Salud del CAPS n° 15 en el Barrio Nuevo y es de hecho la continuidad de la experiencia de la Posta Sanitaria en el comedor “Los chicos de la 14” (a partir de ahora el comedor). Esta experiencia² surgió desde la necesidad de conocer un nuevo territorio en el 2016 y apostó a eliminar barreras de accesibilidad al Primer Nivel de Atención (PNA) y fortalecer redes locales de salud.

El trabajo de la Posta Sanitaria estuvo signado por la articulación con referentas barriales y actores sociales e institucionales en la búsqueda de la generación de redes en un territorio que se presentaba a priori dividido en términos sociales. Los/as vecinos/as en muchos casos no se conocían entre sí porque antes de la relocalización vivían en diferentes asentamientos ni tenían un conocimiento de las instituciones cercanas (escuelas, centros de salud, iglesias, organizaciones, etc.). El proceso de la relocalización fue en muchas veces traumático, no planificado y signado por la creciente demonización mediática que se hacía de la zona³.

Fue así que cobró una dimensión especial desde esta perspectiva de redes el trabajo llevado adelante por el equipo de la Residencia en la “Mesa Barrial de Tolosa-Ringuelet”. Se trata de un espacio de reunión periódica donde se abordan hasta la fecha problemáticas barriales

²Relato de Experiencia “Salud es Caerse y Volver a Levantarse”; segundo premio relato de experiencia Congreso FAMG 2018.

³Se adjunta ANEXO-1 con noticias periodísticas locales que dan cuenta de este proceso.

desde una perspectiva intersectorial junto a escuelas, proyectos de extensión universitaria, comedores comunitarios, instituciones gubernamentales y demás actores sociales.

Como ya mencionamos, el objetivo de este trabajo es el de sistematizar y comunicar los resultados del desarrollo de un ASIS en el Barrio Nuevo durante el período 2018-2019. Se busca enmarcar el desarrollo y objetivos del ASIS en un proceso de trabajo de más largo aliento y analizar los resultados del mismo con las herramientas conceptuales que el equipo construyó en el recorrido formativo de la Residencia⁴.

Este ASIS busca construir junto a la comunidad un aporte, desde una perspectiva sanitaria, a la transformación de la situación social de las vecinas y los vecinos. Pensamos que el hecho de producir datos concretos sobre la dinámica social del barrio implica un aporte a los procesos organizativos y a las demandas reivindicativas de los problemas locales.

A su vez, la capacidad técnica de llevar adelante un ASIS es una de las competencias necesarias para la formación de nuestra especialidad. Es así que este ASIS -como el resto de nuestra formación médica de posgrado- se piensa desde el comienzo vinculado a la realidad social de las comunidades del área programática y se monta en los procesos organizativos preexistentes en el barrio, de los cuales el equipo de la Residencia ya venía siendo parte. Esto implicó, en la planificación, la posibilidad de una transformación doble: la de las personas de la comunidad desde la incorporación de herramientas sanitarias a sus experiencias organizativas y la del equipo de la Residencia al darle un marco teórico y un fundamento científico a sus intervenciones y proyecciones comunitarias, además de los aprendizajes producidos en el encuentro con las vecinas organizadas.

Por otro lado, existe una vinculación del equipo de la Residencia con la vida política y académica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata (FCM-UNLP), lo que sumado al momento de transformación pedagógica que se encuentra atravesando esta institución desde el cambio en la gestión en abril de 2018 permitió incorporar una dimensión educativa de grado en el desarrollo de este proyecto. Consideramos que el ASIS, además de los objetivos antes planteados, puede ser en sí mismo

⁴ Si bien todo el equipo de la Residencia aportó al desarrollo de esta investigación, la misma tuvo como responsables directos a los residentes de años superiores. Se tomó a este trabajo como la condensación de un proceso formativo y de adquisición de competencias para la especialidad de casi cuatro años de trabajo.

una herramienta pedagógica masiva y con rigurosidad científica y técnica para la puesta en práctica de experiencias concretas de Educación Médica de grado en el PNA⁵.

Por lo anteriormente expuesto y por los objetivos planteados para el ASIS, se conforma un equipo de trabajo que contempla a la Residencia de Medicina General del Hospital Gutiérrez de La Plata; a las referentas comunitarias que participan en el comedor y en la Mesa Barrial de Tolosa-Ringuelet; a la FCM mediante su Secretaría de Redes en Salud; a la Dirección de Redes Intersectoriales de Salud y su Observatorio de Políticas Sanitarias de la UNLP y al Instituto de Estudios Comunicacionales en Medios, Cultura y Poder "Aníbal Ford" de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP).

Este documento se divide de la siguiente manera: en el primer apartado comentamos de forma breve el proceso de trabajo comunitario previo a la realización del ASIS. Describimos la metodología y las técnicas de investigación utilizadas para recabar y analizar los datos. Hacemos énfasis en los distintos momentos de discusión colectiva en los ámbitos comunitarios para la delimitación de los objetivos del proyecto y para la planificación de intervenciones territoriales concretas que se desprenden de los resultados obtenidos. Luego, describimos el trabajo realizado de forma transversal con estudiantes de las carreras de la salud y argumentamos la potencia pedagógica del ASIS para la educación en salud en el grado y el posgrado. Para ello incorporamos sensaciones y balances de los y las estudiantes acerca del proceso.

Por último, introducimos los resultados de las diferentes técnicas de recolección de información y elaboramos las primeras conclusiones de este trabajo así como los nuevos debates, proyecciones e investigaciones a los que dan lugar las conclusiones del mismo.

Metodología de trabajo

Por la diversidad de los objetivos y la complejidad que implica el problema de investigación, fue necesaria la utilización de metodologías diversas (Cohen y Gómez Rojas, 2019). La metodología cuantitativa nos permite conocer características más generales (y compartidas) del territorio abordado, lo cual posibilita la construcción de datos a escala barrial. Por su

⁵ La investigación se concentró en el desarrollo comunitario, por lo que esta ponencia se enfoca en el trabajo llevado adelante en el mencionado territorio y retomará en menor medida las intervenciones e interpretaciones de las/os estudiantes. Se construirá finalmente un posicionamiento vinculado a la Educación médica de grado y de posgrado, a la Residencia y al trabajo comunitario.

parte, la metodología cualitativa nos permite ahondar en prácticas de los sujetos en torno al PSEAC. La combinación de ambas metodologías nos permitió conocer y priorizar las problemáticas barriales y elaborar estrategias de abordaje colectivo. Al comienzo de la planificación, se estipuló una duración total del proyecto para el período comprendido entre julio de 2018 a octubre de 2019.

Por otra parte, el tipo de diseño corresponde a la investigación-acción participativa (IAP). De acuerdo a Ander-Egg (1990), la articulación de estos tres conceptos implica un proceso reflexivo, que constituye en sí mismo una intervención con el fin de producir acciones y entiende que no hay objeto de estudio sino sujetos activos y cognoscentes. En otras palabras, el autor plantea que la IAP *“(...) supone la simultaneidad del proceso de conocer y de intervenir, e implica la participación de la misma gente involucrada en el programa de estudio y de acción”* (Ander Egg, 1990, p. 32). El investigador indica que se busca producir un conocimiento “útil”, que se democratice y socialice con la población y el modo de efectuar dicha investigación constituye una acción de sensibilización y organización. A su vez, una cuestión clave para nuestro estudio es que la IAP recurre de forma dinámica a los métodos y técnicas de investigación social. Retomando a Fals Borda, Ander-Egg señala que *“las técnicas propias de la IAP no descartan la utilización flexible y ágil de otras muchas derivadas de la tradición sociológica y antropológica’, tales como entrevista, encuesta, observación, recurso a la documentación, etc.”* (Ander-Egg 1990, p. 63), como profundizaremos más adelante. No obstante, queremos aclarar que, con respecto a los modos de recolección de datos, entendemos que se trata de una construcción de los/as analistas, no de información dada de antemano.

Para el autor, la elección de esta metodología constituye un modo de implicación en términos político-ideológicos, ya que apunta a construir otro tipo de sociedad y de lazo social: *“Presupone un proyecto político y un modelo de sociedad que, en términos generales, podríamos denominar democrática y participativa”* (Ander-Egg, 1990, p. 34).

Queremos destacar algunas características de la IAP que, entendemos, son compartidas por el ASIS. El primer aspecto tiene que ver con que aquello que se va a investigar interesa a un colectivo, es decir, no implican únicamente cuestiones científicas –en términos tradicionales– sino que se trata de problemas que afectan a un grupo de personas en su vida cotidiana. En

nuestro caso, el estudio partió de la comunidad, que quería conocer características del barrio para luchar por una nueva salita o aumentar la capacidad de respuesta de la que ya funcionaba, por mejores condiciones en la salud de las/os niñas/os, para saber efectivamente cuántas personas vivían en el barrio y para generar mecanismos de abordaje de situaciones de violencia de género y de consumo problemático de sustancias. A su vez, el equipo de la Residencia necesitaba conocer a la población que concurría al CAPS, buscaba fortalecer las redes existentes, crear nuevos vínculos y articulaciones con diferentes actores y, por último, visibilizar su trabajo para que los/as vecinos/as de Barrio Nuevo conozcan al equipo y al centro de salud. El segundo aspecto se vincula a la finalidad de la investigación: en ambos casos se busca conocer para transformar una situación problemática. En el territorio abordado, ello se relaciona con intentar producir transformaciones de la situación de salud de Barrio Nuevo. Otro aspecto relevante es que es primordial crear los espacios para que los sujetos puedan participar. Asimismo, en ambos casos el trabajo no culmina con la realización del estudio, sino que es imperioso *“actuar transformadoramente”* (Ander-Egg, 1990, p. 33). En ese sentido, la elaboración de un programa o proyecto, en vinculación con los actores territoriales se hace imprescindible. Esta cuestión la abordaremos sobre el final del trabajo.

Por todo ello, adoptamos una modalidad de ASIS participativo, incorporando a la comunidad en las decisiones y objetivos desde el comienzo y dividiendo las tareas y responsabilidades para llevarlo adelante. Buscamos así que la participación sea transversal a todo el proceso, con los tiempos y posibilidades concretas de las referentas y el resto del equipo de trabajo. En este desarrollo se combinaron fases de discusión, observación y obtención de datos a partir de fuentes primarias y secundarias.

Para los objetivos de identificar cuáles son las percepciones sobre la salud que tienen las personas del Barrio Nuevo y el de acompañar el fortalecimiento de redes y actores sociales en el barrio promoviendo su organización en torno a temas de salud, se realizó un grupo de discusión (Krueger, 1991), que, en términos de la IAP, posibilita abrir espacios de participación. El mismo se llevó adelante con las vecinas del barrio, con quienes se venían compartiendo espacios de coordinación en la experiencia previa de la Posta Sanitaria. Si bien

la instancia resultó de carácter abierto, se hizo especial hincapié en la presencia de personas que tenían una participación activa en el proceso.

Según Krueger (1991, p. 23) el grupo de discusión se podría definir como una conversación planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, distendido. Siguiendo el planteo de Mayorga Fernández (2004), cuando en una investigación se plantea un grupo de discusión, la finalidad que se pretende es obtener amplia información, mediante una técnica en la que el entrevistador/a intervenga lo menos posible y deje un margen de actuación a las personas implicadas. Es además, al aportar nociones generales que nos aproximan a determinadas categorías y temas de interés, una herramienta importante para la construcción de otras herramientas de obtención de información, como en nuestro caso la encuesta. En el mismo se trabajó desde qué nociones y concepciones de salud se proyectaría el ASIS y se intentó responder la pregunta de para qué puede servir en lo concreto la realización de un ASIS en el Barrio Nuevo⁶.

Para el objetivo de utilizar el ASIS como una herramienta de Educación Médica en el PNA para estudiantes de grado de carreras de la salud, se realizaron dos encuentros introductorios al ASIS y talleres y discusiones colectivas luego de cada instancia de relevamiento concreto, como comentaremos más adelante.

La convocatoria a estudiantes se realizó desde la Secretaría de Redes en Salud de la FCM y el espacio colectivo de organización estudiantil “Prácticas Iniciales No Obligatorias” (PINO). La misma fue de carácter abierto en los medios virtuales oficiales de la Facultad y en los medios propios de las PINO. Se estableció un límite máximo de treinta participantes. Una vez construido el listado, se realizaron encuentros de formación planificados desde el equipo de la Residencia, la Secretaría de Redes en Salud de la FCM y la Dirección de Redes Intersectoriales de Salud de la UNLP. El primer encuentro tuvo el objetivo de realizar una introducción general al barrio y al sistema de salud para los/as estudiantes. El segundo, persiguió el fin de comunicar los principios, objetivos y utilidades del desarrollo de un ASIS. Se realizaron salidas y caminatas por el barrio a los fines de familiarizar a los/as estudiantes con el territorio.

⁶ Se anexa la planificación de dicha instancia. ANEXO-2.

Se anexa la planificación de estos encuentros y una guía para la observación y sistematización de impresiones de la recorrida por el barrio⁷, que complementan los diferentes momentos previos en los que el equipo de la Residencia llevó adelante técnicas de observación participante (Mesas Barriales, festejos del Día de la Niñez, festejos del Día de la Primavera, etc.) y abonan a una mejor comprensión de la dinámica social del territorio. Se entiende, como indican Marradi, Archenti y Piovani (2007), que la observación participante en tanto herramienta de investigación cualitativa conlleva el involucramiento del investigador/a en una variedad de actividades y por un período prolongado de tiempo, con el fin de observar a los miembros de una cultura en su vida cotidiana y participar en sus actividades facilitando una mejor comprensión de los mismos.

Con objetivos semejantes se incorporan al momento de discusión colectiva de los datos y planificación de intervenciones territoriales tres estudiantes de la Carrera de Trabajo Social, producto de un acuerdo de cooperación pedagógica entre dicha institución y la Dirección de Redes Intersectoriales de Salud de la UNLP.

Para los objetivos de describir las características sociodemográficas de la población del Barrio Nuevo de la ciudad de La Plata, identificar y priorizar problemáticas y fortalezas del barrio, identificar cuáles son las percepciones sobre la salud y del funcionamiento del CAPS nº 15 -en relación a la accesibilidad y calidad de atención- que tienen las personas del Barrio Nuevo y conocer prácticas individuales y colectivas en torno al PSEAC se confeccionó una encuesta. La misma hizo hincapié en la salud y los factores que influyen en ella como cuestiones vinculadas al hábitat, educación, ocio, deportes, entre otras cosas.

Se tomaron como unidades de análisis los hogares y los/as convivientes. Se entiende por “hogar” a la definición del INDEC, que es el grupo de personas, parientes o no, que viven bajo un mismo techo de acuerdo con un régimen familiar, es decir, comparten sus gastos de alimentación. Se incluyeron variables relativas a la unidad hogar, de la vivienda y de los/as convivientes⁸.

Con respecto al diseño de la encuesta, partimos de un supuesto de 390 hogares, en base a información del barrio aportada por el Instituto Provincial de la Vivienda. La recolección de

⁷ Se adjunta ANEXO-3 para la realización de actividades para estudiantes.

⁸ Se adjunta ANEXO-4 encuesta utilizada para el relevamiento.

datos se realizó los días lunes y martes, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2018 y en horarios alternos según disponibilidad.

Partiendo de la base de la necesidad de conocer las características del barrio, se decidió realizar un relevamiento exhaustivo del mismo. De los 390 hogares, por cuestiones ajenas al equipo de encuestadores/as, se pudieron relevar 284.

Durante el mes de septiembre se efectuaron reuniones para la elaboración de la encuesta y para la planificación metodológica de la realización de las mismas en el barrio. Participaron de la planificación la Dirección de Redes Intersectoriales de Salud de la UNLP, la Secretaría de Redes de la FCM y el Instituto de Estudios Comunicacionales en Medios, Cultura y Poder "Aníbal Ford" de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP). Para la confección de la herramienta de recolección, se tomaron en cuenta ASIS realizados en otros territorios del área programática (Mirada y otros/as, 2015), aportes técnicos de las distintas instituciones vinculadas, los aportes de las vecinas mediante la participación en el grupo de discusión y diferentes guías para la elaboración de ASIS tomadas a partir de una búsqueda realizada en bases de datos como el Mincyt, Scielo y Redalyc. En las mismas se confeccionó el cuadernillo ya mencionado para trabajar con estudiantes de la carrera de Ciencias Médicas.

En el mes de octubre se realizaron los dos encuentros mencionados en el comedor del barrio junto a vecinas y estudiantes de la PINO y de la Práctica Final Obligatoria (PFO). En la primera reunión las habitantes del Barrio Nuevo, que antes de la relocalización vivían en diferentes barrios, contaron la historia del territorio y se llevó a cabo una recorrida por el lugar. En la segunda oportunidad, se presentó el marco teórico del ASIS, se efectuó una encuesta a una vecina para probar la herramienta y se repartieron folletos anunciando el relevamiento, que comenzaría la semana siguiente.

Luego se llevaron a cabo nueve jornadas para encuestar: siete con estudiantes y dos sólo con residentes. En base a un mapa del barrio construido con los datos mencionados y con el conocimiento previo del equipo de salud, se lo dividió en tres grandes zonas de cinco manzanas cada una, a encuestar por equipos de diez estudiantes coordinados cada uno por un residente de tercer año. Se comenzó en cada manzana por un vértice a elegir entre los/as miembros del equipo y se recorrió la misma en sentido horario hasta terminar habiendo

llegado al mismo punto. En los casos en los que no atendieron al llamado o se negaron a la realización de la encuesta, se procedió al de la vivienda inmediatamente adyacente hasta terminar con toda la zona. Se recorrieron todas las manzanas al menos tres veces, en horarios distintos según disponibilidad del equipo.

En una ocasión participaron autoridades de la UNLP, de la FCM y del Municipio de La Plata. Todas esas instancias fueron acompañadas de espacios de formación en el CAPS, donde se abordaron cuestiones vinculadas a concepciones de salud, pobreza, desigualdad y violencia social y su impacto en la salud de las comunidades. Además se relacionaron estos temas con la formación de grado y de posgrado desde una perspectiva crítica a los fines de habilitar un espacio de discusión y reflexión sobre la propia práctica.

Por último, se realizó un encuentro con expertos/as del Observatorio de Salud (UNLP) para reflexionar sobre la encuesta realizada, analizar sus fortalezas y debilidades evidenciadas durante el relevamiento y para capacitarnos en georeferenciamiento, en vistas al procesamiento y sistematización de los datos recabados.

Las unidades de análisis fueron, según las variables: el hogar, el/la encuestado/a y sus convivientes. Como criterio de exclusión se tomó que el encuestado/a sea menor de 16 años y/o que no resida en la vivienda.

Los meses de enero y febrero corresponden con las vacaciones del equipo de la Residencia que se dan de forma alternada y condicionan una interrupción parcial del proceso de trabajo. Los meses de marzo y abril fueron destinados a la carga de información y a la confección de la base de datos.

Los datos recolectados se volcaron a una planilla en línea para facilitar su procesamiento utilizando programas informáticos. Se construyó, entonces, una base de datos que fue procesada con los software Microsoft Excel y Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

A partir de estos datos se confeccionó un Informe Preliminar de los resultados de las encuestas que fue presentado en la Mesa Barrial de Tolosa-Ringuelet y en el Consejo Directivo de la FCM-UNLP. Además, se realizaron talleres periódicos en reuniones con vecinas del Barrio Nuevo y otros actores y referentes de proyectos que participan en el comedor los días martes por la tarde. En estos talleres, llevados adelante durante los meses

de mayo, junio, julio y agosto, se discutieron los resultados preliminares, los principales problemas del barrio identificados por la comunidad y las posibles propuestas de abordaje colectivo de las mismas. Este proceso se describe en el apartado correspondiente.

Capítulo 1: Entre la epidemiología crítica y las Redes de Salud

Nos parece importante comenzar el desarrollo de este marco teórico dejando sentada nuestra posición sobre las corrientes de pensamiento a las cuales adherimos, tomando distancia de las formas de investigación que entienden que *"(...) cuanto más aislado está el objeto del mundo, mayor es la posibilidad de producir conocimiento que no distorsione la verdad."* (Merhy, 2013. p. 22).

Es así que adherimos a la corriente de pensamiento de la epidemiología crítica, la cual

(...) trabaja por la construcción popular-académica de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la plena bioseguridad mediante una investigación intercultural, interdisciplinaria y basada en la comunidad, que busque alimentar un proceso de reforma crítica, cuyo eje estratégico sea el apoyo desde la ciencia epidemiológica a la defensa de los derechos. Una investigación y monitoreo enfocados en los procesos críticos de la salud, y proyectados hacia el horizonte de una nueva civilización que pueda ser saludable y biosegura, produciendo conocimientos críticos, instrumentos técnicos y herramientas para la rendición de cuentas y control social sobre los grandes dominios de la determinación social general que se expresan en la civilización sustentable, soberana, solidaria, saludable/biosegura (Breilh, 2013. p. 23).

Partiendo de dicha perspectiva, entendemos que el ASIS da lugar a una indagación con las características señaladas –poniendo el foco en la interdisciplina y la participación comunitaria- y constituye una herramienta fundamental de nuestra especialidad. De este modo, el ASIS puede ser entendido como un análisis "integral y comprensivo de los distintos factores que inciden sobre los individuos, las organizaciones y el territorio como determinantes y condicionantes de la salud"⁹. En otras palabras, se puede afirmar que su

⁹ En este trabajo entendemos que el acceso a un hábitat justo es fundamental en el PSEAC ya que forma parte de la determinación social e implica "el acceso universal a la tierra, la vivienda, las infraestructuras básicas, los equipamientos sociales, los servicios y los espacios de trabajo y producción en un marco de respeto de los rasgos culturales y simbólicos de cada comunidad y de la preservación del ambiente, según las particularidades del medio urbano y del rural" (HABITAR Argentina, s.f., s/p.). Recuperado de: <https://consensohabitar.org.ar>

finalidad es la de “caracterizar, medir y explicar” los procesos de salud-enfermedad atención-cuidado (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018, p. 11), todo lo cual cobra especial relevancia en nuestro caso de estudio ya que se trata de una población relocalizada que habita un barrio nuevo, es decir, que aún se encuentra en construcción.

Visto así, este tipo de investigación tiene entre sus objetivos la identificación y jerarquización de los problemas de salud de una comunidad, contribuyendo a la planificación de acciones dirigidas a su resolución.

Para algunos autores/as, a los cuales adherimos, este tipo de herramienta otorga la posibilidad de fortalecer la participación comunitaria, al acompañar los procesos organizativos y las demandas reivindicativas de los problemas sociales locales, así como la de constituirse en una práctica epidemiológica de los servicios de salud. Es por esta razón que el ASIS debe ser visto como una competencia profesional y como una capacidad institucional para la planificación de política pública (Añez y otros/as, 2010).

Podemos identificar como sus principales funciones: 1) Caracterizar el perfil de salud de la población, incluyendo el acceso a la atención y las inequidades en salud; 2) Evaluar las necesidades de salud no satisfechas y facilitar la identificación de prioridades de salud; 3) Generar evidencia para la formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades y la evaluación de su pertinencia, eficacia e impacto; 4) Fortalecer las capacidades predictivas y resolutivas de la gestión sanitaria, apoyando la construcción de escenarios prospectivos de salud; 5) Fortalecer los procesos organizativos de participación comunitaria.

Entre sus variantes se encuentra el ASIS institucional, el participativo y el mixto. En nuestro caso, elegimos la opción participativa debido a que las vecinas referentas se encontraban sensibilizadas por transformar la realidad del barrio e interesadas en trabajar de conjunto.

Su implementación es de fundamental importancia para el equipo de salud en el PNA y para aquellas instituciones que se proponen como trabajo el fortalecimiento de una estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Ya que, si se pueden conocer las formas en que se dan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) en una comunidad, se pueden planificar acciones tendientes a modificar esa realidad.

Por su parte, Hernández, Dávila y Gafanhao (2007 citado en Añez y otros/as, 2010) refieren que hoy en día el ASIS es imprescindible en la formación del recurso humano en salud, ya que el mismo se le reconoce como un instrumento útil y probado para la identificación de los problemas y sus posibles soluciones en los diferentes niveles de intervención, que permite una amplia participación social y de todos los sectores.

A lo largo de la historia las definiciones de salud han tomado diferentes significados según el paradigma imperante en cada momento histórico. Para la elaboración de esta investigación hemos decidido tomar algunas concepciones que entendemos aportan operatividad a su desarrollo.

Es así que partiremos de la concepción de salud esbozada por Floreal Ferrara: “La salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad” (Blanco, 2010. p. 2). En nuestro caso de estudio, esta concepción aparece en diferentes oportunidades en las charlas y conversaciones informales con las vecinas referentas y se evidencia de forma explícita cuando una de ellas afirma que “salud es caerse y volver a levantarse”, haciendo referencia a los diferentes obstáculos que aparecen en el PSEAC y en la vida de todas las personas (Fonseca y otros, 2018, p. 15). La mencionada elaboración del sanitarista se opone a la clásica definición de la OMS por considerar a la salud como un estado y no como una “lucha”, como algo dinámico y en constante movimiento. Como veremos en el próximo apartado, aparecen también en las conversaciones con las vecinas ideas de la salud más vinculadas a la ausencia de enfermedad o a una idea de la salud más estática. Entendemos que estas nociones están todo el tiempo en disputa en las representaciones y en la cotidianeidad del equipo de salud y de la comunidad y que es justamente el objetivo de nuestra intervención fortalecer las percepciones vinculadas a un proceso dinámico e integral.

A su vez, la definición de Ferrara agrega un componente político a la salud, complejizando la mirada sobre el PSEAC y ubicando al Estado como el responsable de garantizar su derecho: *“No hay perspectiva de otra salud que aquella que construye el Estado”* (Blanco, 2010. p. 2). En consonancia con lo anterior, Rovere plantea una triple inequidad para acceder al derecho a la salud: de atención de calidad para todas las personas; equidad en la distribución de

riesgos ya sea de enfermar, morir o discapacitarse por causas evitables; y la equidad en la distribución del saber y del poder en salud, las cuales se retroalimentan la una a la otra en pos de “profundizar la democratización del sector salud y colocar esa democratización del sector salud en el eje de la democratización de la sociedad” (Rovere, 2016, p. 44).

Otra formulación que nos parece adecuada rescatar, y que se ajusta al objetivo de pensar en los diferentes agentes que componen un territorio, es la perspectiva de Spinelli que, siguiendo al sociólogo Pierre Bourdieu, plantea a la salud como un “campo” en donde diferentes actores luchan por la apropiación de los capitales que están en juego. El autor menciona cuatro: sociales, culturales, económicos y simbólicos. Esta concepción permite comprender los intereses en puja:

(...) de allí que los distintos agentes compitan por acumularlos y en función de ellos tratan de construir, profundizar, dar continuidad o producir rupturas de las estructuras del campo, en procesos de colaboración, de acuerdos o de clara confrontación. Esto expresa la disputa por la agenda política, lo cual termina por definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior. (Spinelli, 2010, p. 276).

En relación a la idea de participación comunitaria, Ardila y Galende mencionan que el concepto de comunidad tiene su origen en el pensamiento sociológico de las revoluciones francesa e industrial, que dieron lugar al nacimiento de la modernidad. Según el autor, el término comunidad hacía referencia a “*las formas de relación que se estaban perdiendo con la entrada del liberalismo: aquellas caracterizadas por un alto grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo*” (Ardila y Galende, 2011, p. 41), existiendo desde su inicio una tensión entre dos formas de vida, una individual implícita en la forma de vida moderna, y una más tendiente a lo colectivo, entendiendo lo colectivo relacionado a la familia y los amigos, o sea al plano de lo vincular.

Para Bang en el campo de las prácticas comunitarias suele hacerse referencia a la comunidad como una “unidad geográficamente situada, compacta y homogénea, unida por lazos de cooperación e intereses comunes”, entendiendo como colaboración a algo decidido desde una estructura vertical, lo cual implica una mirada normativa de la participación que no toma en cuenta la lógica de los actores sociales (Bang, 2013, p. 126).

Saforcada trabaja lo comunitario desde la participación y afirma que “la comunidad es el componente principal en la producción de salud”. Sobre la participación sostiene que se trata de “tomar parte en las decisiones sobre la salud de la cual la comunidad se apropia” (Saforcada, 2010, p. 1).

En esta conceptualización toma relevancia la relación entre los/as ciudadanos/as y el Estado y la participación como una forma de democratización y de independencia política, ya que como amplía el autor “devolverle el poder de decisión a las poblaciones en materia de salud es aportar a la democratización real de nuestras sociedades y también, significativamente a la finalización de toda clase de dependencia política que sojuzgue e impida el proceso de liberación de nuestros países” (Saforcada, 2010, p. 1).

Conceptualizar a la salud como un proceso influenciado por diferentes variables, y como una construcción realizada con la participación de diferentes actores, donde se destaca la comunidad, requiere de otras categorías de análisis dentro de las cuales toma suma importancia la de redes en salud. Mario Rovere las describe como redes que “conectan o vinculan personas... por esto es que se dice que redes es el lenguaje de los vínculos, es fundamentalmente un concepto vincular”, conllevando estas redes distintos niveles de profundidad (Rovere, 2016, p. 52).

El primer nivel de construcción de una red sería el reconocimiento de un/a otro/a, cuyo valor es la aceptación. El paso siguiente es el conocimiento de quién es ese/a otro/a y qué hace, por lo que su valor es el interés. La siguiente etapa es la de colaboración, donde se aportan ayudas esporádicas bajo la lógica de reciprocidad para poder llegar a un nivel más alto de construcción, que es el de cooperación, donde se comparten actividades o recursos bajo el valor de la solidaridad. En un último escalón estaría la asociación, donde se comparten objetivos y proyectos con un alto nivel de confianza.

Dado que uno de nuestros objetivos específicos es que el ASIS sea una herramienta de Educación Médica temprana en el PNA para estudiantes de grado y posgrado de carreras de la salud, es fundamental definir el concepto de educación médica. Como afirma Borrell (2005), los modelos de pedagogía médica se podrían clasificar en dos: el flexneriano, basado en el “conocimiento de las ciencias biomédicas”, y el modelo “crítico”, el cual intenta ser una superación del primero.

El flexneriano se desarrolló con la figura del médico en el centro de la escena y la dimensión biológica de la enfermedad como la razón de ser de la medicina, en palabras de Borrell al referirse a la propuesta de Flexner comenta que la misma “(...) *giró alrededor del rol del médico en el tratamiento de la enfermedad, tanto que llega a plantear que si no existiera la enfermedad no tendría razón de ser la existencia del médico.*” (Borrell, 2005, p. 2).

En los años 90 surgió en América Latina una crítica al modelo flexneriano, por predominar en este la visión biologicista y estar fuertemente orientado a la súper especialización. Por lo que, surgieron otras propuestas pedagógicas, tendientes a que el graduado/a tuviera una “visión colectiva del proceso salud- enfermedad y asumir una actitud crítica frente a los problemas de salud” (Borrell, 2005, p. 19).

Sin embargo, y a pesar del conocimiento producido en los últimos años sobre el PSEAC por otros saberes del campo de la salud, las experiencias pedagógicas llevadas a cabo aún no han logrado tener una gran repercusión sobre las prácticas de cuidado, las que “siguen rigiéndose por un abordaje biologicista y curativo” sometido a la incorporación de tecnologías y la súper especialización (Ribeiro, 2003, p. 7). Aquí hay que destacar experiencias innovadoras en nuestro país que han incorporado tanto el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), como el Aprendizaje Basado en la Comunidad (ABC).

Rovere reivindica la mejora de las tecnologías duras en el PNA, que antes se realizaban exclusivamente en los hospitales, y las respuestas que mediante la investigación-acción vienen produciendo algunas experiencias concretas:

No se trata en este caso de una contraposición entre los centros y los hospitales, todo lo contrario, lo que se trata es de dar una nueva funcionalidad y recentrar la atención en la población. En realidad el dilema entre centro de salud y hospital es una falsa contradicción cuando el centro se coloca en la población (Rovere, 2016, p. 38).

Los y las pacientes son personas que no se encuentran sólo en los hospitales internadas, por lo cual para poder conocer y abordar las necesidades de salud de la población es necesario aprender en otros lugares. En el texto “La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa”, Harzheim, Casado y Bonal Pitz (2009, p. 15) citan: “Los escenarios de enseñanza, por consiguiente, deben ser diversificados, agregándose a este proceso, además de las unidades y centros de atención primaria de

salud, las estructuras comunitarias características de cada región, como escuelas, centros comunitarios, comedores (Rede Unida 1998, Campos 2001)”.

Así, nuestro trabajo de investigación y el ASIS en particular se inscriben en esta línea e intentan producir una contribución a los procesos de enseñanza/aprendizaje en carreras de salud.

Capítulo 2: Perfil socio-demográfico y sanitario del Barrio Nuevo.

Se vuelcan a continuación los resultados de las encuestas. Se incorporan además comentarios, discusiones y conclusiones del equipo de la Residencia, de la comunidad y de los distintos actores que formaron parte de este trabajo de investigación llevados adelante en los diferentes ámbitos de debate y planificación del mismo.

Cantidad Total de Hogares en el Barrio	Cantidad Total de Hogares relevados	Cantidad Total de personas en hogares	Cantidad estimada de personas en el Barrio
390	284	1.200	1.647

Perfil sociodemográfico

El 70% de los hogares relevados posee un tipo de vivienda definitiva, mientras que casi un tercio de los encuestados tiene una vivienda provisoria.¹⁰ Es decir, un tercio de los hogares relevados presenta una situación precaria en relación a la finalización de la construcción de su vivienda.

En el 57% de los hogares encuestados viven menos de 2 personas por cuarto, mientras que en el 39% lo hacen de 2 a 3 personas. En el 4% restante existe hacinamiento crítico.

En la valoración de los ingresos económicos, casi la mitad de los hogares encuestados (49%) posee ingresos menores a \$8.347, mientras que el 42% tiene ingresos entre \$8.347 y \$20.868. Los valores de referencia son los indicados por el INDEC para pobreza (20.868) e

¹⁰ Tomamos estos términos a partir de la clasificación realizada por el Instituto de la Vivienda de la Provincia de Buenos Aires, que llevó a cabo el proceso de relocalización, el cual estuvo dividido en dos etapas: como ya mencionamos, las familias debieron mudarse primero a viviendas provisorias y luego a definitivas. No obstante, una vez concluida la reubicación de quienes vivían a la vera del arroyo del Gato, las llamadas casas provisorias se constituyeron como solución habitacional final para familias relocalizadas de otros barrios no lindantes al arroyo o que se encontraban en situación de calle, según pudimos constatar en el relevamiento.

indigencia (8.347) en el mes de Agosto de 2018, momento de confección de la herramienta de relevamiento (Encuesta). Para noviembre del 2018 (fecha de realización de este relevamiento), el INDEC sostenía que una familia -de cuatro miembros- necesitaba de \$25.206 para no ser considerada pobre. Dando cuenta de esto último, al menos el 91% de los hogares encuestados se encuentra debajo de la línea de pobreza para noviembre del año pasado.

Por su parte, según el organismo oficial de estadísticas nacionales, los hogares que se encuentran por debajo de ingresos de \$10.123 mensuales son considerados indigentes. Para nuestro relevamiento, como adelantamos, al menos el 49% de los hogares relevados son indigentes, considerando un tope inferior de ingresos al mencionado.

Si bien desde el equipo del ASIS se esperaba encontrar números altos de pobreza e indigencia, en los diferentes espacios de discusión de los resultados los mismos generan un fuerte impacto en el equipo. A la vez que conmueven por la implicancia afectiva y laboral de todas las personas que son parte del proyecto confirman la voluntad del equipo de intervenir desde una perspectiva de derechos aún y sobre todo en estas circunstancias dramáticas.

Poco más de la mitad de los hogares encuestados (52,82%) perciben programas sociales. En general corresponde a la Asignación Universal por Hijo, es decir unos \$1684 por hijo/a a noviembre de 2018. Mientras tanto, un 30,90% afirma no percibir ningún programa social. Visualizamos que el 95% de las/os encuestadas/os tiene DNI. Hay un porcentaje menor en cuanto a quienes no tienen su DNI y de quienes no contamos datos.

No existen diferencias significativas en la proporción de mujeres y varones¹¹, siendo el 50,7 % de las personas del barrio mujeres y el 48,9% varones. De un 0,4% no se obtienen datos. Para los datos de género y edad, la pirámide poblacional tiene la forma típicamente descrita en los países periféricos con base ancha y afinándose mientras progresan los rangos etarios. Hay asimetría de géneros en algunos rangos etarios.

¹¹ No se nombra en las encuestas a la población trans y disidencias. Ello puede deberse a que la pregunta no estaba bien formulada, a que las mujeres trans se autoperciben mujeres o a una omisión de parte de los/as encuestados/as.

Con respecto al nivel educativo, se observa que considerando a todos los mayores de 18 años, el 53,8% no llegó al nivel secundario. El 28,32% alcanzó niveles de primario completo, el 11,68% de primario incompleto, mientras que el 2,56% está sin escolarizar.

El 46,7% del total de personas corresponde a población económicamente inactiva. Al indagar sobre la ocupación de aquellos que forman parte de la población activa, se observa que un 6,3% se considera desocupado. Si se toma a las amas de casa como trabajo no remunerado es un 10,6% más. La mayoría de los trabajos que se declaran son informales. Se desconocen las formas de relación laboral con las que cuentan los/as cooperativistas, las empleadas domésticas, empleados/as de comercios y albañiles. Queda planteada como tarea para futuras investigaciones plantear las preguntas para la búsqueda de estos datos de forma clara para poder obtener información de mayor relevancia sobre todo en lo concerniente al mecanismo de contratación.

Vivienda

Se indagó acerca de dónde vivían antes de ser relocalizados/as aquellos que viven en casas definitivas. El 28,9% vivía en “La Isla”, el 22,5% en “La Canchita”, el 8,8% en la zona delimitada entre las calles 1 a 3 y 515 y 514, el 8,5% de “Ciudad Oculta”, el 3,2% en “El Mercadito” y el 1,8% estaba en situación de calle. La categoría “otros”, que contempla el 25,7% de las respuestas, contiene otras opciones de respuestas que no pudieron ser agrupadas. La tendencia por barrio se mantiene en las casas provisorias pero la categoría “otros” contempla a más del 50% de los casos, lo que da cuenta del proceso más irregular de la relocalización de las viviendas provisorias ya que quienes viven allí en la actualidad, fueron los/as últimos en ser trasladados/as.

En relación al tipo de vivienda y a los ingresos percibidos, la cantidad de personas que vive debajo de la línea de ingreso para indigencia está distribuida de forma porcentualmente similar entre viviendas provisorias y viviendas definitivas. El primer grupo suma a su vulnerabilidad social el hecho de vivir en una casa precaria. Sobre las percepciones de cómo vivían antes y cómo se vive ahora en relación a la vivienda y al barrio, se puede concluir tanto de lo percibido en los diferentes momentos de observación participante como en los encuentros de devolución y discusión de los datos que se vive mejor ahora al tener la

posibilidad de contar con una vivienda propia a pesar de la relocalización, que implicó un traslado generalmente no deseado y generó angustia en la población afectada.

Salud

Del total de encuestados/as, el 54% contestó que no tenían ningún problema de salud en el hogar y el 45% contestó que sí. De los que dijeron que no tenían ningún problema de salud en el grupo familiar, el 55,9% terminó identificando problemas de salud de una lista de problemas leída posteriormente en la encuesta. En relación a este fenómeno, en los encuentros de devolución y discusión de los datos hubieron opiniones que tendían a explicarlo en función de que muchas veces las dolencias o diagnósticos que tiene cada persona son asimilados como algo natural o normal de la vida cotidiana y dejan de percibirse como una enfermedad. Desde el equipo de salud de la Residencia se considera que esto puede tener que ver con que algunos problemas no son considerados como problemas “de salud” en un primer momento ya que son problemas para los que el Estado tiene nula o escasa capacidad de respuesta (violencia, consumo problemático, discapacidad, problemas mentales, oftalmológicos, etc.).

En cuanto a la cobertura de salud, la mayoría de los miembros de los hogares encuestados no cuentan con seguridad social y tienen como única posibilidad de cobertura sanitaria al sistema público de salud (70,85%), mientras que el 25,71% cuenta con obra social o mutual. Ante un problema de salud el 28,7% concurre a un Hospital; el 20,3% al CAPS 15; el 19% al Hospital Gutiérrez; el 8,9% resuelven solos; el 7,7% a un Farmacéutico; el 6,1% a un Centro Privado; el 2,3% a un curandero/a.

Se observa una diferencia notable entre el tipo de cobertura con seguridad social (25,71%) en relación al porcentaje que utiliza esta herramienta para atención en el subsector privado (6,1%). Ante la pregunta de por qué se da este fenómeno encontramos respuestas en los espacios de discusión posterior con la comunidad vinculadas a una opción por el Sistema Público de Salud de personas con cobertura con seguridad social por encontrar en este subsector un trato “más humano y personal” en la atención médica. Sobre la consulta en farmacias la misma aparece como una respuesta lógica ante situaciones en las que el Estado no garantiza la medicación para los tratamientos sugeridos.

Sobre la pregunta de si ha concurrido al CAPS 15, el 62% refiere haberlo hecho y un 37% manifestó no haber concurrido nunca. En un ranking de 6 causas (No configuran el total de respuestas por eso no llega a 100%. No se encontró un criterio común para agrupar el resto de las respuestas) la principal fue que concurren a otro CAPS (23,2%); por desconocimiento 20%; porque no va al médico/a o no necesita ir 16,8%; porque consulta a un centro privado 9,5%; porque se atiende en un hospital 8,4% o porque le queda lejos un 6,3%. Al momento de devolución de los datos y de discusión comunitaria, buena parte de las/os participantes coincidían en una mayor cantidad de consultas realizadas en el Puesto de Salud del Barrio Nuevo por estar más cerca de sus domicilios¹².

En relación a quienes sí realizan consultas al CAPS 15, el 29,5% refirió hacerlo para consulta de salud de niños/as, 12,8% para control de adultos/as, 11,3% para colocación de vacunas, 8,5% para control de embarazo, 4,9% para control ginecológico, 3,5 % para búsqueda de leche y 0,7% para búsqueda de MAC. Se trabajó con respuestas múltiples. Se excluye la categoría “otros” del ranking porque tenía mucho peso (más del 20%), por eso no llega al 100% la suma de porcentajes del gráfico.

Sobre la calidad de la atención brindada, el 54,8% consideró que la misma es Buena; el 32,8 por ciento Muy Buena; el 4% Regular; otro 4% la consideró Muy Mala y el 1,7% Mala.

Sobre la accesibilidad a un turno para atención, el 54,8% consideró que era fácil conseguir uno; el 27,6% lo consideró Difícil y el 14,1% Muy Difícil. Sobre este aspecto en las devoluciones de los resultados junto a la comunidad se afirman las percepciones positivas sobre la atención recibida y se hace énfasis en la dificultad para obtener turnos. Resulta interesante la percepción compartida entre el equipo de la Residencia y las vecinas que vinculan los reclamos barriales con mejores condiciones laborales del equipo de salud y por consiguiente más turnos disponibles. Se hace mención a un abrazo simbólico al CAPS n°15 en el año 2018 por mejores condiciones edilicias y para evitar la destitución de una médica del equipo y a los reclamos permanentes de la comunidad por la instalación y equipamiento de un Puesto de Salud en el barrio. Queda pendiente para futuras investigaciones ahondar de

¹² Producto del proceso de organización barrial y de reclamos vinculados a la salud en el marco de distintas actividades y jornadas de visibilización de problemáticas se instala en una de las casas del Barrio Nuevo -en el mes de Septiembre de 2018- un Puesto de Salud Municipal dependiente del CAPS 15. Se retoma este tema en otros apartados.

forma más profunda en las percepciones de la comunidad sobre la accesibilidad al Sistema de Salud, ya que la facilidad o la dificultad para conseguir un turno puede ser el primer emergente del tema pero es sólo un pequeño aspecto de una discusión mucho más compleja.

Sobre el uso de Métodos Anticonceptivos, el 57% de los hogares refirieron estar utilizando algún MAC; mientras que el 38% no utilizan. Dentro de los que sí lo hacen, el 29% refiere utilizar ACO; 29% Barrera; 21,9% Ligadura Tubaria; 7,7% ACI; 7,1%DIU; 3% Implante; 1,2% no tiene dato; 0,6% Coito Interruptus y 0,6% otro método. Llama la atención el bajo porcentaje de encuestados/as que refirió acudir al CAPS en búsqueda de MAC. En los espacios de devolución y discusión de los datos de las encuestas las opiniones no eran homogéneas en relación a este tema, habiendo vecinas que plantearon dificultades en el acceso a la información sobre MAC y a los MAC en sí, y otras manifestaron que “está en la voluntad de cada una” utilizar de forma responsable un MAC ya que la información se encuentra disponible. Cabe destacar que el debate rondó sobre la responsabilidad de las mujeres al respecto y que no hubo varones del barrio en los espacios de devolución. Será parte de una futura investigación evaluar la información, la accesibilidad y las percepciones sobre los diferentes MAC y el rol del CAPS ante esta temática.

Sobre el uso de Métodos Anticonceptivos, el 57% de los hogares refirieron estar utilizando algún MAC; mientras que el 38% no utilizan. Dentro de los que sí lo hacen, el 29% prefiere utilizar ACO; 29% Barrera; 21,9% Ligadura Tubaria; 7,7% ACI; 7,1%DIU; 3% Implante; 1,2% no tiene dato; 0,6% Coito Interruptus y 0,6% otro método. Llama la atención el bajo porcentaje de encuestados/as que refirió acudir al CAPS en búsqueda de MAC. En los espacios de devolución y discusión de los datos de las encuestas las opiniones no eran homogéneas en relación a este tema, habiendo vecinas que plantearon dificultades en el acceso a la información sobre MAC y a los MAC en sí, y otras manifestaron que “está en la voluntad de cada una” utilizar de forma responsable un MAC ya que la información se encuentra disponible. Cabe destacar que el debate rondó sobre la responsabilidad de las mujeres al respecto y que no hubo varones del barrio en los espacios de devolución. Será parte de una futura investigación evaluar la información, la accesibilidad y las percepciones sobre los diferentes MAC y el rol del CAPS ante esta temática.

Actividades recreativas, espacios comunitarios y festividades

Del total de personas encuestadas, un 55% manifestó participar de actividades recreativas y un 44% refirió que no participa. Desde el equipo de la Residencia se considera que la pregunta fue de carácter muy amplio y no estuvo planteada de forma clara. De todas maneras, en los espacios de devolución y discusión las vecinas hicieron hincapié en la falta de espacios para actividades recreativas en general y para los jóvenes en particular.

De quienes sí participan de actividades recreativas, un 47% refiera dar paseos; un 41% realizar algún deporte; un 4,8% otras actividades no agrupables; un 3% actividades artísticas o baile y un 1,8% mira televisión.

Sobre la pregunta que indagaba en la participación o no en espacios colectivos (Institución/Organización/Iglesia), el 63% contestó que no participa en ningún espacio y el 35% contestó que sí lo hace. De quienes sí lo hacen, el 63,1% lo hace en Iglesias; el 16,5% en comedores; el 4,9% en una organización social y el 1,9% en marchas. Un 6,8% de las personas dieron respuestas que no pudieron ser agrupadas en ninguna categoría. En los espacios de devolución y discusión, el porcentaje de participación fue considerado como bajo en términos generales y se percibe una relación directa entre participación y necesidad económica o de alimentos. El porcentaje elevado de participación en ámbitos religiosos confirma una percepción en ese sentido de parte del equipo de salud, ya que estos espacios se evidencian en las consultas asistenciales como uno de los principales generadores de redes y vínculos en situaciones personales o familiares de marcado aislamiento o división social.

Siguiendo esta lógica de razonamiento de las vecinas, podemos inferir que los espacios que dan respuesta a las necesidades comunitarias- algunas de ellas de corte dramático como el hambre- no tienen vinculación con los organismos gubernamentales.

Sobre la preguntaba sobre si conocía alguna fiesta o evento en la zona, el 57% respondió que no conocía, el 41% respondió que sí y un 2% se encuentra sin dato. Cuando preguntamos cuál conocían, el 54,2 % respondió que conocía algún evento de niños/as; el 13% jornadas vecinales; el 10,7% festividades religiosas y el 10,7% otro. Entre quienes sí conocen eventos, el 64% participan del mismo; el 32% no lo hace y hay un 4% sin dato.

Problemáticas y aspectos positivos del barrio

Se consultó por la percepción de problemáticas barriales. Se leyó un listado de problemas construido en función de la percepción del equipo de la Residencia agregando opciones recopiladas de las demás herramientas cualitativas de recolección de datos, sobre todo del grupo de discusión. Los siguientes datos se construyeron tomando en cuenta el principal problema elegido de la lista presentada en el formulario.

Poco más de un tercio de los hogares encuestados -un 33,33%- considera que el principal problema del barrio es el consumo de drogas. En segundo lugar se ubica la (in)-seguridad con 18,32% y en tercer lugar, en sintonía con el primer problema, el consumo de alcohol con 11,72%. El 11,32% consideró que había falta de control de los niños y las niñas; el 8,42% falta de acceso al transporte público; el 4,03% la desocupación; el 4,03% la falta de espacios verdes; el 2,56% falta de control de animales o animales muertos; el 2,2% conflicto entre vecinos/as; el 1,47% problemas con la basura; el 0,73% la violencia de género; el 0,73% problemas de acceso a la luz y el gas; el 0,37% malas condiciones de trabajo; el 0,37% el egoísmo y la falta de unión con los demás y el 0,37% la inundación de las calles.

Sobre los aspectos positivos del barrio, se realiza una pregunta de forma abierta y sin lista. En el análisis de datos se las agrupó según lo contestado en los siguientes grupos de respuestas: el 25,9% de los hogares encuestados considera que un aspecto positivo de vivir en el Barrio Nuevo es su tranquilidad. A su vez, un 18,43% opina que le gusta habitar en una casa propia, conseguida luego de la relocalización de viviendas. El 18% considera que un aspecto positivo es la presencia de buenos/as vecinos/as en el barrio; el 10,9% que haya calles asfaltadas; el 5,1% que sea un barrio limpio y el 2,3% que sea un espacio abierto.

Cap. 3: Concepciones de salud y Participación Comunitaria de los vecinos/as del área programática del CAPS 15

Frente a una mirada hegemónica que asocia salud con ausencia de enfermedad (más allá de los pronunciamientos de distintos referentes, entre ellos la OMS), en este apartado nos proponemos reconstruir las concepciones que nacen desde las experiencias de los/as sujetos.

A partir de talleres ad hoc, reconstruimos las siguientes concepciones. Las primeras se relacionan con la definición más tradicional, haciendo hincapié en “sentirse bien” y “no tener

ninguna molestia”. Observamos en la mayoría de las intervenciones de las vecinas una idea de salud en contraposición a la enfermedad: tener el pelo limpio, alimentarse bien, cuidar el ambiente, nunca enfermar, tener todas las vacunas. Se acentúa el rol de los/as profesionales de la salud, señalando que “la salud está integrada por médicos, enfermeros, los que te dan el turno, farmacéuticos, bioquímicos, laboratorios”. Sin embargo, rápidamente emergen otras percepciones. Se destaca la importancia de la salud, se la piensa como “algo colectivo” que “nos involucra a todos” y donde se pone en juego lo que sienten las personas. Así, percibimos no sólo la relevancia de lo colectivo, sino también el hecho de compartir y prestarle atención a los vínculos. En relación a este punto y sobre la idea de lo que hace bien, prima una concepción del cuidado y el acompañamiento a los/as niñas/os (ayudar a los/as chicos/as del barrio, cocinar y que la familia esté bien, cuidar a los/as hijos/as) y una idea de lo colectivo/comunitario (ayudar al barrio, tener vivienda digna, participar en asambleas). Por el contrario –y sin pretender caer en binarismos-, sobre la idea de lo que hace mal emergen cuestiones vinculadas al individualismo y al egoísmo, dejando entrever una contraposición a la idea de solidaridad y lo colectivo mencionada anteriormente: en los relatos, se explicita que “hace mal el egoísmo”, “la gente mala leche o malintencionada”, la destrucción de la niñez, la falta de unión. En particular, nos llamó la atención la intervención de un niño que dijo que a él le hacía mal el maltrato hacia las mujeres.

En algunos relatos se deja entrever una idea de la salud vinculada a la capacidad de sobreponerse a las situaciones adversas (por ejemplo, “criar muchos hijos sola”, “poder caerse y volver a levantarse”.) También aparece en la discusión la realidad de que hay una salud para quien tiene dinero y otra para quien no lo tiene, por lo que existe una cuestión de clase social que condiciona el acceso a la salud. Las vecinas destacan que la salud es un derecho. Eso significa que todos/as tengan atención médica gratuita, posibilita el cuidado de los/as hijos/as y tiene que ser igual para todos/as.

De todas formas, se enfatizan los modos convencionales de cuidado y prevalecen las concepciones biomédicas. Las vecinas indican que para cuidarse es necesario “tener voluntad”, “ir al médico”, acudir a los “controles”, “tomar medicamentos” y “tener todo limpio”.

Otro eje de debate fueron los roles de género. Las habitantes destacan que “somos re importantes las mujeres en la salud de la familia”, “estamos atentas a todo” y “ningún hombre te da como consejo ir al médico”. Señalan que mientras ellas se encargan de la salud de sus hijos/as, sus maridos se ocupan del trabajo, pero “el varón trabaja y después descansa”, mientras que las mujeres nunca pueden hacerlo. Se especifica la necesidad de que “en la balanza estén todos iguales”, que “el derecho a descansar es salud” y que es inherente a todos/as.

Otro eje tiene que ver con la comunicación en relación a los vínculos con profesionales y familias:

“No decir lo que te molesta te angustia y enferma”- Vecina en taller.

“Cuando en una familia no hay entendimiento no es salud”- Vecina en taller.

“Hay que hablar y nos deben escuchar”- Vecina en taller.

Una característica que nos interesa especialmente es el barrio, el territorio donde se habita, ya que ello va de la mano con el acceso al derecho al hábitat y a la ciudad, aspectos primordiales en el marco de la relocalización. Así, en los relatos se destaca que “el lugar tiene que ver con la salud”, que importa la “cercanía de mi casa a la salita” y que “vivir en un lugar seguro es salud”. Al respecto, señalamos que en Barrio Nuevo sucedieron una serie de conflictos armados (por problemáticas de drogas y posibles tomas de viviendas) que generaron miedo entre los/as habitantes, impidiendo el disfrute y circulación por el espacio. En conversaciones informales, varias mujeres comentaron que luego de esos episodios fueron diagnosticadas con ataques de pánico y no les permitían mirar televisión. Por considerarse inseguro, el barrio no siempre es lugar de disfrute y ello es relevante porque otro elemento clave de la salud es la necesidad de dispersión.

Como dijimos, no creemos que las concepciones sobre salud se den de una forma dicotómica o lineal, sino que conviven diferentes tipos de miradas que incorporan dimensiones individuales y colectivas, biomédicas y sociales, ideas más estáticas con procesos más dinámicos. La idea de conflicto, por un lado, y de clase social o determinación de la salud, por el otro, coinciden con la concepción de la salud desde la cual trabaja el equipo de la Residencia y que adelantamos en el marco teórico, y las intervenciones que

realizamos intentan fortalecer diferentes tipos de articulaciones que se basen en estas ideas de la salud sin desmerecer a las demás.

Una vez conversados estos temas, decidimos plantear objetivos para realizar el ASIS. En concreto, intentamos responder la pregunta: “¿Para qué nos puede servir hacer este proyecto?”. Sobre este tema, las referentas plantean que las utilidades u objetivos que puede tener pasan sobre todo por saber qué cantidad de niños/as viven en el barrio y qué cantidad de vacunas tiene cada uno/a, para conocer si los/as adolescentes usan métodos anticonceptivos y realizan controles de salud y para evitar el embarazo adolescente. Además, las participantes hacen hincapié en que puede servirnos para trabajar actividades a los fines de abordar la violencia de género en el barrio y para mejorar la atención de la salita ya que hay pocos turnos.

De esta manera, con dicha herramienta metodológica logramos construir a grandes rasgos una mirada de la salud común desde la cual trabajar, a la vez que incorporamos elementos concretos del grupo de discusión para la confección de la encuesta. Se incluyeron todos los puntos comentados por las vecinas en las preguntas de la encuesta, con la salvedad del registro de vacunas por hogar ya que se consideró insuficiente el recurso humano disponible para contemplar esa variable en los tiempos previstos (revisión de libretas en cada hogar).

Se utilizó una guía a los fines de sistematizar los primeros contactos de los/as estudiantes con el territorio. La misma fue confeccionada en los encuentros previos de planificación y persiguió los objetivos de elaborar una mirada conjunta del territorio entre los diferentes actores intervinientes y de complementar el proceso de observación participante de más de dos años del equipo de la Residencia en las distintas instancias ya mencionadas.

Se conversaron en grupo general las impresiones de cada ítem y se pusieron en juego con las percepciones y conocimientos previos del equipo de salud. El grupo estudiantil estuvo conformado por cuatro estudiantes de la PFO, por dos estudiantes tutoras de las PINO que se encuentran cursando los últimos años de la carrera y por un número variable de estudiantes de entre primer y segundo año que rondaba los 20 participantes.

En términos generales, las y los estudiantes se mostraron sorprendidos al conocer un territorio ubicado en la ciudad de La Plata pero que no se correspondía con los imaginarios y las realidades que ellos/as mismos/as tenían de la ciudad. Comentaron que en general las

actividades que llevan adelante en su vida académica y personal son en “el casco urbano” o el “centro” y que para ellos/as esta parte de la ciudad resultó extraña o desconocida. Les llamó la atención que la Facultad no desarrollara dentro de su currícula formal actividades de este tipo y se mostraron sorprendidos/as por la desigualdad social y económica entre las diferentes partes de la ciudad de La Plata.

Sobre los aspectos ambientales de la observación, llamó la atención sobre todo la ausencia de árboles en la planificación urbana y la cantidad de basura presente en algunas esquinas del barrio, lo que ya había sorprendido al equipo de la Residencia y en algunas conversaciones con referentes barriales se hizo alusión al temor de algunos/as vecinos/as de generar espacios oscuros durante la noche y el miedo a que ese hecho aumentara la inseguridad.

Sobre la dinámica social y el uso del espacio público, llamó la atención la ausencia de espacios de encuentro o colectivos y la falta de utilización comunitaria del espacio público. Cabe mencionar que los horarios de la observación dirigida no coinciden- en la experiencia del equipo de la Residencia- con los de mayor utilización del espacio público como puede ser por ejemplo los de entrada y salida escolar. De todas maneras, desde el equipo de la Residencia se compartió la impresión de los y las estudiantes.

Sobre los recursos comunitarios, sorprendió la falta de espacios públicos y de uso colectivo como plazas, clubes de barrio o Iglesias. Esta percepción se corrobora y se agudiza al comprobar en las encuestas que la mayoría de las personas no participa de ninguna institución u organización comunitaria.

Sobre la infraestructura de la vivienda, llamó la atención la disparidad existente entre las casas de material y las prefabricadas, lo que sirvió para profundizar entre los y las participantes en el recorrido y el proceso de la conformación del Barrio Nuevo.

Como vemos, la mayoría de estos aspectos se vinculan con el acceso al hábitat de quienes viven en este barrio.

ASIS: la discusión de los resultados

En lo concerniente a las reuniones con las referentes barriales, se comienza a realizar una serie de encuentros con formato taller en el comedor los días martes por la tarde (durante los meses de mayo, junio y julio) a los fines de discutir y problematizar los resultados de las

encuestas y comenzar a darle forma a un posible abordaje de las principales problemáticas percibidas. Es importante destacar que en tales espacios participan de manera fluctuante vecinas, referentes de organizaciones (como Cáritas), de facultades de la UNLP, del CAPS y de instituciones estatales.

En los primeros encuentros surge como principal necesidad debatir el tema de la droga y del consumo problemático de sustancias debido a que las vecinas lo perciben como uno de los aspectos más graves del barrio:

“Los pibitos tienen en cada cuadra un tranza” – Vecina en reunión en el comedor.

“Los amigos de mi hijo están fumando todos” – Vecina en reunión en el comedor.

“La falta de trabajo hace que vendas droga” – Vecina en reunión en el comedor.

Por ello, una de las preguntas realizadas fue qué entendíamos por droga. También abordamos las diversas formas de vinculación con la misma y problematizamos las diferencias entre uso y adicción, planteando las distintas adicciones conocidas (a las sustancias, a la limpieza, al juego, por citar ejemplos conversados en el comedor). Podemos decir que este tema es abordado -sobre todo por las referentas- desde un comienzo haciendo especial hincapié en las sustancias consumidas, en los efectos que provocan sobre todo en adolescentes y jóvenes y en posibles abordajes biomédicos o terapéuticos de esos problemas. Ante el pedido específico, buscamos y compartimos información sobre lugares a los que acudir, tales como el Centro Provincial de Atención (CPA) cercano al barrio y otras instituciones de gestión pública y privada. Con el correr de los encuentros, entre los diferentes participantes se van incorporando otras dimensiones del consumo problemático vinculadas a procesos sociales, históricos y políticos del territorio y de los/as jóvenes en particular, lo que nos llevó a reflexionar sobre las posibles causas de las adicciones y las estigmatizaciones construidas entre pobreza y consumo problemático de sustancias.

Ante todo ello, surge la pregunta de qué hacer y se plantea la necesidad de que este espacio colectivo genere “proyectos de vida y no de muerte”. En esa línea, se retoma una propuesta que se viene trabajando con altibajos en diferentes encuentros colectivos que implican la creación de un club de barrio para contener a los/as jóvenes. Es decir, en los diferentes espacios de discusión de los días martes toma especial relevancia la propuesta de contar con un espacio comunitario donde realizar actividades recreativas, deportes, festejos, etc. Ante

la ausencia de un club en el barrio y, teniendo en cuenta algunos intentos previos por llevar adelante esta iniciativa sin haber podido lograrlo, se conversa sobre la posibilidad de volver a darle impulso amparados en los datos de las encuestas y en el proceso organizativo que en general el ASIS había propiciado.

Así, en la búsqueda de abordar estos temas con más vecinos y vecinas para poder trabajar proyecciones con un mayor grado de participación, se decide difundir la totalidad de los datos de las encuestas y de las discusiones planteadas en una reunión más masiva. Se elige el festejo del Día de la Niñez en el mes de septiembre de 2019 para aprovechar la masividad que suelen tener ese tipos de eventos (véase pregunta de en qué evento participa más, siendo la respuesta mayoritaria “Festejos del día del niño/a”). Se decide también convocar a esta reunión más amplia para comunicar una propuesta concreta charlada en las reuniones previas para el abordaje de los principales problemas del barrio: la mencionada construcción de un club barrial.

Sobre los debates y aportes vecinales realizados en esta jornada de comunicación de los resultados de las encuestas, se realizan comentarios en cada uno de los apartados¹³. Sobre el carácter general del ASIS y la propuesta concreta de llevar adelante un club barrial una de las vecinas comentó que *“la salita cambió una banda, el puesto de salud mejoró porque la gente reclamó más atención, si al destacamento le reclamás o a Desarrollo Social, va a tener más atención”*, lo que deja entrever una concepción de acceso a derechos vinculada a la capacidad organizativa de las comunidades y del proceso mismo del Barrio Nuevo. En relación al ASIS y a la reunión que se estaba llevando adelante, agregó que *“esto lo hicimos para proyectar el club de barrio que habíamos pensado, [que] no es fútbol nada más, es un centro de fomento, de un montón de actividades para contener a los pibes que están yéndose a la droga”*. Sobre el tema de las drogas en general, comentó que los chicos y las chicas *“no están perdidos, estamos a tiempo para hacer algo por el de al lado y el de enfrente, dejar de estar adentro y salir a hacer algo”* ya que los chicos y chicas del barrio *“no tuvieron alternativa. Si no consumen en 4 horas de un torneo y le agregás un laburo y le agregás la*

¹³ Ver el apartado Reflexiones finales.

escuela y va a llegar una hora para descansar” en clara vinculación entre la vulneración de derechos, la ausencia del Estado y el consumo problemático de sustancias¹⁴.

Resaltamos estas intervenciones, que fueron asumidas como propias por el equipo del ASIS y por la totalidad de los/as presentes, porque consideramos que sintetizan de forma contundente los objetivos de un ASIS y la forma de abordar los resultados de tal manera que puedan ser enmarcados en el proceso histórico de un territorio determinado. A su vez fortalecen núcleos de sentido común positivos como la solidaridad vecinal y contienen una actitud propositiva para abordar los problemas identificados en la comunidad.

Por todo ello, podemos decir que, en términos de Ander Egg (1990), en la actualidad estamos "yendo hacia la acción", pero entendemos que todo el proceso ha ido generando transformaciones, por pequeñas que sean, en el colectivo involucrado, afianzando confianza, modificando liderazgos, modos de organización, entre otros aspectos. Así, concebimos que la IAP busca *"hacer lo más operativos posibles los procesos de la sociedad para auto-organizar su propia transformación... para contribuir al mejor-vivir de la mayoría"* (Ander Egg, 1990, p. 9).

Luego de esta instancia vecinal que se llevó adelante el primer fin de semana de septiembre-2019; las mencionadas reuniones de los martes se convirtieron en lo sucesivo en reuniones de planificación del club del barrio y se incorporaron otras personas y actores sociales a los fines de colaborar con el proyecto.

Discusión y balance en FCM

En el Consejo Directivo de la FCM¹⁵ del mes de abril de 2019, dos miembros del equipo de la Residencia comentaron los objetivos generales de la realización de un ASIS, la dinámica de incorporación de estudiantes empleada y los objetivos pedagógicos del mismo. Se hace

¹⁴ Retomamos la definición de la ley 26934, que entiende a los consumos problemáticos como "aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud". Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>

¹⁵ Se inserta en el ANEXO-5 parte del Acta Oficial del Consejo Directivo del mes de abril de 2019. El Consejo Directivo es el órgano máximo de deliberación y definición política y académica de las Facultades de la UNLP y está compuesto por el Decano/a, el Secretario/a Académico/a y por consejeros/as directivos/as de los claustros de Profesores, Graduados/as, Estudiantes y No docentes.

hincapié en la coordinación con la Secretaría de Redes en Salud de dicha institución y en la importancia de que proyectos como este sean tomados como una iniciativa de gestión de la Facultad.

Los miembros del equipo de la Residencia comentan que, además de la situación crítica en términos sociales que atraviesa el barrio, la mayoría de los problemas más graves identificados por los y las vecinas son temas vinculados de forma directa a la salud (consumo de drogas, violencia, consumo de alcohol) y que la mayoría de los/as graduados/as de la Facultad, al formarse con una currícula hegemónica y biomédica, no cuentan con las competencias necesarias para realizar un ASIS ni con herramientas asistenciales para abordar estos problemas. La perspectiva con la que se forman actualmente los/as médicos/as de dicha institución les brinda herramientas para la intervención tardía de las complicaciones biomédicas de dichos problemas y en ámbitos hospitalarios (lesiones graves o gravísimas, cirrosis, demencia, etc.) pero no para comprender la dinámica social de las mismas ni mucho menos para intervenir de una manera integral y/o con una perspectiva sanitaria en el PNA.

El informe fue bien recibido por el conjunto del Consejo Directivo. Una de las consejeras por la minoría del claustro de profesores/as expresó que es necesario *“diagnosticar los problemas de la comunidad e intervenir de alguna manera con nuestras acciones, porque le estamos devolviendo a la comunidad lo que nos ha dado, que es nuestra formación”*, incorporando una noción de responsabilidad social de la Universidad Pública que es compartida por el equipo de la Residencia. En relación a un necesario cambio de plan de estudios aseguró que *“esto es lo que se viene”*. Otro de los consejeros por la minoría expresó que se requiere una formación con una *“concepción de sujeto más socio-comunitaria y no tanto centrado en la biología”*. Por otra parte, uno de los consejeros por la mayoría del claustro de profesores/as, en el mismo sentido que lo antes expresado, aseguró que *“la excelencia no pasa por el cientificismo”* y que hay que *“llevar al alumno a estos barrios vulnerables y ahí va a entender realmente lo que es la demanda en salud. ¿Por qué esperar a que se reciban para ir a un hospital?”*.

Balance de estudiantes

Desde la Secretaría de Redes en Salud (FCM-UNLP) se convoca a los/as estudiantes a la organización del festejo del Día de la Niñez donde se proponen además intervenciones lúdicas para los/as niños/as con temas vinculados a la prevención de la salud.

De forma posterior y con el objetivo de materializar un pequeño balance de la experiencia, se confecciona una encuesta virtual de carácter voluntario para indagar en las percepciones sobre el proceso/la experiencia del ASIS.

En la misma el 75% calificó como muy buena la experiencia; el 81,3% identificó que el proyecto le sirvió para un mejor conocimiento del modo de funcionamiento y de organización del trabajo en un centro de salud; el 100% consideró que con el trabajo se realizó un aporte a la comunidad y que la Facultad tendría que participar en la realización de trabajos como el presente ASIS. El 87,5% de los/as estudiantes afirmó que la participación en este ASIS les sirvió para “gestionar soluciones en el primer nivel en conjunto con la comunidad” y para el “desarrollo de relaciones de confianza y respeto con las personas”; el 81,3% destacó su importancia para “evaluar y conocer la realidad sanitaria de la región” y para “promover actividades de educación en salud” y el 75% que permitió promover una “capacidad de intervención con énfasis en la Atención Primaria de la Salud”.

Algunos comentarios como los siguientes permiten destacar la importancia de elaboración de un trabajo como el presente. Una de las estudiantes comentó que *“con respecto a mi mirada sobre la salud, reforzó conceptos previos, y la idea de que la medicina general es el destino que elijo desde que empecé la carrera”* y agregó que *“la articulación entre comunidad, profesionales y estudiantes es extremadamente importante, todos crecimos de alguna manera durante el desarrollo de las actividades”*. En la misma línea, un estudiante de segundo año afirmó que *“debería ser obligatorio este tipo de proyectos en la universidad... Además poder compartir con compañeros de diferentes años es súper rico y formativo, además de la formación de vínculos interpersonales (...)”* y una estudiante de la Práctica Final Obligatoria refirió: *“La facultad necesita más trabajos como estos desde los primeros años de cursada”*. Por último, el comentario de una de las estudiantes muestra la necesidad de seguir realizando trabajos como éste y de transversalizar esta mirada de la educación médica a los seis años de cursada y a las diferentes carreras de la Facultad: *“Creo que fue una experiencia increíble, ya que conocí otro lado de la medicina, más relacionada a lo social de*

lo que se observa en los hospitales. También lo importante que es la APS y la promoción de la salud en los barrios. Me sirvió mucho personalmente para empezar a adentrar en lo que es la entrevista, hablar con pacientes, poder explicar algunos conceptos que no conocían, promover hábitos saludables. Estaría buenísimo poder seguir participando de este tipo de actividades, no solo los estudiantes de medicina, sino también los de otras carreras de la EURHES (Escuela Universitaria de Recursos Humanos del Equipo de Salud)”.

Si bien el grupo que participó de la experiencia es reducido en comparación a la currícula total de la FCM y además lo hizo de “motu proprio” lo que evidencia una búsqueda previa para este tipo de actividades (excepto para las estudiantes de la PFO), todas las competencias destacadas de forma positiva por los/as estudiantes son fundamentales en la formación de grado y es por eso que asumimos como muy positiva la valoración de los/as estudiantes.

Reflexiones Finales y propuestas.

Si tuviéramos que realizar un primer balance del proyecto del ASIS del Barrio Nuevo, diríamos que hemos cumplido al menos la primera parte del objetivo general y nos encontramos atravesando la segunda. Esto es: el ASIS ha servido para generar datos concretos de un territorio del cual no existía información oficial de relevancia, se ha podido poner en juego esa información con las ideas y percepciones de la comunidad y de los/as participantes del proyecto y se ha hecho un esfuerzo para que lo mencionado implique un aporte real para la transformación de la salud del barrio.

A pesar de que se trata de un concepto clave en los textos teóricos tanto del ASIS como de la IAP, hemos discutido mucho desde el comienzo sobre el hecho de incorporar la palabra “transformación” en el objetivo general, habiendo opiniones encontradas en el equipo del ASIS sobre lo ambicioso y a la vez frustrante del término. Entendemos el concepto de transformación como un proceso que produce rupturas y movimientos, por mínimos que sean, donde se intenta modificar al menos algún aspecto de la realidad y, en dicho proceso, también se transforman los sujetos intervinientes. No lo estamos pensando (sólo) a escala macro, sino que consideramos que las prácticas cotidianas tienen un potencial transformador indiscutible y, desde allí, apuntamos a las transformaciones que los actores

sociales que participamos –las/os vecinas/os, referentes de instituciones, de organizaciones y facultades- somos capaces de construir con organización, sensibilidad y diálogo democrático en la toma de decisiones. Y para ello la producción de datos y de saberes es fundamental.

Llevamos adelante una investigación en un territorio que, según los datos generados, cuenta con más del triple de porcentaje de personas debajo de la línea de la pobreza y la indigencia que el resto de las áreas metropolitanas del país¹⁶. Esta situación se da, además, en la ciudad capital de la provincia más grande y rica de Argentina, que cuenta con la segunda Universidad más grande el territorio nacional, con 16 Hospitales Provinciales y 47 Centros de Salud Municipales. ¿Qué puede hacer el equipo de una Residencia de Medicina General para transformar semejantes condiciones estructurales de desigualdad entre casco urbano y periferia? ¿Cómo intervenir con perspectiva de derechos ante una realidad donde hay tantos derechos vulnerados a la vez? Si sumado a esto, desde el equipo del ASIS se contempla una concepción de la salud dinámica y estrechamente ligada a la conquista y garantía de otros derechos: ¿No sería entonces demasiado ambicioso hablar de transformación del estado de salud del barrio?

Sostuvimos el término en el objetivo general y balanceamos positivamente el trabajo realizado ya que volvemos otra vez a la fundamentación de esta investigación: nuestra perspectiva de producción de conocimientos se monta sobre procesos organizativos previos que buscan romper con la división social y la vulneración de derechos. En ese proceso el equipo del ASIS se transforma: supera las frustraciones de todo trabajo comunitario en el que por momentos parece que “no pasa nada”; le pone palabras concretas y con respaldo académico a ideas para la resolución de problemas que se llevan adelante más o menos instintivamente y genera nuevos conocimientos para argumentar estas prácticas; acerca las distancias muchas veces existentes entre discurso y acción para darles coherencia metodológica y estratégica y además los miembros del equipo nos transformamos como sujetos en el proceso.

¹⁶ Estos datos se construyen en base a la nota “Canastas por las nubes y salarios por el piso”, publicada el 19 de septiembre de 2019 en *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/219060-canastas-por-las-nubes-y-salarios-por-el-piso>

Sobre esas dudas y certezas, se va midiendo el impacto de las iniciativas y de su potencial transformador sobre todo en los aprendizajes colectivos que aparecen en los escenarios comunitarios de intervención. Creemos que la situación de salud del barrio se transforma en tanto y en cuanto las intérpretes (las referentas comunitarias) también lo hacen. En la apropiación de la herramienta del ASIS por parte de ellas vemos algo de esto y sobre todo en el rol que asumen para liderar procesos de organización social. Se produce un proceso en el cual las referentas se “animan a hablar en espacios públicos”, toman la palabra y resuelven situaciones con sus decisiones. Esto último se encuentra directamente vinculado al objetivo de generar propuestas colectivas para el abordaje de las problemáticas identificadas, sobre todo con el funcionamiento de las reuniones periódicas para el proyecto del club del barrio que ya nos encontramos llevando adelante en el momento de cierre de este trabajo.

Sobre la utilidad concreta de los datos generados, hubo y sigue habiendo una muy buena recepción de todas las instituciones y actores sociales de la Mesa Barrial que nos solicitan las bases de datos para justificar, argumentar y fortalecer sus propias iniciativas, por lo que, creemos que el trabajo también está vivo en cada proyecto -aún si no lo conocemos- al cual podemos haber hecho un aporte.

Por otro lado, el hecho de transformar también siempre es algo que está sucediendo y que escapa al plano de lo controlable o medible. Tratamos de aprender de las comunidades con las que trabajamos y desencadenar procesos que en la medida de lo posible nos excedan.

Sobre los objetivos de indagar en las percepciones sobre la salud y del funcionamiento del CAPS nº 15, en relación a la accesibilidad y calidad de atención y el de conocer prácticas individuales y colectivas en torno al PSEAC, podemos decir que sólo fueron abordados de forma superficial y que existió un error metodológico por pretender abordar temas profundos y que dan cuenta de procesos sociales con una herramienta de corte cuantitativo como es la encuesta. En estos temas en particular son más los límites de la investigación que sus aciertos y, en todo caso, este error de concepto incorpora nuevas dimensiones para alcanzar propuestas nuevas de investigación de cara al futuro, que necesariamente deberán contemplar otro tipo de técnicas, como la entrevista en profundidad¹⁷.

¹⁷ A pesar de que no es el objetivo de esta investigación, creemos que hace falta seguir insistiendo en la importancia de jerarquizar la investigación y la producción de conocimiento tanto en el posgrado como en el grado. En nuestra experiencia, la adquisición de herramientas metodológicas es un proceso constante que

Sobre la planificación comunitaria y también sobre la discusión sobre si este es un ASIS participativo o mixto (en función de las temporalidades y modalidades de la participación de la comunidad), quisiéramos hacer un pequeño comentario. Desde nuestra experiencia concreta, el nivel de participación comunitaria en el mismo y, a su vez, la capacidad de plantear un proyecto genuino que sirva a los intereses y problemas directos de la comunidad, no se salda con la participación en todas las etapas (planteamiento de objetivos, delimitación de la metodología, obtención de la información, comunicación y discusión de los datos, etc.) sino más bien mediante el alcance del nivel más alto en la construcción de redes (la asociación) y desde ahí la delimitación, esclarecimiento y democratización de las tareas en función del rol que cada sector del proceso ocupa. Un ejemplo burdo: cuando terminamos el grupo de discusión y comentamos en el taller que el próximo podría ser la confección de una encuesta para relevar el barrio, las referentas nos dijeron: *“Eso háganlo ustedes”*. Dividir roles y responsabilidades en los equipos no atenta contra la participación comunitaria, e identificar también los deseos y habilidades concretas de los diferentes momentos de un proceso no implica que en otros momentos los roles puedan invertirse o redefinirse.

En ese sentido, la dinámica que usamos no encaja en un ASIS tradicional ya que al incorporar a la comunidad desde el planteamiento de los objetivos, de alguna manera más o menos implícita estamos desde el principio priorizando temas y problemáticas a trabajar. Sobre esta incorporación temprana no tenemos más que sacar conclusiones positivas ya que implicó, a la vez que una continuidad sin fisuras de trabajos previos que se venían llevando adelante, una apropiación también de la herramienta que permitió democratizar y llegar a más personas del barrio desde ese protagonismo de las referentas. Esto se traduce en muchos niveles de coincidencia entre lo que las referentas relataban como posibles utilidades del ASIS desde una mirada pragmática y lo que finalmente terminaron siendo las problemáticas más comunes identificadas por el barrio; pero también en objetivos o iniciativas que fueron

empezamos a incorporar de forma tardía. En el sistema de residencias vemos que las experiencias existentes para fomentar la investigación (Por ej. el Bloque de Formación Común) son todavía muy ineficaces. En el grado nuestra experiencia al respecto ha sido muy pobre. Véase como un ejemplo de la falta de priorización de la investigación en la educación en salud de grado que según el informe de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria para la acreditación de la carrera de Medicina del año 2016, en la primera fase de acreditación se desarrollaban en la FCM-UNLP 24 proyectos de investigación de los que participaban solo 7 alumnos de la carrera (de un total de 5179).

propuestas por ellas mismas y que en lo posterior no fueron identificadas como un problema a priorizar por la comunidad en general, pero que quedan ya planteados como posibles trabajos a futuro (por ejemplo, el tema de la violencia de género).

En relación a la utilidad pedagógica y la vinculación estratégica del ASIS como una herramienta para la Educación Médica de grado y de posgrado, hacemos un balance sumamente positivo de la misma. EL ASIS sirvió para la adquisición de competencias del equipo de la Residencia -que evidentemente no es el mismo luego de llevar adelante este proceso que sintetiza, como ya se mencionó, casi cuatro años de formación teórica y técnica para el abordaje de iniciativas de corte comunitario-, a la vez que ofició de herramienta efectiva para la incorporación de estudiantes a un proceso pedagógico en el PNA (ver apartado balance de estudiantes). Esto toma relevancia en los dos planos de su propósito. En el plano del posgrado, vemos que no es común que todas las Residencias de Medicina General de la Provincia de Buenos Aires realicen como práctica sistemática ASIS en sus áreas programáticas. Nuestra sede formativa de hecho tampoco lo hacía, siendo esta experiencia la segunda luego del primer ASIS ya mencionado en el año 2015-2016. En comparación con esta experiencia previa, creemos que esta es mucho más completa y profunda en sus objetivos y que el proceso de acumulación de conocimientos de quienes lo llevamos adelante fue fundamental. En el plano del grado, el balance de los/as estudiantes y la experiencia propia del equipo de la Residencia en su formación de grado confirman la necesidad de incorporar este tipo de prácticas -en una etapa temprana de la carrera; planificadas; con argumentación teórica y correlato práctico y en el marco de procesos organizativos ya existentes -de forma sistemática en las currículas oficiales de las carreras del equipo de la salud, sobre todo y por ser nuestra disciplina, en la carrera de Medicina. Hacemos especial hincapié en que puede ser muy útil a los fines de implementar herramientas de inserción temprana en el PNA de estudiantes de forma masiva y con rigurosidad científica.

Por otra parte, queremos destacar que los resultados del ASIS nos permiten reflexionar en torno a las políticas de hábitat aplicadas en el barrio, ya que entendemos que se vinculan de forma directa con la salud. Teniendo en cuenta que, de acuerdo a los relatos reconstruidos en los talleres de los martes y en el festejo del Día de la Niñez, muchas personas afirman

vivir en mejores condiciones habitacionales pero comparten la percepción de que en el barrio “*no hay nada*”, nos preguntamos el alcance de dichas políticas. ¿Se puso el foco sólo en resolver problemáticas de vivienda o se partió de un concepto de hábitat vinculado al territorio, al trabajo, a la economía, a la salud, a la producción de espacios de dispersión y ocio en el marco del respeto por las culturas? ¿Se tuvieron en cuenta los diferentes modos de habitar, los deseos y necesidades de los vecinos y vecinas de Barrio Nuevo o se proyectó un barrio sin incluir dichas percepciones y requerimientos?

Entendemos que esta política pública apuntó a resolver una problemática de vivienda, a partir de la necesidad de construir obra hidráulica para que la ciudad no se volviera a inundar, sin pensar en el desarrollo comunitario del territorio. Ello explica, en parte, por qué no existen espacios verdes, recreativos, deportivos y por qué no se construyen espacios públicos compartidos, cuya relevancia radica en que, de acuerdo a diferentes autores/as, se trata de lugares de encuentro con la diversidad, de relaciones sociales y de construcción de lazos con los/as otros/as en oposición a la privatización de la ciudad neoliberal (Palleres, 2012; Cedrés Pérez, 2012), todo lo cual tiene que ver con la salud.

A modo de conclusión final podemos decir que, en nuestra experiencia, el ASIS permitió articular alrededor de una herramienta sanitaria distintos actores institucionales y comunitarios bajo una perspectiva de redes; aportó al conocimiento y a la transformación de la realidad social del territorio comprendido y a la de los sujetos partícipes del proceso; abonó desde una perspectiva del derecho a la salud al fortalecimiento de los dispositivos asistenciales estatales y ofició como un muy útil dispositivo pedagógico para la educación en salud de grado y de posgrado.

Consideramos que el trabajo puede implicar un aporte en diferentes planos del debate científico-educativo-sanitario y comunitario. Expondremos de forma breve algunos argumentos sobre esos aportes.

En su plano comunitario, creemos que el aporte concreto al territorio y a la comunidad en general pasa por generar datos sobre el barrio que no existían hasta la actualidad y pueden servir de apoyo a futuras proyecciones colectivas. Creemos que el hecho de investigar montándose en procesos organizativos preexistentes implica un aporte cualitativo y técnico a esos procesos. Este y otros ASIS que se hayan o estén llevando adelante en la región

podrían ser tomados como una experiencia válida a los fines de que todos los CAPS de la región puedan conocer mejor y de esa manera planificar más seriamente intervenciones sanitarias en sus áreas programáticas. Además, realizar un ASIS participativo implica al menos la intención de trabajar desde las necesidades concretas de esa comunidad y de aumentar los niveles de conciencia de las mismas sobre su capacidad de organizarse y acceder a derechos.

En lo concerniente al plano científico y de la investigación, no existen demasiados ASIS publicados en nuestro país ni tampoco bibliografía en abundancia sobre el tema. Creemos que es una responsabilidad de toda la comunidad educativa y de la relacionada a la especialidad de la Medicina General y de los Equipos de Salud en particular estimular y fomentar estos tipos de investigaciones. Sobre este punto, creemos que el aporte específico a la herramienta del ASIS pasa en primer lugar en el hecho de haber incorporado desde el momento de la planificación de objetivos a la comunidad. Por otro lado, consideramos un aporte haber utilizado en paralelo al ASIS como una herramienta pedagógica de grado que sirva de herramienta como posible práctica prefigurativa de una eventual herramienta pedagógica institucional de la UNLP y la FCM.

Por otra parte, en esta relocalización pareciera que se separa el derecho a la vivienda del derecho al hábitat y a la salud y se satisface el primero sin tener en cuenta los demás aspectos. Nuestra propuesta, entonces, radica en recordar que el derecho al hábitat es mucho más que construir casas: es producir territorios a partir de los deseos y necesidades de quienes los/as habitan. El derecho al hábitat y a la salud es posibilitar que la ciudadanía y los derechos se ejerzan en la práctica. Es poner de relieve la diversidad como un valor positivo. Es construir cotidianamente equidad.

De esta manera, la propuesta planteada de forma más integral sería contemplar al ASIS como un posible y potente articulador de actores sociales e institucionales desde el cual, a partir de un trabajo de redes y de la identificación y priorización de problemas en un determinado territorio, puedan surgir iniciativas colectivas en el plano de lo gubernamental y de lo social para el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades y su acceso a derechos en este caso a la salud.

Referencias bibliográficas

- Ander-Egg, E. (1990). *Repensando la Investigación-Acción-Participativa*. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Añez, E., Dávila, F., Gómez, W., Hernández, T., Reyes, I. y Talavera, J. (2010). *Manual para la Elaboración de un Análisis de Situación de Salud*. Maracay: IAES.
- Ardila, S. y Galende E. (2011). El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Revista Salud mental y comunidad*. Año 1, N° 1. pp. 39-50.
- Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Revista Ciencia, Docencia y Tecnología*. Año XXIV. (48). pp. 123-143.
- Blanco, B. (19 de abril de 2010). Entrevista inédita a Floreal Ferrara, médico sanitarista recientemente fallecido: “La salud es la solución del conflicto”. *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html>
- Borrell, R. (2005). La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos. En *Proceso de transformación Curricular: otro paradigma es posible*. Rosario: Editorial de la Universidad Nacional de Rosario.
- 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*. 31(supl 1). pp. 13-27.
- Cedrés Pérez, L. (2012). La participación ciudadana en la construcción de hábitat incluyente y sostenible: hacia la materialización del derecho a la ciudad. En Bolívar, T. y Erazo Espinosa, J.(coord). *Dimensiones del hábitat popular latinoamericano* (pp. 187-207). Ecuador: FLACSO.
- Cohen, N. y Gómez Rojas, G. (2019). *Metodología de la investigación, ¿para qué?: la producción de los datos y los diseños*. 1a ed. –Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Fonseca, M. y otros/as (2018). “Salud es caerse y volver a levantarse”. Un relato sobre la experiencia de la Posta Sanitaria del Barrio Nuevo de Ringuelet. Trabajo presentado en Congreso FAMG. Recuperado de: <http://famg.org.ar/index.php/trabajos-de-investigacion/file/600-2018-re-prom-sal-2-pr-salud-es-caerse-y-volver-a-lev>
- Harzheim, E., Casado, V. y Bonal Pitz, P. (2009). *La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa*. España: Fundación para la

Cooperación y Salud Internacional del Sistema Nacional de Salud de España.

Krueger, R. (1991) *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.

Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J.I. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé Editores.

Mayorga Fernández, M.J. y Tójar Hurtado, J. (2004). El grupo de discusión como técnica de recogida de información en la evaluación de la docencia universitaria. España: *Revista Fuentes* 5.

Merhy, E. (2016). El investigador en el mundo y el proceso de producción de otras formas de investigación en salud. En *Evaluación compartida de cuidado en salud* (pp. 22-30). Brasil: Ministerio de salud de Brasil.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018). *Guía Metodológica. Análisis de Situación de Salud en Municipios Saludables*. Argentina: Dirección de Municipios y Comunidades Saludables.

Mirada, J.M. (2016). Radiografía de un barrio caliente. Trabajo presentado en Congreso FAMG. Recuperado de: <http://famg.org.ar/index.php/trabajos-de-investigacion/file/241-radiografia-de-un-barrio-caliente>

Palleres, G. (2012). Derecho a la ciudad: personas sin hogar en la ciudad de Buenos Aires. En Bolívar, T. y Erazo Espinosa, J. (coord). *Dimensiones del hábitat popular latinoamericano* (pp. 171-186). Ecuador: FLACSO.

Ribeiro, E.C.O. (2003). *La enseñanza de la medicina como campo de transformación en: Educación Médica en transformación* (Tesis de Doctorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

Rovere, M. (2016). *Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. Córdoba: El Ágora.

Saforcada, E. (2010). Acerca del concepto de Salud Comunitaria. *It.* 1 (1): 7-19.

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

ANEXOS

ANEXO 1

GRUPO DE DISCUSIÓN

14 DE AGOSTO DE 2018

OBJETIVOS:

- Historizar acontecimientos y procesos relevantes para el barrio. ¿En qué momento del Barrio estamos?
- Acordar una concepción de salud general del equipo del ASIS. ¿Qué entendemos por salud?
- Establecer objetivos para el ASIS. ¿Para qué lo queremos hacer? ¿Para qué nos puede servir hacerlo?
- Esclarecer o delimitar tareas que implicaría llevar adelante el ASIS y quienes querrían participar de las mismas.

METODOLOGÍA DEL GRUPO DE DISCUSIÓN

LUGAR Y FECHA: Comedor “La 14”.

1-Presentación de participantes y de la propuesta del ASIS en general. Se comentará el recorrido de trabajo conjunto entre el equipo de la Residencia y las vecinas del Barrio en el caso de que participe alguna persona que no venga siendo parte del proceso. Se comentará qué es un ASIS, por qué se lleva adelante desde la Residencia como parte de las competencias necesarias para la formación en nuestra especialidad y desde qué perspectiva y convicciones lo hacemos en tanto trabajadores/as de la salud.

Dinámica: ronda y hablar con la persona de al lado/ caminata para relajar y reconocimiento del espacio físico y de otra persona. Charlar con la persona que toca y comentar nombre, como le dicen, cómo llegó al barrio y por qué le interesa participar de esta reunión.

Seguido a esto ronda general y presentación del compañero/a.

DURACIÓN: 30 min.

Con esta dinámica se busca generar un ambiente ameno de conversación y discusión, lo que resulta muy importante para esta herramienta.

2-Dinámica de conversación: qué cosas me hacen bien (o de que disfruto) y que cosas me hacen mal. A mí y al barrio. Luego: ¿qué tiene que ver esto con la Salud?

DURACIÓN: 30 min.

Con esta dinámica se busca plantear preguntas amplias y no direccionadas que generen debates desde la realidad concreta de las vidas de las participantes en la búsqueda de aproximarnos a concepciones de carácter general sobre la idea y las definiciones de Salud con las que orientaremos el trabajo.

3-Luego de lo charlado: ¿para qué pensamos que nos puede servir el ASIS? ¿Qué objetivos podríamos proponernos para hacerlo? ¿Hay alguna cosa del barrio que pueda ser mejorada con esto?

DURACIÓN: 40min.

Con estas preguntas, también de carácter abierto y general, se intenta contemplar en los objetivos específicos del ASIS elementos pragmáticos de la realidad de la comunidad a los fines de que sea una herramienta válida en la resolución de los conflictos y no un instrumento intelectual de carácter obsoleto.

Materiales:

-Papelógrafo/Fibrones/Computadora para registrar/Cinta.

4- Al final del encuentro se conversará sobre las tareas y responsabilidades que implica la realización de un ASIS y cómo repartirlas para llevarlas adelante.

ANEXO 2

Cuadernillo de actividades para estudiantes

Rubén Omar Sosa escuchó la lección de Maximiliana en un curso de terapia intensiva, en Buenos Aires. Fue lo más importante de todo lo que aprendió en sus años de estudiante.

Un profesor contó el caso. Doña Maximiliana, muy cansada por los trajines de una larga vida sin domingos, llevaba unos cuantos días internada en el hospital, y cada día pedía lo mismo:

-Por favor, doctor, ¿podría tomarme el pulso?

Una suave presión de los dedos en la muñeca, y él decía:

-Muy bien. Setenta y ocho. Perfecto.

-Sí, doctor, gracias. Ahora por favor, ¿me toma el pulso?

Y él volvía a tomarlo, y volvía a explicarle que estaba todo bien, que mejor imposible.

Día tras día, se repetía la escena. Cada vez que él pasaba por la cama de doña Maximiliana, esa voz, ese ronquido, lo llamaba, y le ofrecía ese brazo, esa ramita, una vez, y otra vez, y otra.

Él obedecía, porque un buen médico debe ser paciente con sus pacientes, pero pensaba: Esta vieja es un plomo. Y pensaba: Le falta un tornillo.

Años demoró en darse cuenta de que ella estaba pidiendo que alguien la tocara.

Eduardo Galeano
("Bocas del tiempo")

ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD EN BARRIO NUEVO



Participan:
RESIDENCIA MEDICINA GENERAL HOSPITAL R. GUTIERREZ LA PLATA
SECRETARIA DE REDES EN SALUD FCM.
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO DE LA PLATA

Dirección de Articulación
con Instituciones de
Atención Primaria
de la Salud
SECRETARÍA DE SALUD



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contaminación sonora | <input type="checkbox"/> Cursos de arroyo |
| <input type="checkbox"/> Cableado | <input type="checkbox"/> Vías de tren |
| <input type="checkbox"/> Pastizales | <input type="checkbox"/> Desniveles del terreno |
| <input type="checkbox"/> Estado de Zanjas | <input type="checkbox"/> Otros |

DINÁMICA SOCIAL Y USO DEL ESPACIO PÚBLICO

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grupal | <input type="checkbox"/> Símbolos |
| <input type="checkbox"/> Individual | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Arte | |

INFRAESTRUCTURA BARRIAL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zanjas | <input type="checkbox"/> Recolección de basura |
| <input type="checkbox"/> Teléfonos públicos | <input type="checkbox"/> Medidores/servicios (luz, gas, agua, teléfono, TV) |
| <input type="checkbox"/> Alumbrado, barrido y limpieza | |

RECURSOS COMUNITARIOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Iglesias | <input type="checkbox"/> Centro de fomento |
| <input type="checkbox"/> Escuelas | <input type="checkbox"/> Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> Espacio cultural | <input type="checkbox"/> Otras instituciones |
| <input type="checkbox"/> Instituciones políticas | <input type="checkbox"/> Negocios comerciales |
| <input type="checkbox"/> Comedores | <input type="checkbox"/> Venta ambulante |
| <input type="checkbox"/> Efectores de salud (consultorio, Enfermería) | <input type="checkbox"/> Recreación |
| <input type="checkbox"/> Radios | <input type="checkbox"/> Recolección de basura |
| <input type="checkbox"/> Clubes | <input type="checkbox"/> Transporte (taxis, remis, micro, etc.) |

INFRAESTRUCTURA DE LA VIVIENDA

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Materiales de la casa |
| <input type="checkbox"/> Casas en construcción |
| <input type="checkbox"/> Materiales en el lote |

8

ACTIVIDAD Nº 1 INTRODUCCIÓN AL BARRIO Y SISTEMA DE SALUD

OBJETIVO GENERAL:

Conocer/ visualizar el territorio de relevamiento sanitario, el Barrio Nuevo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Ubicar/identificar y conocer funcionamiento de Centro de salud Nro. 15. Identificar su área programática, área de influencia y sus cambios habitacionales recientes.

Pensar la salud interdisciplinaria e intersectorialmente.

Ubicar el Barrio Nuevo, conocer sus características (históricas, geográficas, ambientales, económicas, salud, etc).

Identificar sus condicionantes/ determinantes de salud.

ACTIVIDAD

PRIMER PARTE

Del CAPS al Barrio.

Presentación del CAPS. Composición del equipo y funcionamiento de CAPS. Dispositivos de atención. Problemáticas de Salud más frecuentes. Que es la Medicina General. Como está conformado un Equipo de Salud en el 1er nivel de atención.

Funcionamiento de la Residencia de Medicina General. Posta sanitaria.

Mapa del área programática, límites, barrios que la conforman, identificar el Barrio Nuevo en el mapa.

Relato de la historia del Barrio a cargo de vecinas.

SEGUNDA PARTE

Recorrida del barrio divididos en grupo.

<http://www.lapulseada.com.ar/las-obras-que-impuso-el-2a/>

<http://www.lapulseada.com.ar/los-expulsados-de-la-orilla/>

<https://www.lanacion.com.ar/2166822-los-misteriosos-mensajes-escondidos-techos-barrio-pobre>

1



Esta simple historia habla del complejo conjunto de factores o condiciones que determinan el nivel de salud de todos nosotros.

¿Por qué está Pablo en el hospital? Porque se le infectó el pie.
¿Pero, por qué se le infectó? Porque se cortó y se le infectó.
¿Pero, por qué se cortó el pie? Porque estaba jugando en el basural vecino a su casa y se cayó sobre un fierro cortante.
¿Pero, por qué estaba jugando en un basural? Porque vive en un barrio precario, donde no se recolecta la basura, muchos niños juegan allí y no hay nadie que los vigile.
¿Pero, por qué vive en ese barrio? Porque sus padres no pueden darle otro lugar para vivir.
¿Pero por qué sus padres no pueden darle un lugar mejor para vivir? Porque su padre está desocupado, hace changas de vez en cuando y su madre se ocupa de ellos y la casa.
¿Pero por qué su padre está desocupado? Porque no hay trabajo.
¿Pero por qué...?"

La salud ha sido considerada, de manera tradicional, como la ausencia de enfermedad. Este concepto es sumamente limitado, por eso la OMS en 1967, amplía la definición de la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

Esta definición, más amplia y completa, define la salud en términos positivos e innovadores introduciendo determinantes sociales y mentales, pero tiene aspectos negativos e incluso criticables, como por ejemplo equiparar "completo bienestar" con "salud" lo que hace la definición utópica, convirtiéndola en estática, sin considerar los diversos grados que la salud puede tener.
Por su complejidad, sobre la salud actúan diversos determinantes, que deben ser considerados dentro del concepto de salud. Están relacionados con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. Dado el avance en la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, la gran mayoría de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos de los biológicos. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, sin caer en una concepción demasiado simplista del complejo binomio salud-enfermedad. La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. En esta labor no sólo el personal médico y sanitario tiene

La coordinación del mismo será organizada por la Residencia de Medicina General.

Se asignarán las casas a relevar en cada jornada.

RELEVAMIENTO

	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4
MANZANA				
Nº DE CASAS ENCUESTADAS				
TOTAL PERSONAS RELEVADAS				
OBSERVACIONES				
GRÁFICO				

ANEXO

Guía para la observación

AMBIENTAL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Basurales | <input type="checkbox"/> Cestos de basura públicos/contenedores |
| <input type="checkbox"/> Fábricas | <input type="checkbox"/> Animales sueltos |
| <input type="checkbox"/> Chatarra | <input type="checkbox"/> Arbolado |
| <input type="checkbox"/> Transformadores | <input type="checkbox"/> Huerta familiar |
| <input type="checkbox"/> Torres de media tensión | <input type="checkbox"/> Cría de animales |
| <input type="checkbox"/> Asentamientos | <input type="checkbox"/> Contaminación de aire (humo, olor) |
| <input type="checkbox"/> Villas | <input type="checkbox"/> Terrenos libres/baldíos/privados |
| <input type="checkbox"/> Plan federal + otros | |

2

7

bre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes.

A nivel mundial, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquellas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Estas inequidades han aumentado. Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente a través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúan sobre los determinantes sociales. El reciente informe de la comisión de determinantes de la salud de la OMS (2008) lo describe muy bien: La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de

la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural».

En conclusión, avanzar hacia la atención de los determinantes, permitirá posicionar el valor de la salud como un principio fundamental. No es posible que atendamos pacientes en los hospitales y les recuperemos la salud para devolverlos a las mismas condiciones insalubres, de precariedad, de mala alimentación, de pobreza que los enfermo previamente. Casos de estos tipos sobran, y sólo para citar uno de ellos, mencionó el de un niño de 11 años vecino de un barrio precario de Alajuelita, atendido en el Servicio de Infectología, referenciado por un quinto episodio de pancreatitis secundaria a obstrucción por áscaris, no fue hasta que se le sacó de la condición de insalubridad en que vivía que recuperó su salud.

Bibliografía:
Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta médica, costarricense vol.51 n.2 San José Apr. 2009 Determinantes de la Salud, Adriana Moiso

4

ACTIVIDAD N° 2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD: CONCEPTOS TEÓRICOS Y ENCUESTA

OBJETIVO GENERAL:

Conocer qué es y cómo se desarrolla un Análisis de Situación de Salud (ASIS)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer el concepto teórico del ASIS y su estructura.
- Presentar antecedentes de ASIS en el Área Programática del CAPS 15
- Informar sobre herramientas de recolección de datos.
- Dar a conocer la encuesta.

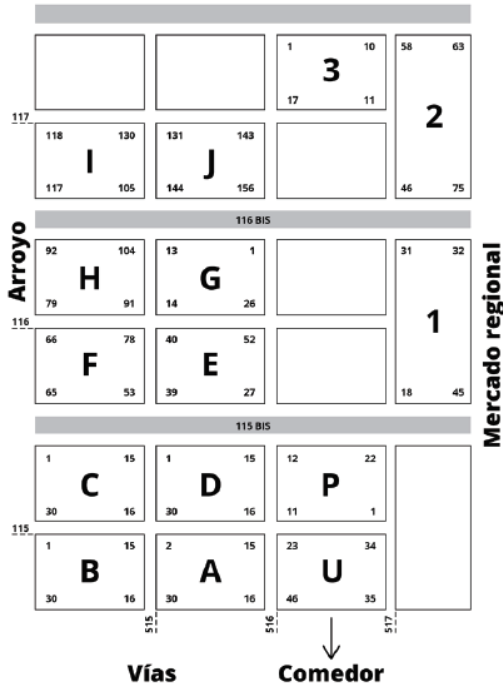
ACTIVIDAD:

- Introducción al concepto teórico de ASIS
- Presentación en Power Point del ASIS: Radiografía de un barrio cliente: Análisis de Situación de Salud del barrio "El Mercadito" de la ciudad de La Plata y priorización de problemáticas desde un enfoque participativo. Año 2016.
- Presentación de la herramienta de relevamiento.
- Dinámicas para la familiarización con la encuesta.
- Resolver inquietudes e inconvenientes que se nos presenten con el instrumento.
- Socializar la logística de relevamiento que comenzará la semana siguiente.

miento que comenzará la semana siguiente.

ACTIVIDAD NRO. 3, 4, 5.
Relevamiento del Barrio Nuevo.

5



6

una vital participación, se requiere de la acción comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud. Por lo tanto al conceptualizar los determinantes de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. En 1974, Marc Lalonde, Ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente - incluyendo el social en un sentido más amplio - junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En 1991, Castellanos establece cómo se produce la interacción entre los determinantes de salud con la categoría condiciones de vida. Estos determinantes son modificables, ya que están influenciados por los factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación. Lalonde estableció la importancia que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública. Al inicio se le atribuyó una mayor importancia al medio ambiente y al estilo de vida. Posteriormente la mayor importancia recayó en el sistema de asistencia sanitaria, sin embargo hoy sabemos que la salud no sólo se mejora y se mantiene teniendo sistemas de atención de la enfermedad.

Se demostró que las enfermedades causadas por los estilos de vidas insanas ocasionaban al sistema un elevado coste económico como consecuencia de todo ello, hubo un cambio de pensamiento iniciado en Canadá, luego en EEUU y posteriormente en Europa, que condujo un cambio de prioridades de salud pública, derivándose un porcentaje elevado de recursos hacia la prevención y educación sanitaria. Sin embargo, en cuanto a los estilos de vida hoy se discute que los mismos son productos de los condicionantes sociales y de la propaganda comercial, por ello darle información a la población, sobre los riesgos de estos estilos, como por ejemplo el tabaquismo, no son suficientes para hacerles cambiar, se requiere crear las condiciones para que puedan ejercer con responsabilidad su auto cuidado. No es posible decirle al paciente obeso que coma saludable y haga ejercicio, si los precios de los alimentos sanos son altos o bien si no hay parques seguros, iluminados, con condiciones adecuadas, carreteras con aceras o ciclo vías donde pueda ejercitarse. La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones so-

3

Anexo 3. Encuesta utilizada para el Relevamiento

PLANILLA N°: _____ ENCUESTADOR: _____

FECHA: _____ DOMICILIO: _____

N° DE MANZANA: _____ N° DE CASA: _____

1. VIVIENDA:

- Provisoria
 Definitiva

2. BASURA:

- En puerta
 Micro basural
 Quema
 Entierra
 Otros

3. RECOLECCIÓN DE RESIDUOS:

- Periódica
 Irregular

NOMBRE (encuestado)	EDAD	GÉNERO	NACIONALIDAD	SIN DNI (X)	NIVEL EDUCACIONAL	OCUPACIÓN (1)

(1) Preguntas dirigidas al encuestado:

- ¿Tiene empleo?
¿Está conforme con el mismo?
¿Busco trabajo en el último año?
¿Tuvo éxito en la búsqueda? (si consiguió)
¿Cumplió sus expectativas?

N° DE PERSONAS EN EL HOGAR	N° DE DORMITORIOS	¿CÓMO LLEGAN A FIN DE MES?	INGRESO	RECIBEN	COBERTURA DE SALUD	MORTALIDAD ÚLTIMO AÑO		
						EDAD	SEXO	CAUSA
			■ 20868: <input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Menor ■ 8347: <input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Menor	<input type="checkbox"/> PLAN <input type="checkbox"/> BECA <input type="checkbox"/> PENSIÓN <input type="checkbox"/> JUBILACIÓN	<input type="checkbox"/> OS/MUTUAL <input type="checkbox"/> SALUD PÚBLICA <input type="checkbox"/> PREPAGA			

FORMULARIO ANEXO - Encuesta ASIS

1 - ¿Dónde vivían antes de venir al Barrio Nuevo?

2 - ¿Considera que en el grupo familiar tienen algún problema de salud? ¿Cuál?

3 - Ante una enfermedad en la familia, ¿a dónde consultan?

4 - Identifica alguno de estos problemas en algún integrante de la familia?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Problemas dermatológicos |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas oftalmológicos |
| <input type="checkbox"/> Problemas mentales | <input type="checkbox"/> Situaciones de violencia |
| <input type="checkbox"/> Problemas urinarios | <input type="checkbox"/> Consumo problemático de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Discapacidad |

5 - ¿Ha realizado algún tratamiento por esto? ¿Dónde?

6 - Ante un problema de salud, ¿a dónde concurren?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CAPS N° 15 | <input type="checkbox"/> Al farmacéutico |
| <input type="checkbox"/> Hosp. R. Gutiérrez | <input type="checkbox"/> Curandero /a |
| <input type="checkbox"/> Concurren a otro hospital | <input type="checkbox"/> Resuelven solos |
| <input type="checkbox"/> Centro privado | <input type="checkbox"/> Otros |

7 - ¿Ha concurrido a la salita? (Caps. 15)

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

8 - En caso de responder por NO especifique porque

9 - En caso de responder por SI:

A. ¿Por qué concurre el grupo familiar a la salita?

B. ¿Cómo evalúa la atención recibida?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy mala | <input type="checkbox"/> Buena |
| <input type="checkbox"/> Mala | <input type="checkbox"/> Muy buena |
| <input type="checkbox"/> Regular | |

C. ¿Cómo le resulta conseguir un turno?

- Fácil
 Difícil
 Muy difícil

10 - ¿Utilizan algún método anticonceptivo? ¿cual?

11 - ¿Tienen en su vivienda animales ?

- Si No

12 - En caso de marcar si, especifique su uso:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Domésticos | <input type="checkbox"/> Consumo familiar |
| <input type="checkbox"/> De trabajo | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

13 - ¿Han recibido controles veterinarios? (solo si respondió que sí en la anterior)

- Si No

14 - ¿Realizan alguna actividad recreativa?

Si No ¿Cuál?:

15. ¿Participan en alguna organización/institución /iglesia?

Si No ¿Cuál?:

16. ¿Conocen alguna fiesta, festejo o evento que se realice en la zona?

Si No ¿Cuál?:

17. ¿Participan del mismo?

Si No ¿Por qué?:

18. De la siguiente lista de problemas, cual identifica en el barrio?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Basura |
| <input type="checkbox"/> Drogas | <input type="checkbox"/> Falta de control en animales/animales muertos/roedores |
| <input type="checkbox"/> Conflicto entre vecinos | <input type="checkbox"/> Inundación de calles |
| <input type="checkbox"/> Violencia de género | <input type="checkbox"/> Problemas con acceso a servicios(luz y gas) |
| <input type="checkbox"/> Seguridad | <input type="checkbox"/> Egoísmo/falta de unión con los demás |
| <input type="checkbox"/> Desocupación | <input type="checkbox"/> Falta en el cuidado en la salud de los niños |
| <input type="checkbox"/> Malas condiciones en el trabajo | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Falta de acceso al transporte público | |

19. De los problemas elegidos priorice 4 en orden de importancia (siendo el primero el más importante)

.....
.....
.....
.....

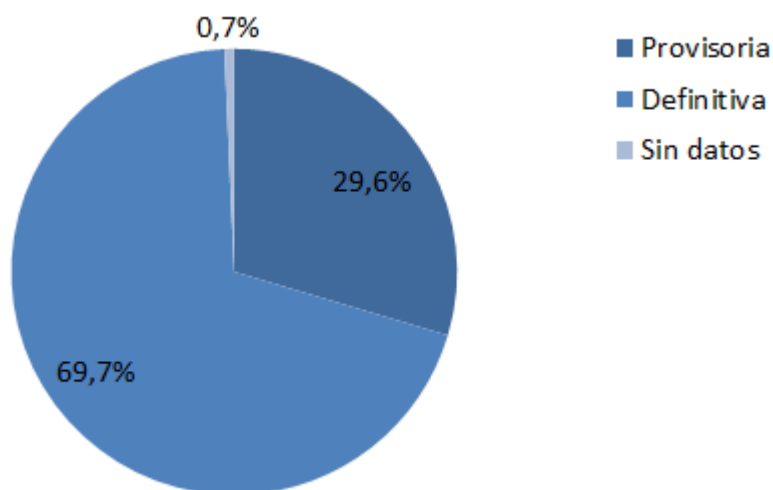
20. Identifique 2 aspectos positivos del barrio

.....
.....
.....
.....

ANEXO 4

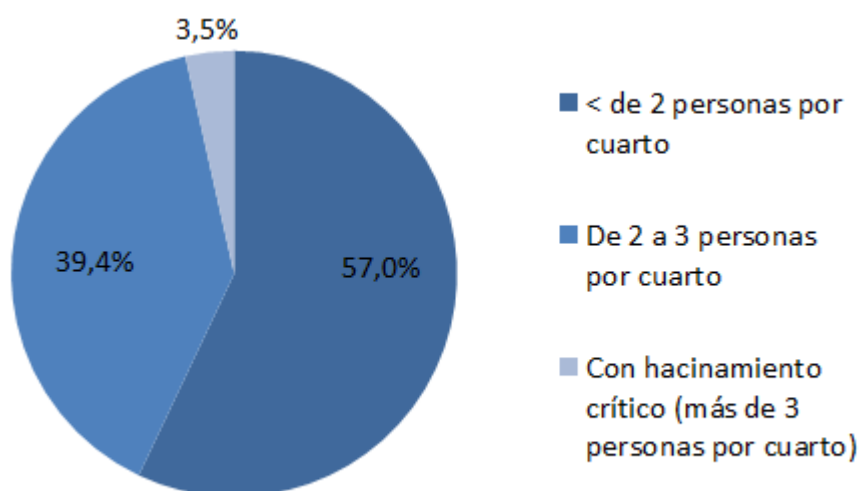
GRÁFICOS Y RESULTADOS DE ENCUESTAS

1. Tipo de vivienda



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

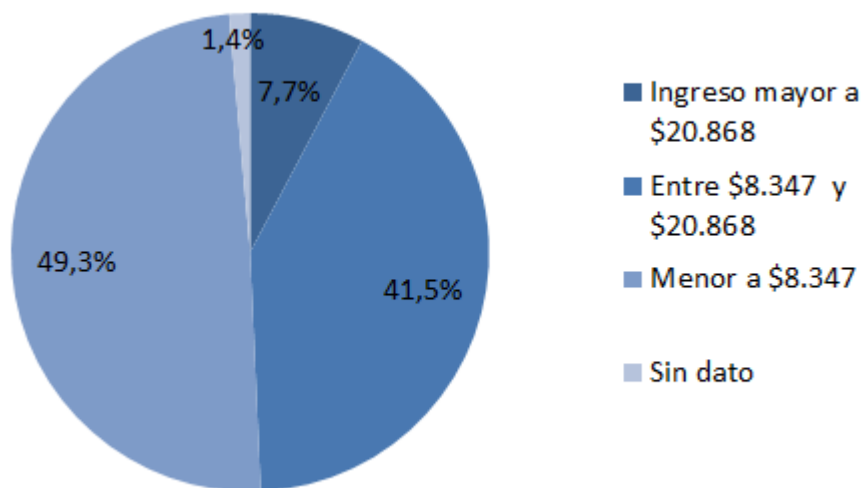
2. Hacinamiento¹⁸



¹⁸ Según el Indec: **Hacinamiento**: representa el cociente entre la cantidad total de personas en el hogar y la cantidad total de habitaciones. **Hacinamiento crítico**: corresponde a los hogares que representan más de 3 personas por dormitorio.

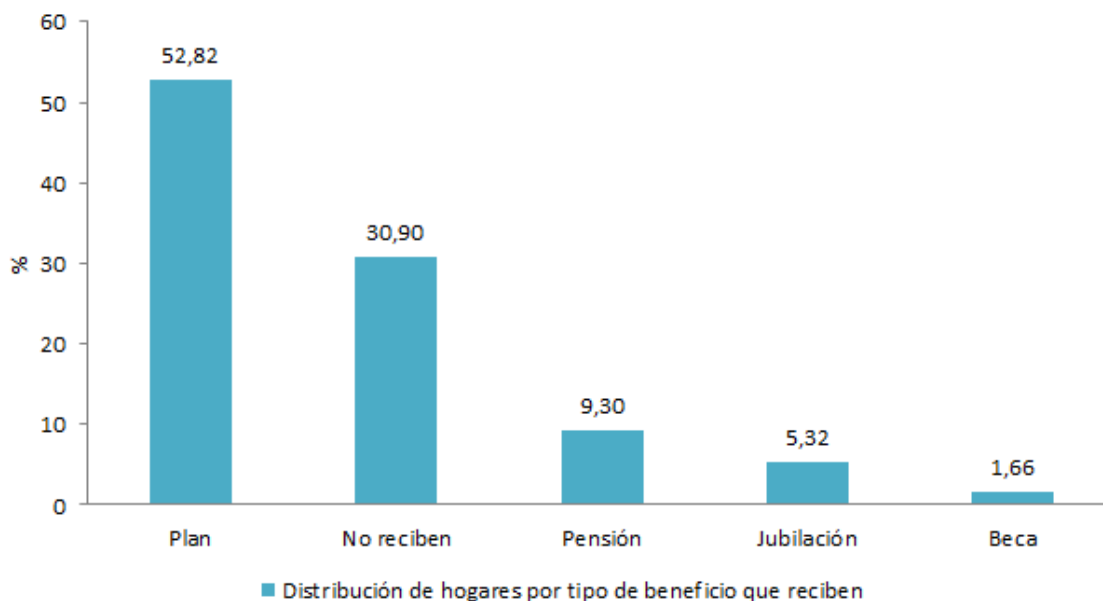
*Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo.
Octubre/noviembre/diciembre de 2018.*

3. Ingresos



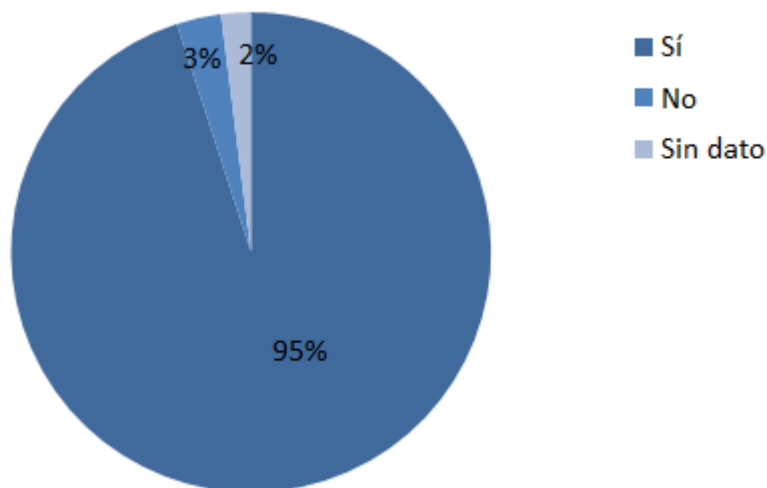
*Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo.
Octubre/noviembre/diciembre de 2018.*

4. Percepción de planes y programas sociales



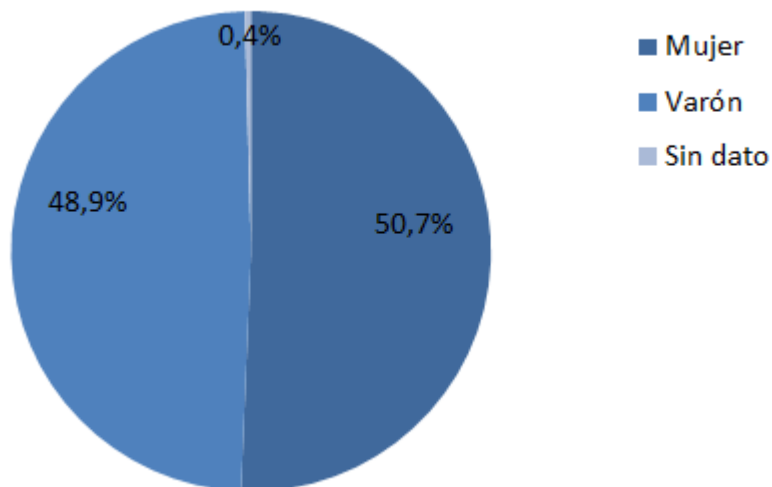
Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

5. DNI



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

6. Género



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

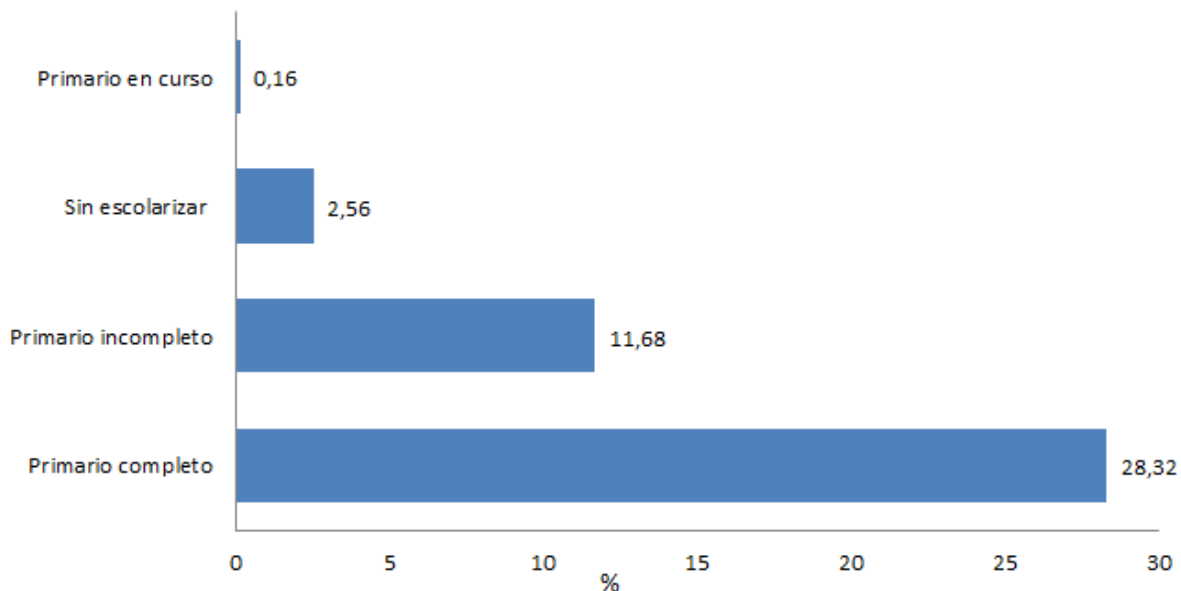
7. Nivel de educación

7.1. Nivel de educación entre mayores de 18 años hasta 85 años



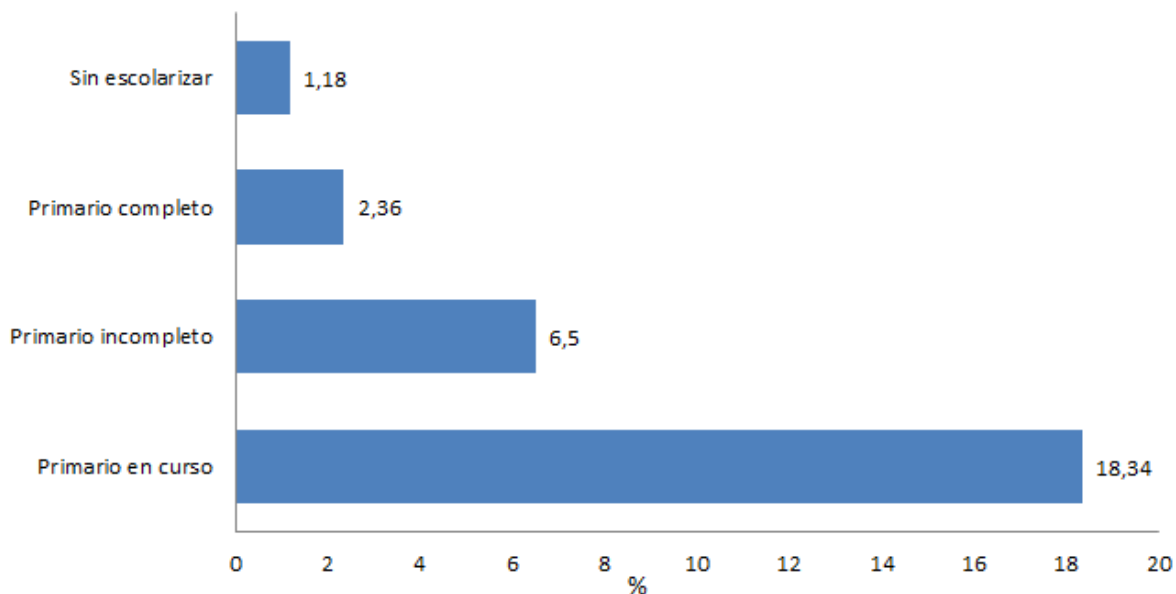
Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

En relación a aquellos que no alcanzaron el secundario



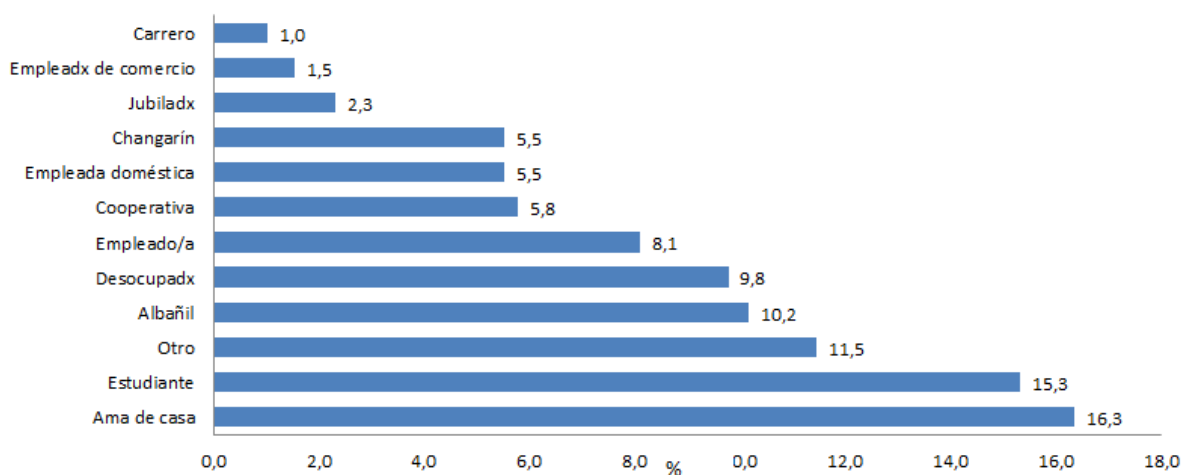
Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

7.2. Nivel de educación de personas entre 12 y 18 años



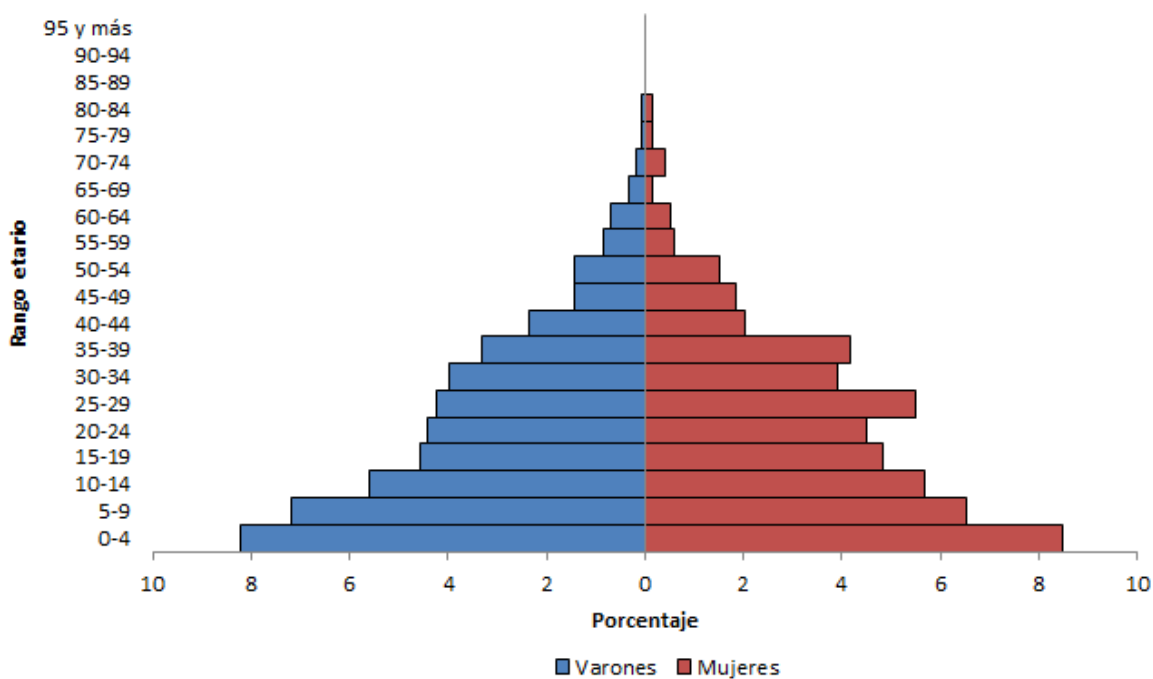
Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

8. Ocupación



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

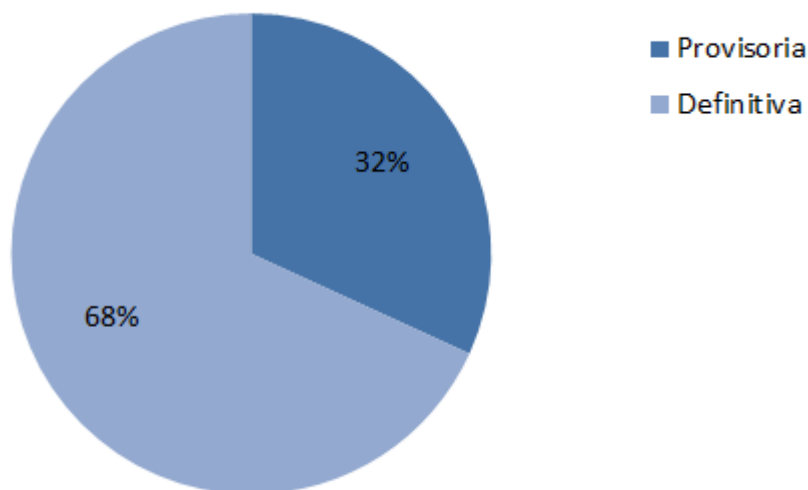
9. Pirámide poblacional



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

10. Vivienda e ingreso

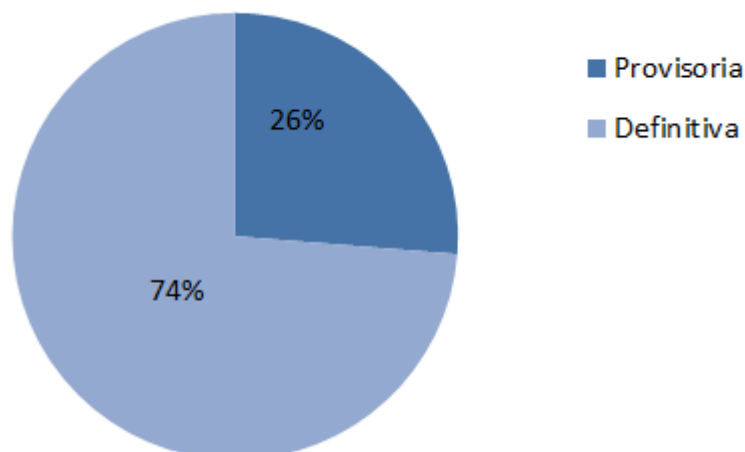
1. Hogares que tienen un ingreso mayor a \$20.868



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

De los hogares que tienen un ingreso de más de \$20.868 un 68% vive en casas definitivas y el 32% en casas provisorias.

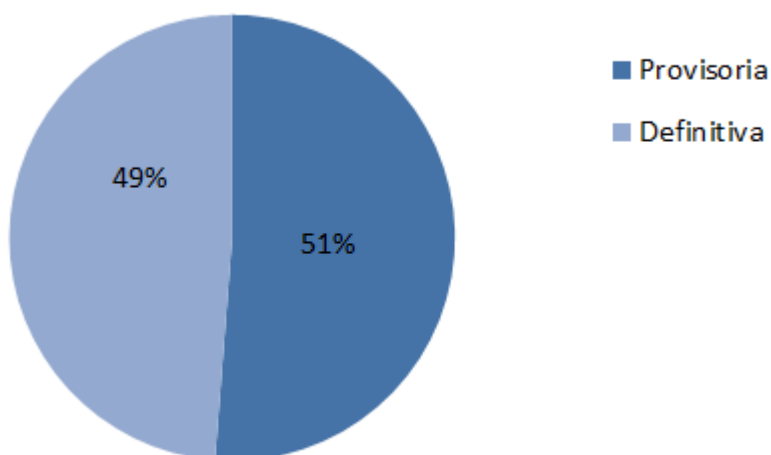
2. Hogares que tienen un ingreso entre \$8.347 y \$20.868



Fuente: *Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.*

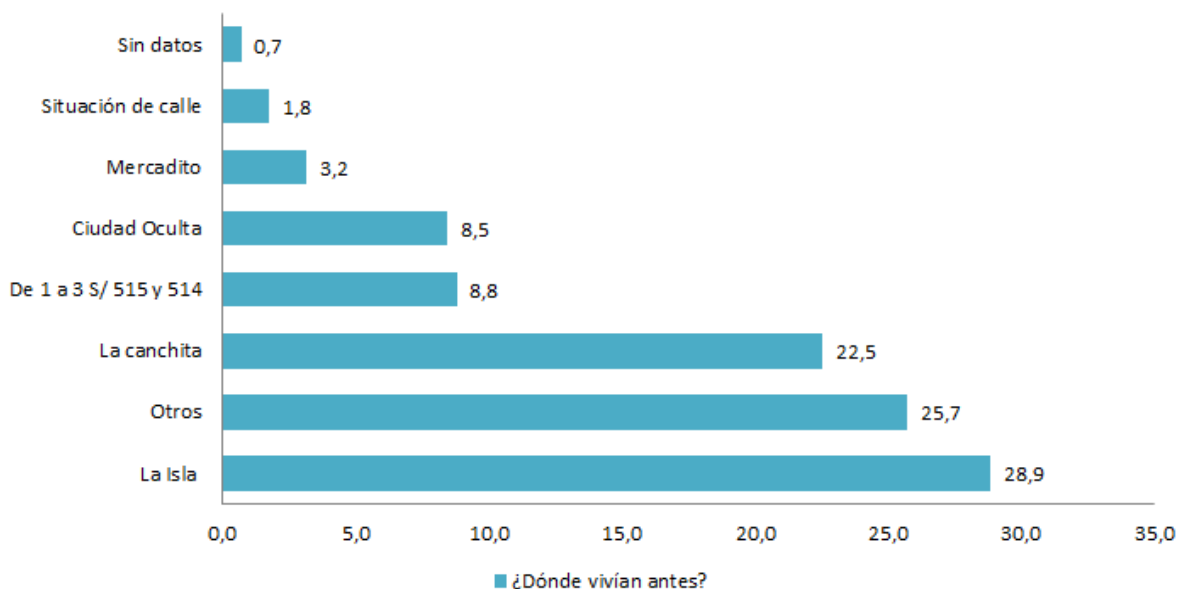
De los hogares que tienen un ingreso entre \$8.347 y \$20.868, el 74% vive en casas definitivas y el 26% en casas provisorias.

3. Hogares que tienen un ingreso menor a \$8.347



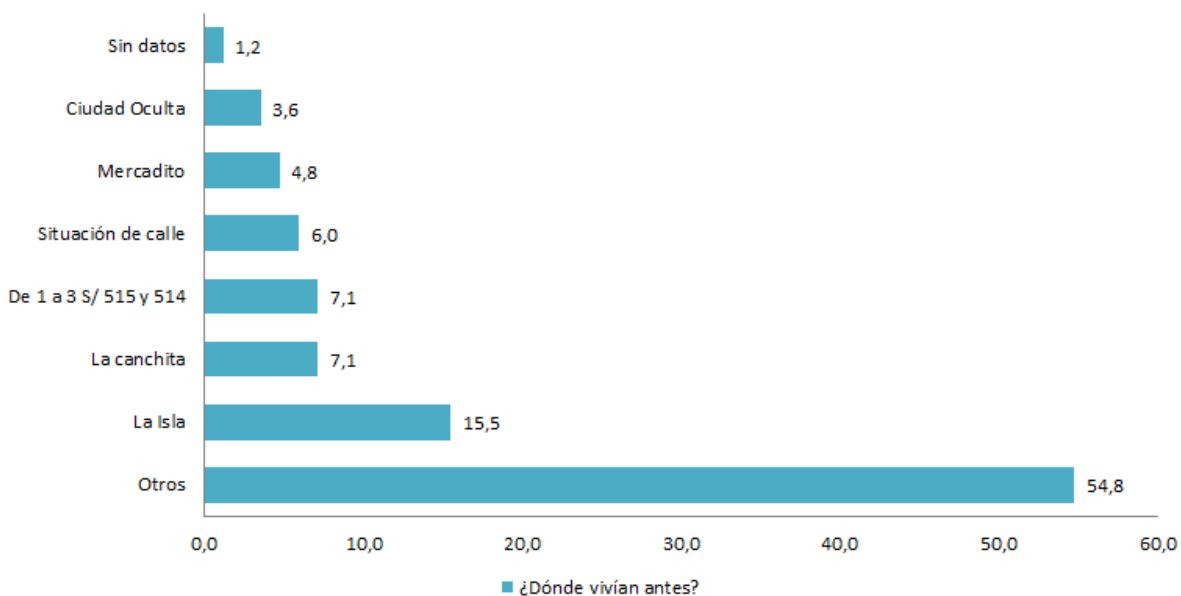
Fuente: *Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.*

11. Dónde vivían antes



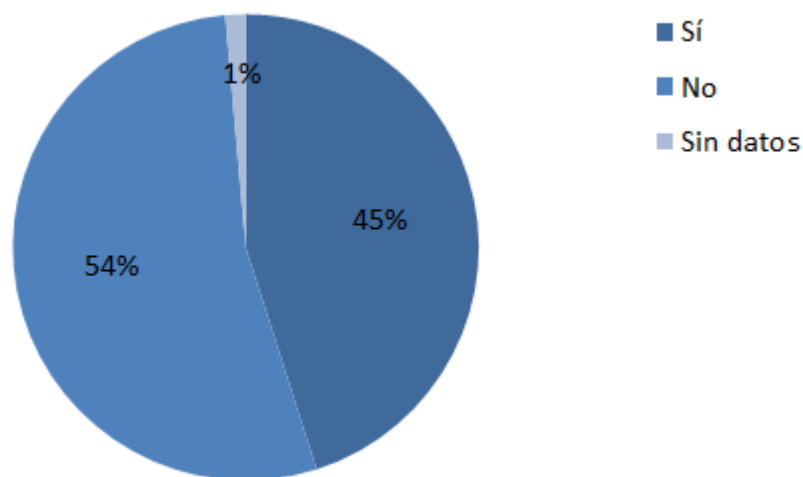
Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

12. De dónde venían los que viven en casas provisorias



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

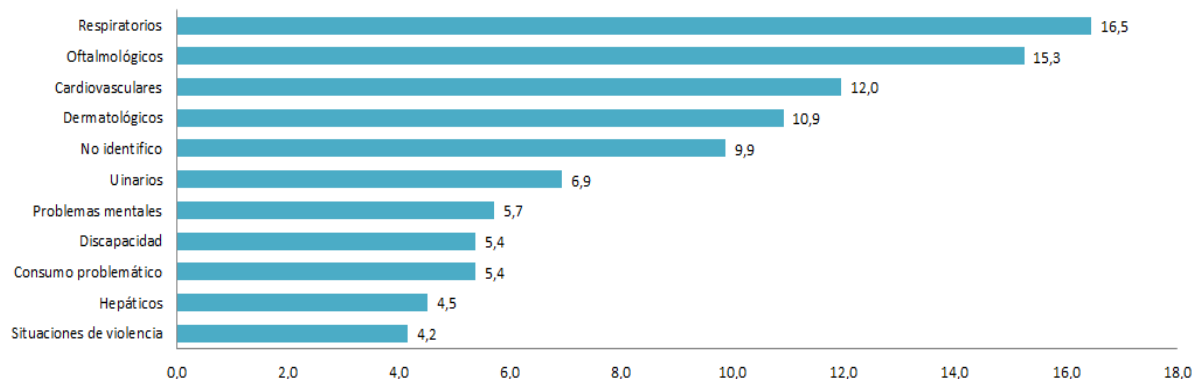
13. ¿Considera que tiene algún problema de salud?



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

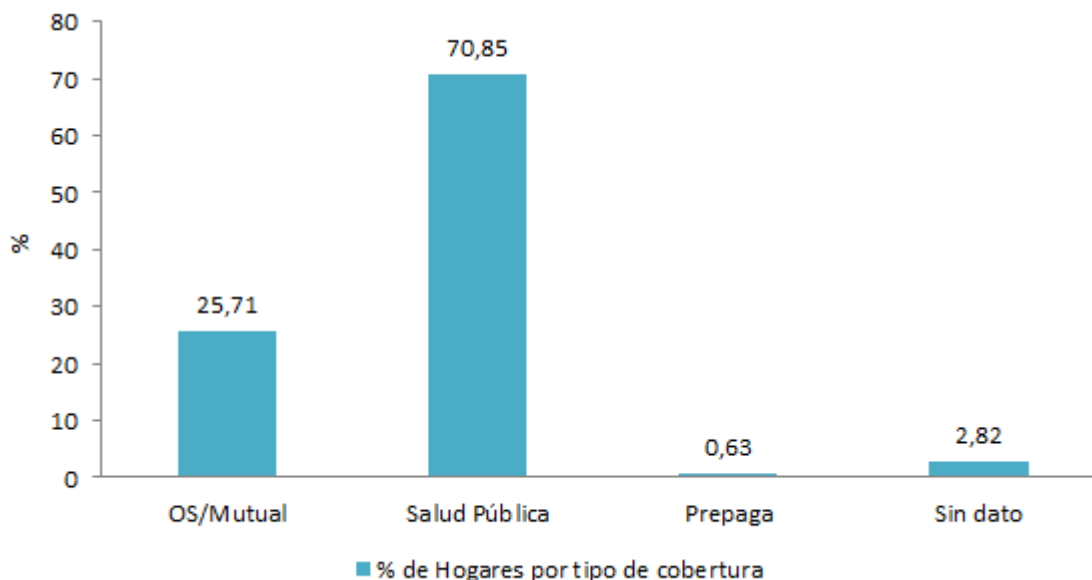
14. ¿Identifica alguno de estos problemas en algún integrante de la flia?

El siguiente gráfico se hizo sobre el total de 577 respuestas, ya que se permitían respuestas múltiples.



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

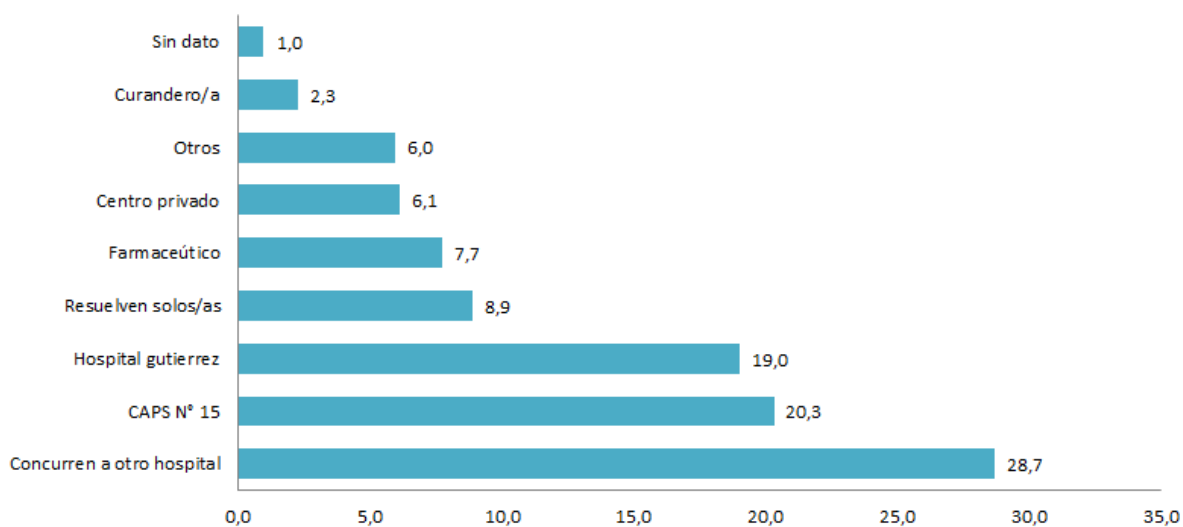
15. Tipo de cobertura



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

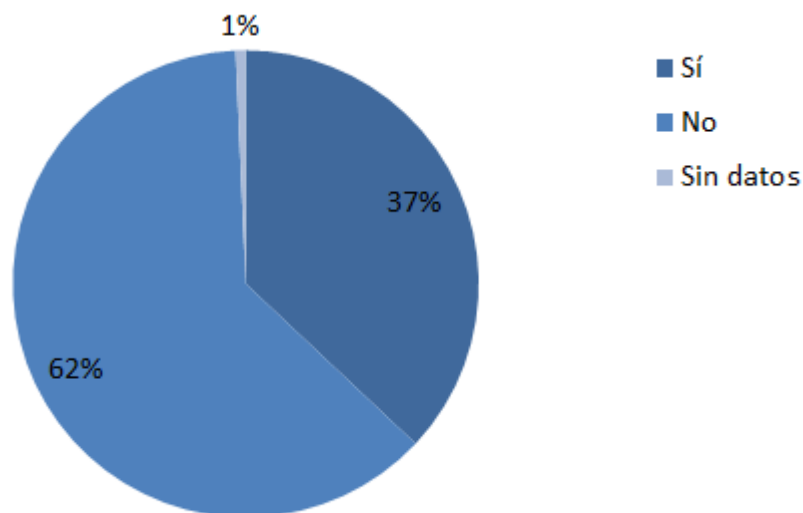
16. Frente a un problema de salud, ¿a dónde concurren?

Se permitieron respuestas múltiples. Total de respuestas: 620.



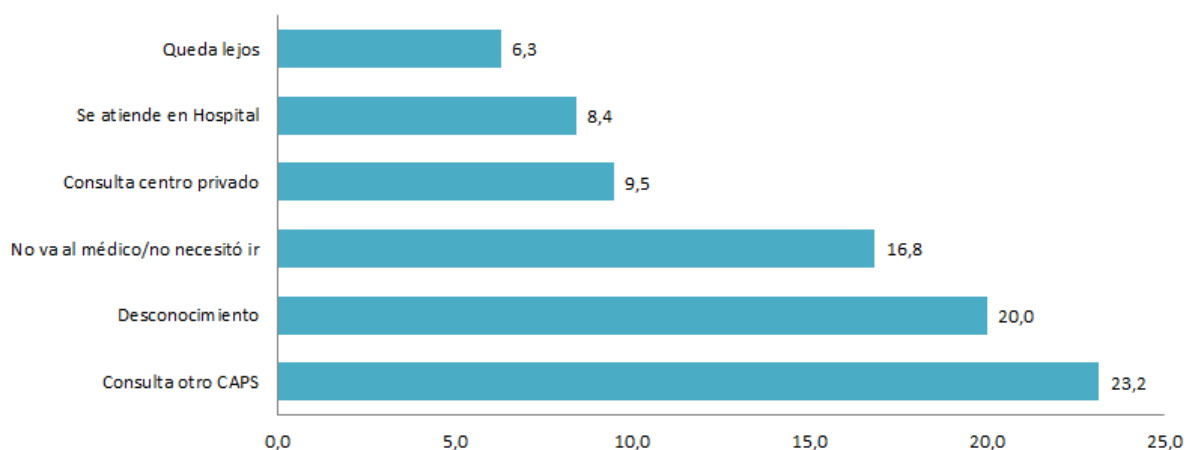
Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

17. ¿Ha concurrido a la salita?



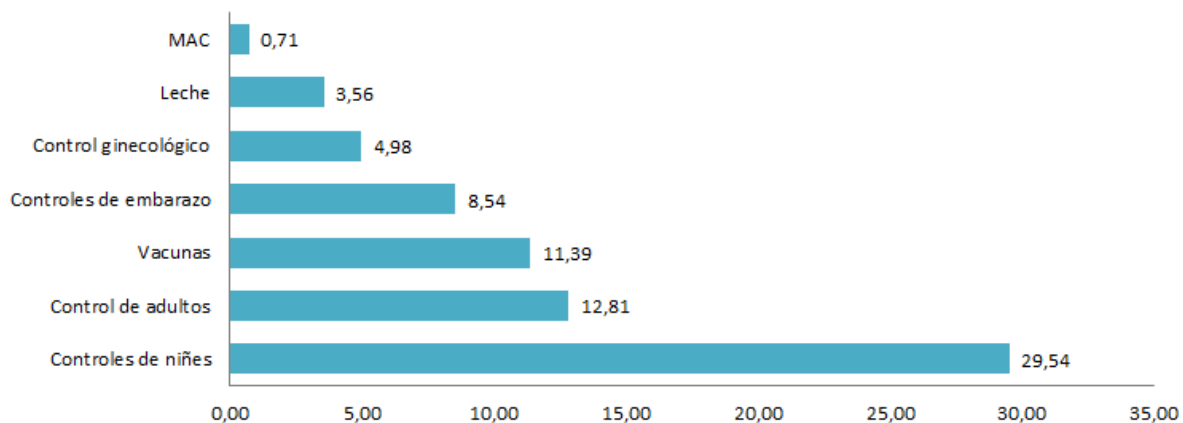
Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

17.1. ¿Por qué no?



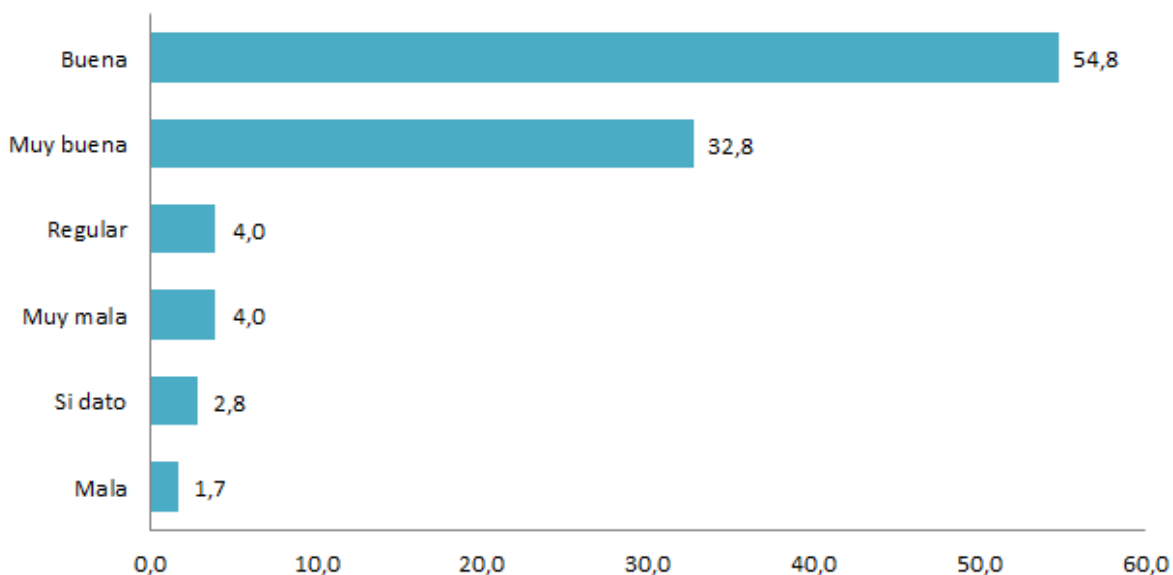
Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

17.2. ¿Por qué sí?



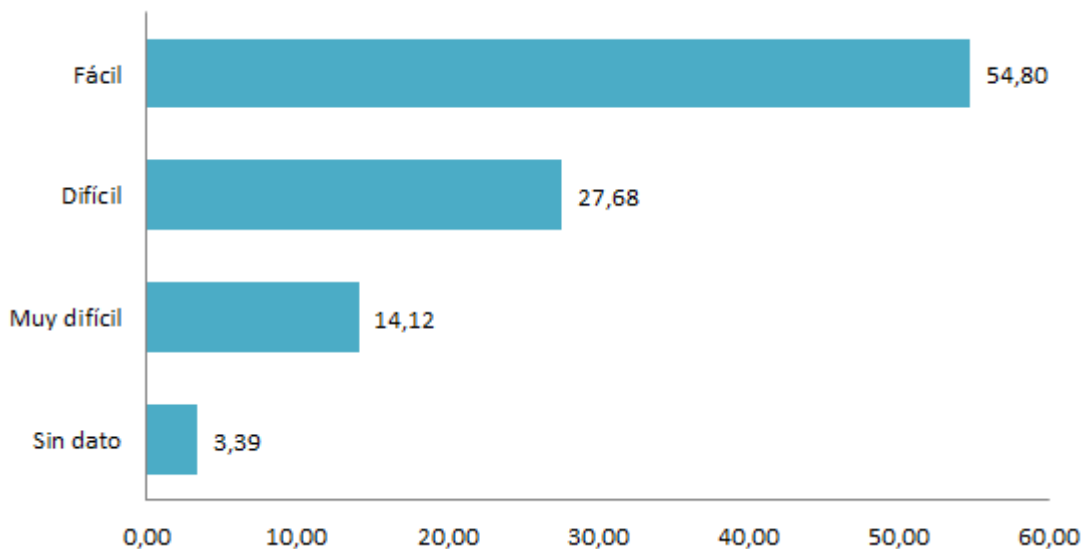
Fuente: *Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.*

18. ¿Cómo evalúa la atención brindada?



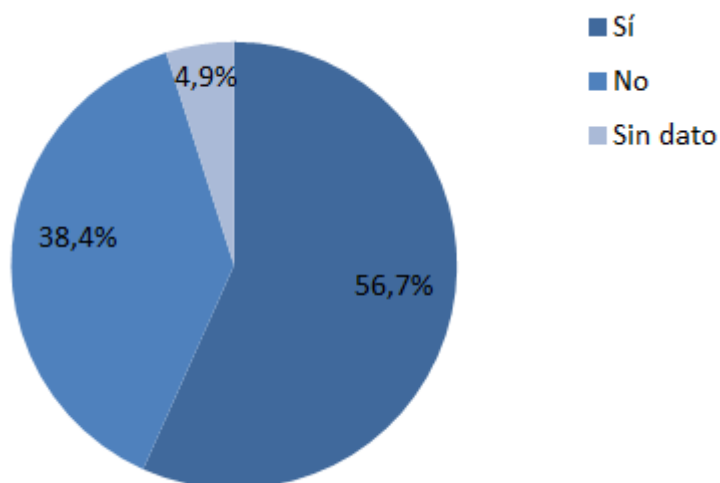
Fuente: *Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.*

19. ¿Cómo le resulta conseguir turno?



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

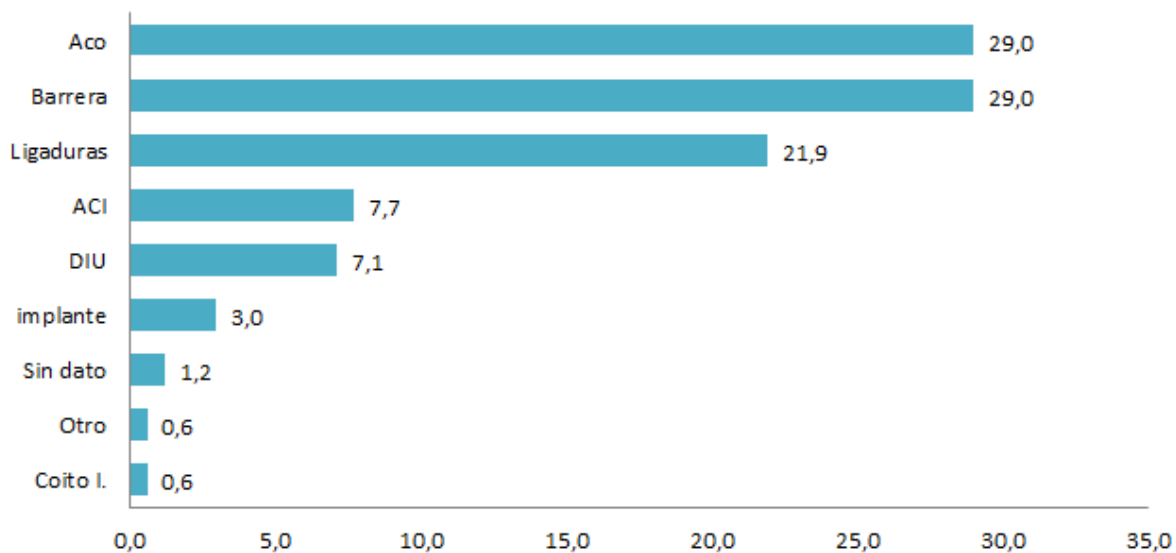
20. ¿Utilizan algún método anticonceptivo?



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

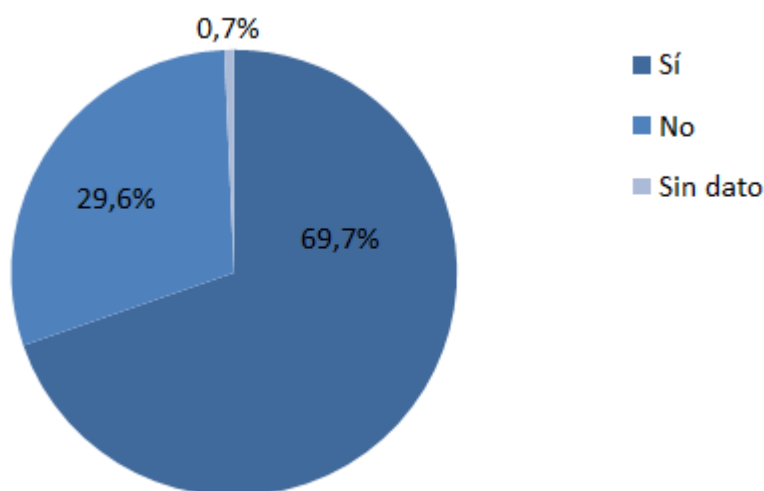
21. ¿Cuál?

Se permitieron respuestas múltiples. En % sobre un total de 169 respuestas.



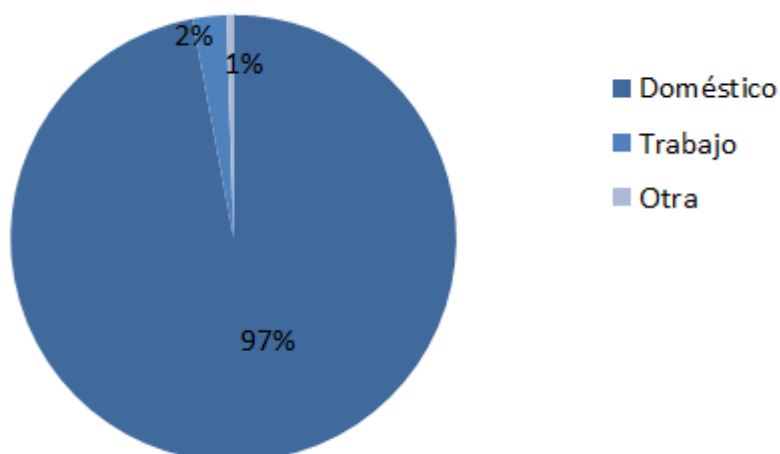
Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

22. ¿Tienen animales?



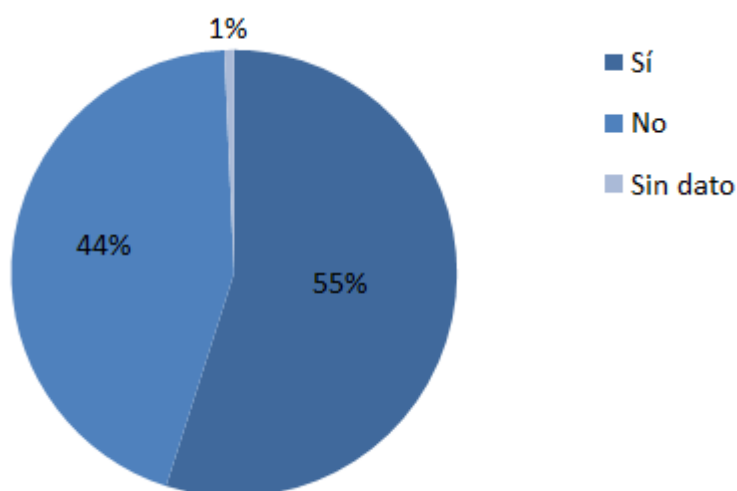
Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

23. En caso de tener, especifique su uso.



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

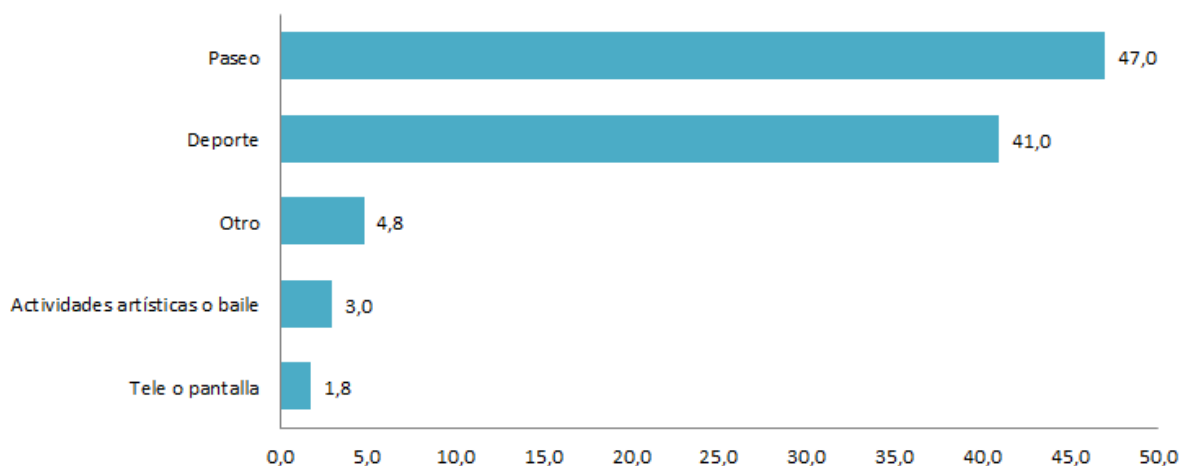
24. ¿Realizan alguna actividad recreativa?



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

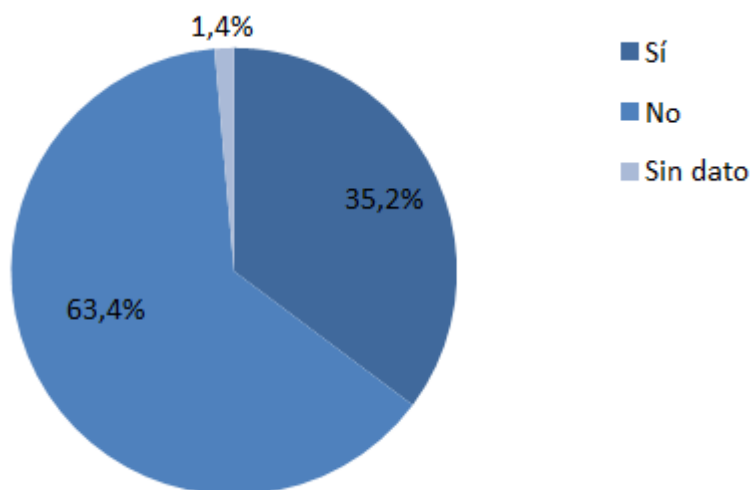
25. ¿Cuál?

Se permitieron respuestas múltiples.



Fuente: *Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.*

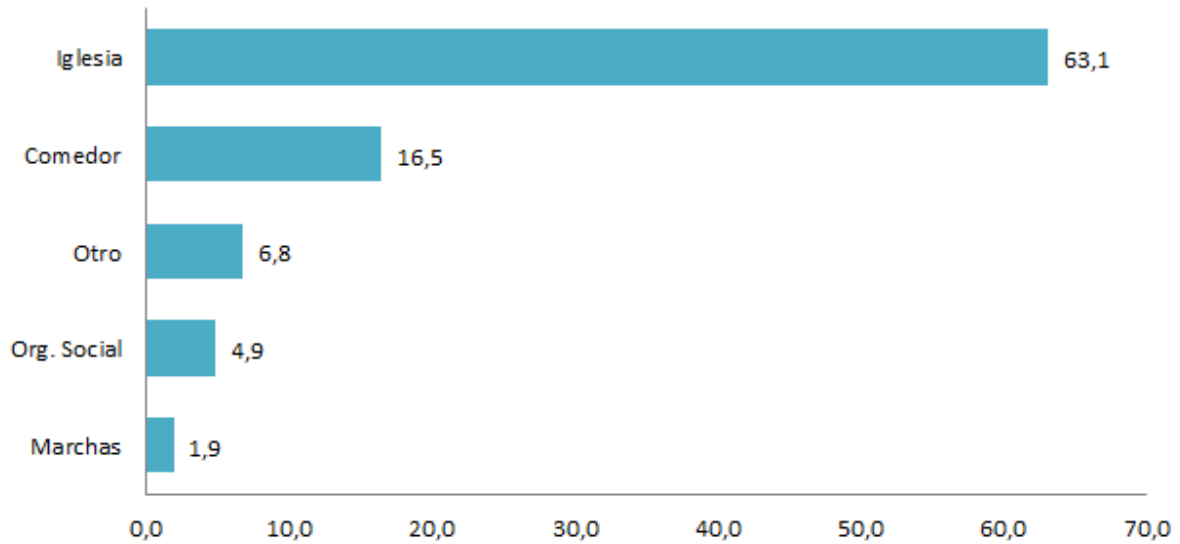
26. ¿Participan de alguna organización/institución/iglesia?



Fuente: *Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.*

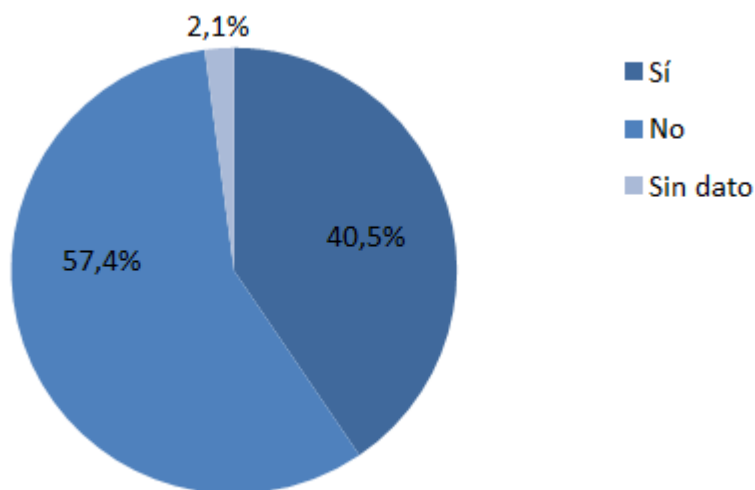
27. ¿Cuál?

Se permiten respuestas múltiples



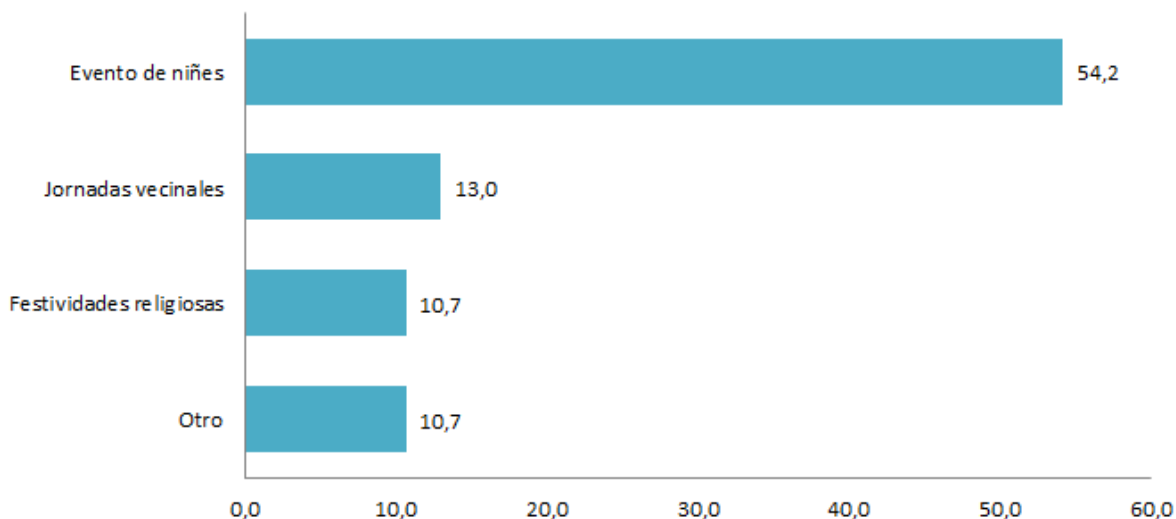
Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

28. ¿Conocen alguna fiesta o evento que se realice en la zona?



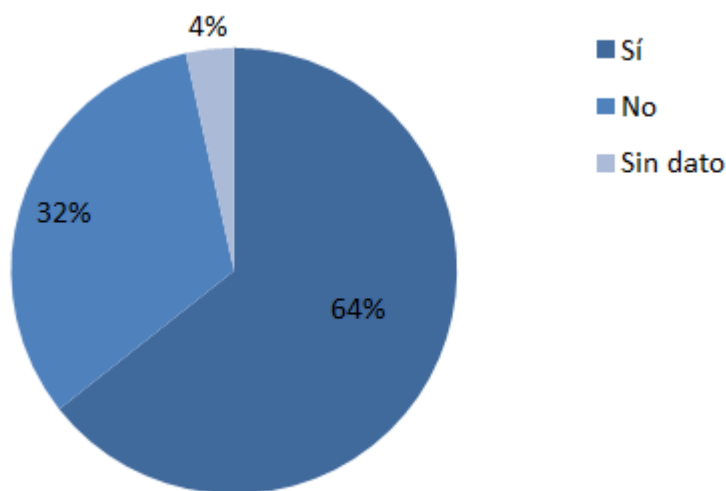
Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

29. ¿Cuál?



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

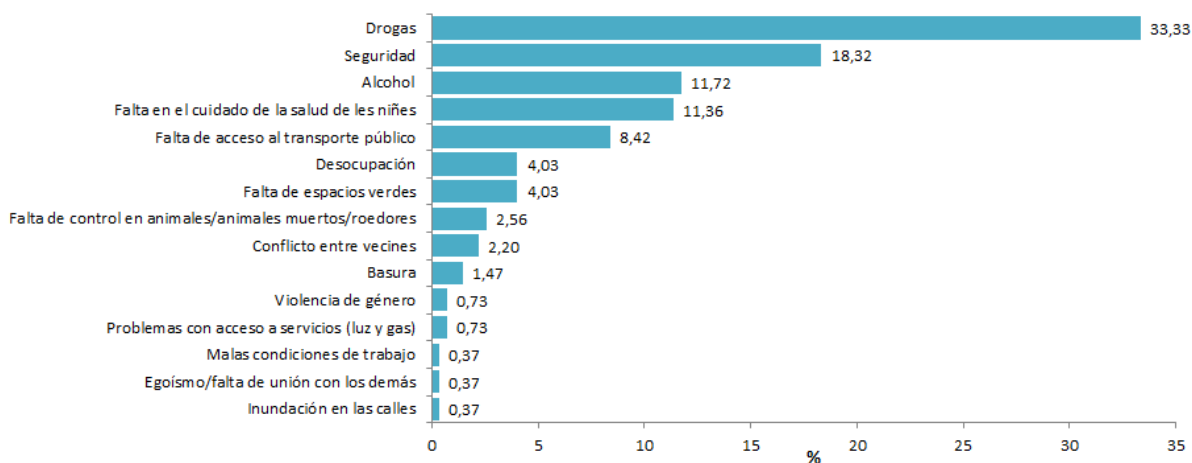
30. ¿Participan del mismo?



Fuente: Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.

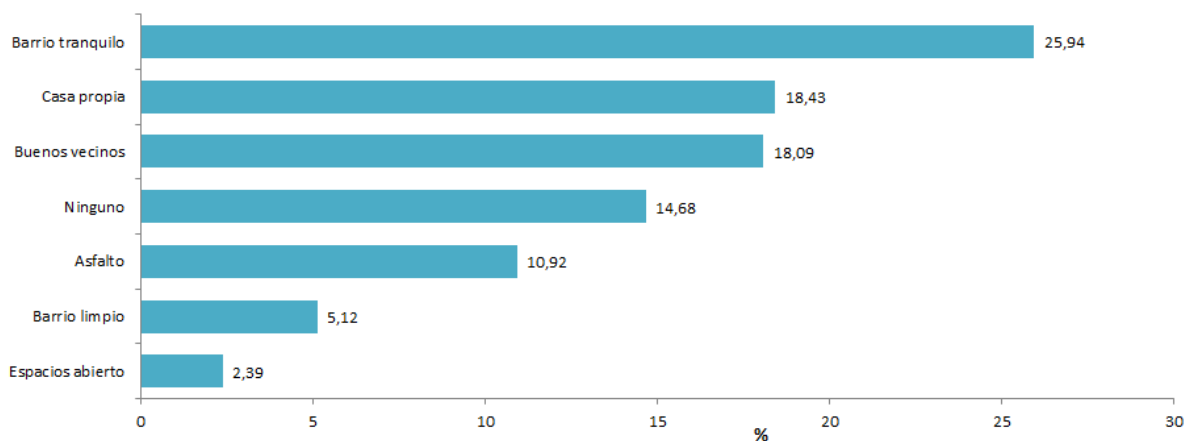
31. Problemas del barrio: ¿Cuál es el principal problema del barrio?

En la pregunta 7 se consultó por la percepción de problemáticas barriales. El indicador que se presenta a continuación se construyó tomando en cuenta el principal problema elegido de la lista presentada en el formulario.



Fuente: *Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.*

32. Aspectos positivos¹⁹ del barrio



Fuente: *Elaboración propia en base a la información generada en ASIS Barrio Nuevo. Octubre/noviembre/diciembre de 2018.*

ANEXO 5. Acta del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas –UNLP

ACTA CONSEJO DIRECTIVO FCM

¹⁹ Definimos “aspectos positivos” como las percepciones de los/as encuestados/as sobre aquellas dimensiones que hacen del Barrio Nuevo un espacio territorial amigable para ser habitado. Se preguntó concretamente si considera que vivir en el barrio tiene algún aspecto positivo o qué cosas buenas tiene el Barrio y, de ser así, cuál considera el más importante.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CONSEJO DIRECTIVO**

(Acta Taquigráfica)

71ª Reunión Ordinaria

- En la ciudad de La Plata, a veinticuatro de abril de dos mil diecinueve, se reúne el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

Sr. Decano: Prof. Dr. Juan Ángel Basualdo Farjat.

Sr. Secretario de Asuntos Académicos: Dr. Mario Pedro San Mauro.

CONSEJEROS DIRECTIVOS (Presentes)

Profesores: Prof. Dra. Marisa Margarita Cobos.

Prof. Dra. Isabel Beatriz Suárez.

Prof. Dra. Elsa Margarita Chiappa.

Prof. Dr. Leonardo Carlos Oscar Coscarelli.

Prof. Dr. Gustavo Alfredo Apreda.

Jefes de Trabajos Prácticos: Dr. Martín Enrique Rabassa.

Graduados: Méd. María Alejandra Orozco.

Méd. Manuel Fonseca.

No docente: Sr. Luis Javier Fioravanti.

Claustro Estudiantil (Ausentes): Srta. Rocío Melina Mereles.

Srta. Luna Neme.

Srta. Evelyn Carro.

Srta. María de los Milagros Peña.

Fragmento presentación Informe Preliminar:

TEMA INCLUIDO SOBRE TABLAS

DR. FONSECA.- En primer lugar pido disculpas que presentamos este expediente sobre tablas, porque no tuvimos tiempo para ingresarlo en el orden del día. Se trata de un informe preliminar elaborado por el Observatorio de Políticas en Salud de la Universidad Nacional de La Plata, en coordinación con otros actores, que ahora voy a comentar.

Digo que es un informe preliminar porque estamos procesando los datos que hemos recogido junto al doctor está Sebastián Lunás, que es compañero mío de la residencia de Medicina General del hospital Gutiérrez.

Ustedes saben que una de las competencias que tenemos quienes hacemos Medicina General, además de atender la parte asistencial, de embarazadas, niños, adultos y adultos mayores, tiene que ver con la capacidad de poder realizar planificaciones territoriales en salud con la comunidad y adquirir una serie de competencias, una de las cuales denominamos ASIS, o Análisis el Sistema Integral de Salud que, básicamente, contempla la posibilidad de que nos formemos para identificar en conjunto con la comunidad cuáles son los principales intereses, problemas de salud, inconvenientes en el barrio, espacio organizativo, potencialidad del barrio, sobre los cuales trabajar en términos de salud.

- Se retira del recinto, la consejera Orozco.

MÉD. FONSECA.- Muchas de estas cosas ya están contempladas y el decano, en realidad, me dio pie a un montón de muchas cosas que quería decir porque muchas de estas competencias o habilidades están contempladas dentro de la resolución 1314 para ser incorporadas en el grado. Y aunque la 1314 haya quedado vieja, creo que si le preguntamos a la mayoría de los graduados de esta Facultad no saben hacer esto; nosotros mismos no sabíamos cómo empezar a hacerlo y nos formamos en el transcurso de la residencia para hacerlo, porque son cosas que deberían saber todos los graduados y graduadas de la Facultad.

Yendo a lo concreto de esto, desde la residencia comenzamos a realizar un análisis integral de salud en conjunto con el Observatorio de Política en Salud de la Universidad Nacional de La Plata, que está dirigido por un graduado de esta Facultad, una persona que también es docente de la Facultad y que eso es una buena noticia después de mucho tiempo de no participar prácticamente en nada como Facultad, que también está hecho en coordinación con la Secretaría de Redes en Salud de esta Facultad y también participan estudiantes de la Práctica Final Obligatoria y de las prácticas no obligatorias, que son los espacios no institucionales de organizaciones de estudiantes; la famosa APID.

Desde el mes de octubre a diciembre del año pasado llevamos adelante una serie de acciones en el marco de este relevamiento, algunas de corte cualitativo y otras de corte cuantitativo. Una de ellas –que es la cuantitativa- es una encuesta que realizamos a los vecinos y vecinas del Barrio Nuevo de Ringuelet, que es un pequeño barrio que se construyó hace poco tiempo producto de la relocalización de un montón de personas afectadas por la inundación del año 2013 en La Plata, que cuenta con 390 hogares, de los cuales nosotros encuestamos más del 70 por ciento -284- y a quienes le hicimos una serie de preguntas y consideraciones que todavía no están los datos completos, por eso es un informe preliminar, que nos parecía que estaba muy bien no solamente dar el informe al Consejo Directivo sino que esto pueda ser también difundido o enriquecido en todos los ámbitos que podamos y por parte de todas las instituciones que son parte que, como dije, son bastantes.

¿Por qué nos parece esto? Porque los datos con los que nos encontramos a algunos les parece muy alarmantes.

Les dejé copia a todos y a todas –no sé si han llegado a leerlo- pero para decir solamente algunos de los que estamos presentando, que después Sebastián puede llegar a complementar, en función por ejemplo, del nivel de ingreso de las personas del barrio establecidos en función de lo que el INDEC demarca como ingresos necesarios para no caer bajo el índice de la indigencia, los datos nos dan que para estos meses del año pasado el 49 por ciento de las personas que viven en el Barrio Nuevo de Ringuelet están dentro del índice de la indigencia y que el 42 por ciento están dentro de los límites de pobreza, lo que nos da un total de más del 90 por ciento de personas por debajo del índice de pobreza, casi la totalidad del Barrio. Que de todas esas personas, la inmensa mayoría –como ustedes se imaginarán- se atienden en el hospital, en el sistema público de salud porque no cuentan con obra social y también por cercanía, y que de los problemas que las propias personas perciben el barrio como las principales, el primero es el consumo de drogas. Más del 33 por ciento de las personas consideran que el principal problema que tiene el barrio es el consumo de drogas. El segundo es la inseguridad o la falta de seguridad como quieran verlo, y el tercero es el consumo de alcohol.

La lista sigue está bastante alta la consideración de que hay falta de cuidado de los niños y que la salud está vulnerada, que hay falta de acceso a otro tipo de derechos, como es el transporte público.

Tal vez no hay que ahondar mucho en esto ahora, porque sí creo que los datos son alarmantes.

MÉD. LOINAZ.- También tuvimos en cuenta que a pesar que hay setenta y dos viviendas, existe hacinamiento.

MÉD. FONSECA.- Tal cual, porque el 70 por ciento de la población de ese barrio si bien tiene una vivienda definitiva –una vivienda nueva-, el 29 por ciento una provisoria en términos de su construcción pero no de los materiales y porque, además, aun así, a pesar de ser un barrio nuevo, tiene un nivel de hacinamiento crítico alto.

Con esto quiero decir que esta es una foto del barrio donde nosotros trabajamos pero se cae de maduro que es extrapolable a casi cualquier barrio periférico de la ciudad de La Plata.

DRA. CHIAPPA.- Entre los estándares, justamente, se repite bastante el hecho de diagnosticar los problemas de la comunidad e intervenir de alguna manera con nuestras acciones, porque le estamos devolviendo a la comunidad lo que no ha dado, que es nuestra formación. Esto refleja bastante para poder empezar a intervenir de alguna manera. Es decir que la Facultad participe en la vacunación y en varias cosas más.

Creo que esto es lo que se viene. Creo que deberíamos empezar a discutir esto.

MÉD. FONSECA.- La Secretaría de Redes en Salud de la Facultad está presente ahí, porque cerca del barrio hay un centro comunitario de atención, donde se realizan distintos proyectos de extensión y lo que nos parecía central en este momento era, justamente, además que poner en consideración esto, es contemplarlo para las futuras acciones porque, evidentemente, nosotros conversábamos con los compañeros de la residencia, son muy pocas las herramientas con las que contamos como, por ejemplo, para abordar el tema de consumo de sustancias, que son casi la mayoría de los problemas que percibe la gente. Por lo cual no digo que esos contenidos no estén abordados en la carrera; digo que nuestra percepción como graduados muchas veces eso es insuficiente. Y si lo que está diciendo es la responsabilidad institucional de esta Facultad, que es la de formar profesionales que tiendan a responder los problemas de las personas, debemos tener en cuenta que la comunidad nos está diciendo un montón de cosas con este y con otras cosas que se hagan y que nosotros tenemos que pensar si lo que se viene es un nuevo plan de estudios, hagamos uno que contemple, entre sus principales ejes articuladores, qué es lo que está pasando, sobre todo en los barrios más vulnerados que, a su vez, financian y que, porcentualmente, son los que más financian nuestra Facultad.

DRA. CHIAPPA.- Creo que este estudio nos puede decir qué es lo que desde acá se puede hacer. ¿Se sale a educar para la salud? ¿Se sale a vacunar?

MÉD. FONSECA.- El informe no contempla eso pero, al menos, que sea parte de una política institucional de la Facultad, con la presencia de una Secretaría, a menos que la Universidad tenga también un observatorio para alcanzar ese tipo de cosas, que haya estudiantes organizados, junto con residencias, lo podamos charlar, porque a nosotros nos produce una sensación de satisfacción, mezclada con una situación de angustia tremenda porque más del 90 por ciento de las personas son pobres y a nosotros nos duele un montón trabajar en las situaciones en las que trabajamos y con la gente mal; las personas están mal. Y nosotros,

como Facultad, no vamos a resolver un problema estructural de la pobreza en nuestro país, pero tampoco podemos no dar cuenta de todo lo que está pasando y sí se puede articular un montón de cosas que estamos convencidos, porque lo vemos en nuestras prácticas cotidianas que pueden ayudar, al menos, a aliviar ciertos padecimientos, acompañar ciertas situaciones y abonar a garantizar algunos derechos, sobre todo a la salud pero un montón de otros que están vulnerados acá.

MÉD. LOINAZ- Otro motivo para presentar este informe tiene que ver con que empieza a aparecer alguna voz con relación a lo que está sucediendo en el primer nivel de atención, porque lo que nos pasa es que nos come el hospital, que también está en la misma población pero nosotros vemos qué es lo que está pasando en los barrios y en la comunidad que también, en función de su ingreso, empieza a circular algo de esas acciones en las que puedan imprimir algún cambio en la comunidad y cuando se habla de excelencia académica se refiere a tratar de ver qué es lo que está pasando en esa comunidad.

DR. COSCARELLI.- Es que la excelencia no pasa por el cientificismo.

DR. RABASSA.- Nosotros vivimos una experiencia muy linda en Villa Alba, donde estuvimos dos años y pico participando en los programas de extensión en el territorio. El diagnóstico que tenía la gente en ese momento era muy parecido, donde lo que primaba era el consumo de drogas y violencia.

Si bien nuestra participación fue poca porque ayudamos a hacer un mapeo de situaciones de violencia que los resolvimos a través de una herramienta muy interesante que fuimos a los colegios secundarios e hicimos talleres de educación sexual y, a través de eso, abordábamos situaciones de violencia y después uno podía poner en el mapa dónde eran esos lugares donde se registraban las cuestiones de violencia, donde había consumo, cuáles eran los nexos que había en cada una de las partes del barrio con respecto a eso y, bueno, en la etapa inicial participamos con ese trabajo y fue una experiencia muy enriquecedora.

Es muy interesante la cuestión esta de los centros comunales y creo que deberíamos abrazar el extensionismo a través de estos centros.

MÉD. FONSECA.- Uno de los actores que coordinan esta iniciativa es la Mesa Barrial de Ringuelet, donde participan todos los proyectos de extensión. Y es una realidad de nuestra región que hay muchos lugares a los que habitualmente sólo llega a la Universidad. A veces Salud, otras veces Universidad y, quizás, ningún otro representante del Estado, ni siquiera la policía.

No es bueno eso pero nos cabe una responsabilidad grande.

DR. COSCARELLI.- En cuanto la reformulación de nuestro plan de estudios, podríamos pensar que en lugar de nuestra P.F.O sea P.I.O. o Práctica Inicial Obligatoria. Entonces uno lleva al alumno a estos barrios vulnerables y ahí va a entender realmente lo que la demanda en salud. ¿Por qué esperar a que se reciban para ir a un hospital?

MÉD. FONSECA.- Una discusión que damos siempre quienes nos toca estar en esos lugares es que ir a los territorios, al primer nivel o lo que fuere, es en sí mismo una práctica transformadora, porque sensibiliza, pero que no es ir lo que va a resolver esto.

Esto es solamente una parte de un proceso científico que estamos llevando adelante, que es una investigación que va a tener sus argumentos, su marco teórico y sus resultados. Y que se hace ciencia en el primer nivel, porque se generan conocimientos.

DR. COSCARELLI.- No es solamente ir, sino trabajar para al alumno le resulte formativo.

Respecto de ese barrio en particular, hay un trabajo que se hizo, una tesis de unas alumnas de Periodismo, cuyo título es: *Horacio nunca existió*. Se trata de una mujer trans, que era medio como la Manzanera del barrio –antes que lo reubiquen- y da la vivencia histórica de esa mujer, que habla lo que es ser trans hace 20 años, pero también te da una visión social de ese barrio.

DR. APREDA.- Evidentemente, el problema es multidimensional, y el tema es qué podemos hacer nosotros; me refiero a la nueva movida en cuanto a la formación en Medicina tiene que ver con lo que decía el señor Decano de esta Atención Primaria de la Salud, a esta concepción de sujeto más socio-comunitaria y no tanto centrado en la biología, y toda esta cuestión sobre la pobreza estructural, donde hay violencia, adicciones, la drogadependencia número Universidad que, históricamente, es el alcoholismo; es decir que hay un montón de problemas graves y la pregunta es cómo podemos empezar a actuar nosotros desde este nivel primario de atención, rompiendo un poco con el hospitalocentrismo científico, etcétera y saliendo a la periferia, a los

- Se toma conocimiento.

SR. DECANO.- Señores consejeros creo que está completo el informe.

Al no haber más asuntos que tratar se da por finalizada la sesión.

- Es la hora 19 y 11.



“Construyendo Salud Popular”

**Secretaría de Redes en Salud
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Residencia de Medicina General
HOSPITAL GUTIÉRREZ - LA PLATA**

**Dirección de Redes
Intersectoriales en Salud**
SECRETARÍA DE SALUD



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**