

Dispositivos de intervención en Prevención, Promoción, Educación y Comunicación para la Salud

RIEAPS

Residencia Interdisciplinaria
de Educación y Promoción de la Salud

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Planificación Sanitaria y Gestión en Red

Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional

Director: Gabriel González Villa Monte

Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud *

Coordinadora General: Lic. Lomagno, Claudia

* La RIEPS forma parte de las residencias básicas del equipo de salud desde 1987. Actualmente depende de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Propone una formación de postgrado, bajo la modalidad de capacitación en servicio, para profesionales de diferentes disciplinas: Antropología, Ciencias de la Comunicación, Ciencias de la Educación, Enfermería, Medicina, Nutrición, Obstetricia, Odontología, Psicología, Psicopedagogía, Sociología y Trabajo Social.

www.rieps.blogspot.com - riepsenlaciudad@gmail.com

Revisión y actualización de la Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud (2013). Coordinación general de la RIEPS: María Andrea Dakkesian.

Coordinadorxs de la publicación:

Lomagno, Claudia

Dimaro, Pablo (instructor general 2020-2021)

Cavaro, Ma. Fernanda (instructora general 2021-actualidad)

Autorxs

Asiner, Julián Ismael. Lic. en Sociología. Sede AP Hospital Tornú.

Castiñeira, Marisol. Lic. en Psicología. Sede AP Hospital Penna.

Chaul, Melina Sol. Médica. Sede AP Hospital Argerich.

Coullery, Antonella Yanina. Lic. en Sociología. Sede AP Hospital Santojanni.

Giacoy Guedes, S. Valeria. Lic. Obstétrica. Sede AP Hospital Penna.

Masseroni, Marcela Valeria. Lic. en Nutrición. Sede AP Hospital Tornú.

Miniaci, Luisina. Lic. en Trabajo Social. Sede AP Hospital Pirovano.

Olivares García, Sofía. Lic. en Nutrición. Sede AP Hospital Santojanni.

Pastori, Lucila. Lic. y Prof. en Antropología. Sede AP Hospital Piñero.

Pereira de Lima, Maria Belén. Lic en Psicopedagogía. Sede AP Hospital Durand.

Sández, María Verónica. Prof. en Antropología. Sede AP Hospital Argerich.

Scherman, Natalia. Lic. en Ciencias de la Comunicación. Sede AP Hospital Durand.

Toro, Lucía. Lic. en Psicología. Sede AP Hospital Piñero.

Referentes

Oshiro, Noelia. Lic. en Ciencias de la Educación. Jefa de Residentes 2020-2021 - Sede AP Hospital Piñero.

Malzone, Ma Paula. Médica. Jefa de Residentes 2019-2020 - Sede AP Hospital Santojanni.

Diagramación y diseño

Natapof, Dafna. Lic. En Psicología. Jefa de Residentes 2021-2022 – Sede AP Hospital Durand.

Índice

Introducción	4
Primera parte: abordajes conceptuales y perspectivas para el trabajo en salud	6
Segunda parte: dispositivos de intervención en Prevención, Promoción, Educación y Comunicación para la Salud	20
Componentes analíticos de los dispositivos	20
Dispositivos de juego y lecturas	21
Promoción de las lecturas	21
Juegoteca	26
Dispositivos territoriales	29
Red de distribución	29
Postas de salud	31
Redes interinstitucionales e intersectoriales	33
Visita domiciliaria	36
ASIS	38
Dispositivos grupales	40
Charla informativa	40
Charlas en sala de espera	41
Grupo de pares	46
Reunión de equipo	49
Grupo de reflexión	51
Capacitaciones en salud	52
Talleres	55
Dispositivos de comunicación, acompañamiento y orientación	57
Consejería / consultoría	57
Mesa de orientación	60
Producción de contenido comunicacional	62
Intervenciones en pandemia	64
Triage	64
Dispositivos territoriales de testeo y seguimiento de contactos	66
Boletín epidemiológico de comunicación institucional	67
Anexo: Herramientas comunicacionales	70
Herramientas Gráficas	70
Herramientas Radiales	73
Herramientas para Redes Sociales	75
Bibliografía	79

Introducción

El presente documento se propone como una segunda actualización del trabajo “*Dispositivos de intervención en Educación para la Salud*”, que realizaron en el año 2008 quienes eran entonces residentes de segundo año de la RIEPS. Aquel documento consistió en una primera sistematización de dispositivos que permitió dar cuenta de las ricas experiencias de trabajo de los equipos de la residencia, propiciando una articulación entre la teoría y la práctica, y con el objetivo de socializar dicha experiencia con el resto de lxs trabajadorxs y equipos de salud. Cinco años después, una nueva cohorte de residentes realizó una primera actualización de esta guía (2013) a la luz de la revisión del concepto de dispositivo, poniendo énfasis sobre algunas cuestiones que la residencia considera fundamentales y que seguimos problematizando: la intencionalidad política, el carácter estratégico y las relaciones de poder que los atraviesan.

Este nuevo proceso de actualización de la guía tuvo la particularidad de encontrarse atravesado por la pandemia mundial de Covid-19, que irrumpió en nuestro país desde el mes de marzo de 2020. La pandemia, como fenómeno histórico-social, visibilizó el grado de distorsión en la interacción entre la sociedad humana y su medio natural, afectando gravemente a la salud colectiva. La respuesta a la crisis sanitaria desde una organización social basada en el lucro, resultó en un agravamiento de las contradicciones sociales. Esto evidenció la necesidad de reforzar una perspectiva integral de la salud y de sus determinantes sociales, en tiempos donde resurge y se agudiza el enfoque biomédico. Tomar conciencia de la magnitud de este problema y adecuar los dispositivos de intervención a las nuevas condiciones históricas es un desafío que nos involucra como trabajadorxs de la salud y al cual buscamos acercarnos en la reelaboración de esta guía.

Por eso, reformulamos la caracterización de muchos dispositivos, recogiendo las transformaciones que surgieron de la experiencia de los equipos de la residencia e incluimos un apartado con nuevos dispositivos que se constituyeron a partir de las intervenciones que propició la pandemia. Este proceso nos permitió regresar a nuestros objetivos y aportes desde la educación para la salud para continuar con nuestras prácticas en medio de un contexto de constante incertidumbre. En este sentido, en esta reelaboración destacamos las nociones de cuidado y comunicación en salud, que orientaron nuestras prácticas e intervenciones en la pandemia.

Tanto las medidas restrictivas a la circulación como la refuncionalización de los servicios de salud impuestas por la pandemia impidieron la continuidad de muchos dispositivos, lo cual demandó la necesidad de repensarlos, adaptarlos, modificarlos en pos de no abandonar las líneas de trabajo que sostenemos diariamente en torno a la salud integral. En esta línea, Robles y Sato (2020) reflexionan que el aislamiento físico “no representa stricto sensu un proceso de desvinculación social, sino -y contrariamente- ha servido a los fines de pensar nuevas

modalidades de estar con otros/as” (p.1). Así, la virtualidad se convirtió en una herramienta clave para el trabajo.

La virtualización de actividades vitales como el cuidado de la salud o la educación planteó, de un lado, requerimientos materiales indispensables a ser garantizados por el Estado (dispositivos, conectividad) y, del otro, la necesaria disposición de profesionales y usuarios para aprender a interactuar en un nuevo escenario de vinculación social. A lo largo de la guía, fuimos realizando aclaraciones con las nuevas formas y alternativas que se desarrollaron para llevar adelante los dispositivos en este formato.

Tal como sostuvo en aquel momento la cohorte del 2013, el proceso de producción nos permitió la profundización de la reflexión en torno a las diferentes concepciones de educación y promoción para la salud así como a las perspectivas de género, derechos e interculturalidad, que orientan nuestras prácticas en la residencia.

El documento está dividido en tres secciones. La primera establece los puntos de partida teóricos e ideológicos en los cuales se sustenta nuestro trabajo en salud. La segunda parte presenta los distintos dispositivos de Prevención, Promoción, Educación y Comunicación para la Salud (PPECS) organizados en función de sus componentes constitutivos (objetivos, personas/roles, tiempo, lugar, recursos y metodología) y un anexo con diferentes herramientas comunicacionales (gráficas, radiales y para redes sociales) que se pueden utilizar en los dispositivos descritos.

Nuestro objetivo principal es que este texto funcione como una guía orientadora para todos aquellos equipos que estén interesados en tomar los aportes de la promoción de la salud. En ese sentido, presenta una amplia variedad de dispositivos que no están pensados para su aplicación lineal, sino para su reapropiación creativa en el marco de cada contexto local. Al mismo tiempo, esperamos que aporte a la visibilización y consolidación de las acciones de PPECS como parte integrante de las prácticas en salud.

Primera parte

Abordajes conceptuales y perspectivas para el trabajo en salud

Prevención de enfermedades y promoción de la Salud

Una primera distinción necesaria al momento de introducirnos en el campo de la Prevención, Promoción, Educación y Comunicación para la Salud (PPECS) es entre los conceptos de prevención y promoción de la salud. De acuerdo con la clasificación clásica de Leavell y Clark (1965), la prevención en salud abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad (prevención primaria), sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias tanto a través del diagnóstico precoz como del tratamiento temprano (prevención secundaria) y a la rehabilitación de las personas (prevención terciaria). Posteriormente, se incorporó el problema de evitar o atenuar las consecuencias del intervencionismo médico excesivo (prevención cuaternaria). La adopción de comportamientos preventivos implica que las personas puedan anticipar la enfermedad y manejar las conductas asociadas a su aparición. Es importante considerar que los sujetos desarrollan lógicas preventivas que provienen de sus contextos sociales y conducen a determinados modos de apropiarse de las distintas recomendaciones.

La promoción de la salud es una estrategia más amplia que la prevención de enfermedades. Se dirige a promover la vida en sus múltiples dimensiones haciendo eje en el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas para transformar las condiciones de vida y de trabajo que subyacen a los problemas de salud (Czeresnia, 2003). A su vez, contempla el desarrollo de la capacidad de elección y utilización del conocimiento según la situación y el contexto. Un hito en el desarrollo del concepto de la promoción de la salud fue el llamado “informe Lalonde”, por el ministro de Salud canadiense que en 1974 afirmó que las enfermedades no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, sino que su origen era fundamentalmente socio-económico. Años más tarde, la Carta de Ottawa (1986) enunció cinco dimensiones de la promoción de la salud: la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios trascendiendo los servicios clínicos y médicos e incluyendo cambios en la formación profesional.

Educación para la Salud

La educación para la salud puede ser entendida tanto como una estrategia de trabajo de la salud pública para lograr la promoción de la salud, así como una ciencia, un campo de acción o una doctrina. Fue definida de diversas maneras de acuerdo a la época, por lo que no puede pensarse abstraída de los modelos y contextos e intenciones en los que fue y es implementada. **Si bien la educación para la salud fue transformándose a lo largo de su historia, de acuerdo a los modelos educativos y de salud sostenidos en cada momento, es posible establecer una generalidad a partir de rasgos comunes que la definen como un proceso de enseñanza y aprendizaje que, a partir de actividades planificadas y programadas, tiene como objetivo reforzar la autonomía de las personas para contribuir a garantizar la salud colectiva en un sentido amplio (GCBA/RIEpS, 2013).**

En el mencionado desarrollo histórico de la educación para la salud pueden identificarse dos grandes periodos. El primer periodo es conocido como clásico (Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004) y se desarrolla desde principios del siglo XX. Se trata de un modelo prescriptivo de transmisión de información, ya que pone el saber en manos de expertxs y ubica a las personas como meras receptoras de la misma, ignorando sus representaciones y saberes previos. Se parte de la identificación de conductas consideradas riesgosas o erróneas en la población, transmitiendo conocimientos y estrategias con el objetivo de persuadir y así lograr la modificación de conductas y estilos de vida. Este modelo parte de la hipótesis de que es posible generar cambios a través de la comunicación de mensajes, suponiendo que cuando las personas conocen los riesgos modifican su comportamiento y su modo de vida, sin tener en cuenta los condicionantes sociales, culturales y psicológicos (Elichiry, 2007). De esta manera, las personas son responsabilizadas individualmente por su estado de salud. Marshall (1988) caracteriza a la orientación educativa de este periodo como normativa, en tanto busca cuidar la salud y prevenir la enfermedad a través de la inculcación de una forma de pensar y actuar que se considera adecuada. En cuanto a la salud y la enfermedad, esta perspectiva las entiende en términos biológicos, invisibilizando los determinantes sociales que las condicionan.

El segundo periodo de la educación para la salud se inicia entre las décadas del '60 y '70, a partir de la influencia de nuevos modelos educativos que reconocen tanto el rol activo de lxs sujetxs en el proceso de aprendizaje como las influencias de factores sociales, ambientales y de desigualdad económica en la salud de las poblaciones, entendiendo que es en la estructura social donde se encuentra el "tejido causal" de los patrones de morbilidad y mortalidad. Se reconoce a lxs sujetxs poseyendo y produciendo conocimientos y no como merxs reproductorxs de información. Por ello, se toma como estrategia la participación, con el objetivo de generar conciencia situando las prácticas en relación con las distintas esferas en que las personas desarrollan su vida (Valadez et al., 2004). Uno de los modelos representativos de esta perspectiva es la educación popular, que propone, desde su dimensión pedagógica,

partir de una construcción conjunta de saberes para promover el desarrollo de una conciencia crítica de las condiciones sociales (dimensión política de la educación popular). Para este modelo, educar para la salud es fortalecer la autonomía y el protagonismo de las personas, grupos y comunidades para cuidar su salud a través de la construcción de conocimientos que favorezcan la toma de decisiones saludables (Bottinelli, s/f). Se trata de un modelo democrático, más horizontal que su antecesor, que instaura un nuevo modo de relación donde se comparte el conocimiento de lxs sujetxs respecto de su medio, su cultura y del proceso de salud-enfermedad-atención (Elichiry, 2007).

Desde una perspectiva constructivista, el aprendizaje se produce cuando la nueva información entra en conflicto con los saberes previos sobre un tema, lo que permite la reorganización de los conocimientos y el avance; éste es un proceso complejo, no lineal y que se ve influido por el contexto (Elichiry, 2007). De acuerdo con Porlán (2002, p. 17), “la construcción de conocimientos es una interacción activa y productiva entre los significados que el individuo ya posee y las diversas informaciones que le llegan del exterior. Al ser un proceso por el cual el sujeto elabora significados propios, y no simplemente los torna o asimila, elabora también el camino de su progresiva evolución”.

Si bien ambos modelos no se limitan a los periodos históricos en que surgen, coexistiendo incluso en la actualidad, los cambios en estos distintos modos de entender la educación para la salud van estrechamente relacionados con las concepciones de salud que se sustentan en cada periodo histórico. De esta forma, el primer momento se relaciona con una concepción negativa de salud como ausencia de enfermedad, dado lo cual las estrategias están abocadas a la prevención de enfermedades desde una lógica biomédica. El enfoque que caracteriza al segundo periodo toma el concepto de salud integral como base de sus intervenciones y es el que inspira esta guía de dispositivos.

Comunicación en Salud

El desarrollo de la comunicación en salud también está atravesado por distintos modelos, como vimos en el apartado anterior. El modelo clásico de la educación para la salud se corresponde con una visión instrumental de la comunicación, que se fundamenta en un esquema unidireccional donde unx emisorx -expertx, autorizadx- envía un mensaje, con el objetivo de modificar el comportamiento de lxs receptorxs. En este modelo, comunicar se asimila a brindar información. **La perspectiva que seguimos en esta guía entiende, por el contrario, la comunicación como un proceso relacional, desarrollado en un contexto sociocultural preciso, que implica un ida y vuelta entre los equipos de salud y la población, donde las funciones de emisión y recepción son activas e intercambiables.**

De esta forma, trabajar la comunicación implica incursionar en el terreno de las representaciones, en el terreno de lo simbólico, en las relaciones de sentido (Ghitia, 2004). Desde el punto de vista subjetivo, se opera sobre los esquemas de percepción y apreciación del mundo social, sobre las relaciones de poder simbólico (en las cuales tienden a reproducirse las relaciones objetivas de poder). Esto implica poner en escena y operar sobre las relaciones de poder que construyen a lxs sujetxs y atraviesan las instancias organizacionales e institucionales. En esta línea, abordar problemáticas de salud implica tener en cuenta que la acción es ejercida sobre sujetxs y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino, sobre todo, significados subjetivos y sociales (Menéndez, 1994).

De esta manera, la producción de un soporte comunicacional, como un flyer o una cartelera, que en apariencia puede parecer sencilla, está atravesada por estos conflictos. Un ejemplo podría ser la decisión de cambiar un cartel en un centro de salud que reza “entrega de MACs” por uno que diga “consultoría de salud sexual y métodos anticonceptivos”. En esta intervención comunicacional se desarticula un modo de relación médicx-paciente, basado en relaciones de poder-saber que involucran un discurso críptico que no tiene en cuenta los códigos y saberes de lxs destinatarixs. Cambiar dicho cartel no es un acto mecánico, implica operar sobre las relaciones instituidas.

La comunicación institucional en salud, entonces, implica operar sobre relaciones sociales que, si bien se encuentran cristalizadas, se encuentran permanentemente atravesadas por instancias de conflicto y negociación. Las instituciones que enmarcan estos procesos comunicativos son, por ende, dinámicas y permeables a las luchas simbólicas, que se llevan a cabo por el poder de producir e imponer una visión del mundo legítimo, es decir, “las palabras y los nombres que construyen la realidad social tanto como la expresan” (Ghitia, ídem). En el ámbito público en particular, abarca tanto el espacio de la comunicación entre quienes conforman la institución, como el de la comunicación entre el Estado (en sus distintos niveles y/o áreas de gestión de políticas públicas) y la comunidad (desagregada en actorxs y grupos sociales).

La dimensión estratégica de la comunicación, como parte de una propuesta de promoción y educación para la salud, supone que los mensajes por sí solos no son capaces de generar efectos sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC). En consecuencia, siguiendo al Equipo de Coordinación General de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación (2010), es necesario complementar las metodologías de información, educación y comunicación para la salud con intervenciones que propugnen el fortalecimiento de la participación, el empoderamiento de la comunidad para luchar por sus propios intereses, y la acción política para la transformación de los contextos que determinan los PSEAC. Así, se entiende a la comunicación en salud como una estrategia que puede contribuir a la transformación de la sociedad y de sus actorxs a través de la producción de conocimientos y prácticas para abordar sus problemas de salud. Entendida de esta manera, la

acción comunicativa recupera una faceta pedagógica, que pone el énfasis en los procesos de aprendizaje y de transformación tanto individual como colectiva.

La comunicación se constituye, así, como un eje de los procesos de organización, participación y cambio social ya que implica intercambios, establecimiento de acuerdos, negociaciones y construcción colectiva del significado de la experiencia humana. Desde esta perspectiva, “en la medida en que se construyan espacios de comunicación y se posibilite el desarrollo de las competencias dialógicas de las personas y grupos, se generan más posibilidades de cogestión y autogestión para mejorar la salud” (Equipo de Coordinación General de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación, 2010, p. 11).

Procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados

En contraste a la idea de la salud como un estado fijo o una foto individual, la noción de procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados permite captar estos fenómenos en su movimiento, incorporando su dinámica social e histórica. Los PSEAC siempre se desarrollan al interior de determinadas formaciones sociales, económicas y culturales que los determinan. En este sentido, constituyen un universal que opera de forma estructural, aunque de manera diferenciada, en todas las sociedades y en todos los grupos sociales que las componen (Menéndez, 1994). El nacimiento, la muerte, la enfermedad, los padecimientos y la salud son fenómenos que impactan de manera recurrente e inevitable en la vida cotidiana de las poblaciones y, en este sentido, son hechos sociales.

El carácter histórico social de los PSEAC radica tanto en su universalidad como en su particularidad, puesto que los grupos humanos presentan modos característicos y diferenciados de estar saludables, enfermar y morir. Estas diferencias se manifiestan entre distintas sociedades en un mismo momento histórico, en una misma sociedad en distintos momentos históricos de desarrollo y organización social, y al interior de cada sociedad entre los diferentes grupos sociales que la componen (Laurell, 1982). **En consecuencia, existen perfiles epidemiológicos diferenciados entre los grupos poblacionales que presentan distintos tipos, distribuciones y frecuencias de enfermedades y padecimientos característicos en determinado momento histórico.**

Incluir la palabra atención en el concepto PSEAC remite a la idea de que no puede establecerse una diferencia tajante entre la salud, la enfermedad y sus modos de atención, sino que se trata de un continuo dinámico y localmente situado (RIEPS, 2010). Asimismo, incorporamos en esta edición la dimensión del cuidado como un eje que orienta la relación entre la población usuaria y el equipo de salud, posibilitada a partir del encuentro y el reconocimiento del otrx como sujetx de derechos.

En ese sentido, el cuidado no se vehiculiza sólo a partir de la dimensión afectiva y vincular sino también a partir de los modos en que organizamos los servicios de salud. Se trata de una instancia ética de priorización de las necesidades de lxs usuarixs, en la que la empatía, el miramiento y el buen trato resultan fundamentales para la instauración de vínculos y modos de organización que aboguen y materialicen el cumplimiento del derecho a la salud (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014).

La organización social del mundo es múltiple y está conformada por el conjunto articulado de relaciones sociales de clase, género, etnia, edad, entre otras. Por ello, se necesita analizar la manera en que estos condicionantes sociales convergen e influyen sobre los PSEAC y dan lugar a particularidades en las formas de vida y maneras de ser de lxs sujetxs, que son resultantes del conjunto de determinaciones y no sólo de alguna de ellas (Lagarde, 2001).

El modo de concebir a los procesos de educación y aprendizaje así como a los PSEAC implica un posicionamiento político: cómo se piensa a las personas con las que trabajamos, su capacidad de acción, las problemáticas de salud y sus determinantes, y a su vez, las finalidades y los objetivos específicos que nos planteamos lxs trabajadorxs de la salud, tienen una relación estrecha con las estrategias de educación para la salud elegidas y utilizadas en cada contexto y situación.

Perspectiva integral de la salud. Derechos, género e interculturalidad

Partimos de reconocer que la realidad social está atravesada por desigualdades de clase, de género, étnicas, entre otras, que se traducen en condiciones diferenciales de vulnerabilidad ante la enfermedad (Grimberg, 2008). Lejos de ser factores que actúan de manera aislada, están fuertemente interrelacionados y, al superponerse entre sí, refuerzan las condiciones de desigualdad. Elegimos no referirnos a las poblaciones o sujetos vulnerables sino a procesos de vulnerabilización; no se trata de características o situaciones estables sino de procesos cambiantes y relacionales. Una perspectiva integral de la salud vincula los fenómenos biomédicos a esta dinámica social como punto de partida para un abordaje de los PSEAC.

Así, la salud no puede ser responsabilidad de un único sector de gobierno, sino que debe sustentarse en vínculos intersectoriales que garanticen el derecho a la salud integral que incluye la satisfacción de las necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación y ambiente. **Esta concepción implica que no sólo se debe dar respuesta a las demandas de atención de la enfermedad, sino que se deben abordar integralmente sus determinantes a través de estrategias de promoción de la salud con bases intersectoriales.** La Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Nº 153/99) se fundamenta en esta perspectiva.

En términos de **derechos**, entendemos que éstos no son un atributo que podemos poseer o no, sino un proceso de construcción social y de aprendizaje. Los derechos cobran entidad cuando se los conceptualiza en tanto tales al interior de procesos de aprendizaje colectivo que garantizan el derecho a tener derechos y la capacidad tanto de participar en su construcción como de demandar su ejercicio efectivo. El Estado es responsable de garantizar el derecho a la salud y en tanto trabajadorxs de la salud debemos pensarnos como parte de esa cadena de responsabilidades. A su vez, trabajar desde la perspectiva de derechos involucra una mirada que no naturalice su incumplimiento, y a nivel de la intervención social, esto se traduce en la necesidad de generar espacios individuales y, sobre todo, colectivos, de reflexión y reclamo ante aquellxs responsables de su cumplimiento.

Por su parte, la perspectiva de **género**, desde la salud, nos permite reflexionar sobre las formas en que las diferencias de género se traducen y justifican desigualdades reales para acceder a recursos y servicios de salud, como también condiciones diferenciales de vulnerabilidad a la enfermedad y a los problemas de salud en general. Tal como menciona Tajer (2004), podemos decir que estas asimetrías operan en los PSEAC estableciendo vulnerabilidades diferenciales según los roles sociales atribuidos a cada género en el marco del sistema patriarcal, lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidxs y morir.

Por último, situarnos desde una perspectiva **intercultural** posiciona la dimensión cultural como relevante al momento de orientar nuestras prácticas en el campo de la salud, dirigiendo nuestra atención hacia la construcción social de significados, la variedad de interpretaciones y la interacción entre distintas concepciones y modos de conocer la realidad. Compartimos una mirada crítica de interculturalidad que no parte de la etnicidad en sí, sino de una subjetividad definida por la experiencia de la subalternización social, política, cultural de determinados grupos sociales y sus conocimientos (Walsh, 2002).

Cuando nos referimos a las estructuras de significados culturales que modelan las representaciones y prácticas de lxs sujetxs es necesario tener en cuenta las condiciones sociales de desigualdad en que estos significados y saberes son elaborados, reproducidos y utilizados. Por eso coincidimos con Menéndez (2006) en que “la reducción de la interculturalidad casi exclusivamente a los aspectos culturales expresa, frecuentemente, objetivos de asimilación e integración, así como tiende a excluir o por lo menos a opacar los procesos socioeconómicos que reducen o directamente impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas” (p. 61).

Accesibilidad

Uno de los objetivos centrales que comparten los dispositivos de PPECS presentes en este trabajo es favorecer la accesibilidad entre la población y los recursos y servicios de salud.

Definimos a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre usuarios y servicios de salud, teniendo en cuenta las representaciones, prácticas y discursos de la población conjuntamente con las condiciones, discursos y prácticas de los servicios (Barcala y Stolkiner, 2000).

Existen cuatro dimensiones o barreras que obstaculizan la accesibilidad: la dimensión geográfica, que se refiere a un accidente geográfico o una barrera construida por la sociedad; la administrativa, que tiene que ver con las dificultades producidas por la organización de los servicios (por ejemplo, los turnos o los horarios de atención); la económica, que se vincula con la falta de recursos económicos de la población y, por último, la simbólica, que se refiere al aspecto más relacional, entendiéndose, según Comes (2004), como la “posibilidad subjetiva que tienen un usuario de obtener el servicio de salud que necesita de manera oportuna, basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de sus derechos y la manera que encuentra para ejercerlos” (citado en Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008, p. 264).

Para poder dar cuenta de esta última dimensión, resulta indispensable incluir las prácticas de vida y salud de la población como así también de los profesionales de la salud. En este sentido, se considera que la participación social en salud puede ser clave para promover el vínculo entre los equipos de salud y la población y así favorecer la accesibilidad.

El trabajo en equipo y la interdisciplina

Los problemas de salud de las personas tienen múltiples dimensiones y demandan un abordaje integral. Si bien el trabajo en equipo es un modelo posible de intervención entre otros tantos (De la Aldea, 2000), las intervenciones en salud son más ricas cuando se piensan y se ponen en práctica en equipos, ya sea que articulen promotores de salud, profesionales de la misma especialidad, de distintas especialidades o disciplinas.

El trabajo en equipo supone, por un lado, el establecimiento de objetivos comunes, de un marco de acuerdos ideológicos y la organización en torno a una tarea compartida, y por el otro, una división del trabajo entre sus miembros, considerando el equipaje que cada integrante pone en juego (cultura, conocimientos, habilidades, actitudes, modos de ser particulares) en función de la intervención. Asimismo, toda división del trabajo se realiza según niveles diferenciados de responsabilidad, que no deben ser necesariamente fijos o estáticos, pero sí claramente establecidos y explicitados al interior de una estructura organizativa que contenga al equipo.

Si el equipo se constituye como equipo interdisciplinario se potencia una mirada integral de la salud y la intervención se enriquece. Si bien muchas veces en la práctica cotidiana los términos multidisciplinaria e interdisciplina se utilizan indistintamente, resulta importante diferenciarlos. Mientras que la primera se refiere a la simple yuxtaposición de miradas disciplinares, la interdisciplina incluye intercambios que producen enriquecimiento mutuo y transformación.

La interdisciplina como un posicionamiento supone partir de los problemas, cada vez más complejos, y no de las disciplinas dadas, por lo que “obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina, legitimando intercambios, importaciones y referencias múltiples de saberes entre los distintos campos disciplinares” (Stolkiner, 2005).

El equipo interdisciplinario demanda una organización que distribuya tareas y responsabilidades en función del problema que convoca a la intervención y no en relación al peso o tradición de cada profesión. En el desarrollo mismo de la tarea, los aportes específicos se irán definiendo junto con el lugar de cada uno dentro del equipo.

La importancia de la planificación

Al momento de seleccionar un dispositivo de PPECS para poner en práctica, debemos considerar ciertos aspectos que determinarán la pertinencia de la elección. **Puesto que todo dispositivo tiene como intencionalidad favorecer transformaciones sobre una situación problemática, las cuestiones que hacen a la selección de un dispositivo están íntimamente relacionadas con el propio proceso de planificación, dado que “planificar consiste, principalmente, en identificar problemas (actuales y futuros) y prioridades de intervención para implementar soluciones; determinar si éstas están dentro de la capacidad de acción de quien planifica; identificar los factores que determinan el estado de cosas considerado insatisfactorio; establecer los cursos de acción que pueden ser seguidos para solucionar los problemas; determinar quiénes serán responsables de la ejecución de dichas acciones, y definir los procedimientos de evaluación (...) que permitirán monitorear si el curso de acción seguido es el adecuado para los fines perseguidos, y si los resultados obtenidos están dentro de lo esperado” (Chorny, 1998, p. 24).**

Si bien no es nuestra intención en este trabajo profundizar sobre los momentos que componen el proceso de planificación, sí nos interesa especificar algunas cuestiones que hacen a la elección de un dispositivo:

- **Problema o situación problemática:** Se trata del punto de partida. A través de la aproximación diagnóstica situacional que realice el equipo de salud (idealmente, con la participación de la población) se define un problema sobre el que se intentará intervenir. Sosteniendo una mirada compleja sobre los determinantes de los PSEAC, se hace necesario identificar las causas y/o consecuencias de la situación sobre las que se pretende y es posible intervenir.
- **Marco conceptual:** Se refiere a las perspectivas y los conceptos desde los que definimos y abordamos las situaciones problemáticas.

- **Objetivos:** Son los fines que persigue el dispositivo, es decir, los aspectos que se intentarán cambiar partiendo de la situación problemática que haya sido definida previamente.
- **Experiencias previas o antecedentes:** Se trata de relevar y conocer aquello que ya se ha realizado a fin de utilizar un dispositivo adecuado y pertinente. Incluye tener en cuenta tanto las experiencias de trabajo previas realizadas con la misma población, como aquellas que hayan realizado otros equipos de salud con otras poblaciones. Estas experiencias previas pueden utilizarse para la realización del diagnóstico o definición del problema y para evaluar la pertinencia del dispositivo en función de las posibles similitudes de situaciones problemáticas, características poblacionales, etc.
- **Análisis institucional y contextual / Viabilidad:** Es un aspecto muy importante en la selección del dispositivo. En muchos casos se diagnostican situaciones problemáticas dentro de contextos institucionales y políticos cuyas características no permiten su abordaje. En este sentido, es necesario hacer acuerdos estratégicos con diferentes actorxs en la medida que sea posible, teniendo en cuenta que la viabilidad es un aspecto a construir, que no siempre está dada y que es necesario generar las condiciones para desarrollarla. Cuando un dispositivo, ya sea por los temas que aborda o por los contextos en que se inserta, genera controversia y encuentra dificultades en términos de viabilidad, la apuesta es buscar modalidades estratégicas para poder llevarlo a cabo. Al interior de las instituciones, siempre existen intersticios donde otras formas de producir salud son posibles, el desafío es encontrar las grietas donde las cuestiones y perspectivas de salud no hegemónicas puedan desarrollarse.

Resulta fundamental detenerse en la noción de viabilidad, ya que su construcción tiene varias aristas. La viabilidad política hace referencia al análisis de las condiciones contextuales más amplias en que se insertan la institución y la población. Implica tener en cuenta la existencia de otrxs actorxs extra institucionales, su grado de influencia, intereses y capacidad de acción. La viabilidad social implica tener en cuenta que no se presenten resistencias en las actitudes, creencias, costumbres y expectativas de parte de lxs diferentes actorxs que intervendrán en el desarrollo del dispositivo. Esto requiere tener en cuenta características generales de la población, así como generar la participación activa en las diferentes etapas tanto de lxs actorxs institucionales como de aquellxs que no lo son. La viabilidad técnica está vinculada con la pertinencia y la coherencia de la propuesta de intervención en lo referido a la identificación de la situación problema, las líneas de acción posibles y los objetivos. Por otra parte, es fundamental tener en cuenta la formación, capacitación, experiencia e interés del equipo que llevará adelante las actividades, como así también de las diferentes organizaciones que participen de la propuesta. Un punto crucial es contar con la disponibilidad, inclusión y adecuación de aquellos recursos que resulten críticos para el desarrollo de las diferentes

actividades, entre ellos los recursos materiales. Esta viabilidad se relaciona íntimamente con la factibilidad, es decir, la capacidad técnica y profesional y la disponibilidad de recursos en términos de cantidad y calidad que se disponen o se podrían disponer. La viabilidad de finalización es un punto fundamental vinculado con el momento de la finalización del proyecto de intervención y/o dispositivos. Requiere prever las estrategias de institucionalización y la posibilidad de dejar capacidades instaladas dentro del servicio y/o institución donde se desarrollan las actividades. Para que esto se vea facilitado, es esencial fomentar la participación de lxs actorxs locales en las últimas etapas de intervención.

→ **Evaluación y sistematización:** Toda intervención que pretenda modificar situaciones identificadas como problemáticas debe necesariamente contemplar su propia evaluación para determinar los cursos de acción futuros. En este sentido, es importante llevar registro de las distintas intervenciones, teniendo en cuenta que registrar no es meramente acumular información escrita sobre lo ocurrido, sino recuperar los sentidos, representaciones y conocimientos previos de lxs participantes; reflexionar sobre las situaciones imprevistas y los reajustes en la forma de intervención derivados de su puesta en práctica, etc. Establecer los momentos pertinentes de sistematización de las experiencias acumuladas y su evaluación es un aspecto insoslayable de toda intervención en salud, puesto que los procesos de reflexión sobre las propias prácticas evitan caer en intervenciones estériles que sólo se sostienen a fuerza de repetición.

Recapitulando, ¿qué entendemos por dispositivo?

Algunos antecedentes

Para poder definir el concepto de dispositivo desde el campo de las ciencias sociales, es necesario remitirnos al concepto elaborado por Foucault, que opera como un antecedente de las teorías elaboradas en los campos de la salud y la educación. El autor utiliza, en principio, este concepto como una herramienta para dar cuenta de la realidad social en diferentes momentos históricos. Su definición se centra en la **capacidad productora** de sujeciones y sentidos, que se construyen de manera permanente e inacabada.

Entiende al ser humano como sujetado a la trama social, inmerso en una red de fuerzas, que es una red de relaciones de saber-poder: por un lado, lx constituye en sujetx y por otro, lx hace prisionerx de una trama de significados (relaciones de saber) y de relaciones de influencia mutua (relaciones de poder). La manera histórica en que entendemos y ordenamos la realidad (saber) se encuentra enlazada a las relaciones de poder de ese momento (Souto, 1999).

Los dispositivos son, en palabras de Foucault, “unas estrategias de relaciones de fuerzas, soportando unos tipos de saber y soportadas por ellas”. Es un conjunto heterogéneo de elementos que establecen una red e implica discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, leyes, proposiciones filosóficas, morales, etc., tanto lo dicho como lo no dicho. En su definición el dispositivo tiene una función estratégica dominante en tanto supone una cierta manipulación de relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en tal o cual dirección, ya sea para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas (Foucault, 1994).

Agamben (2007) profundiza en este concepto al afirmar que al desarrollo de los dispositivos le corresponde un desarrollo de los procesos de subjetivación. El dispositivo tiene la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos. Por ello, también es una máquina de gobierno.

Simultáneamente, este autor indaga sobre la posibilidad de oponerse al modelado o control de un dispositivo. Para ello retoma el concepto de profanación, que entendemos como la posibilidad de reapropiación colectiva de lo instituido socialmente (de los dispositivos que trascienden y se les imponen a las personas). Es éste el sentido del término dispositivo que recuperamos, ya que nos permite pensar en la posibilidad de intervenir en los procesos de subjetivación, así como en los propios dispositivos.

Dispositivos de PPECS

Adentrándonos en el campo de la salud y las posibles intervenciones que se pueden realizar en el mismo, Sousa Campos retoma la definición de dispositivo de Baremlitt, "dispositivo es un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo Radical" (Baremlitt, 1992, p. 151). Siguiendo a Sousa Campos, entendemos a los dispositivos como arreglos organizacionales, “como combinaciones variadas de recursos que alteran el funcionamiento organizacional, pero que no forman parte de la estructura de las organizaciones. Serían **artificios** que se introducen con el objetivo de **instaurar algún proceso nuevo** (...). Cuando se anhelan cambios o asimismo el refuerzo de algún comportamiento, se acostumbra a utilizar dispositivos para intervenir en la realidad cotidiana de los servicios” (1998, p.1-2, **negritas propias**). Esta concepción implica

DISPOSITIVO

Desde la RIEPS entendemos a los dispositivos de PPECS como arreglos organizacionales de carácter estratégico que tienen por objetivo promover cambios en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado desde una perspectiva de transformación social.

también una ampliación del compromiso profesional con la producción de salud y con la comunicación con la población. Así, en el campo de la salud, sobre todo, en el campo de la salud mental, se han desarrollado a lo largo de los años numerosos dispositivos alternativos o contrahegemónicos tendientes a la emancipación.

En tanto arreglo organizativo, el dispositivo dispone de diferentes condiciones para su funcionamiento: espacios, tiempos, personas, recursos materiales, ambientes propicios, acuerdos teóricos y técnicos (Souto, 1999).

Recuperando esta perspectiva, el equipo RIEPS que realizó en 2013 la “Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud” incorpora a la definición de dispositivo la intencionalidad política: provocar cambios en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado tendientes a promover la autonomía y la mejora de la calidad de vida de personas o grupos, mediante una metodología flexible, con capacidad de redefinirse durante su implementación en función del análisis situacional de los escenarios de intervención.

De esta manera, la elección de un dispositivo no es meramente técnica o instrumental, sino que está vinculada a una determinada perspectiva ideológica. La intencionalidad de un dispositivo de Prevención, Promoción, Educación y Comunicación para la Salud está orientada a modificar una situación de necesidad como derecho no cumplido (Carballeda, 2010), no en su carácter individual sino como problema social.

Aun teniendo una finalidad específica, todo dispositivo siempre debe considerar la existencia de incertidumbre en relación a sus efectos. En este sentido, la organización de un dispositivo no es estática o rígida sino que es flexible de acuerdo a los diversos escenarios, por lo que requiere de planificación estratégica, reflexión, análisis de situación y de proceso.

El carácter estratégico del dispositivo de PPECS reside en tener en cuenta que la realidad sobre la que se interviene es compleja, es decir, considerar sus múltiples dimensiones y relaciones; no parte de una lógica lineal ni unicausal para pensar los hechos. A diferencia de un método programático que planifica acciones para condiciones “normales”, una estrategia elabora diferentes escenarios posibles, teniendo en cuenta lo cambiante de las situaciones (Souto, 1999). No puede obviarse que un dispositivo siempre se encuentra enmarcado en un contexto socio histórico, cultural e institucional que lo condiciona. Específicamente en el plano de lo institucional, que es donde se desarrolla nuestra práctica cotidiana, es necesario tener en cuenta que la implementación de un dispositivo intenta modificar aspectos puntuales y producir innovaciones, pero generalmente no altera la lógica estructural de funcionamiento de las instituciones (Weller, 2007). Nuestras prácticas en salud están inherentemente atravesadas por esta tensión entre lo instituido y la intencionalidad de generar cambios.

En resumen, todo dispositivo conlleva aspectos normativos, y en función del modelo de PPECS en que se encuadren lxs trabajadorxs de la salud, se apuntará a una circulación más jerárquica o más democrática del poder, es decir, prescribiendo o, en cambio, provocando la reflexión y buscando generar autonomía. En base a estas consideraciones, creemos que como equipo de salud debemos mantener una reflexión crítica sobre nuestra práctica.

Para que el dispositivo funcione como espacio de construcción de autonomía y reflexión, debe generarse un encuentro donde sea posible desplegar la diversidad de sentidos y experiencias, así como poner en cuestionamiento lo que se presenta como dado. Siempre que busquemos intervenir en lo social interactuamos con otrxs que poseen saberes previos, formas de pensar sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, y maneras de actuar socialmente determinadas.

Estas dimensiones subjetivas deben ser necesariamente tenidas en cuenta si se busca que lxs sujetxs participen activamente en la construcción de conocimiento, se involucren de forma emocional y así puedan establecer vínculos entre conocimientos y actitudes (Elichiry, 2007), percibiendo su capacidad para producir cambios. No se trata de transferir conocimiento, “sino de crear las posibilidades de su producción o de su construcción” (Freire, 2004, p. 22).

Segunda parte

Dispositivos de intervención en Prevención, Promoción, Educación y Comunicación para la Salud

Componentes analíticos de los dispositivos

Las consideraciones que presentaremos a continuación han sido pensadas como guía para el trabajo de los equipos de salud y, lejos de ser un manual para su aplicación lineal, nos proponemos sistematizar la amplia variedad de dispositivos de PPECS que ponen en práctica distintos equipos para que otros puedan tomarlos desde su generalidad y reinventarlos en la especificidad de su trabajo cotidiano.

Como se mencionó anteriormente, un dispositivo organiza y dispone ciertos componentes que le brindan características particulares. Tras una caracterización general, los componentes que utilizaremos para la sistematización de los dispositivos de PPECS son:

- **Objetivos:** Para qué. Indica los fines que se persiguen en la puesta en práctica del dispositivo.
- **Persona / Roles:** Quiénes. Indica la cantidad de personas intervinientes en el dispositivo y sus roles (participantes, observadorxs, coordinadorxs).
- **Tiempo:** Cuándo/Con qué frecuencia. Alude al momento en que se llevará a cabo el dispositivo, el tiempo necesario para la realización de las actividades, y la cantidad y frecuencia de los distintos encuentros.
- **Lugar:** Dónde. Hace referencia al espacio físico y sus características, tales como ubicación y tamaño.
- **Recursos:** Con qué. Se refiere a los recursos materiales, físicos, discursivos, simbólicos, entre otros, necesarios para llevar a cabo el dispositivo.
- **Metodología:** Cómo. Hace referencia al particular despliegue o puesta en práctica, y a la combinación específica de técnicas, herramientas y recursos.

Es necesario aclarar que, si bien un dispositivo posee ciertas características y componentes que lo definen y le otorgan su especificidad, en la práctica las posibilidades son flexibles y variadas. Además, no todos los componentes poseen la misma importancia en todos los dispositivos y pueden variar dependiendo de las circunstancias. Por lo tanto, las características que se detallan a continuación están pensadas en términos generales y a modo de orientación.

Dispositivos de juego y lecturas

Promoción de las lecturas

Son espacios donde se realizan acciones dirigidas a acercar a las personas a las lecturas como práctica cotidiana y fuente de placer, teniendo en cuenta los múltiples efectos que éstas generan tanto en las dimensiones subjetiva, cognitiva, vincular como social. Pueden combinar el aspecto lúdico con lo terapéutico.

Existen diversos dispositivos desde los cuales desarrollar una estrategia de promoción de las lecturas. El dispositivo de promoción de las lecturas se erige como una estrategia de intervención para promover la expresión y el desarrollo de la creatividad, ampliando los márgenes de autonomía y reflexividad sobre los procesos colectivos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Nos referimos a lecturas no sólo de textos escritos sino de contextos y situaciones, que comprenden y trascienden al objeto libro.

Al interior de los efectores de salud, contribuye a generar una forma de vínculo social diferente al históricamente construido en estas instituciones, promoviendo la grupalidad y un modelo de atención que tienda a la horizontalidad.

Objetivos

- Propiciar el encuentro de las personas con las lecturas, tanto desde su función terapéutica y reparadora como lúdica y recreativa, atendiendo a una concepción de salud integral.
- Favorecer el placer por las lecturas en sus múltiples posibilidades, incluyendo el acceso y vínculo con el libro y otros bienes culturales ¹.
- Favorecer procesos de sociabilidad alrededor de las lecturas en el marco de un proceso comunitario.
- Promover la circulación de la palabra en sus múltiples formas.

Personas - roles

Las actividades de promoción de las lecturas pueden estar destinadas a niños, adolescentes y adultos, en algunos casos de manera conjunta.

Es importante el rol de mediadorx de lecturas, para contribuir al vínculo entre los participantes y la actividad de lectura en sentido amplio, ya sea a través de un libro o texto, una narración, la escritura, etc. Dicho rol implica facilitar el acceso a la lectura desde una escucha activa, atendiendo a los intereses y modos de los participantes, ofrecer otras posibilidades de lecturas, habilitar la expresión y circulación de la palabra. Asimismo, en actividades grupales puede requerirse un rol de coordinación general.

¹ “Los obstáculos para acceder a los libros no son sólo económicos, sino que también tienen que ver con las representaciones sociales en torno a la lectura y con la posibilidad de pensarse como destinatarios de esos bienes culturales.” (Dakessian, Espósito, Rolla y Thouyaret, 2008, p. 13).

Tiempo

La **frecuencia** será distinta (diaria, semanal, quincenal, etc.), dependiendo de la existencia o no de un lugar físico específico (biblioteca, rincón de lectura) y de la disponibilidad de las personas encargadas de coordinar el dispositivo. Su **duración** varía según el tipo de dispositivo implementado; en el caso de talleres o actividades continuas con un mismo grupo de participantes, se recomienda que el desarrollo de la actividad no se extienda más de una hora y media.

Lugar

Pueden funcionar en diferentes lugares, dentro y fuera de los efectores de salud (salas de espera y de internación, bibliotecas hospitalarias; organizaciones locales comunitarias, etc.).

Recursos

Se pueden utilizar recursos como libros, materiales de librería, teatros de papel (kamishibai), instrumentos musicales, juegos, susurradores, elementos para propuestas artísticas, dependiendo de la dinámica a llevar a cabo. También se puede contar con elementos para reposar el cuerpo (mantas, alfombras, almohadones) y generar un ambiente propicio (música, PUPs², guirnaldas, susurradores, etc.).

Metodología

Existen múltiples dispositivos orientados a la promoción de las lecturas considerando las diversas posibilidades que ésta puede ofrecer (silenciosa, en voz alta, individual, grupal). Estas propuestas pueden incluir actividades individuales y/o grupales de escritura y juego, uso de imágenes y actividades plásticas, dramatizaciones, narraciones orales, etc.

La promoción de las lecturas puede darse dentro de espacios lúdicos o más específicamente en forma de talleres literarios o de lectura (ver apartado “talleres”, p. 56), bibliotecas o rincones de lectura, charlas en sala de espera, entre otras opciones.

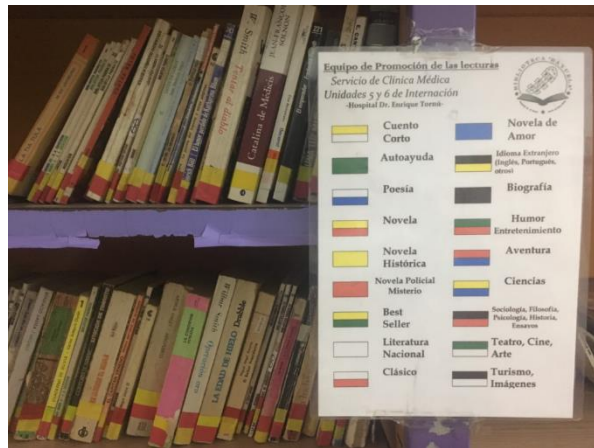
También puede desarrollarse a través de plataformas virtuales.

² El Pequeño Universo Portátil (PUP) es un paraguas decorado donde se cuentan historias, recitan poemas, cantan canciones, dicen adivinanzas. La persona que narra cuenta al oído “delicias” literarias breves a un público reducido, que se pone debajo el paraguas.

Biblioteca

En centros de salud, hospitales o centros comunitarios pueden disponerse espacios físicos estables y recursos materiales de lectura tanto para su uso en el lugar como para el préstamo domiciliario. La biblioteca puede encontrarse disponible de manera permanente (como un mueble abierto con libros en una sala de espera) o funcionar con horarios específicos de atención. Asimismo, los materiales de lectura pueden ofrecerse como respuesta a la demanda o también ofrecerse activamente, es decir, a través de recorridas por las salas o por convocatoria a las personas que circulan en el lugar.

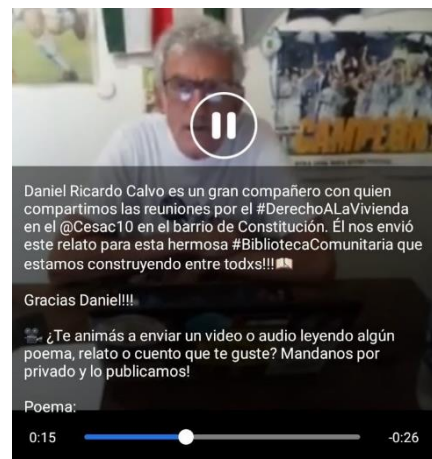
Las bibliotecas que existen dentro de servicios de salud están destinadas principal, pero no exclusivamente, a la población que concurre a los mismos, pudiendo orientarse a un grupo etáreo específico o a todas las edades.



Biblioteca – Hospital Tornú, 2021

Biblioteca virtual

Consiste en poner a disposición material de lectura a través de dispositivos digitales (libros, audiocuentos, obras de teatro, etc.). Se puede generar un intercambio de lecturas utilizando las redes sociales institucionales (Facebook o Instagram), convocando a la población (incluyendo a lxs trabajadorxs de salud) a compartir algún texto, relato, fragmento o poesía, que pueda ser publicado.



Biblioteca Virtual Comunitaria –
Sede Penna, 2020

Les compartimos un [recursero de juegos y lecturas de la RIEPS](#)

“Maleta viajera” o Rincón de lectura

Este dispositivo permite el traslado de los materiales de lectura a diversos espacios físicos cuando no se cuenta con un lugar fijo o de uso exclusivo como la biblioteca, sino que se comparte con otras actividades, como en una sala de espera. Puede usarse tanto dentro de los servicios de salud como en ámbitos comunitarios, llevando una selección de libros y materiales al lugar de convocatoria para su uso en el marco de la actividad propuesta y/o para el préstamo domiciliario.

Puede realizarse en una ocasión puntual (por ejemplo, en festivales y encuentros comunitarios o en una posta de salud) o bien con una frecuencia y duración preestablecida (como en una sala de espera).



Rincón de lecturas –
CeSAC 12, AP Hospital Pirovano, 2020



Rincón de lecturas –
CeSAC 24, 2020

Préstamo de libros

Consiste en facilitar el acceso al objeto libro, sea con frecuencia semanal, quincenal o mensual, apuntando a que el libro sea apropiado en el hogar, de manera individual o familiar. Se trata de “desacralizar” al libro, promoviendo que lxs destinatarixs puedan explorarlo y manipularlo, incluso jugar con él, más allá de que hayan accedido o no a la lectoescritura convencional. Se necesita una variedad de libros disponibles para abarcar distintos intereses.

El préstamo de libros puede tener entidad como dispositivo en sí mismo o encontrarse encuadrado en otro dispositivo, como puede ser la biblioteca, el rincón de lecturas o la juegoteca, constituyendo un momento del mismo, ubicado en general al final del encuentro.

En el caso de constituirse como un dispositivo, puede implementarse a través de recorridas “casa por casa”, propiciando escenas lectoras y desmitificando cuestiones que obstaculizan a nivel simbólico el acceso a libros. Se recomienda realizar fichas individuales de cada persona para hacer un seguimiento de la trayectoria lectora de cada unx mediante un registro de los libros que elige tomar prestado a lo largo del tiempo.



Préstamos – CeSAC 24, 2021

En el acompañamiento de la trayectoria lectora se pueden generar conversaciones que habiliten la toma de la palabra, así como la problematización de diversas demandas y situaciones de la vida cotidiana.

También recomendamos realizar el préstamo en el espacio público y a la vista de todxs, para propiciar efectos a nivel comunitario, más allá de la intervención individual. Un objetivo adicional es apostar a la responsabilidad colectiva, a través de la instauración de un pacto de cuidado y devolución de los libros.

Promoción de las lecturas en salas de internación

Por la objetivación del cuerpo humano que resulta de las prácticas que se realizan sobre las personas, las situaciones de internación pueden producir efectos adversos como la ruptura de la vida cotidiana, la pérdida de autonomía, de la intimidad y de la dimensión subjetiva. Es por ello que los dispositivos de promoción de las lecturas en este contexto apuntan a reparar, restituir y minimizar dichos efectos. A través de la promoción de las lecturas y el juego se intenta no sólo mejorar la calidad de vida y favorecer la tramitación de lo traumático, sino restituir al paciente en su posición de sujeto (Bañuelos et al, 2014).



Lecturas en Salas de Internación – Hospital Tornú, 2019

Se trata de crear un espacio-tiempo diferente al hospitalario, propiciando la mediación de lecturas, el préstamo de libros, la construcción de historias colectivas, las actividades artísticas o una biblioteca permanente. Se puede concurrir con frecuencia semanal a la sala de internación y ofrecer realizar una lectura en conjunto, tanto a las personas que se encuentran internadas como a sus acompañantes. La misma puede ser leída por lxs coordinadores del espacio, en conjunto o por diferentes destinatarixs. Esto permite la construcción de grupalidad en las salas, vinculando a las personas internadas, lo que luego puede representar un sostén para transitar la enfermedad.

Pueden utilizarse distintos recursos como libros convencionales, pinturas, propuestas lúdicas, materiales audiovisuales, audiolibros, etc. En el caso de internaciones prolongadas, se indaga acerca de los intereses de lxs destinatarixs pudiendo ofrecer lecturas más largas con continuidad en el tiempo.

Juegoteca

Es un espacio de socialización y de interacción en el que las personas se encuentran para realizar actividades lúdicas y recreativas. Apunta a efectivizar el derecho a la recreación y al juego y su revalorización como actividades promotoras de la salud integral.

A pesar de que culturalmente solemos asociar el juego sólo a la niñez, se trata de una actividad propia del ser humano, independientemente de su edad. Las juegotecas trabajan desde la perspectiva de la promoción de la salud, concibiendo al juego no como un medio para lograr otros objetivos, sino como un fin en sí mismo.

Si bien promovemos el valor del jugar para todas las personas, este tipo de dispositivo es de suma importancia en aquellos lugares donde escasean espacios específicos para el juego y la recreación.



Objetivos

- Efectivizar y promover el derecho al juego de lxs niñxs y a lo largo de todas las etapas de la vida.
- Contribuir a construir y afianzar vínculos.
- Favorecer el desarrollo de habilidades, capacidades y destrezas intelectuales, afectivas y sociales, a través del juego.
- Estimular la capacidad creativa y de expresión, valorando las propias producciones.
- Propiciar el desarrollo de la libertad, la creatividad y los procesos críticos y reflexivos en torno a lo social.
- Generar espacios de participación comunitaria con el fin de estimular el desarrollo y afianzamiento de redes sociales.
- Detectar características y situaciones que afecten a lxs niñxs y a sus familias para realizar las intervenciones y derivaciones que correspondan oportunamente.

Personas - Roles

Se sugiere la participación de, por lo menos, 2 o 3 coordinadorxs que puedan tener roles diferenciados. Suele ser necesaria una coordinación general atenta a la dinámica grupal, tiempos, recursos necesarios, teniendo una mirada amplia del espacio. Asimismo habrá otrxs coordinadorxs atentxs a individualidades y pequeños subgrupos así como a las situaciones emergentes que puedan surgir.

Lxs coordinadorxs participan de forma activa en el juego, buscan favorecer la participación y se constituyen en facilitadorxs del proceso grupal y del acceso a los recursos lúdicos.



Tiempo

La mayoría de las juegotecas tienen una frecuencia periódica predeterminada, generalmente semanal, con días y horarios fijos. La duración aproximada es de 1 a 2 horas.



Lugar

Funcionan generalmente en organizaciones locales comunitarias, efectores de salud o lugares destinados específicamente a esta actividad. Pueden desarrollarse siempre en el mismo espacio físico o ser móviles.

Recursos

Requiere de un lugar físico adecuado y de recursos materiales como juegos, juguetes, mobiliario y material de librería, que se vayan renovando.

Metodología

Sugerimos realizar actividades que incorporen distintos tipos de juego (simbólico, reglado, grupal, individual, libre, espontáneo o coordinado). En el caso de lxs niñxs, suele ser necesario establecer un recorte etario de acuerdo a las distintas etapas del desarrollo.

El espacio, en general, se divide en tres momentos: caldeamiento, desarrollo y cierre.

El caldeamiento tiene lugar mientras se espera que lleguen todxs lxs participantes, apunta a romper el hielo, generar clima y disponer el cuerpo para el juego (actitud lúdica).

El desarrollo consiste en el despliegue de la actividad principal, que puede estar planificada con anterioridad con mayor o menor nivel de estructuración. Es el momento que tiene mayor duración y varía de un encuentro a otro en función de los objetivos que se proponga el equipo. La actividad puede estar dirigida o apuntar al juego libre o espontáneo, dando lugar a la exploración autónoma de diversos materiales en el espacio (por ejemplo, juegos de mesa y libros).

El cierre es el momento en el cual culmina la actividad. Se intenta hacer una síntesis de lo realizado y se consulta a lxs participantes en torno a intereses y dificultades.



Juegoteca -
CeSAC 12 (AP Hospital Pirovano), 2019



Juegoteca -
CeSAC 22 (AP Hospital Durand), 2019

Juegoteca virtual

La llegada de la pandemia motivó la readecuación de las juegotecas a una modalidad virtual o a distancia. Para ello, una opción es planificar actividades que pueden ser socializadas para que cada persona las realice cuando prefiera. También puede llevarse a cabo un encuentro sincrónico a través de alguna plataforma, respetando el horario original del dispositivo presencial, apuntando al sostenimiento del vínculo y del encuadre. En el caso de lxs niñxs, se pueden realizar llamados de seguimiento a las familias. También se pueden socializar propuestas por mail a quienes estén interesadosxs en recibir las



*Juegoteca virtual –
Hospital Tornú, 2020*

aunque no sean usuarixs de la juegoteca en la modalidad presencial. Por otro lado, se piensan distintas maneras de acercar recursos físicos lúdicos/didácticos, ya sea que los retiren por los efectores o que se realicen visitas domiciliarias para entregarlos.

Dispositivos territoriales

Red de distribución

Se trata de la creación de vínculos con otrxs actorxs sociales claves (principalmente referentxs comunitarios) para poder establecer redes a través de las cuales se facilite la circulación y distribución de recursos disponibles en el sistema de salud, entre la población. Estos recursos pueden ser preservativos, geles, información, etc.

Objetivos

- Propiciar un mayor acercamiento al recurso, poniéndolo a disposición de las personas en aquellos lugares que habitualmente frecuentan.
- Favorecer el vínculo entre el sector salud y la comunidad a partir de las referencias que pueden establecerse a lo largo del tiempo, las cuales suelen conseguirse debido a su característica de “permanente”.
- Facilitar información actualizada sobre los recursos que ofrece el sistema de salud.

Personas - Roles

El rol de referentx comunitarix es esencial en este tipo de dispositivo, ya que funciona como un nexo entre el sistema de salud y la población. No se requiere de la presencia de lxs trabajadorxs del equipo de salud para que sea posible el acceso al recurso; sin embargo, es muy importante que exista un intercambio fluido y constante entre éstxs y lxs referentxs comunitarixs.

Tiempo

Este dispositivo se mantiene en el tiempo, dependiendo la continuidad de los acuerdos establecidos con lxs referentxs de la comunidad.

Se sugiere pautar cierta frecuencia en las recorridas o reposición del recurso (semanal, quincenal, mensual, etc) a fin de que el vínculo con referentxs pueda ser sostenido y que la población pueda disponer del recurso.

Lugar

Las redes de distribución suelen funcionar a través de “bocas” que pueden estar al interior de los efectores del sistema de salud o bien en otros sitios de fácil acceso para la población, tales como organizaciones locales comunitarias, instituciones educativas y otros lugares en los que cotidianamente circula un alto número de personas que sean potenciales destinatarias del insumo. En el caso específico de la red de distribución de preservativos, se han abierto bocas en comercios (kioscos, parrillas, supermercados, ferreterías), hoteles, casas tomadas, inquilinatos, fábricas, organizaciones sociales, otras instituciones, etc.

Recursos

Se precisa de recursos o insumos para distribuir (preservativos, geles, anticoncepción de emergencia, etc.) y, siempre que sea posible, de contenedores para los mismos (por ejemplo, dispenser de preservativos, que pueden ser industriales o confeccionados artesanalmente). En general, este tipo de dispositivos requiere folletería que brinde información relacionada al recurso o insumo que se deja en la boca.



Red de distribución de preservativos -
CeSAC 7 (AP Hospital Santojanni), 2019



Red de distribución de preservativos -
CeSAC 24 (AP Hospital Piñero), 2021

Metodología

La red está conformada por puntos de distribución (bocas), donde se ofrecen ciertos insumos de manera gratuita. En un primer momento, el equipo releva los lugares en los cuales puede ser adecuado abrir un punto de distribución, teniendo en cuenta las necesidades identificadas en la población destinataria. También puede suceder que una institución u organización le solicite al equipo de salud que sea incorporada como boca dentro de la red. Luego habrá un momento de gestión, en el cual se establecen los acuerdos pertinentes para llevar a cabo el dispositivo. Se puede recurrir a un intercambio previo, sea presencial o telefónico. El último momento es el de efectiva implementación, que toma características particulares en función de los acuerdos establecidos. Es muy importante realizar un seguimiento constante del funcionamiento de cada boca, a fin de poder optimizarlo y realizar modificaciones en caso de ser necesario. Esto implica sostener conversaciones acerca de los usos y significados en torno al recurso en cuestión, además de tener en cuenta las demandas y necesidades que emergen más allá del mismo. Es necesario propiciar en el momento de entrega de los recursos un marco de intercambio comunicativo con lxs referentes (a través de la oferta de un tiempo, la disposición corporal, la escucha, etc.) que habilite el diálogo. A veces la simple puesta en palabras de “¿quieren hacernos alguna pregunta?” habilita la expresión de inquietudes, necesidades y la construcción de demandas. Esto puede derivar en gestiones de recursos o espacios que exceden al de la propia red y fortalecen o resignifican los vínculos.

Postas de salud

Consiste en un espacio delimitado y visible, no necesariamente fijo (los materiales que lo delimitan suelen ser trasladables), en el que se llevan a cabo distintas actividades, tanto asistenciales como de promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación para la salud. Se propone un abordaje interdisciplinario y comunitario de las problemáticas de salud actuales y prevalentes para una población.

Objetivos

- Facilitar la accesibilidad de la población al sistema de salud y a los recursos disponibles.
- Favorecer el vínculo entre lxs trabajadorxs de la salud, los efectores y la comunidad.
- Conocer el perfil epidemiológico de la comunidad.

Personas - Roles

Si bien la población destinataria puede variar, el dispositivo se encuentra, en todos los casos, dirigido a una amplia cantidad de personas. La posta puede ser planificada y organizada por el equipo de salud en conjunto con otras instituciones, promotorxs de salud, referentxs y organizaciones barriales.

Tiempo

La duración dependerá de las personas que asistan y del objetivo de la posta, pudiendo llegar a ocupar una jornada completa de trabajo.

No obstante, la intervención individual suele ser acotada, justamente porque se busca abarcar a un gran número de personas.

Lugar

Puede realizarse al interior del efector de salud, en algún espacio público del barrio (plaza, polideportivo, una esquina, la vereda del centro de salud) o en organizaciones comunitarias locales.

El lugar donde se lleve a cabo va a depender de las condiciones institucionales, los vínculos comunitarios establecidos y los lugares de circulación habitual de la población objetivo. Sugerimos también la realización frecuente de postas de salud en sectores pertenecientes al área de referencia del efector de salud que se encuentran alejados del mismo o donde no exista un vínculo fluido con la población, a los fines de promover la accesibilidad.

Recursos

En general se requiere material de difusión sobre las temáticas abordadas y los servicios del efector de salud: folletería, recurseros, etc. Además, en general sugerimos la inclusión de materiales de señalización de la posta que llamen la atención así como recursos para dinámicas lúdicas. Los demás recursos a contemplar dependen de cada posta en particular.



Metodología

En primera instancia se requiere definir el lugar donde se llevará a cabo la posta; esto puede implicar la necesidad de establecer vínculos con referentes de la comunidad. En todos los casos, es importante realizar una adecuada difusión de la actividad (mediante afiches, folletos, etc.) y gestionar dentro y/o fuera de la institución todos los recursos necesarios para llevarla a cabo. La actividad podrá constar de un solo tipo de acción (por ejemplo, una mesa de vacunación o de testeo rápido de infecciones de transmisión sexual en la plaza del barrio) o consistir en el pasaje a través de un circuito de distintos espacios en los que se realizan diferentes acciones tanto de control de valores (por ejemplo, determinación de peso y talla, toma de la presión arterial, medición de la glucemia) como actividades lúdicas o charlas participativas sobre diferentes temáticas (alimentación saludable, género, violencias, derechos, etc.).

Más allá del momento de implementación de la posta, las instancias de evaluaciones y reuniones de equipo son fundamentales ya que refuerzan criterios comunes y el abordaje interdisciplinario. Posteriormente, también es recomendable la realización de un análisis de los datos relevados en la posta, con el objetivo de conocer el perfil epidemiológico de la comunidad y ajustar así las intervenciones a la realidad local.



*Posta de salud -
CeSAC 7 (AP Hospital Santojanni), 2019*



*Posta de salud -
Hospital Tornu, 2021*

Redes interinstitucionales e intersectoriales

La red es una forma de articular heterogeneidades, es una modalidad de vinculación entre las personas que promueve vínculos solidarios y comprometidos donde cada servicio, institución y organización aporta una mirada y una propuesta de trabajo para abordar problemáticas sociales complejas de la población de forma articulada. *“La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración”* (Dabas, 1999). La participación del equipo de salud en las redes interinstitucionales e intersectoriales, apunta a desarrollar articulaciones que favorezcan la promoción de los derechos y el abordaje de las demandas de la población desde una mirada de salud integral.

Objetivos

- Establecer canales de interrelación con otras instituciones gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones comunitarias de la zona, agilizando la comunicación y potenciando los recursos para dar respuesta a las necesidades de la población.
- Impulsar proyectos conjuntos en relación a problemáticas específicas.
- Promover la capacitación interna y externa.

Tiempo

Si bien la participación y construcción en una red insume una dedicación de tiempo difícil de medir en tanto dependerá de las posibilidades, necesidades y actividades de cada red, es imprescindible tener en cuenta el momento para la realización de reuniones o encuentros de todos los integrantes. Se sugiere la realización de encuentros periódicos (pueden ser quincenales, mensuales, etcétera) que sean sostenidos en el tiempo.

Personas - Roles

Referentes de las diferentes instituciones y organizaciones territoriales que conforman la red. El rol del equipo de salud es poner en agenda temáticas de promoción, prevención y educación para la salud, alojar las demandas específicas de salud integral e interiorizarse de las problemáticas locales para vehicularlas en acciones hacia dentro del efector. Es importante que algunas personas tomen distintos roles, como pueden ser el de convocatoria a las reuniones o encuentros, coordinación, registro y difusión posterior. La asignación de estos roles puede ir variando para favorecer la participación de todos.

Lugar

Tanto las reuniones como las actividades pueden tener diferentes locaciones dependiendo de la red y de las estrategias de intervención que se elijan. Una propuesta interesante es que las reuniones sean itinerantes entre las diferentes organizaciones e instituciones, para que lxs integrantes puedan ir conociendo las diferentes realidades locales y modalidades de trabajo al mismo tiempo que se favorece la participación. Utilizar el centro de salud u hospital como espacio para las reuniones puede colaborar para consolidar el lugar del equipo de salud en la red. Otra variante, que puede llegar a facilitar las reuniones evitando la necesidad de trasladarse, es realizar los encuentros de manera virtual.

Recursos

Los recursos necesarios para el trabajo en las diferentes redes interinstitucionales e intersectoriales dependen de la temática que aborde cada red. Se recomienda organizar un listado de instituciones y organizaciones con sus respectivxs referentxs y canales de contacto. También contar con recurseros³, información actualizada de problemáticas sanitarias actuales y materiales de promoción y prevención.

Es necesario que el equipo de salud priorice el sostenimiento de su participación en las redes, es decir, estipular con anticipación quiénes participan y cómo se desarrolla esa participación; entendiendo que en estos espacios uno de los principales recursos es la dedicación de tiempo de trabajo.



Redes – CeSAC 24, Red Feminista Soldati, 25N 2020

³ Instrumento que elaboran los equipos de trabajo para identificar los recursos disponibles, en este caso relacionados a la salud, en un determinado territorio.

Metodología

Las redes interinstitucionales y/o intersectoriales son diversas, tienen diferentes grados de formalización y funcionamiento. Siguiendo a Rovere (1999), al momento de construir una red, un primer paso es reconocer las diferentes instituciones y actorxs que trabajan en una misma área. Un segundo paso consiste en identificar el enfoque de trabajo de cada actor, sus intereses e incumbencias, es decir, conocer más profundamente la tarea y perspectiva de cada participante de la red. A partir de este reconocimiento, una vez que se genera el conocimiento necesario de quienes participan de la red, es necesario construir algunas actividades de colaboración, como vínculos de reciprocidad. Este nivel de vinculación es el que permite intercambiar recursos, esfuerzos y conocimiento. Un paso más allá del intercambio de recursos requiere problematizar las situaciones de manera conjunta. Así, se pueden promover espacios de discusión y debate para la construcción de un problema común. Al compartir preocupaciones se predispone la red a compartir ocupaciones. Esto permitirá construir una direccionalidad a la red, realizar una programación en conjunto y concretar proyectos.

Las redes pueden funcionar a través de reuniones plenarias pero también es posible armar comisiones de trabajo para ir abordando diferentes temáticas o áreas de intervención.

Algunas preguntas orientadoras que pueden ayudar a trabajar en red son: ¿cuáles son los problemas fundamentales que lxs participantes de la red tienen en común? ¿qué desempeño se quisiera lograr respecto de ellos? ¿qué acciones se pueden llevar adelante? ¿qué recursos se necesitan? ¿cómo se organiza el trabajo y cómo se toman las decisiones?



*Redes, mapeo colectivo –
Hospital Penna, 2020*

¿A qué llamamos intersectorialidad?

La intersectorialidad plantea la relación entre distintos sectores sociales. Es uno de los ejes de análisis de la APS como estrategia "...que toma en cuenta que la respuesta a los problemas de salud no puede venir sólo del sistema sanitario sino que requiere un esfuerzo concertado (cooperación intersectorial) entre diversos dominios socio-culturales y económicos) (Grodos y De Bethene, 1998).

Visita domiciliaria

Se trata del “conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio de las personas” (Roca y Úbeda, 2000, en Sánchez Moreno, Germán Bes, Mazarrasa Alvear et al., 2000, p. 195), permitiendo un mayor conocimiento de la realidad socio-económica, ambiental y cultural de los sujetos y sus familias.

La visita domiciliaria puede realizarse tanto en situaciones en que las personas no pueden salir de su vivienda (por ejemplo, en casos de internación domiciliaria, cuidados paliativos, dificultades para movilizarse o problemáticas de salud mental, etc.) como también en el marco de una estrategia de intervención para acercarse a la vida cotidiana de una persona o grupo familiar (cuando se busca acompañar a la persona en el mantenimiento de sus vínculos familiares, en la búsqueda de estrategias de resolución para su problema o de conformación de su cotidianidad en conjunto con su familia, etcétera). Se combinan acciones asistenciales y preventivo-promocionales, tendiendo siempre a favorecer la accesibilidad y el vínculo entre las personas y el sistema de salud.

Objetivos

- Conocer el contexto socio-económico, cultural y ambiental donde se desarrolla la vida cotidiana de la persona y su familia, que permita el desarrollo de las intervenciones pertinentes según el caso.
- Obtener y ampliar la información en relación a las condiciones de vida de la persona y su familia.
- Facilitar la accesibilidad al sistema de salud.

Personas - Roles

Puede ser realizada por distintos trabajadorxs de la salud, quienes pueden concurrir al domicilio de manera individual o en pequeños grupos. Es recomendable la conformación de un equipo de trabajo, preferentemente interdisciplinario, y concurrir entre dos y cuatro personas, de modo tal que la visita permita la cercanía e intimidad y no sea invasiva.

Tiempo

La duración de la visita dependerá de los objetivos de la misma, teniendo generalmente una duración mínima de 20 minutos y una máxima de 90 minutos.

Lugar

La intervención se lleva a cabo en la vivienda de la persona, por lo cual es recomendable crear un espacio adecuado para su desarrollo. Esto implica generar estrategias para facilitar un ambiente de privacidad, confiabilidad y comodidad, tanto para la persona y su familia como para lxs trabajadorxs de la salud.

Recursos

Para llevar a cabo este dispositivo se deberá contar con todos aquellos recursos necesarios para la realización de las diferentes prácticas asistenciales, como así también para la correcta sistematización de lo trabajado durante el encuentro (instrumentos de registro como planillas, fichas, etc). En algunos casos, también será necesario disponer de algún medio de transporte que permita movilizarse hasta el destino establecido.

Metodología

Es posible entender a este dispositivo como compuesto por tres momentos: planificación, ejecución y evaluación.

La primera etapa es la de planificación, que comienza cuando se decide la realización de la visita. La misma puede surgir por decisión del equipo de salud que realiza el seguimiento de la persona, quien se encargará de llevar a cabo la visita, o ser solicitada por otrx trabajadorx o equipo de salud, ya sea de la propia institución o externx a la misma. Es decir, que la visita también puede ser solicitada por una organización barrial o por vecinx o por el entorno familiar.

Se debe preparar la visita teniendo en cuenta aspectos tanto logísticos como técnicos. Para ello se indagará en torno a la información con la que se cuenta, realizando el análisis de la documentación pertinente e intercambiando información con otrxs trabajadorxs que intervengan en la situación. Una vez establecidos los objetivos de la visita, se tomará contacto telefónico con la persona, verificando los datos de domicilio y pactando el día y el horario para su realización. En caso de no contar con datos de contacto, la misma se lleva a cabo sin previo aviso.

Durante la etapa de ejecución, que consiste en el desarrollo concreto de la visita domiciliaria, es posible combinar diferentes técnicas de intervención. La observación y la entrevista son fundamentales para la construcción de un diagnóstico de situación. Es sumamente importante la manera en que lxs integrantxs del equipo de salud se presentan, como así también poder establecer el encuadre de la visita y generar un clima de confianza, explicitando los objetivos de la visita, facilitando su desarrollo. Durante el encuentro será posible indagar en torno a los objetivos preestablecidos, a la dinámica familiar y cotidiana, las condiciones de vida y/o socio-económicas actuales, etc., lo que dependerá de las particularidades de cada situación. En algunos casos resulta pertinente la inclusión de otras personas de su entorno. En esta etapa no sólo se busca obtener datos del grupo familiar, sino que también se puede brindar información y/o asesoramiento en caso de que la persona lo solicite o lxs trabajadorxs lo consideren pertinente, como así también desarrollarse otros tipos de intervenciones (por ejemplo, prácticas asistenciales o acciones lúdicas). A modo de cierre de la visita se intentará realizar una síntesis de lo trabajado durante la intervención, estableciendo en conjunto el plan de acción a seguir.

Es muy importante incluir en este tipo de dispositivo una etapa de evaluación, que implica el registro y sistematización de los datos obtenidos durante la visita, tanto a nivel domiciliario (por ejemplo, impresiones acerca de la vivienda y la estructura familiar, sus rutinas, intervenciones que se llevaron a cabo y sus efectos, etc.) como extradomiciliario (por ejemplo, observación del barrio y análisis del recorrido comprendido entre el domicilio y la institución de salud). Por último, nos parece importante incluir un intercambio posterior con otrxs trabajadorxs del equipo de salud para la puesta en común de la visita realizada y la planificación de las futuras intervenciones.

Es importante tener en cuenta, especialmente en este dispositivo, que las redes sociales e institucionales son fundamentales en las tres etapas mencionadas. Será necesario entonces, poder diagnosticar el nivel de dicha red para fortalecer los vínculos de la misma en pos de enriquecer las intervenciones con dicha persona, grupo familiar y/o comunidad.

ASIS

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) es un procedimiento de investigación epidemiológica conformado por tres componentes: análisis sociodemográfico, de morbi-mortalidad y de recursos en salud. Implica un diagnóstico de la situación que puede realizarse a diferentes escalas poblacionales, e incluye la recolección y análisis de los datos con el propósito de identificar problemas de salud prioritarios y sus determinantes. Es una práctica necesaria para promover un abordaje interdisciplinario e intersectorial, que indague en los orígenes y la continuidad de las inequidades sociales y promueva tanto la participación comunitaria como la gestión descentralizada de las acciones necesarias para la transformación de dicha situación.

Desde una perspectiva de salud integral, el ASIS busca identificar las interacciones entre múltiples variables pertenecientes a diversas dimensiones (política, social, económica, demográfica, cultural, ecológica, servicios de salud, entre otros) así como conocer los factores explicativos claves en la producción social de salud, para poder definir intervenciones que apunten a la transformación de la situación inicial.

Objetivos

- Construir conocimiento de la población y sus PSEAC.
- Identificar desigualdades e inequidades sociales en salud.
- Evaluar la pertinencia y el impacto de las políticas de salud
- Proponer y diseñar estrategias de intervención en torno a problemáticas y necesidades sentidas.
- Generar evidencia que permita prever situaciones de salud.

Personas - Roles

Los ASIS pueden realizarse tanto desde nivel central como a nivel local. En este último caso, sugerimos la conformación de un equipo amplio con multiplicidad de miradas. Puede incluir: equipos territoriales, profesionales de planta, promotorxs de salud, residencias, habitantes de la comunidad, actorxs claves, instituciones y organizaciones sociales.

Si bien es recomendable convocar a la mayor cantidad de actorxs posibles, debe existir un equipo organizador de la tarea: quienes conformen el equipo de trabajo, diseñen las encuestas y entrevistas, organicen el procesamiento de las mismas, convoquen a actorxs claves de la comunidad, etc.

Tiempo

Por la multiplicidad y complejidad de tareas que implica, la elaboración de un ASIS suele llevar varios meses y hasta un año de trabajo. Sugerimos la realización de un cronograma de actividades que, si bien debe ser flexible, sirva para estructurar el proceso.



Lugar

La escala puede ser variable, a nivel de un barrio, asentamiento, comuna, ciudad o país. Es deseable que los equipos de salud territoriales realicen este ejercicio en sus áreas de referencia, favoreciendo así la articulación entre la investigación y la acción, al tiempo que permite una reflexión crítica sobre las propias prácticas.



Metodología

La realización del ASIS parte de la obtención oportuna de datos válidos y confiables y requiere su análisis e interpretación pertinente. Además, es deseable que culmine con la formulación de propuestas y estrategias de intervención.

En la etapa de diagnóstico y caracterización del contexto, las fuentes de información pueden ser primarias o secundarias, a través de la observación, el mapeo territorial, las encuestas, entrevistas, investigaciones realizadas previamente, las historias clínicas, relevamientos de diferentes organizaciones sociales, archivos históricos, bibliografía, entre otros. La exposición libre de ideas sobre los problemas por parte de lxs integrantes del equipo es una buena forma para captar las diferentes percepciones sobre la realidad que se analiza.

Luego de la identificación de los problemas se los debe priorizar. Algunos criterios posibles pueden ser la prevalencia del problema, su magnitud, la resolutivez del mismo y la factibilidad de intervención, tomando en cuenta la opinión de la comunidad. Una vez realizado esto se da lugar a un análisis y explicación de los problemas que se construye a través de la trama causal basada en los determinantes sociales de la salud, relacionando las formas de vida, el medio ambiente y la accesibilidad a los servicios de salud para buscar y explorar alternativas de solución.

Esto servirá de insumo para plantear un plan de acción, estableciendo las estrategias y medidas a desarrollar en función de los problemas identificados y priorizados. Desde una mirada de promoción y educación para la salud, el ASIS es muy valioso como insumo para la priorización de líneas de acción a nivel local, a la vez que puede considerarse como una práctica de intervención en sí misma, ya que permite abrir diálogos entre el equipo de salud y la población, valorizar la voz de la comunidad y fortalecer los lazos y la participación social, ampliando la capacidad de la comunidad para enfrentar diferentes problemáticas relacionadas a sus procesos de salud.

En este sentido, reconocemos la importancia de realizar el ASIS de manera conjunta con la población, promoviendo su participación desde la etapa inicial de relevamiento e identificación de problemas hasta las etapas de elaboración del plan de acción y su posterior evaluación.

Dispositivos grupales

Dirigidos a la comunidad

Charla informativa

Se trata de una actividad dirigida a un conjunto de personas que no necesariamente se constituyen en un grupo, sino que pueden encontrarse momentáneamente compartiendo un ámbito común. En este espacio se brinda información sobre temáticas diversas relacionadas con la salud desde una mirada integral.

Objetivos

- Socializar información útil y pertinente sobre una temática particular preestablecida.

Personas - Roles

Para su implementación requiere la presencia de un mínimo de 3 personas y es pertinente para grupos numerosos. Lxs participantes pueden asistir con el objetivo de participar de la charla o verse involucradxs a partir de su permanencia en cierto lugar, al cual asistieron con otro fin. Al igual que en el taller, también hay roles diferenciados: coordinadorxs, observadorxs y participantes.

Tiempo

El desarrollo de la actividad puede variar, pero se calcula una duración aproximada de 30 minutos. En general se aconseja que no exceda la hora de duración, ya que es el tiempo que puede sostenerse la atención de lxs participantes. En general, este tipo de dispositivo no presenta continuidad en el tiempo, por lo que resulta útil para el desarrollo de intervenciones acotadas en diversos ámbitos institucionales.

Lugar

Se puede desarrollar en diferentes ámbitos, tanto al interior de las instituciones de salud como en organizaciones locales comunitarias, teniendo la flexibilidad para adaptarse a los diferentes contextos y situaciones que puedan presentarse.

Recursos

Es pertinente utilizar recursos gráficos o audiovisuales durante el desarrollo del dispositivo, como así también dejar material de apoyo (por ejemplo, folletos, trípticos) a fin de fortalecer lo trabajado durante la charla.

Metodología

Combina momentos expositivos y participativos, predominando uno u otro en función de la temática, lxs participantes y la dinámica de trabajo. Requiere de una capacitación previa en la temática que se quiera abordar, una planificación y de la organización de los contenidos a trabajar durante el desarrollo de la charla. La exposición de la información debe ser clara y precisa, a fin de habilitar la participación. Quienes coordinen la actividad deben tener flexibilidad para adaptarse a diferentes contextos y modificar la planificación en caso de que la situación lo requiera. Se recomienda que el equipo de coordinación favorezca la problematización de las temáticas abordadas, así como el intercambio (dudas, comentarios) y la socialización de experiencias y estrategias individuales y grupales. Resulta importante que, al finalizar la charla, se realice una síntesis de las ideas principales trabajadas y se brinde información sobre recursos disponibles vinculados con la temática (derivaciones, dirección y teléfono de organizaciones y/o instituciones, etc.).

*Charlas informativas –
CeSAC 12, 2021*



Charlas en sala de espera

Entendemos que la sala de espera constituye “un ámbito privilegiado para generar un espacio de diálogo con las personas, problematizando diversas temáticas y favoreciendo la circulación de la palabra” (DSA, IZLP, RIEpS, 2011:11). La “sala de espera” como dispositivo de educación para la salud permite aprovechar parte del tiempo que las personas pasan en el efector, posibilitando un encuentro activo en un tiempo de espera usualmente considerado pasivo.

Se propone desde ella un espacio de intercambio grupal que permita la articulación de las actividades de prevención de enfermedades, promoción de la salud y educación para la salud con las prácticas asistenciales, pudiéndose así favorecer el desarrollo de una atención integrada. Para ello es fundamental que sea planificada e implementada en conjunto con lxs trabajadorxs de salud que reciben las consultas.

Objetivos

- Transformar el lugar y tiempo de la espera en una instancia activa de aprendizaje e intercambio para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la educación para la salud, desde una perspectiva de salud integral y derechos.
- Facilitar el acceso de la población al efector, a recursos locales disponibles y a información pertinente y actualizada sobre las temáticas abordadas.
- Promover un espacio de reflexión e intercambio entre lxs participantes y el equipo de salud, por medio de un diálogo más horizontal que permita la socialización y problematización de estrategias y experiencias, tanto durante la actividad como en la consulta posterior.

Personas - roles

La población destinataria incluye al conjunto de personas presentes en la sala de espera al momento de la actividad, quienes no necesariamente se constituyen en un grupo, sino que se encuentran compartiendo el tiempo y espacio de la espera. En este sentido, la población puede ser muy heterogénea, en caso de que el dispositivo tenga lugar en la sala de espera general de un Centro de Salud, o bien tener características comunes, propias del grupo destinatario del servicio, si se trata de la sala de un consultorio específico como ginecología, adolescencia, pediatría, etc.

En este dispositivo es posible reconocer los roles diferenciados de coordinadorxs, participantes y observadorxs (ubicados idealmente en lugares distintos de la sala). Se recomienda que la actividad sea co-coordinada por al menos dos personas para que posea un mayor dinamismo y no se presente una visión monolítica de la temática.

El rol de lxs coordinadorxs del espacio será el de “habilitar la participación y valorizar los saberes y opiniones que traen las personas respecto a la temática, con miras de lograr una construcción de conocimiento conjunta” (DSA, IZLP, RIEpS, 2011:12) y poder pensar soluciones posibles frente a diversas problemáticas. Se requiere que quienes cumplan este rol desarrollen una escucha atenta, con respeto e interés por las opiniones, conocimientos y sentimientos de lxs participantxs, para que éstxs puedan expresarse sin sentirse juzgadxs.



Charlas en sala de espera –
CeSAC 12, 2018

Tiempo

Suele realizarse con una periodicidad preestablecida, en día y horario prefijado por el equipo de salud. Las necesidades epidemiológicas detectadas pueden determinar que el dispositivo sea implementado extraordinariamente con mayor frecuencia (por ejemplo, frente a brotes de enfermedades como bronquiolitis o dengue). La programación de dicho dispositivo también puede estar asociada a fechas significativas, como festejos o eventos conmemorativos (por ejemplo, el Día Internacional de la Lucha contra el VIH-SIDA, de los Derechos de lx Niñx, de la Mujer Trabajadora, etc.)

La duración de la actividad dependerá de la dinámica seleccionada y de la participación de las personas. Dadas las características del lugar de sala de espera, el tiempo de permanencia de las personas es variable, haciendo que el número de participantes fluctúe durante el desarrollo de la actividad. Por ello se sugiere que su duración no exceda los 20 minutos, teniendo en cuenta en cada efector las modalidades particulares de asignación de turnos, tiempos de espera, etc.

Es recomendable que el dispositivo se organice por ciclos temáticos, es decir, que una misma problemática pueda ser abordada en distintos encuentros durante cierto período de tiempo. En estos casos, puede ser de utilidad la implementación de diferentes dinámicas durante un mismo ciclo.

Lugar

Se lleva a cabo en las salas de espera de centros de salud y hospitales. Las condiciones físicas del lugar (ubicación, amplitud, luminosidad, disponibilidad de asientos), que presentan una gran heterogeneidad entre los distintos efectores, deben ser tenidas en cuenta a la hora de la planificación de la actividad. En todos los casos, la sala de espera es un espacio de tránsito continuo, por lo que es necesario considerar que el ruido del ambiente, la circulación de personas, los llamados para acceder al turno en los consultorios y otras interrupciones, pueden dificultar la concentración, atención y participación.

Recursos

Para la planificación se pueden consultar materiales de lectura (como cuadernillos, página web del ministerio de salud, con información oficial actualizada, etc.). Para el desarrollo de la dinámica se podrán utilizar tarjetas con frases o ilustraciones, fotos, dados con consignas, juegos, cuentos, láminas, afiches u otras herramientas audiovisuales (si se cuenta con estos recursos). El uso de materiales de soporte de alto impacto visual (afiches coloridos, láminas con dibujos, muñecos o títeres, material audiovisual) contribuye a atraer la atención y lograr los objetivos del dispositivo. Para el cierre se sugiere disponer de folletos (ya sea de elaboración propia o de programas de nivel central) y de una cartelera que permanezca en el lugar una vez terminada la actividad.

Metodología

Desde la perspectiva de educación para la salud propuesta, en este dispositivo se busca privilegiar “la participación y la problematización de las temáticas abordadas, promoviendo una comunicación horizontal entre las personas que asisten al efector y lxs trabajadorxs de la salud” (DSA, IZLP, RIEpS, 2011:12). Para que esto pueda ocurrir, es fundamental el rol de coordinación: los modos verbales y no verbales de comunicación tales como gestos, tonos de voz y posturas corporales, el uso de un lenguaje coloquial (sin terminologías técnicas innecesarias o no aclaradas), la escucha atenta y la promoción de la participación a través de preguntas y técnicas grupales, son elementos centrales para favorecer la participación, la expresión y el interés de lxs presentes.

Es necesaria una primera instancia de planificación y formación en la temática a tratar ya que, para poder acompañar la flexibilidad que requiere la intervención en la sala de espera, es preciso contar con ciertos conocimientos previos que permitan interiorizarse en la temática que se va a problematizar en cada encuentro.

La implementación del dispositivo se realiza en tres momentos, definidos esquemáticamente: apertura, desarrollo y cierre.



*Charlas en sala de espera –
Hospital Durand, 2019*



La apertura incluye la presentación del equipo coordinador y del dispositivo (si es periódico, indicando días y horarios de realización) así como una introducción a la temática a abordar. Se sugiere proponer también la presentación de las personas en la sala y observar la disponibilidad de las mismas a participar. Es importante explicitar el encuadre de la actividad y el carácter voluntario de la participación, informando a lxs presentes que podrán retirarse en caso de ser llamadx para la atención, o quedarse y asistir a la consulta una vez finalizada la actividad. El carácter inesperado de la intervención puede condicionar la participación, ya que lxs presentes no tienen anticipadamente la intención o el interés de participar de una actividad durante la espera.

El desarrollo de la actividad suele iniciarse con una técnica disparadora, como mostrar una imagen, proponer una lluvia de ideas o realizar una pregunta en relación a la temática, con el objetivo de recuperar los saberes y experiencias de lxs participantes. Luego puede proponerse una dinámica participativa, en ocasiones lúdica, que contribuya a la circulación de la palabra, la reflexión y el debate. Existe una amplia variedad de técnicas aplicables a este tipo de intervención (adivinanzas, teatralizaciones, juegos con tarjetas), que deben ser seleccionadas con anticipación y conocidas por lxs coordinadorxs para su puesta en práctica y adaptación a la diversidad de situaciones.

Se sugiere preparar para cada actividad de sala de espera una cartelera donde se sinteticen los aspectos centrales de la temática a tratar y se brinde información sobre recursos disponibles. Es recomendable que la misma permanezca en la sala de espera hasta que el dispositivo aborde una nueva temática. En algunos casos, pueden usarse carteleras interactivas, que se arman en conjunto con lxs participantes durante el desarrollo de la actividad (por ejemplo, colocando tarjetas con información repartidas previamente o anotando las ideas que van surgiendo).

En el cierre se realiza una síntesis de la información intercambiada, reforzando ideas o elementos que se consideran de mayor relevancia. Se ofrece además información sobre recursos disponibles (instituciones, organismos de gobierno, organizaciones comunitarias, servicios del efector, etc.) y, en ocasiones, se distribuye folletería vinculada con la problemática trabajada.

Se sugiere comentar a lxs presentes que existe la posibilidad de hacer preguntas o expresar dudas, ya sea a lxs coordinadorxs luego de finalizada la actividad, o a lxs trabajadorxs de la salud durante la consulta.

Grupo de pares

Son espacios de encuentro grupal entre personas que tienen un objetivo en común, viven una situación similar o comparten alguna característica personal o problema. En estos encuentros se posibilita el intercambio de inquietudes, saberes, opiniones y experiencias, y se comparten actividades, intereses y proyectos. Se trata de grupos que se conforman a partir de “alguna influencia o intervención externa” y son convocados para un objetivo particular (Teubal, s/f). El grupo de pares se propone como un lugar de pertenencia que propicie la contención afectiva, como así también la construcción y mantenimiento de redes sociales, posibilitando la elaboración y aceptación de los cambios, ya sean propios de una etapa de la vida o de una situación o padecimiento común. La generación de vínculos es considerada de gran importancia para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y la dinámica grupal favorece “el establecimiento de enlaces identificatorios entre los participantes” (Martínez y Varela, s/f). Aunque no se trata de un grupo terapéutico ni recreativo exclusivamente, puede tener efectos en ambos sentidos.

Objetivos

- Generar un espacio de encuentro grupal, participativo y recreativo, que promueva entre lxs participantes vínculos de contención, sostenimiento y cuidado.
- Promover el vínculo entre lxs participantes y el equipo de salud, con el fin de favorecer el cuidado de su salud y la accesibilidad a los efectores y recursos disponibles.
- Promover el posicionamiento de lxs participantes en un lugar productivo y activo, poniendo en práctica sus saberes y capacidades en el marco de un proyecto grupal.
- Brindar un espacio que promueva una mejora en la calidad de vida de las personas y una mayor autonomía.

Personas - Roles

Los grupos están orientados a personas con características comunes, por ejemplo por su rango etario (adolescentes, adultxs mayores, etc.), género, lugar de vivienda, o personas con enfermedades crónicas, entre otras. Es recomendable, para posibilitar una mayor continuidad en el trabajo, que lxs integrantes del grupo sean relativamente estables, concurrendo periódicamente a los encuentros. La cantidad de integrantes por grupo es variable y dependerá principalmente del espacio físico y de la cantidad de coordinadorxs disponibles para las actividades. En caso de realizarse de manera virtual, se recomienda que no superen los 20 participantes para facilitar el intercambio. Los grupos pueden concebirse como cerrados, donde se establecen momentos específicos para el ingreso de nuevxs integrantes, o abiertos, en los que se posibilita el ingreso y egreso permanente de quienes deseen participar. La incorporación de integrantes puede ser definida de manera conjunta entre el equipo coordinador y lxs participantes, estableciendo ambas partes los criterios y requisitos necesarios para el ingreso.

Tiempo

Los encuentros suelen realizarse una o dos veces por semana y pueden tener una duración de 1 a 2 horas, ya que incluyen la realización de diferentes actividades (ronda de presentaciones o novedades, debates, juegos, actividad física, planificación grupal de actividades y puesta en práctica, talleres especiales, merienda, etc.). Es recomendable que los encuentros sean sostenidos de manera continua durante todo el año.

También pueden darse intercambios virtuales, sean sincrónicos o asincrónicos, a través de diferentes plataformas (grupos de chat o videollamadas).

Lugar

Los encuentros pueden realizarse en un efector de salud o en organizaciones locales comunitarias, requiriéndose de un espacio físico disponible de manera estable y suficientemente amplio para la cantidad de concurrentes y el tipo de actividades propuestas. En algunos casos se utilizan lugares al aire libre para la realización de actividades físicas y/o recreativas. También pueden usarse plataformas virtuales en caso de que sea necesario o deseable realizar las actividades de manera virtual.



*Grupo de pares -
CeSAC 7 (AP Hospital Santojanni)*

Recursos

Se requiere de un espacio físico adecuado para la cantidad de participantes y el tipo de actividades a realizar. También se deberá contar con un mobiliario determinado y distintos materiales necesarios para la realización de las actividades (elementos deportivos, colchonetas, pinturas, juegos, libros, materiales de librería, etc.).



Metodología

Cada encuentro puede organizarse esquemáticamente en tres momentos, aunque esto puede variar según las actividades organizadas por cada grupo: durante la apertura, el equipo coordinador le da la bienvenida a lxs participantes, se presentan lxs nuevxs integrantes (en caso de que lxs hubiera) y se realiza un intercambio de novedades. Durante la etapa de desarrollo se propone y lleva a cabo una actividad grupal que favorezca la socialización y construcción de vínculos dentro del grupo. Puede consistir tanto en la reflexión y el intercambio de experiencias sobre un tema como en la realización de juegos (en grupos de adultxs mayores suelen utilizarse aquellos que fortalecen las funciones cognitivas), actividades plásticas o físicas (caminata, yoga, baile), talleres especiales (cocina, pintura, literatura, etc.) o charlas con especialistas sobre temas de interés. Durante el cierre es posible proponer en conjunto nuevas actividades y/o evaluar aquellas realizadas hasta la fecha. También puede compartirse una merienda o colación.

En el caso de optar por la virtualidad, se debe evaluar la utilización de recursos a partir de la accesibilidad que lxs participantes puedan tener a los mismos (dispositivos móviles, internet, datos) y de las características de cada grupo. Una ventaja de realizar de manera virtual el encuentro es que pueden conectarse personas de diferentes lugares, por lo que el alcance del dispositivo se amplía.

Los tres momentos en los que se puede organizar cada encuentro se ven afectados por la virtualidad en caso de que los mismos se hagan de manera asincrónica, por ejemplo a través de grupos de chat, donde pueden solaparse momentos y los espacios de encuentro pueden darse más allá del horario del dispositivo.



*Grupo de pares -
CeSAC 12 (AP Hospital Pirovano), 2018*

Lxs trabajadores de la salud también participamos de dispositivos de EPPyCS

Reunión de equipo

Constituyen espacios de encuentro para lxs integrantes de los distintos equipos de trabajo. Entendemos al equipo como un grupo operativo, según lo define Pichón-Riviere (1989): “un conjunto restringido de personas, que ligadas por constantes de tiempo y espacio, articuladas por su mutua representación interna, se propone de forma implícita o explícita una tarea, que constituye una finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles” (1989: 209).

Objetivos

- Crear canales de comunicación y confianza entre lxs integrantes del equipo.
- Organizar la tarea del equipo, división de roles y planificación de acciones.
- Promover la discusión/reflexión en relación a la complejidad de las problemáticas y proyectos abordados por el equipo.
- Potenciar las cualidades personales y profesionales en función de metas a alcanzar y/o proyectos a realizar.

Personas - Roles

Las reuniones son llevadas a cabo por las personas que conforman los distintos equipos de trabajo. Generalmente, unx de lxs miembros del equipo ocupa el rol de coordinadorx, siendo lx encargadx de organizar las ideas, los temas a tratar y las tareas a realizar.

Tiempo

Es recomendable establecer día y horario fijos para la realización de las reuniones, a fin de que todxs lxs miembros del equipo puedan estar presentes. Además, es aconsejable que se realicen con una regularidad aproximada de una vez por semana. Su duración será variable, dependiendo de los temas a tratar y la disponibilidad de tiempo de cada unx de lxs integrantes del equipo, aunque se recomienda un mínimo de una hora.

Lugar

Se aconseja que se realice en un lugar preestablecido, en el que lxs participantes se encuentren cómodxs y se haga posible la circulación de la palabra, la transmisión de ideas y su problematización. Estas reuniones también pueden asumir una modalidad virtual.

Recursos

Se requiere de un espacio físico apropiado para el desarrollo de la reunión y de materiales necesarios para el registro de la actividad. En el caso de que se realice de manera virtual, es fundamental el acceso a una buena conexión de internet así como la disponibilidad de dispositivos tecnológicos adecuados.

*Reunión Equipo Comunitario -
CeSAC 24 (AP Hospital Piñero), 2021*



Metodología

Se comienza convocando a todas las personas que forman parte del equipo de trabajo, tratando de consensuar el día y el horario en que se realizará la reunión. Además, se construirá entre todxs un temario en función de las prioridades, con el objetivo de reflexionar conjuntamente en torno a los diferentes procesos, funciones y responsabilidades. La reunión de equipo constituye un espacio en el cual cada persona puede manifestar sus necesidades y obstáculos en relación al desarrollo de la tarea cotidiana, aportar ideas respecto a la mejor manera de resolver las distintas situaciones y construir conjuntamente el plan de acciones a seguir. Durante el desarrollo de la reunión es recomendable que quien ejerza la coordinación facilite los canales de comunicación y la circulación de la palabra, y organice al equipo mediante la definición de roles y funciones, a fin de cumplir con los objetivos propuestos. Este espacio también puede alojar la subjetividad de cada unx, a través de dinámicas que faciliten que cada integrante pueda expresar sus sentimientos y pensamientos que lx atraviesen en ese momento, evitando las interrupciones o juicios de valor. Resulta fundamental realizar un registro de la reunión, no sólo para que aquellxs que no estuvieron presentes puedan estar al tanto sino también para poder sistematizar lo trabajado.

Grupo de reflexión

Se trata de un grupo que se centra en reflexionar acerca de una temática en particular o de las problemáticas que surgen en torno a la realización de una tarea determinada. A veces el grupo puede conformarse a partir de un conflicto que emerge de una tarea. El objetivo es repensar la práctica a los fines de mejorarla. Para ello requiere de regularidad y continuidad por parte de sus participantes.

Objetivos

- Propiciar la toma de conciencia y la reflexión crítica de lxs integrantes de un grupo acerca de una temática o la naturaleza, objetivos y obstáculos de su tarea.
- Compartir sentimientos o vivencias subjetivas y propias del desarrollo de la tarea.
- Propiciar el conocimiento del campo de acción específico, la capacitación técnica y la cohesión del equipo.
- Tramitar las ansiedades e inquietudes que la tarea genera.
- Fortalecer la disponibilidad y la predisposición a la escucha a lxs compañerxs de equipo.

Personas - Roles

El grupo de reflexión puede implementarse al interior de los equipos de trabajo o bien entre trabajadorxs del sistema de salud y la comunidad. Este dispositivo se centra en el trabajo en grupo, entendiendo a éste como un conjunto de personas ligadas con la finalidad de abordar una temática en particular o realizar una tarea. Es deseable que exista el rol de coordinación, que podrá ser desempeñado por una o más personas. Se considera que el número de participantes debe ser de 3 personas como mínimo y 10 como máximo, para facilitar el intercambio y permitir la interacción entre todxs lxs miembros del grupo.

Tiempo

Se sugiere la realización de un encuentro semanal o quincenal para favorecer la continuidad en la tarea reflexiva y de intercambio. Cada encuentro puede durar entre 1 y 2 horas.

Lugar

Se requiere de un lugar estable que garantice la continuidad de los encuentros y la privacidad necesaria para el intercambio entre lxs participantes. También existe la posibilidad de que los grupos de reflexión se realicen de forma virtual.

Recursos

Se requiere de un espacio adecuado a la cantidad de personas que participan, en el cual es recomendable que no se produzcan interrupciones. Es necesario contar con mobiliario y otros elementos pertinentes a la actividad.

Metodología

El grupo reflexivo es un dispositivo metodológico que se caracteriza por presentar variabilidad en cuanto al problema abordado. Pueden tratarse conflictos institucionales y/o problemáticas con respecto a determinadas tareas, a los fines de mejorarlas o de renovar los sentimientos y percepciones en torno a ellas. El trabajo grupal puede iniciarse a través de disparadores propuestos por el equipo coordinador y elegidos desde la particularidad del problema a tratar. A partir de allí se brinda la posibilidad de reflexionar en torno a la temática, buscando el intercambio de experiencias, limitaciones y facilitadores que posibiliten el enriquecimiento de la práctica cotidiana.



*Grupo de reflexión -
Hospital Tornu, 2021*

Capacitaciones en salud

Es un espacio de formación destinado a profesionales y no profesionales de la salud, que busca construir capacidad instalada en el ejercicio de la promoción de derechos y temáticas de salud integral. Se capacita a agentes activos de la comunidad en el desarrollo de habilidades y herramientas para el abordaje de una problemática de salud integral en particular. También pueden pensarse capacitaciones para el equipo de salud por parte de especialistas en diversas temáticas.

Objetivos

- Facilitar a través de recursos didácticos información actualizada y herramientas para la identificación y la resolución de problemáticas de salud.
- Propiciar un espacio de participación e intercambio para la apropiación de los conocimientos.
- Adquirir nuevos saberes en diversas temáticas y actualizaciones en torno al trabajo cotidiano en salud.

Personas - Roles

Capacitadorxs que ejercerán el rol de coordinación y participantes, quienes pueden ser tanto trabajadorxs de la salud como agentes de la comunidad.

Tiempo

La duración y la cantidad de encuentros podrá variar, se espera que los encuentros tengan una duración de hasta 2 horas. En el caso de extenderse, se recomienda realizar un corte de 10-15 minutos. Es importante tomarse el tiempo para la planificación, incluyendo las lecturas previas de la temática a abordar, así como la modalidad de los encuentros y las dinámicas en función de la población destinataria.



Capacitación Promotorxs
Villa 21 24 -
Hospital Penna, 2021


Lugar

El espacio donde llevar a cabo la capacitación podrá variar. Puede ser el efector de salud o bien otras instituciones (escuelas, organización social, etc.). Pueden realizarse también de manera virtual.

Recursos

Dependerá de la estrategia a utilizar, se recomienda usar recursos gráficos, audiovisuales, etc. que pueden ser utilizados como disparadores, como apoyatura durante el desarrollo de los encuentros o como recurso para una dinámica de construcción colectiva.

Metodología



En pos de comenzar a construir el vínculo pedagógico, debería haber un primer momento de acercamiento entre los intereses de la población destinataria y los objetivos del equipo capacitador. Asimismo es fundamental realizar un mínimo análisis contextual de la institución u organización a la que pertenecen lxs destinatarixs, en pos de realizar una planificación estratégica.

Luego, el equipo capacitador elegirá el contenido y la forma de presentarlo. Se espera que todo encuentro cuente con un momento de inicio, otro de desarrollo y un último de cierre.

Por último, se evaluará el proceso de capacitación junto a lxs participantes para identificar aprendizajes, tanto de ellxs como del equipo capacitador.

Una modalidad que pueden asumir las capacitaciones en salud al interior del equipo de salud es la articulación teórico-práctica. En este caso, se parte de seleccionar registros de las propias experiencias y actividades del equipo, para luego identificar y conceptualizar las problemáticas nodales que de allí emergen. En un tercer paso, se buscará confrontar esta elaboración con los aportes de diferentes corrientes teórico-ideológicas del campo de la salud, construyendo una praxis que permita enriquecer las prácticas con el aporte de nuevas perspectivas.

Otra modalidad muy utilizada en los equipos de salud es la de supervisión o co-visión. La misma se basa en la revisión de las prácticas y del proceso grupal del equipo de trabajo coordinado por un "agente externo", al cual se piensa libre de las implicaciones de la tarea. Su objetivo es identificar, visibilizar y contribuir a destrabar bloqueos en el proceso grupal, fortalecer las estrategias de intervención y cuidar al equipo en escenarios complejos, previniendo el desgaste profesional.

Y todo lo pensamos como un...

Taller

Un taller implica una metodología transversal desde donde pensamos la mayoría de estos dispositivos. Es un espacio de encuentro en el que un grupo de personas se reúne para pensar y aprender sobre distintas temáticas de una forma activa y creativa. Permite fortalecer la participación, la reflexión, la cooperación y la comunicación.

Lo que caracteriza a este dispositivo es el logro de una construcción colectiva de conocimiento: "Es un aprender haciendo en grupo" (Ander-Egg, 1991).

Objetivos

- Propiciar la construcción colectiva de un saber-hacer que tenga influencia en la vida cotidiana de las personas y en sus PSEAC.
- Intercambiar información, experiencias y conocimientos en un clima de confianza.
- Promover la participación y la grupalidad en la construcción de saberes.

Lugar

Es recomendable que el espacio físico a utilizar sea amplio, ya que facilita la redistribución de lxs participantes de acuerdo a las técnicas y actividades a realizar, permitiendo el trabajo en pequeños grupos. El no disponer de un lugar con estas características no implica necesariamente relegar este tipo de dispositivo como opción, sino que debe ser un punto a tener en cuenta al momento de planificar las dinámicas, para que las mismas sean acordes al espacio físico.

Asimismo, la posibilidad de redistribución estará condicionada por la cantidad de participantes; en el caso de grupos poco numerosos, podrán realizarse actividades dinámicas y en subgrupos aún en lugares pequeños.

En el caso de talleres con modalidad virtual, se puede recurrir a distintas aulas virtuales o grupos de trabajo en diversas plataformas.

Personas - Roles

Es recomendable que la cantidad de coordinadorxs no supere la de participantes, ya que esto podría incomodar o inhibirlxs. Se sugiere que el grupo esté formado por no menos de 5 participantes y no más de 20, aproximadamente, para favorecer el proceso grupal, la interacción de roles y la construcción de una tarea común.

La coordinación se orienta a promover la participación de todxs, generar un buen clima de trabajo y favorecer la construcción de un saber grupal. Generalmente se recomienda la presencia de dos coordinadorxs que organicen las técnicas y la tarea del grupo.

Otro rol posible es el de observación. Su función consiste en recolectar datos que permitan establecer hipótesis acerca del desarrollo del grupo, dificultades que surjan en la tarea, modalidad de abordaje de la misma y registro de la actividad.



Taller -
Barrio Rodrigo Bueno
(AP Hospital Argerich),
2021

Tiempo

Puede tratarse de un solo encuentro o tener continuidad, con un horario y día preestablecido. La duración puede ser variable dependiendo de la cantidad de personas y de las actividades que se realicen, pero se calcula aproximadamente de 1 a 2 horas. En el caso de talleres con modalidad virtual, pueden darse intercambios diferidos a través de distintas plataformas.

Recursos

Los recursos materiales requeridos dependerán de las técnicas y/o dinámicas utilizadas: tarjetas con preguntas o frases disparadoras; imágenes; materiales audiovisuales (música, videos), etc.

También se pueden utilizar herramientas gráficas a modo de soporte, como carteleras o afiches, y distribuir folletería. En los talleres que se realizan por medio de plataformas digitales se pueden utilizar programas de almacenamiento y edición compartidos (Drive, Dropbox, etc.), plataformas interactivas, pizarras digitales y power point.

Metodología

Todo taller se encuentra estructurado en distintos momentos: inicio, desarrollo y cierre. En el inicio o apertura se presentan lxs participantes, se plantea el encuadre de la tarea y se introduce la temática a trabajar. Durante esta etapa se pueden implementar distintas dinámicas de trabajo y/o técnicas disparadoras. En el segundo momento se desarrolla la temática dando lugar al intercambio de vivencias/experiencias, para luego poder reflexionar en conjunto sobre las mismas. Este estilo de trabajo permitirá ir de la acción a la reflexión y llegar a una nueva conceptualización conjunta. Durante el cierre se realiza una breve síntesis o evaluación para poder hacer un recuento de lo trabajado/aprendido durante el taller.



Talleres -
CeSAC 38 (AP Hospital Durand), 2019

Dispositivos de comunicación, acompañamiento y orientación

Consejería / Consultoría

Es un espacio de diálogo que intenta promover la autonomía, la toma de decisiones y el pensamiento crítico de las personas respecto al cuidado de su salud, en un ambiente de confidencialidad, intimidad y respeto. Es frecuente que, en la práctica cotidiana, los términos “consejería” y “consultoría” se usen indistintamente. Sin embargo, consideramos que la última denominación es la más representativa, ya que no se trata de un espacio en el que se “dan consejos” o “se bajan directivas”, sino que lo que busca es recuperar los saberes previos de lxs participantes, así como facilitar y promover la reflexión de las personas respecto de su salud, para que puedan tomar decisiones libres e informadas.

La consultoría se presenta como una invitación para alojar inquietudes y demandas vinculadas a una determinada temática, que muchas veces quedan al margen del espacio de la atención clínica centrada en lo biomédico, por diversas razones. Estas temáticas pueden ser, por ejemplo: salud sexual integral, consumos problemáticos, etc. La consultoría puede constituirse como un espacio alternativo o integrado a la atención en consultorio, como es el caso de la interrupción del embarazo (IVE/ILE), los Centros de Prevención, Asesoramiento, Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (CePADT) o los consultorios compartidos entre diferentes disciplinas. Desde una perspectiva de derechos, se busca crear un ambiente en donde la información que circule sea clara, precisa y oportuna. Para ello se requiere de la disponibilidad de un tiempo cuidado, no apurado y sin interrupciones, en el cual se priorice la necesidad de la persona. Además, es necesario que la información que circule en este espacio sea clara, precisa y oportuna.

Se trata entonces de un espacio-tiempo disponible para alojar una demanda espontánea de una persona con respecto a sus necesidades singulares respecto a determinada temática, que generalmente -en la medida que la organización de la institución lo permita- no requiere de un turno programado. Es importante resaltar que las dificultades de empadronamiento⁴ o registro en la historia de salud integral no deberían constituir un impedimento para la realización de la consultoría.

⁴ Proceso administrativo por el cual se abre la Historia de Salud Integral digital de una persona y se ingresan sus datos al sistema informático de salud.

Objetivos

- Brindar un espacio y un tiempo abiertos en donde se puedan tratar de manera horizontal las necesidades, inquietudes, demandas, dudas, deseos y temores que surjan en relación a una temática.
- Acompañar, a través de estrategias de promoción de la salud, a las personas en la construcción de autonomía y concientización sobre el ejercicio de los derechos, para la toma de decisiones relativas al cuidado de su salud.
- Abordar los temas de salud de manera integral, desde una perspectiva de derechos, de género y respetando las diferencias socioculturales.
- Facilitar el acceso a información y recursos de salud disponibles a nivel local.
- Promover la articulación entre lo que sucede en el consultorio y otros dispositivos.

Personas - Roles

Se resalta la riqueza de que la consultoría se realice en equipo, preferentemente una dupla que trabaje de manera interdisciplinaria.

Tiempo

Si bien el periodo de tiempo disponible para la consultoría depende de la disponibilidad del equipo, es recomendable tener flexibilidad para alojar las demandas diversas de cada persona. Teniendo en cuenta que la creación de un espacio de confianza en general requiere de tiempo, se sugiere destinar un mínimo de media hora para cada consultoría.

Lugar

Se puede llevar adelante tanto en el efector de salud como por fuera del mismo, habilitando un espacio dentro por ejemplo de instituciones educativas o deportivas, organizaciones sociales, etc. También pueden realizarse de forma virtual.



Consultorías -
Hospital Tornú, 2021

Recursos

Es posible utilizar material de apoyo (rotafolios, muestras de medicamentos y/o anticonceptivos, elementos para el testeo de ITS, folletos, resúmenes de actividades, etc.). Se sugiere seleccionar los materiales a utilizar teniendo en cuenta las características culturales y las necesidades de lxs usuarixs solicitantes. Los mismos pueden ser producidos por los equipos de salud o en los distintos ámbitos comunitarios, o ser provistos por los programas estatales. Muchas veces sirven de disparador para iniciar la consultoría, o de apoyo en las acciones educativas, siendo importante que lxs consejerxs los conozcan muy bien.

Metodología

Para llevar adelante este dispositivo en principio se tiene que generar un equipo de trabajo, de preferencia interdisciplinario, que se capacite y se actualice de manera constante en la temática a abordar, conociendo las leyes vigentes, programas actuales y recursos y servicios disponibles.

Este tipo de dispositivo puede aplicarse a diferentes aspectos de la promoción y prevención en salud, refiriéndose a temáticas amplias de salud integral (consejerías para adolescentes, por ejemplo) o más específicas (interrupción del embarazo, ITS, métodos anticonceptivos). Los temas a abordar pueden surgir de una demanda concreta de la persona o generarse de forma espontánea con el uso de preguntas disparadoras o compartiendo los materiales de apoyo, por ejemplo. Es así que este espacio puede tener distintos recorridos, de acuerdo a las características singulares de la persona que consulta.

Las consultorías pueden ser individuales o en pequeños grupos. En el caso de que se desarrolle de forma virtual, es necesario definir previamente la cantidad de participantes para seleccionar la plataforma más adecuada y se sugiere tener a disposición dinámicas y materiales que puedan adecuarse a esta modalidad.



Consultorías -
CeSAC 24 (AP Hospital Piñero), 2021

Mesa de orientación

Apunta a facilitar la accesibilidad al sistema de salud, recepcionando las consultas de la población y elaborando estrategias de referenciación a partir de la escucha activa de las diferentes problemáticas. Muchas veces las personas estructuran sus demandas en torno a los servicios “conocidos” y/o “disponibles”, entonces se apunta a ampliar la mirada, complejizar y construir conjuntamente la demanda a partir de las necesidades sentidas que la persona presente. Una vez construida esta demanda se confeccionarán estrategias para garantizar el acceso a la salud desde una mirada integral. La llamada “admisión” se eleva entonces por sobre su carácter administrativo para constituirse como un dispositivo que aloje, proponiendo acompañar el tránsito a través de los diferentes niveles y efectores desde una perspectiva de acogimiento de las demandas de lxs usuarixs que contribuya al ejercicio efectivo del derecho a la salud. Esto supone la planificación de la tarea y su seguimiento para mejorar el funcionamiento de los circuitos de derivaciones, referencia y contrarreferencia del sistema sanitario.

Puede tener carácter presencial o virtual, desarrollándose a través de la atención por teléfono y/o de mensajes por redes sociales.

Objetivos

- Alojar a las personas que se acercan al sistema de salud y brindar una escucha activa respecto a sus consultas
- Brindar información clara sobre los servicios disponibles y los circuitos de atención del sistema de salud
- Detectar problemas, identificar situaciones de vulnerabilidad y colaborar en la construcción de la demanda con la población
- Elaborar estrategias de referenciación y facilitar las derivaciones correspondientes y el tránsito entre los diferentes niveles

Personas - Roles

Equipo de salud y población destinataria. Sugerimos que el dispositivo sea llevado adelante por un equipo amplio y la organización de duplas de trabajo, idealmente interdisciplinarias, para favorecer una escucha y orientación integrales. La tarea incluye asimismo las interacciones con otrxs trabajadorxs del efector de salud así como con otras instituciones. De esta forma, se va conformando una red en el trabajo en equipo, que funciona como sostén y facilita la accesibilidad de la población al sistema.

Lugar

En el caso de la mesa de orientación presencial y de la atención por vía telefónica, se realiza en el efector de salud. En cambio, para la atención en redes sociales no es necesario estar en el efector, aunque esto puede facilitar las gestiones necesarias para dar respuesta.

Tiempo

El funcionamiento de la mesa de orientación debería coincidir con los horarios de apertura del efector. Caso contrario, es necesario que se informe claramente sobre los horarios a la población, para evitar la generación de falsas expectativas y que las consultas queden sin respuesta. Al interior del equipo se debe establecer un encuadre de trabajo adecuado a la tarea, teniendo en cuenta que el dispositivo no sólo exige disponibilidad para la escucha y el alojamiento de las demandas sino que también requiere tiempo para la construcción de estrategias de accesibilidad y la ejecución de las mismas.



Mesa de orientación –
CeSAC 22 (AP Hospital Durand), 2020

Recursos

De acuerdo a la modalidad de la mesa, se recomienda contar con: teléfono, computadora, conexión a internet, recursero del área, recursero de los servicios de referencia, folletería, equipos de protección personal (barbijo, máscara, camisolín...).

Metodología

La mesa de orientación incluye la construcción de una guía/recursero para facilitar las derivaciones correspondientes, a través de la sistematización de los recursos estatales y comunitarios y de los circuitos de primer y segundo nivel de atención. Sugerimos el diseño de instrumentos de registro específicos en cada efector que faciliten el seguimiento de las consultas.

El objetivo de este instrumento es que permita revisar las consultas atendidas para reflexionar sobre la funcionalidad de los circuitos y el grado de resolución de las mismas. De esta forma, se podrán promover los ajustes pertinentes y compartir esta experiencia con lxs otrxs profesionales del efector para superar las barreras de accesibilidad.

Más allá de las particularidades de la atención por vía remota, recomendamos que la actividad de orientación pueda realizarse en equipos de mínimo dos personas, rotando los periodos de tiempo en la mesa o frente al teléfono o a la computadora y estableciendo momentos para el intercambio, registro y sistematización de la tarea.

Producción de contenido comunicacional

La comunicación en salud puede ser pensada desde una dimensión relacional, estratégica y pedagógica, superando los paradigmas más instrumentales. Los mensajes por sí solos no son capaces de cambiar la realidad, por eso es necesario poner el énfasis en los procesos de aprendizaje y de transformación individual y colectiva. La producción de contenido comunicacional implica acciones de planificación, investigación y elaboración de materiales de forma colectiva, que pueden tener un soporte audiovisual o gráfico, que aborde diferentes cuestiones relacionadas a la salud. La comunicación en salud trabajada como dispositivo permite diseñar una estrategia comunicacional, reflexionar o polemizar con otros actores y favorecer la accesibilidad al efector y al sistema de salud, ampliando el alcance con respecto a la población interesada.

Objetivos

- Sensibilizar y colocar en agenda diferentes problemáticas de salud.
- Difundir recursos, servicios, prácticas y programas del sistema de salud, favoreciendo la accesibilidad.
- Informar, movilizar y desencadenar procesos participativos.
- Comunicar institucionalmente los acuerdos del equipo de salud.

Tiempo

Para que el dispositivo tenga cierta continuidad, es recomendable una dedicación semanal o quincenal a las tareas del mismo.

Lugar

La producción en equipo puede desarrollarse de forma virtual o presencial y el lugar de difusión dependerá del soporte elegido.

Personas - Roles

Equipo de salud y la población. Desde una perspectiva relacional, es importante destacar que los roles no son estancos, es decir, que es necesario superar la visión tradicional de la comunicación donde hay un sujeto activo (el equipo de salud) que transmite un mensaje o indicación a un sujeto pasivo, objetivo (la población destinataria), cuya responsabilidad es recepcionar y asimilar correctamente la información que se le brinda. La flexibilidad, el ida y vuelta en los roles, apunta a la colectivización de saberes y la construcción conjunta y recursiva de conocimiento.

Recomendamos que, en la medida de lo posible, la producción se realice en equipo, en pos de aportar diferentes perspectivas sobre las temáticas a tratar. En caso de conformarse un equipo comunicacional del efector, es deseable que tenga un carácter interdisciplinario para abonar a una mirada amplia y compleja.



*Producción de contenido comunicacional -
Hospital Argerich, 2021*

Recursos

Computadora, dispositivos móviles, acceso a internet, impresora, fuentes primarias y secundarias de información, afiches, cartulinas, fibrones, aplicaciones de diseño y audiovisuales, etc.

Metodología

La producción de contenidos comunicacionales requiere de varias operaciones que no necesariamente se suceden de manera lineal: planificación de contenidos, búsqueda de información, realización del material, difusión del mismo, interacción con la población y evaluación de los resultados obtenidos. Es recomendable incluir a la población con la que se busca interactuar en todo el proceso de realización del material comunicacional.

La temática a tratar puede seleccionarse en base a diferentes criterios que cada equipo podrá priorizar en diferentes momentos: demandas de la población, problemáticas locales, temas en agenda pública o emergentes, eventos estacionales, efemérides, cambios en la atención o recursos disponibles en la organización o institución. Una vez elegido el tema, es importante realizar un relevamiento respecto a la significación cultural de esa problemática, los saberes previos de la población y la información que circula.

Asimismo, es deseable contar con un cronograma que estructure el trabajo, priorice acciones e identifique responsables de las tareas.

Se sugiere realizar la búsqueda de información a partir de la indagación en fuentes oficiales y/o especializadas de cada temática, también entrevistar o solicitar orientación a profesionales o referentxs comunitarixs, así como proponer preguntas y/o realizar encuestas a la población (por ejemplo a través de redes sociales).

Para la elaboración de contenido resulta fundamental en primer lugar definir cuál es el objetivo de la producción que se desea realizar. Si bien la función más difundida es la de informar, pueden realizarse contenidos destinados a: capacitar, sensibilizar, dialogar con otrxs, conocer las opiniones de la población, problematizar, incluir a grupos no visibilizados, incidir y movilizar, etcétera. También es importante tener presente a quiénes está dirigido, pensar en el lenguaje más adecuado y en los recursos económicos disponibles.

Intervenciones en pandemia

La llegada de la pandemia de Covid-19 trajo aparejada una gran cantidad de modificaciones en el sistema de salud. Muchos dispositivos debieron interrumpir su funcionamiento para que lxs profesionales pudieran abocarse a las prioridades que imponía la emergencia sanitaria. Otros pudieron readecuarse y continuar desarrollándose bajo nuevos formatos, a través de, por ejemplo, plataformas virtuales. La pandemia implicó, por otro lado, la llegada de nuevos dispositivos a los centros de salud y hospitales, que interpusieron los necesarios cuidados sanitarios para el acceso a los efectores, la clasificación de las demandas, el testeo de personas con síntomas y sus contactos estrechos y el establecimiento de una comunicación fluida al interior del equipo de salud y entre éste y la población. A su vez, implicó un gran esfuerzo por parte de lxs trabajadorxs de la salud para sostener una mirada integral que no desatendiera otras problemáticas de salud más allá del coronavirus.

En este apartado, presentamos algunos aprendizajes de la experiencia de la RIEPS en pandemia, en la que buscamos aportar una mirada de EpS al trabajo en salud en estas nuevas condiciones.

Triage

En el contexto de pandemia, todavía vigente al momento de la escritura de esta guía, este dispositivo fue adoptado por todos los efectores de salud, incluido el primer nivel de atención, con el objetivo de separar los circuitos de atención de las personas con síntomas compatibles con Covid-19 del resto de lxs usuarixs para disminuir la transmisión del virus. Según el Ministerio de Salud de la Nación (2020), el triage es “un sistema histórico de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, que permite una gestión del riesgo clínico para optimizar la atención y la seguridad de las personas” (p.1).

Sin embargo, desde una perspectiva integral de la salud, a través del triage se intentan identificar aquellas problemáticas invisibilizadas por la emergencia sanitaria con el objetivo de encauzar, acompañar y orientar la heterogeneidad de demandas que se presentan en los efectores.

A través de la formulación de determinadas preguntas, el aporte de la EpS pasa por poner en práctica la capacidad de escucha activa y el abordaje interdisciplinario, apostando a alojar las demandas que trae la población, independientemente de que puedan ser resueltas inmediatamente o no. En este sentido, se apunta a interpretar las problemáticas de forma integral para acompañar a las personas y formular diversas articulaciones, estrategias y procesos de referencia y contrarreferencia que garanticen la accesibilidad al sistema. De esta forma se intenta que el triage no funcione como una barrera más al sistema de salud, sino que sirva para el afianzamiento del vínculo con la población.

Objetivos desde la EpS

- Orientar mediante información y recursos a lxs usuarixs, articulando hacia adentro y hacia afuera del efector, a partir de las demandas recibidas.
- Propiciar un espacio de escucha y contención y acompañamiento en caso de ser requerido.
- Favorecer la integración de los diferentes niveles de atención.

Personas - Roles

Se organizan equipos por turnos. Participa personal de salud de diferentes disciplinas que coordinan la atención y orientación de la demanda. Es necesario que algunxs profesionales se encarguen de la organización de esos turnos, otrxs que se encarguen de los materiales comunicacionales (cartelería, folletería, etc.) para acompañar las orientaciones, y otrxs que se dediquen a la confección y articulación de recursos (listados de recursos comunitarios).

Tiempo

Todos los días durante el horario de funcionamiento del efector de salud. Puede que se destine cierto tiempo para realizar reuniones de equipo en las que se discuta la organización del triage y se acuerden los criterios comunes.

Lugar

En alguna puerta de acceso al efector (del lado de adentro o de afuera).

Recursos

Alcohol en gel, alcohol al 70%, barbijos, máscaras, termómetros, algodón, biomes, papel, camisolin/ambo/delantal, guía de recursos, recursos comunicacionales.

Metodología

Se dispone en el acceso al efector de salud alguna mesa con los recursos, se solicita mantener la distancia social obligatoria y se pregunta cuál es el motivo de la consulta. Si requiere entrar al efector, se realizan las preguntas del protocolo y se le toma la temperatura. En caso de que pueda acceder, se realizan las gestiones necesarias para su atención o bien se referencia con otro efector o recurso comunitario, en caso de que su resolución escape a la posibilidad de intervención del efector. Por otro lado, si los síntomas que manifiesta la persona coinciden con el criterio de caso sospechoso por Covid-19, se realizan las gestiones necesarias para la derivación a la Unidad Febril de Urgencia, posta de testeo o consultorio de aislamiento en caso de que necesite atención.

Se trabaja en el triage de manera articulada con el personal para dar respuesta a las necesidades de la manera más rápida posible, evitando el ingreso y circulación en el centro de salud.

El triage funciona como nexo entre el adentro y el afuera del efector. Implica ponerse en el lugar entre lo que necesita la persona y lo que se puede dar, a partir de la empatía y la escucha activa. Por lo tanto esto no es algo lineal, y si bien en algunos casos se formulan protocolos para intervenciones generales, cada demanda tiene su particularidad en su resolución.

En este sentido el aporte desde una perspectiva de PPEpS consiste en realizar preguntas abiertas para captar las demandas y elaborar estrategias pertinentes. Para estas intervenciones se formulan y colectivizan recursos con las herramientas disponibles, redes de profesionales, folletos informativos, canales de derivación y vinculación con distintos servicios del área programática, etc. Esta socialización favorece el trabajo en equipo y la articulación de los servicios del sistema de salud.

Dispositivos territoriales de testeo y seguimiento de contactos

La pandemia de Covid-19 introdujo el funcionamiento generalizado de dispositivos de vigilancia epidemiológica, históricamente utilizados para enfermedades de notificación obligatoria como dengue, sarampión, coqueluche, etc. Su función consiste en permitir la detección precoz y el diagnóstico temprano de personas con síntomas compatibles con el Covid-19 y el seguimiento de sus contactos estrechos. Estos dispositivos se emplazaron a nivel barrial e incluyeron recorridas casa por casa, articulando el trabajo con las áreas programáticas y los centros de salud. La perspectiva de PPECS propone brindar acompañamiento y escucha a la población teniendo en cuenta la dimensión territorial y las condiciones de vida como determinantes de las problemáticas de salud.

Objetivos desde la EpS

- Establecer un vínculo con la población y sus referentes para construir acciones situadas y contextualizadas que permitan prevenir la transmisión del virus y disminuir su propagación.
- Acompañar a la población abriendo la escucha a todas las dimensiones de la salud entendida desde una perspectiva integral.
- Construir circuitos protegidos y derivaciones cuidadas para el abordaje de las problemáticas de salud relevadas facilitando la accesibilidad.

Personas - Roles

Equipo de salud, referentes comunitarios, población afectada.

Tiempo

Puede ser diario, semanal, etc., de acuerdo a la exigencia de la situación epidemiológica.

Lugar

Puede ser a escala de un domicilio, manzana, barrio o área programática.

Recursos

Bases de datos; plataformas epidemiológicas de nivel central (SIGEHOS⁵, SISA⁶, SISep⁷, etc.) y planillas de seguimiento elaboradas por el equipo local; testeos; equipo de protección personal (EPP) (camisolín, barbijo quirúrgico, máscara o lentes protectores), teléfonos y computadoras con conexión a Internet.

⁵ Sistema de Gestión Hospitalaria

⁶ Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino

⁷ Sistema Integral de Seguridad Pública

Metodología

Se parte de la notificación obligatoria de las personas con diagnóstico confirmado de Covid-19 y sus contactos estrechos por parte de los equipos de atención, para realizar seguimiento. El equipo confecciona una serie de dimensiones a interrogar y trabajar. Luego, lleva a cabo llamados telefónicos, visitas domiciliarias y recorridos por las casas circundantes. En las recorridas barriales se realiza la detección precoz de sintomatología y difusión de medidas de prevención.

Desde la educación para la salud, se promueve la escucha activa de las singularidades y el abordaje de las problemáticas locales que dificultan la prevención del contagio planteadas por la población. Se hace hincapié en el reconocimiento de las necesidades sentidas, desde una perspectiva de salud integral.

A partir de la información y las prácticas realizadas se pueden construir estrategias con la población para abordar las diferentes problemáticas relevadas: redes de apoyo, asambleas barriales, etc.

Esto se constituye como fuente de información para evaluar el impacto de la pandemia en un territorio determinado y contribuir a desarrollar estrategias locales para frenar su propagación. Se pueden elaborar bases de datos y herramientas estadísticas para procesarlas.



*Testeo y seguimiento de contactos -
CeSAC 22 (AP Hospital Durand), 2020*

Boletín epidemiológico de comunicación institucional

La pandemia de Covid-19 generalizó la difusión de boletines de las diferentes jurisdicciones y/o efectores de salud, que son materiales escritos que incluyen actualizaciones epidemiológicas sobre la emergencia sanitaria y otras problemáticas de salud, dirigido a personal de salud y/o a la población de referencia. Su función apunta a construir un canal de comunicación para intercambiar información actualizada y contribuir a problematizar diferentes situaciones de salud y construir líneas de acción coordinadas.

Usualmente, los boletines epidemiológicos recuperan información de enfermedades, sin embargo, también pueden visibilizar otras problemáticas, como por ejemplo, problemáticas anteriores a la pandemia pero que se agravaron por la misma, como la violencia de género, el hacinamiento, la falta de trabajo, las necesidades alimentarias, entre otras. De esta forma se puede dimensionar el carácter social de la salud, el alcance de la crisis sanitaria y la vinculación entre diferentes problemáticas. Esto facilita la coordinación de las acciones de los diferentes equipos, la colectivización de recursos y estrategias para abordar las diferentes situaciones y enfrentar distintas problemáticas relacionadas a nivel local.

Objetivos desde la EpS

- Identificar, de manera conjunta entre lxs profesionales y la población de referencia, diferentes desafíos presentados por la pandemia así como otras problemáticas de salud que pueden verse invisibilizadas en este contexto.
- Colectivizar diversas prácticas profesionales, recursos y experiencias de trabajo, promoviendo la articulación de las acciones.

Personas - Roles

Equipo involucrado en la redacción, supervisión y difusión del boletín; referentes de los servicios u organizaciones comunitarias con las cuales se intercambia para identificar problemáticas y elaborar la información; población destinataria y otros equipos de salud.

Lugar

Puede ser a escala de un centro de salud, de un área programática o jurisdicción.

Tiempo

Recomendamos fijar de antemano una frecuencia de entrega del boletín (semanal, quincenal, mensual, bimensual, etc.), que ayudará a organizar los tiempos y ritmos de trabajo, para lo cual recomendamos realizar una planificación que contemple todas las actividades necesarias para su confección y difusión.

Informe de situación hospitalaria Covid-19 al 11/08/2020		Hospital General de Agudos Dr. E Tornú
¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTE INFORME?		CONTENIDOS
<p>Compartir información oficial y actualizada entre los trabajadores del Hospital Tornú y el CeSAC 33 sobre la situación epidemiológica en torno a Covid-19.</p> <p>El mismo fue realizado en conjunto con la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud y la Dirección del Hospital.</p>		
2	SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA CABA	
3	SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA HTAL.TORNÚ (PYP)	
4	PRE-TRIAGE	
5	ACTIVIDAD EN LA UFU	
6	ACTIVIDAD EN EL LABORATORIO	
7	SALAS DE INTERNACIÓN	
9	SERVICIO DE PEDIATRÍA	
10	ACTIVIDAD EN EL PLAYÓN DE CHACARITA	
11	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SEGUIMIENTO DE CONTACTOS	
13	TESTEO RÁPIDO EN TRABAJADORES	
14	ESPERA EN CONEXIÓN - BLOG PARA LA UFU/UTA	
15	DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO	
16	¿QUÉ SE CONSIDERA POR CONTACTO ESTRECHO?	
17	MÁS INFORMACIÓN	

RESIDENCIA INTERDISCIPLINARIA DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD (DPTO. ÁREA PROGRAMÁTICA)

01

Boletín epidemiológico -
Hospital Tornú, 2020

Recursos

Fuentes de información primarias y secundarias, programas de diseño, computadora con conexión a internet, redes sociales para difundir el material, insumos para la difusión en papel.

GACETILLA EPIDEMIOLÓGICA SEMANAL

02 de julio de 2021
Año II - Gacetiilla N°62

argerich

Hospital General de Agudos
Dr. Cosme Argerich

Esta gacetiilla busca compartir información OFICIAL y OPORTUNA sobre la situación epidemiológica relevante en nuestro hospital, el Área Programática y en CABA.



Se trabaja con información de los Boletines Epidemiológicos e Informes Diarios de COVID 19 de CABA así como elaboración propia del Hospital y del Área Programática.



Es realizado por la División de Promoción y Protección, los equipos de epidemiología del AP y la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS).

*Boletín epidemiológico -
Hospital Argerich, 2020*

Metodología

Como primer paso, se toma en cuenta la información disponible sobre la situación epidemiológica, construida a partir del trabajo de los diferentes servicios. Luego se identifican y se eligen cuáles son las situaciones problemáticas en las que se busca ahondar.

Pensando que es un dispositivo que busca generar conocimiento para la acción colectiva y organizada, se necesita pensar qué estrategias participativas se dan en cada etapa del mismo. Se pueden pensar breves encuestas mensuales o entrevistas a cada servicio y a los referentes comunitarios o bien intercambios informales para identificar ciertas inquietudes en las que luego se buscará profundizar.

El siguiente paso es buscar y relevar datos acerca de dichas problemáticas y sistematizarlos, utilizando estrategias y herramientas metodológicas que resulten pertinentes. Una vez sistematizada la información a presentar, se realiza el diseño del material buscando una forma de lectura sencilla y accesible. Se pueden utilizar gráficos y tablas. Además, es conveniente relevar y agregar las estrategias y prácticas profesionales y/o comunitarias de abordaje existentes en relación a la temática.

A partir de la difusión del boletín se busca que esa información llegue a la mayor cantidad de profesionales posibles y/o la población de referencia. La distribución podrá realizarse por medio de canales formales (Promoción y Protección, portal de APS, redes institucionales, etc.) o canales informales (redes de profesionales, comunitarias, etc.).

Se pueden construir espacios de intercambio para debatir el boletín y construir estrategias de abordaje colectivas para enfrentar las problemáticas en cuestión, recuperando las diferentes experiencias de prácticas profesionales y/o comunitarias que ya las abordan, promoviendo la articulación de las acciones en relación a la temática del boletín.

Anexo

Herramientas comunicacionales

Al momento de pensar acciones de Educación, Comunicación y Promoción de la Salud es importante considerar el uso de herramientas comunicacionales, gráficas, radiales y audiovisuales. Algunos materiales, como flyers, folletos o carteleras, pueden utilizarse como complemento de un dispositivo. Por ejemplo, un flyer puede servir para difundir la realización de un taller o de una charla informativa; luego, durante el mismo pueden entregarse folletos con la información más destacada de los contenidos, o se puede contar con un afiche para registrar los comentarios de lxs participantes.

Lo primero a considerar al momento de seleccionar una herramienta de comunicación es definir una estrategia. ¿Quiénes serán lxs interlocutorxs? ¿cómo es el espacio por el cual circulan? ¿qué accesibilidad tienen a los diferentes soportes? ¿qué es lo que queremos comunicar? ¿de qué forma queremos hacerlo? ¿con qué grado de profundidad pensamos abordar la temática? Todo esto es importante ya que condiciona si el material seleccionado será adecuado para generar impacto, brindar información o promover la reflexión, el intercambio y la acción. Construir una estrategia implica planificar para poner en relación nuestros objetivos con las características de la población con la cual buscamos interactuar, para de esa manera poder seleccionar la/s mejor/es herramienta/s posible/s.

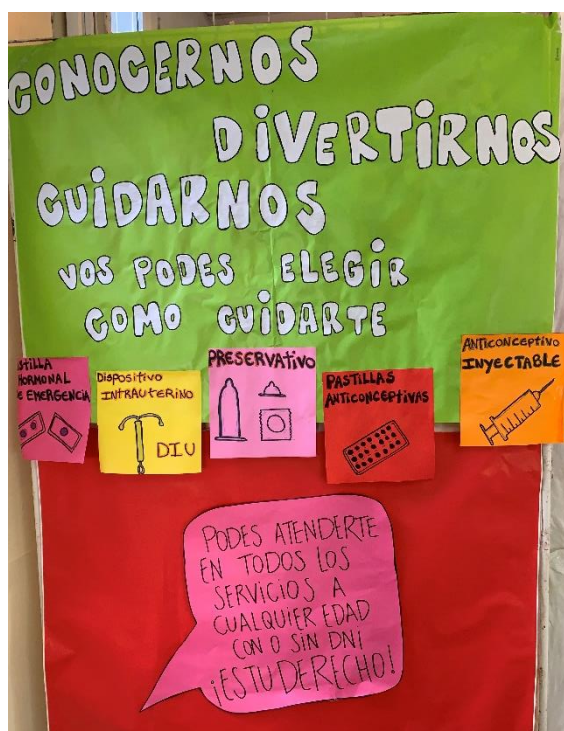
Herramientas gráficas

Son medios de comunicación visuales cuyo contenido es expuesto para una lectura individual o colectiva, principalmente con fines informativos. Una de sus características principales es que tienen una recepción diferida, debido a que ésta sucede en un momento distinto del de producción. Si bien muchas herramientas gráficas son realizadas y distribuidas por el nivel central (por ejemplo, Ministerios de Salud), alentamos también -dentro de lo posible- la utilización de materiales realizados a nivel local, pensados y diseñados en cuanto a forma y contenido por los propios equipos de salud.

- Beneficios:
 - Permiten alcanzar una mayor cobertura por su facilidad de ubicación y distribución.
- Consideraciones:
 - Para acceder a estas herramientas es necesario contar con el sentido de la vista y en muchos casos, la competencia de la lectoescritura.




Cartelera

Las carteleras pueden ser móviles o fijas. Las primeras pueden utilizarse, por ejemplo, en el dispositivo sala de espera, ya que se llevan en el momento de inicio de la actividad y se retiran cuando finaliza el mismo. Las segundas cuentan con un lugar físico con una cierta perdurabilidad para que el público sepa dónde ubicarla para leerla. Puede dividirse en secciones y, en caso de utilizar imágenes, éstas deben ser claras y llamar la atención. Una buena diagramación implica diferenciar espacios a partir de, por ejemplo, la utilización de distintos colores.



Cartelera en sala de espera -
Hospital Durand, 2019

PARA PREVENIR EL DENGUE CHIKUNGUNYA Y ZIKA

-  Evitemos dejar recipientes con agua acumulada.
-  Limpiemos bien recipientes con agua como macetas y sus bases
-  Renovemos agua de floreros y de las mascotas día por medio

**ELIMINEMOS
CRIADEROS
DE MOSQUITOS**



Aficheta -
CeSAC 24, (AP Hospital Piñero)

Afiche / aficheta

Es una lámina de papel producida en serie, que se coloca en la pared o en otra superficie. Es importante que el contenido sea atractivo y que el texto escrito sea conciso. Un afiche cumple la función de informar, instalar un tema o convocar a una actividad. En este último caso, permanecen en un lugar fijo por corto tiempo debido a que sus contenidos pierden actualidad y se deterioran cuando son pegados en lugares abiertos.

Folleto

Es un material impreso que puede contener una o más hojas y que sirve para difundir y divulgar información. Si bien puede entregarse en mano o ser puesto a disposición de las personas en lugares donde puedan retirarlo por su cuenta, es recomendable que sea utilizado como complemento de algún dispositivo. De esta manera, los contenidos del folleto pueden ser trabajados con más profundidad durante la actividad, y a su vez, el folleto permite que lxs asistentes se lleven un material con la información más importante del tema tratado y con los lugares a los cuales recurrir para acceder a una consulta de salud, iniciar un trámite o reclamar por un derecho. Debe contener información clara, breve y precisa. El formato más común de folleto es el tríptico (llamado así porque consiste en una hoja plegada en tres partes).

- ★ [¿Qué comemos cuando comemos?](#)
- ★ [Atención de adolescentes](#)

Cartilla / Cuadernillo / Guía

Es una publicación que se centra en un tema de interés para aquellxs a quienes se dirige. Tiene mayor cantidad de hojas que un folleto, por lo que contiene información más amplia y profunda sobre un tema. Puede contener imágenes.

- ★ [Cuadernillo Dengue](#)
- ★ [Juegos para divertirnos en familia](#)
- ★ [Cuidados integrales de la salud durante el embarazo](#)

Revista

Es un medio gráfico de publicación periódica. Se compone de secciones que permiten clasificar la información según los temas. Puede contener diversos géneros periodísticos como noticia, entrevista, crónica, nota editorial, informes especiales y artículos de opinión.

- ★ [Revista Salud y Población #8](#)

Herramientas radiales

El lenguaje de la radio no se compone solamente de palabras sino también de música, sonidos y silencios. Las radios comunitarias y alternativas son actorxs muy importantes con los cuales articular al momento del armado y difusión de alguna herramienta radial, ya que se diferencian en los objetivos, las estrategias y las formas organizativas de las radios comerciales, que tienen fin de lucro.

- Beneficios:
 - Ofrece variadas posibilidades con las cuales expresar ideas y sensaciones, transmitir información, contar historias y hacer reflexiones. Se puede apelar a la imaginación de lxs oyentes, contener entrevistas y opiniones de actorxs involucradxs.
 - Sus mensajes pueden llegar a personas que no saben leer.
- Consideraciones:
 - Es necesario contar con el sentido de la audición y manejo del idioma.
 - Es recomendable utilizar palabras sencillas, frases cortas y lenguaje coloquial.
 - Es importante prestar atención a las recomendaciones técnicas de operadorxs y conductorxs con respecto a la distancia adecuada del micrófono, al volumen de la voz, etc.
 - Al momento de pensar en el armado de una herramienta radial es recomendable la realización de un guión. En ese texto están plasmadas las decisiones sobre lo que se va a decir antes de llevarlo a la práctica, como lo que van a decir cada unx de lxs personajes, qué música arrancará y el momento en que lo hará y los efectos de sonido. A partir del guión, el grupo puede estar comunicado entre sí. La forma más sencilla de elaborarlo es hacer dos columnas y que en una figure lo que tiene que hacer el operador y en la otra lo que sucede en el estudio.

Microprograma

Se caracteriza por su duración acotada, de dos a cinco minutos, durante la cual se aborda un tema de salud específico. Su formato grabado facilita su difusión en diferentes radios del ámbito comunitario. Puede emitirse con cierta regularidad de días y horarios. Asimismo, puede constituirse en el bloque de un programa de radio.

- ★ [Micro programa radial "Un barrio para todos".](#)

Columna

Su duración es variable, entre cinco y quince minutos, y su transmisión es en vivo. Pueden participar unx o varixs columnistas, desarrollando un tema de salud y opinando sobre el mismo. Se estructura en tres momentos; por lo general, comienza con un copete que intenta captar la atención así como generar expectativa, y luego del desarrollo se concluye con un remate que cierra el tema tratado, de forma atractiva e interesante.

- ★ [Columna radial sobre ghosting](#)

Radioteatro

Es una dramatización de ficción sobre un tema o problemática específica, en la que participan dos o más actorxs. Busca captar la atención de lxs oyentes a través del humor, el drama y de una trama que contiene presentación, nudo y desenlace. En la presentación aparecen lxs personajes y el conflicto o argumento principal. El nudo es el momento donde se desenvuelve el conflicto, es decir se llega al punto de explosión. En el desenlace aparece el final de la historia que surge como consecuencia de la secuencia de los hechos y de las acciones de lxs personajes. Un buen desenlace es aquel que sorprende al público. El radioteatro intenta llegar a las personas a partir de las emociones que suscita la trama. Es un recurso útil a la hora de tratar temas complejos de una manera no tradicional.

Spot

Es una pieza de audio que dura de uno a tres minutos y que contiene un mensaje vinculado a una campaña de prevención o a convocar a lxs oyentes para una actividad específica. El mensaje debe ser breve y atractivo. Puede combinar emociones e información y debe apuntar a proveer datos de cómo contactarse u obtener más información. Puede emitirse durante las tandas publicitarias de los distintos programas radiales o a través de las redes sociales.

- ★ [Spot radial sobre Métodos Anticonceptivos](#)

Herramientas para redes sociales

La existencia de las redes sociales trajo una nueva oportunidad de comunicación a través del teléfono celular con conexión a internet, que amplía el abanico de posibilidades para generar interacciones en distintos formatos. Facebook y los Blogs suelen utilizarse para sentar posición, abrir discusiones y promover la acción y el debate virtual; YouTube para los videos y audios; Spotify o Soundcloud para podcasts o audios; Instagram para fotos y flyers y WhatsApp, Telegram y Twitter para difundir convocatorias, opiniones y hacer conocer materiales creados en diferentes formatos (Trama Educativa, s.f).

- Beneficios:
 - Favorecen la reunión en un mismo espacio virtual de personas que tienen un interés en común y, por lo tanto, permiten crear grupos de interlocutorxs por afinidad temática.
 - Podemos llegar de manera económica e inmediata a mucha gente en forma simultánea.
 - Es muy útil como soporte de difusión y convocatoria a actividades.
- Consideraciones:
 - Para acceder a estas herramientas es necesario contar con un dispositivo móvil o computadora con conexión a internet. Además, contar con cierta “alfabetización digital”.
 - Suele mirarse en pantallas de pequeño tamaño: tablet, notebook y teléfonos celulares, lo que condiciona el formato de lo que se difunde. Los materiales que se suben a internet para ser utilizados a través de estas herramientas deberían adaptarse en tamaño, resolución y tipo de diseño gráfico para su mejor visualización según el soporte.
 - La masividad de las redes sociales y la cantidad de contenidos que circulan en ellas hace que, entre tanta exposición, nuestros materiales puedan pasar desapercibidos.
 - Es importante tener en cuenta que las personas suelen pasar muchas horas en las redes sociales pero con una atención muy fugaz y superficial sobre cada tema. Por ello, se recomienda evitar documentos extensos en este soporte.
 - La viralización del material (es decir, su llegada a un grupo cada vez más numeroso de personas) depende básicamente de generar el circuito de interés en el tema y alcanzar al grupo de interlocutorxs adecuado. Es recomendable la utilización de hashtags (palabras clave que suelen identificarse anteponiendo “#”, el símbolo numeral), que faciliten la identificación del material con la temática que aborda.

Flyer

Al ser un material de una sola pieza, es adecuada para difundir convocatorias o sensibilizar sobre algún tema. Debe contener mensajes cortos y llamativos, aportando sólo la información indispensable y poca imagen para aportar a su mejor visualización. Un conjunto de flyers con mensajes que tienen un lema en común pueden constituir una campaña.

- ★ [Campaña #Romposelmolde](#)
- ★ [Campaña #Saluddiversa](#)
- ★ [Campaña #Comunicacionensalud](#)

Video corto

Un video breve, si es de menos de un minuto, puede difundirse en todas las redes sociales. En general, su producción es sencilla y económica. Suele usarse para convocar a actividades o para dar divulgación a un tema. Pueden ser videos animados con voz en off o también ser interpretados por el mismo equipo de salud o especialistas en el tema para provocar mayor proximidad con las personas con las cuales se busca interactuar.

- ★ [Tips para quienes pasamos mucho tiempo sentadxs](#)

Historias

En su origen, eran exclusivas de Instagram pero debido a su éxito se generalizaron a todas las redes sociales, incluso WhatsApp (“estados”). Se caracterizan por la inmediatez y su fugacidad, ya que tienen una duración máxima de 15 segundos y se mantienen colgadas durante solo 24 horas. Son versátiles, ya que pueden contener imágenes, música, texto. Permiten generar vínculos de proximidad con la población al producir interacciones como encuestas, preguntas, votaciones, etc.

Vivos

Permiten la interacción de manera sincrónica, como entrevistas o conversatorios. Se pueden realizar a través de diferentes redes, como Instagram, Facebook, Twitter o YouTube; la elección de la red adecuada dependerá de la población a la cual se pretenda llegar. Las distintas redes suelen destacar los vivos, dándoles un lugar privilegiado en la pantalla. Esta herramienta facilita la realización de comentarios e interacciones por parte de la población. Algunas redes permiten a su vez la realización de vivos que vinculen a dos o más cuentas diferentes, ampliando la difusión a más seguidorxs.

Grupos

Distintas redes sociales, como WhatsApp, Telegram o Facebook, permiten organizar grupos entre diferentes contactos para intercambiar información o nuclearse por algún interés de trabajo conjunto. Pueden tener criterios de admisión, donde alguna persona juega el rol de administración. Son muy útiles para mantener la comunicación y la grupalidad de forma virtual y veloz. En particular, redes como WhatsApp fueron ganando amplia difusión y son más livianas que otras a la hora de descargarlas en un teléfono. Es recomendable fijar criterios claros de funcionamiento e intercambio, es decir, para qué se forma el grupo, qué mensajes son esperables, en qué días y horarios, etc.

Podcast

Es una publicación de carácter digital, suele tener diferentes episodios, en formato de audio. Posee similitudes con otras herramientas radiales, lo que la diferencia es que puede descargarse o escucharse online a partir de una página web, un blog o plataformas virtuales, así como también su permanencia en el tiempo. Si se descargan, no será necesario tener conexión a internet o gastar datos móviles para oírlos. Pueden tener una duración variable, que va desde 5 a 45 minutos o 1 hora como máximo.

- ★ [Experiencias de trabajo sobre enfermedades crónicas no transmisibles](#)
- ★ [Soberanía alimentaria](#)

Gacetilla de prensa

Es un escrito con información actual sobre un tema, dirigida a periodistas y medios de comunicación con la intención de que la difundan. También puede circular por diferentes redes, como WhatsApp, Facebook o Twitter. Esta herramienta permite que una institución u organización difunda información relevante a la población de manera clara. Puede incluirse gráficos para mejorar su comprensión y dimensionar las problemáticas de manera más eficaz.

PDF

Es un formato que permite difundir textos largos de manera virtual. Muchas de las herramientas gráficas que arriba desarrollamos, como folletos, guías o revistas, hoy pueden difundirse por internet bajo este formato. De esta manera, se ahorra en gastos de impresión, se reduce el impacto ambiental por la utilización de papel y se amplían las posibilidades de llegada, sorteando las barreras geográficas.

Bibliografía

Bibliografía general

- Agamben, G. (2007). *Qu'est-ce qu'un dispositif?*. París: Éditions Payot & Rivages.
- Barcala, A. & Stolkiner, A. (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso. *La salud en crisis: Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken.
- Bianco, J. y Grigaitis, L. (2005). Atención primaria de la Salud. Una reflexión desde las Ciencias Sociales. *Revista Salud y Población* (4), 14-21. Buenos Aires: GCBA.
- Bleger, J. (1984). *Temas de Psicología. Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bottinelli, M. (2011). El cuidado y la educación para la salud. Aspectos a considerar para la planificación de programas y la producción de conocimientos. *CD Jornadas de la Residencia de Educación para la Salud del GCBA*. Buenos Aires.
- Carballeda, A. (2010). La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. *Revista de Trabajo Social Universidad Nacional Autónoma de México*, 6 (1), 46-59.
- Chorny, A. (1998). Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuadernos Médicos Sociales*, (73): 23-44.
- Comes, Y., Czerniecki, S., Garbus, P., Mauro, M., Solitario, R., Sotelo, R., Stolkiner, A. y Vázquez, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, 5. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Czeresnia, D. (2003). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. *Promoción de la Salud*. Buenos Aires: Lugar.
- De la Aldea, E. (2000). *El equipo de trabajo, el trabajo en equipo*. Buenos Aires: Mimeo.
- Elichiry, N. (2007). Aprendizaje y construcción de conocimientos en salud en el contexto escolar. *Actas II Jornadas Nacionales de Representaciones Sociales*. Buenos Aires: Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires.
- Equipo de Coordinación General de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación (2010). Abordajes teórico prácticos de comunicación en el campo de la salud. *Jornadas Nacionales de Fortalecimiento de Comunicación en Salud*. Bariloche, Jujuy y Paraná: MSAL.
- Foucault, M. (1992) [1977]. Las relaciones de poder penetran en los cuerpos. En *Microfísica del poder*. Madrid: De la Piqueta.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits (1954-1988)*. París: Gallimard.
- Foucault, M. (2002) [1976]. *Historia de la sexualidad. Tomo 1: la voluntad del saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2010) [1984]. La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. En *Obras esenciales, vol. III, Estética, ética y hermenéutica*. Buenos Aires: Paidós.

- Freire, P. (2004) [1994]. *Pedagogía de la autonomía*. San Pablo: Paz y Tierra.
- Gaidulewicz, L. (1999). El concepto de dispositivo en el pensamiento de Foucault. En Souto, M., et. al. *Grupos y dispositivos de formación*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- García Ospina, C. y Tobón Correa, O. (2000). *Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención básica ¿qué los acerca? ¿qué los separa?*. Colombia: Departamento de Salud Pública, Universidad de Caldas.
- Ghitia, A. (2004). *Comunicación en salud, un abordaje institucional*. Recuperado de: https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-INTJVNvhpZkhYVIE/view?resourcekey=0-4clGqqXmGm_KhU3s4_ikzw
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2008). *Dispositivos de Intervención en Educación para la Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2010). *Saludable indisciplina: primeras aproximaciones a un trabajo interdisciplinario en salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2013). *Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Grimberg, M. (2008). Contextos de vulnerabilidad social al VIH-SIDA en América latina. Desigualdad social y violencias cotidianas en jóvenes de sectores populares. *Thule Rivista Italiana di Studi Americanistici*, 20 (2): 31-54.
- Grodos D. y De Bethene X. (1998). Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. *Cuadernos Médico Sociales*, 46.
- Lagarde, M. (2001). El género. En *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Madrid: Cuadernos Inacabados.
- Laurell, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, (19): 1-11.
- Leavell, H. y Clark, F. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. New York: McGraw Hill book Company.
- Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999). Ley N° 153 Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. *Boletín Oficial N° 703*. Buenos Aires: GCBA.
- Lorusso, H. y Cabral, A. (2000). Recuperar y resignificar el debate sobre el futuro de la educación para la salud. *Revista Salud y Población*, (2). Buenos Aires: GCBA.
- Marshall, M. T. (1988). La práctica educativa en el campo de la salud. *II Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. México: CONAMER - A.R.H.N.R.G.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades*, (4), 71-83.
- Menéndez, E. (2004). Modelos de atención a los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Spinelli, Hugo (comp.). *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar.

- Menéndez, E. (2006). Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología 'at home'. Algunas cuestiones metodológicas. En Fernández, Gerardo (comp.). *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI.
- Mora y Araujo, M. D. (2008). *La Educación para la Salud. Un enfoque integral*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Departamento de Educación para la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Alma Ata: Atención Primaria de Salud*. Recuperado de <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21370es/s21370es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf> [accedido Marzo de 2013].
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Conferencia Internacional de promoción de la salud. Declaración de Bogotá*. Disponible en: www.fcm.unr.edu.ar [accedido Marzo de 2013].
- Organización Mundial de la Salud (1997). *Sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Declaración de Yakarta*. Disponible en: www.fcm.unr.edu.ar/ingreso/.../1997-DeclaracionDeYakarta.doc [accedido Marzo de 2013].
- Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf [accedido Marzo de 2013].
- Porlán, R. (2002). *Constructivismo y Escuela. Hacia un modelo de enseñanza - aprendizaje basado en la investigación*. Madrid: Diada.
- Robles, C. y Sato, A. (2020). *Grupalidades virtuales. El impacto de la pandemia en los procesos grupales*. Buenos Aires.
- Solitario, R., Garbus, P. y Stolkner, A. (2008). Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones*, 15. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Souto, M., Barbier, J., Cattaneo, M., Coronel, M., Gaidulewicz, L., Goggi, N. y Mazza, D. (1999). *Grupos y dispositivos de formación*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Stolkner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. XI Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología. "Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina Hoy". Posadas, Misiones, Argentina: Octubre.
- Tajer, D. (2004). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En *Políticas públicas, mujer y salud*. Popayán: Ediciones Universidad Nacional del Cauca/RSMLAC.
- Valadez Figueroa, I., Villaseñor Farías, M. y Alfaro Alfaro, N. (2004). Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista Educación y Desarrollo*, (1), 43-48. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antecedentesdetalle.php?n=1 [accedido Febrero de 2013].
- Walsh, C. (2002). (De) Construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador. En Fuller,

Norma. *Interculturalidad y Política. Desafíos y Posibilidades*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.

Weller, S. (2009). La gestión como espacio de cambio (Desde dónde). En Bloch, Claudio (organizador). *Hechos y palabras*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Bibliografía específica por dispositivo

Dispositivos de juego y lecturas

Promoción de las lecturas

Dakessian, M., Espósito, S., Rolla, M., y Thouyaret, L. (2008). *Vichando Historias. Sistematización de experiencias de promoción de la lectura para el fortalecimiento de familias, niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH/sida*. Buenos Aires: UBATEC. Disponible en: <http://www.rieps.blogspot.com.ar/p/banco-de-experiencias.html>.

Dakessian, M., Fainsod, P., Grigaitis, L., Jait, A., Lockett, M., Otsubo, N. y Ruiz, G. (2001). *Pintacuentos y juegos: un proyecto comunitario de promoción de la lectura*. Buenos Aires.

Bórquez, M. J., González, L., Kielmanovich, M., Martínez, A., Salinas, C. y Varela, D. (2010). Promoción de las Lecturas, una apuesta a la salud. *Ponencia Feria del Libro*. Buenos Aires.

Centro de la Salud y Acción Comunitaria N° 7. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (s.f.). *Proyecto "Promoción de la lectura. Tutú Marambá y Juegoteca Piedra Libre"*. Buenos Aires.

Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. Servicio de Pediatría (2012). *Proyecto "Promoción y acceso a las lecturas"*. Buenos Aires.

Hospital General de Agudos E. Tornú. Servicio de Clínica Médica, Unidades 5 y 6. (2008). *Promoción de las lecturas en el cuidado de la salud. Proyecto de Biblioteca*. Buenos Aires.

Mihal, I. (2007). Espacios, saberes e intermediarios de lectura en ámbitos de salud de la Ciudad de Buenos Aires. *Ponencia IV Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Juegotecas

- Angellotti, C., Gogliormelia, N., Nuñez, J. y Sosa Rolon, J. (s.f.). *La Juegoteca: Primera experiencia en el ámbito comunitario*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Aranda, S., Benítez, M. I., Feyling, M., González Vargas, A., Pasquali, M. y Sena, L. (s.f.). *Jugando con lo que hay, construyendo lo que falta: Un desafío de la práctica comunitaria*. Buenos Aires: Asociación Civil Creactivar - Redes Comunitarias.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección General de la Niñez y adolescencia (s.f.). *Juegotecas Barriales*. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/des_social/niniez_adolescencia/des_infantil/juegotecas.php
- Fattet, A., Snaidman, M., Tasat, V., Tissera, E. y Zacaniño, L. (2008). *Juegotecas en salud: Un dispositivo de APS*. Buenos Aires.
- Tissera, E. (s.f.). Juegotecas: Dispositivos interpelantes para la práctica de APS. *Boletín Red Juegotecas en salud*, 1 (1). Buenos Aires.

Dispositivos territoriales

Red de distribución

- Bloch, C. (2009). *Hechos y palabras*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Schwarz, M. E. (2012). *Informe de Rotación Electiva Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud*. Programa Municipal de VIH/SIDA/ITS. Municipalidad de General San Martín. Buenos Aires.

Posta de salud

- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud - RIEpS (2012). *Informe de devolución Posta de Salud Niños, Movimiento Popular Latinoamerica*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud - RIEpS (2012). *Registro Posta de Salud Adultos, Movimiento de Trabajadores Desocupados 1ero de Mayo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud - RIEpS (2012). *Registro Posta de Salud Niños, SELSA*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud - RIEpS (2012). *Registro Posta de Salud Niños, Comedor Comunitario Resplandor del Sur*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud - RIEpS (2013). *Educación para la salud bucal. Aportes para una atención integral e integrada*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Redes interinstitucionales e intersectoriales

Rovere, M. (1999). *Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Visita Domiciliaria

Cazorla Becerra, K. y Fernández Hormachea, J. (s.f.). *Reflexiones en torno a la visita domiciliaria como técnica de Trabajo Social*. Valparaíso.

Cohen, H. y Natella, G. (2007). *Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar.

Sánchez Moreno, A., Germán Bes, C., Mazarrasa Alvear, L., et al. (2000). *Enfermería Comunitaria III: Actuación en Enfermería Comunitaria. Sistemas y programas de Salud*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Schiappa Pietra, J. (s.f.). *Operadores de Salud Mental*. General Roca.

Schiappa Pietra, J. (1992). *Trabajos en salud Mental. Modalidad Rionegrina*. El Bolsón: Ministerio de Salud de Río Negro.

Velasco, A. y Duran, M. (2003). *La visita domiciliaria como programa para el abordaje de la familia*. Mérida.

Dispositivos grupales

Charlas en sala de espera

Bórquez, M. J., Espósito, S., Kielmanovich, M., Martínez, A. y Varela, D. (2009). *Programa de promoción de la salud en sala de espera del servicio de pediatría*. Buenos Aires: Hospital General de Agudos E. Tornú.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2011). *La sala de espera como dispositivo de educación para la salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Propuesta de trabajo en zoonosis y salud ambiental para equipos de salud del 1er. Nivel de Atención. Disponible en: <http://www.rieps.blogspot.com.ar/p/materiales-educativos-y-comunicacionales.html> [accedido Febrero de 2013].

Talleres

Ander-Egg, E. (1991). *El taller: una alternativa de renovación pedagógica*. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2013). *Educación para la salud bucal. Aportes para una atención integral e integrada*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

García, D. (2008). *El trabajo con grupos: Aportes teóricos e instrumentales*. Buenos Aires: Espacio.

Grupo de Trabajo de Educación para la Salud del Hospital Santojanni (2009). *Guía para el abordaje integral del dengue en Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Souto, M. (s.f.). *El taller como dispositivo*. Disponible en: <http://www.noveduc.com/entrevistas/soutomarta.htm> [accedido Febrero de 2013].

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (s.f.). *Herramientas de Intervención Dispositivos Grupales e Individuales*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Reunión de equipo

Dakessian, M. y Skoumal, G. (s.f.). *Equipos Locales en Salud Ambiental*. Buenos Aires.

Pichon Rivière, E. (1972) [1989]. *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Grupos de reflexión

Bonano, O., Bozzolo, R. y L'Hoste, M. (2008). *El oficio de intervenir, políticas de subjetivación en grupos e instituciones*. Buenos Aires: Biblos.

Pampliega de Quiroga, A. (1986). El concepto de grupo y los principios organizadores de la estructura grupal en el pensamiento de Enrique Pichon-Rivière. En *Enfoques y perspectivas en Psicología Social*. Buenos Aires: Cinco.

Grupos de pares

Martínez, A. y Varela, D. (s.f.). *Adultos Inquietos... un espacio para el encuentro*. Ateneo de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. Buenos Aires.

Schwarz, M. E. (2012). *Proyecto: Adultos Mayores. Promoviendo la Integración*. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. Buenos Aires.

Sluzki, C. (1995). De cómo la red social afecta a la salud de individuo y la salud del individuo afecta a la red social. En: Dabas, E., Perrone, N. y Denise, N. *Redes: el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y fortalecimiento de la Sociedad Civil*. Buenos Aires: Paidós.

Teubal, R. (s.f.). Una clasificación posible de grupos en el trabajo social. *Ficha de Cátedra Nivel de Intervención II*. Buenos Aires: carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Charla informativa

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2011). *La sala de espera como dispositivo de educación para la salud. Propuesta de trabajo en zoonosis y salud ambiental para equipos de salud del 1er. Nivel de Atención*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Grupo de Trabajo de Educación para la Salud del Hospital Santojanni (2009). *Guía para el abordaje integral del dengue en Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Capacitaciones en salud

Davini, M. C. (s.f.). *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud*. Recuperado de: <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/davini.pdf>

Dispositivos de comunicación, acompañamiento y orientación

Consejería / Consultoría

Ministerio de Salud de Nación (2010). *Consejerías en salud sexual y reproductiva*. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Consejerias_25072011.pdf [accedido Marzo de 2013].

Ministerio de Salud de Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2006). *Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva*. Lima: Ministerio de Salud. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093_DGSP88.pdf [accedido Marzo de 2013].

Ministerio de salud de Chile. Universidad de Chile. Instituto de Nutrición y tecnología de los alimentos (s.f.). *Consejerías en vida sana, manual de apoyo*. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/Verde.pdf> [accedido Marzo de 2013].

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud - RIEpS (2012). *Proyecto consultoría móvil en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud - RIEpS (2011). *Promoción de la Salud de los adolescentes*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Mesa de orientación

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud (2015). *Lineamientos generales del sistema de referencia y contrarreferencia*. Guatemala: OPS/OMS.

Producción de contenido comunicacional

Sarroca, B. y Bruno, D. (s.f.). *Clase 3 Comunicar... ¿Qué? ¿Para qué? ¿Para quién? ¿Desde dónde?*. Curso Diseño de Proyectos de Comunicación con Enfoque de Género. Recuperado de: www.trama-educativa.org.ar.

Intervenciones en pandemia

Triage

Ministerio de Salud (2020). *Covid-19 Recomendaciones para la implementación de Triage*. Argentina. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-04/0000001849cnt-covid-19_recomendaciones-implementacion-triage.pdf.

Bianco, J. y Grigaitis, L. (2005). Atención primaria de la Salud. Una reflexión desde las Ciencias Sociales. *Revista Salud y Población*, (4). Buenos Aires: GCBA.

Dispositivos territoriales de detección y seguimiento de contactos

Ministerio de Salud de la Nación (2004). *Módulos de Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud N° 5*. Buenos Aires.

- Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (2004). *Resolución 1727 y anexos de creación del sistema de vigilancia de la salud*. Buenos Aires: Legislatura de la CABA.
- Almeida Filho, N. y Rouquayrol, M. Z. (2008). *Introducción a la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia Emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
- Tognoni, G. (1997). *Manual de Epidemiología comunitaria*. Esmeraldas: Edición CECOMET.
- Tognoni, G., Sampaoli, A., Barri, H. y Butinof, M. (2011). *Manual de Epidemiología comunitaria: el camino de las comunidades*. Universidad Nacional de Córdoba.

Boletín epidemiológico de comunicación institucional

- Ministerio de Salud de la Nación (2004). *Módulos de Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud N° 1*. Buenos Aires.

Anexo: Herramientas comunicacionales

- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2013). *Educación para la salud bucal. Aportes para una atención integral e integrada*. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2005). *Entre jóvenes. Comunicación y VIH. Herramientas periodísticas para crear campañas comunitarias de prevención de VIH/SIDA*. Quito: UNESCO. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001521/152125s.pdf> [accedido Abril de 2013].
- Portugal, M. y Yudchak, H. (2008). *Hacer Radio, guía integral*. Buenos Aires: Galerna.
- Programa de Desarrollo de Recursos de Comunicación de Organizaciones Sociales del Centro Nueva Tierra (s.f.). *Manual de Comunicación Comunitaria Barrio Galaxia*. Buenos Aires: Programa de Desarrollo de Recursos de Comunicación de Organizaciones Sociales del Centro Nueva Tierra.
- Trama educativa (s.f.). Curso Producción de materiales de comunicación/educación con perspectiva de género. Clase 3. Docente: Eva Amorin. Trama Educativa -www.trama-educativa.org.ar, Tipos de materiales: medios y formatos

Dispositivos de intervención en Prevención, Promoción, Educación y Comunicación para la Salud

RIEIPS

Residencia Interdisciplinaria
de Educación y Promoción de la Salud