

Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud



Reflexiones en torno a la práctica

2013



Residencia Interdisciplinaria de
Educación para la Salud

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

Ministerio de Salud

gobBsAs

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Ministerio de Salud

Subsecretaria de Planificación Sanitaria

Dirección General de Docencia e Investigación

Directora General: Dra. Kumiko Eiguchi

Dirección de Capacitación y Docencia (DirCap)

Director: Dr. Ricardo Rodríguez

Unidad de Capacitación en Prevención, Educación y Promoción de la Salud (UniCaPPES) cogestionada por la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS), DirCap y el Área de Educación para la Promoción de la Salud del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur

Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud

Coordinadora General: Lic. María Andrea Dakessian

Mayo 2013

Se permite y se recomienda la reproducción parcial o total del contenido de este material, siempre que se cite correctamente la fuente y los/as autores/as, así como su libre distribución y circulación.

Cítese:

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. Reflexiones en torno a la práctica”. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

RIEpS* - Equipo de Gestión

Dakessian, María Andrea - Lic. en Psicopedagogía. Coordinadora General.

Goyos, Eric - Lic. en Ciencias de la Comunicación. Instructor de rotaciones programadas.

Pierri, Carla - Lic. en Psicología.

Castellaro, Leticia - Lic. en Trabajo Social. Jefa de residentes sede Área Programática (A.P.) Hospital (Htal.) General de Agudos Dr. J. M. Penna.

González, Luisina - Lic. en Psicología. Jefa de residentes sede CeSAC N° 7, A.P. Htal. General de Agudos Donación F. Santojanni.

Martínez, Analía - Lic. en Ciencias de la Educación. Instructora con función de jefa sede A.P. Htal. General de Agudos C. G. Durand.

Revale, Florencia - Lic. en Sociología. Jefa de residentes sede A.P. Htal. General de Agudos Dr. C. Argerich.

Silvestri, Julieta - Lic. en Ciencias de la Comunicación. Jefa de residentes sede CeSAC N° 12, A.P. Htal. General de Agudos Dr. I. Pirovano.

Varela, Daniela - Lic. en Trabajo Social. Jefa de residentes sede A.P. Htal. General de Agudos Dr. E. Tornú.

Zarowsky, Daniela - Lic. en Sociología. Jefa de residentes sede Instituto de Zoonosis L. Pasteur, Área de Educación para la Promoción de la Salud.



* La RIEpS forma parte de las residencias básicas del equipo de salud desde 1987. Actualmente depende la Dirección General de Docencia e Investigación 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: Médicos, Odontólogos, Lic. en Enfermería y Enfermeros profesionales, Lic. y Prof/UBA en Antropología y Lic. en Trabajo Social, Lic. en Sociología, Lic. en Psicología, Lic. en Psicopedagogía, Lic. en Ciencias de la Educación y Lic. en Ciencias de la Comunicación.

Para mayor información consultar en: www.bsas.gob.ar/areas/salud/diracap

Autores/as:

Residentes 1° año de la RIEpS - Camada 2012:

Álvarez, Lucía - Lic. en Psicopedagogía. Sede formadora A.P. Htal. General de Agudos Dr. J. M. Penna.

Aristimuño, Sonia - Lic. en Ciencias de la Comunicación. Sede formadora Instituto de Zoonosis L. Pasteur.

Castañó Gómez, Viviana - Psicóloga. Sede formadora A.P. Htal. General de Agudos Dr. J. M. Penna

Cormick, María Daniela - Prof. en Ciencias Antropológicas. Sede formadora A.P. Htal. General de Agudos Dr. E. Tornú.

Faretta, Florencia - Lic. en Ciencias Antropológicas. Sede formadora CeSAC N° 7, A.P. Htal General de Agudos Donación F. Santojanni.

Fontana, Agostina - Lic. en Ciencias de la Comunicación. Sede formadora CeSAC N° 7, A.P. Htal. General de Agudos Donación F. Santojanni.

García, Diego - Médico Generalista. Sede formadora A.P. Htal. General de Agudos Dr. C. Argerich.

González, Pilar - Lic. en Sociología. Sede formadora Instituto de Zoonosis L. Pasteur.

Mallo, Vanesa - Lic. en Psicología. Sede formadora A.P. Htal. General de Agudos Dr. C. Argerich.

Padilla Ovando, Mónica - Enfermera Universitaria. Sede formadora A.P. Htal. General de Agudos C. G. Durand.

Peralta, Analía - Lic. en Ciencias de la Educación. Sede formadora CeSAC N° 12, A.P. Htal. General de Agudos Dr. I. Pirovano.

Riveros Saavedra, Ailin - Lic. en Trabajo Social. Sede formadora A.P. Htal. General de Agudos C. G. Durand.

Índice

Introducción

6

Primera Parte: Abordajes conceptuales y perspectivas para el trabajo en Educación para la Salud

7

Promoción de la salud, prevención de enfermedades y EpS	10
Dispositivos de Educación para la Salud	11
Accesibilidad.....	13
La especificidad de nuestra mirada.....	13
El trabajo en equipo y la perspectiva interdisciplinaria.....	15
La importancia de la planificación.....	16

Segunda Parte: Dispositivos de intervención en Educación para la Salud

19

Componentes analíticos de los dispositivos.....	19
Taller.....	20
Charla informativa.....	21
Sala de Espera.....	22
Juegoteca.....	26
Dispositivos de Promoción de la Lectura.....	27
Biblioteca.....	29
“Maleta viajera” o Rincón de lectura.....	29
Red de Distribución.....	30
Consultoría / Consejería.....	31
Posta de Salud.....	33
Visita Domiciliaria.....	34
Entrevista de Intervención.....	36
Reuniones de equipo.....	37
Grupo de pares.....	38
Grupo de reflexión.....	40
Herramientas Comunicacionales.....	42
Herramientas gráficas.....	42
Cartelera.....	42
Afiche.....	43
Folleto.....	44
Cartilla.....	44
Gacetilla.....	44
Revista.....	45
Herramientas radiales.....	45
Microprograma.....	46
Columna.....	46
Radioteatro.....	47
Spot.....	47
Bibliografía general.....	48
Bibliografía por dispositivo.....	50



“Una de las ventajas significativas de los seres humanos [es] la de haberse tornado capaces de ir más allá de sus condicionantes.”
Paulo Freire

Introducción

El presente documento se propone como una actualización del trabajo “Dispositivos de intervención en Educación para la Salud”¹, que realizaron en el año 2008 quienes eran entonces residentes de segundo año de la RIEpS. Aquel documento fue 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 los/as trabajadores/as y equipos de salud.

La realización de esta actualización forma parte, por un lado, del proceso de inserción de los residentes de primer año ingresantes en el año 2012. Por el otro, se articula con la propuesta de trabajo final del curso sobre Prevención, Educación y Promoción de la Salud², que dicha camada de residentes cursó durante el segundo semestre del año 2012.

Retomaremos aquella primera sistematización para actualizarla a la luz de los años de trabajo que siguieron. Nuevos

dispositivos han sido incluidos y otros han sido reformulados en función de la revisión de la propia definición del concepto de dispositivo que, si bien no se diferencia radicalmente de la precisada en 2008, busca ahondar en algunas cuestiones que consideramos fundamentales: la intencionalidad política, su carácter estratégico y las relaciones de poder que los atraviesan.

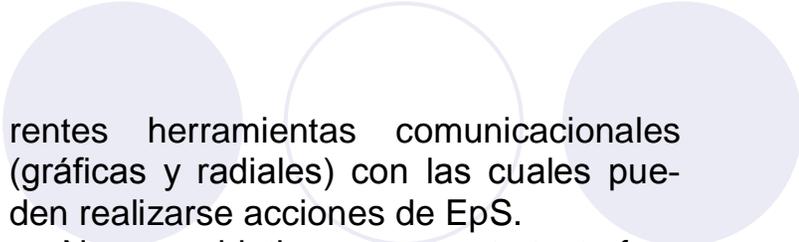
Así también, a lo largo del proceso de producción hemos ido profundizando en la reflexión sobre la concepción de Educación para la Salud (EpS) que sostenemos y sobre la especificidad de la perspectiva de la residencia que orienta nuestra práctica cotidiana.

El documento está dividido en dos secciones. La primera establece los puntos de partida teóricos e ideológicos en los cuales se sustenta nuestro trabajo en salud. La segunda presenta los distintos dispositivos de intervención organizados en función de sus componentes constitutivos (objetivos, persona/ roles, tiempo, lugar, metodología y recursos) y las dife-



1. 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.

2. Unidad de Capacitación en Prevención, Promoción y Educación para la Salud (UniCaPPES). Área de Educación para la Promoción de la Salud, Instituto de Zoonosis L. Pasteur, Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud: 3ª edición Curso de Posgrado “Prevención, Educación y Promoción de la Salud: orígenes, conceptos, discusiones e intervenciones”. 2012.



rentes herramientas comunicacionales (gráficas y radiales) con las cuales pueden realizarse acciones de EpS.

Nuestro objetivo es que este texto funcione como guía para todas aquellas personas que estén interesadas en trabajar en la Educación para la Salud. Asimismo presenta una amplia variedad de dispositivos que no están pensados para su aplicación lineal, sino para su reapropiación creativa.



Primera parte

Abordajes conceptuales y perspectivas para el trabajo en Educación para la Salud



Educación para la Salud

La Educación para la Salud (EpS) puede entenderse como una construcción social (Lorusso y Cabral, 2000) que ha sido definida de diversas maneras de acuerdo a la época, por lo que no puede pensarse abstraída de los modelos y contextos en los que fue y es implementada. A lo largo de su historia, la EpS fue transformándose de acuerdo a los modelos educativos y de salud sostenidos en cada momento. No obstante, es posible establecer una generalidad a partir de rasgos comunes que definen a la EpS como un proceso de enseñanza-aprendizaje que, a partir de actividades planificadas y programadas, tiene como objetivo favorecer el cuidado y la mejora de la salud de las personas.

En el mencionado desarrollo histórico de la EpS se identifican dos grandes periodos. El primero es el que se conoce como clásico (Bottinelli, s/d; Valadez, Villañor y Alfaro, 2004) y se desarrolla desde principios del siglo XX. Se caracteriza por ser un modelo de EpS prescriptivo en cuanto a la transmisión de información, ya que pone el saber en manos de un experto. A partir de la identificación de compor-

tamientos considerados riesgosos o erróneos, se transmiten conocimientos y estrategias a la población para persuadir y lograr la modificación de conductas y estilos de vida. Las personas son responsabilizadas individualmente por su estado de salud y se parte del supuesto de que es posible generar cambios a través de la comunicación de mensajes. Este modelo supone que el sujeto al conocer los riesgos debe modificar su comportamiento y su modo de vida, sin tener en cuenta los condicionantes sociales, culturales y psicológicos (Elichiry, 2007).

Marshall (1988) también 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 que se considera adecuada. Esta concepción encuentra limitaciones en cuanto al modelo educativo en el que se basa, dado que entiende al sujeto como pasivo y considera que los aprendizajes se construyen fuera de las ataduras culturales y psicológicas, ignorando que los mismos se cimentan sobre representaciones y saberes previos (Elichiry, 2007). Intentando mos-

trar lo correcto, utiliza métodos afirmativos, expositivos o demostrativos que buscan transmitir no solo un contenido, sino también una forma de pensar y actuar (Marshall, 1988). 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 se inicia entre las décadas del '60 y '70, a partir de la influencia de nuevos modelos educativos que reconocen el rol activo de los sujetos en el proceso de aprendizaje y las influencias de factores sociales, ambientales y de desigualdad económica en la salud de las poblaciones. Entiende que es en la estructura social donde se encuentra el "tejido causal" de los patrones de morbilidad y mortalidad. Reconoce al sujeto como activo, poseedor y productor de conocimientos y no como un mero reproductor de información. Tomando como estrategia la participación, busca generar conciencia situando las prácticas en relación con las distintas esferas en que las personas desarrollan su vida (Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004). Uno de los modelos representativos de esta perspectiva es la educación popular, que promueve, a partir de una construcción conjunta del saber, el desarrollo de una conciencia crítica de las condiciones sociales.

Para este modelo, educar para la salud es fortalecer la autonomía y el prota-

gonismo de los sujetos para cuidar su salud a través de la construcción de conocimientos que favorezcan la toma de decisiones saludables (Bottinelli, s/d). Se trata de un modelo democrático, más horizontal que su antecesor, que instaura un nuevo modo de relación donde se comparte el conocimiento de los sujetos respecto de su medio, su cultura y del proceso de salud-enfermedad-atención³ (PSEA) (Elichiry, 2007).

La salud, la enfermedad, los padecimientos y el cuidado son aspectos de la vida cotidiana sobre los cuales las sociedades construyen significados y prácticas. En la negación de los sujetos como productores de estos significados y prácticas es donde se encuentra una de las principales limitaciones del modelo clásico de EpS.

Desde una perspectiva constructivista del aprendizaje se sostiene que el sujeto es activo, pues conoce, interpreta, elabora y construye representaciones sobre el mundo y su experiencia en él. El aprendizaje se produce cuando la nueva información entra en conflicto con los saberes previos sobre un tema, lo que permite reorganización de los conocimientos y avance; éste es un proceso complejo, no lineal y que se ve influido por el contexto (Elichiry, 2007). "La construcción de conocimientos es una interacción activa y productiva entre los significados que el individuo ya posee y las diversas informacio-



3 .De acuerdo con Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2010) el concepto de "proceso de salud-enfermedad-atención" 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. Los procesos de salud-enfermedad-atención son fenómenos sociales e históricos en tanto operan de forma universal en todas las sociedades, pero de manera diferenciada (Menéndez, 1994). 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).

nes 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” (Porlán, 2002:17).

Los cambios en estos distintos modelos de entender la EpS van estrechamente relacionados con el cambio en la concepción de salud que se sustenta 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 médica; el segundo, por su parte, toma el concepto de salud integral como base de sus intervenciones. No obstante, vale aclarar que ambos modelos de EpS no se limitan a los periodos históricos en que surgen, sino que coexisten.

Una perspectiva integral sobre la salud analiza la complejidad de los problemas de salud-enfermedad de los sujetos y grupos concretos en tanto configurados por el entrecruzamiento de procesos biológicos, económicos, políticos, ideológicos, culturales y subjetivos. En consonancia con este análisis, las respuestas a dichos problemas desde el sector salud deben estar integradas en una práctica simultánea de las distintas instancias de atención, lo que incluye tanto la promoción de la salud y la prevención de enfermedades como las prácticas asistenciales curativas y reparadoras (Grigaitis, 2005).

A su vez, 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 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.

Es necesario afirmar que la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Nº 153/99) se fundamenta en esta perspectiva. Es por ello que plantea garantizar los aspectos que hacen a las condiciones de vida y de salud de las personas: la vivienda, el ambiente, la alimentación, el trabajo, el vestido, la educación y la cultura.

En consecuencia, retomando las reflexiones presentadas en torno a la EpS, el presente trabajo se vincula a la concepción ligada al segundo periodo, que busca favorecer procesos de creciente autonomía de las personas y los grupos sociales sobre los PSEA y sus determinantes.

La forma como se concibe el proceso de educación y aprendizaje y el PSEA 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 se plantean los/as trabajadores/as de la salud, tienen una relación estrecha con las estrategias de EpS elegidas y utilizadas en cada momento y contexto. En base a este posicionamiento sobre la EpS se elaboran y ponen en marcha diferentes dispositivos como estrategias de intervención en la realidad.

Promoción de la salud, prevención de enfermedades y EpS

Las acciones que los/as trabajadores/as de la salud desarrollamos pueden enmarcarse como prácticas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y/o de educación para la salud.

La prevención de enfermedades 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 a través del diagnóstico precoz y tratamiento temprano (prevención secundaria), a la rehabilitación de las personas (prevención terciaria) y a 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. Como sólo brindar información tiene poca influencia en la adopción de actitudes preventivas y otras que promuevan la salud,

la perspectiva de EpS que se propone en este trabajo se orienta a desarrollar la capacidad de efectuar elecciones como personas autónomas (Mora y Araujo, 2008).

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 (Czeresnia, 2003).

La Carta de Ottawa⁴ (1986) enuncia 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.

Dentro de estas dimensiones, las prácticas de EpS trabajan especialmente sobre el fortalecimiento de la organización y la participación social, y de las capacidades individuales y colectivas.



4. De acuerdo con García Ospina y Tobón Correa (2000) en 1974 el Ministerio de Salud de Canadá emitió el "Informe Lalonde" en el cual por primera vez apareció la promoción de la salud como estrategia gubernamental. En 1986 se llevó a cabo la primera conferencia internacional sobre la Promoción de la salud, en la que se redactó la Carta de Ottawa donde se explicita que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (OMS, 1986).



Dispositivos de Educación para la Salud

El equipo que realizó en 2008 el documento “Dispositivos de intervención en Educación para la Salud” definió a los mismos como “un artificio técnico que combina diversos elementos con una intencionalidad específica: provocar, mediante la intervención, cambios en los procesos de salud – enfermedad – atención tendientes a la mejora de la calidad de vida de individuos o grupos, que en última instancia remiten a una intencionalidad política. Ello se realiza mediante una metodología flexible, con capacidad de redefinirse durante su implementación en función del análisis situacional de los escenarios de intervención” (RIEpS, 2008).

En el presente documento retomamos elementos de aquella definición y profundizamos en algunos aspectos como la intencionalidad política, el carácter estratégico y las relaciones de poder que atraviesan los dispositivos.

A partir de aquí precisamos que un dispositivo constituye un **arreglo organizativo** para la intervención en la realidad, en tanto combina de una **manera estratégica** diversos elementos, con la **intencionalidad** de favorecer transformaciones a partir de una situación identificada como problemática (Fernández, 1996).

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).

El elemento fundamental de todo dispositivo es la intencionalidad que se persigue al ponerlo en práctica. Desde la

concepción de EpS sostenida en este trabajo, la creación e implementación de un dispositivo busca favorecer cambios tendientes a promover la autonomía de las personas y grupos sociales sobre el PSEA y sus determinantes. La elección de un dispositivo no es meramente técnica o instrumental, sino que está vinculada a una determinada perspectiva ideológica. Desde nuestra postura, la intencionalidad de un dispositivo de EpS está orientada a modificar una situación de necesidad como derecho no cumplido (Carballeda, 2010), no en su carácter individual sino como problema social.

Aún teniendo una finalidad específica, todo dispositivo debe considerar la existencia de incertidumbre en relación a los 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 reside en tener en cuenta que la realidad sobre la que se interviene es compleja, es decir, considera 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 sociohistórico, 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.

Además, es importante tener en cuenta que todo dispositivo está atravesado por relaciones de poder en tanto se desarrolla en contextos institucionales e involucra múltiples actores que poseen saberes con diferentes grados de legitimidad.

Desde un aporte teórico, el concepto de dispositivo “permite dar cuenta del entramado de relaciones de poder y saber móviles que se van construyendo y reconstruyendo en el tiempo” (Gaidulewicz, 1999:80). En este sentido, entendemos que la puesta en práctica de un dispositivo al interior de un contexto institucional (más allá de que la acción concreta se lleve a cabo dentro o fuera de las paredes de la institución) constituye una situación social compleja atravesada por un entramado particular de relaciones de poder-saber, así como por la construcción de un discurso sustentado en el marco del dispositivo. En términos de Foucault, el poder no constituye una estructura o un punto de acumulación, sino que alude a “la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del campo en que se ejercen (...) El poder está en todas partes” (Foucault, 2002:89). En consecuencia, nos constituimos como sujetos

al interior de tramas de poder que nos atraviesan y que se sustentan sobre ciertos dominios legitimados y construidos como verdaderos, ya sea bajo la forma de una ciencia o referidos al modelo científico, o bajo la forma de prácticas institucionales como las que se llevan a cabo dentro de los efectores de salud. “Entre cada punto del cuerpo social, entre un hombre y una mujer, en una familia, entre un maestro y su alumno, entre el que sabe y el que no sabe, pasan relaciones de poder” (Foucault, 1992:157).

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

Para que el dispositivo funcione como espacio de construcción de autonomía y reflexión, se debe generar 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 buscamos intervenir en lo social interactuamos con otros/as 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 los sujetos 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, 2004:22).

Accesibilidad

Uno de los objetivos centrales que comparten los dispositivos de EpS presentes en este trabajo es favorecer el acceso de la población a los recursos y a los servicios de salud. En este sentido, se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre usuarios/as 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 el hombre; 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, entendiéndola como la posibilidad subjetiva que tiene el/la usuario/a 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” (Comes, 2004, en Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008: 264). Para poder dar cuenta de esta última dimensión, resulta indispensable incluir las prácticas de vida y salud de la población. En este sentido, se considera que la participación social en salud puede ser clave para analizar la misma.

La especificidad de nuestra mirada

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 PSEA y dan lugar a particularidades en los modos de vida y maneras de ser de los sujetos, que son resultantes del conjunto de deter-

minaciones y no sólo de alguna de ellas (Lagarde, 2001).

Los PSEA 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 PSEA radica tanto en su universalidad (dado que son fenómenos que, lejos de ser individuales, operan en todas las poblaciones) 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.

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.

En términos de derechos, entendemos que no son un atributo que los sujetos poseen (o no poseen), 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 de participar en su construcción y de demandar su ejercicio efectivo.

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 aquellos/as responsables de su cumplimiento. El Estado es responsable de garantizar el derecho a la salud, en tanto trabajadores/as de la salud debemos pensarnos como parte en esa cadena de responsabilidades.

Por su parte, la perspectiva de género permite pensar las dimensiones socioculturales que modelan las relaciones entre varones y mujeres y que adjudican roles determinados asociados a lo masculino y lo femenino (rol activo, ámbito externo vs rol pasivo, ámbito doméstico, cuidado de los otros, maternidad). Desde la salud, esto comprende reflexionar sobre las formas en que las diferencias de género se traducen tanto en desigualdades reales para acceder a recursos y servicios de salud, como en condiciones diferenciales de vulnerabilidad a la enfermedad.

Una perspectiva intercultural posiciona la dimensión cultural como relevante y atiende a 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 los grupos y conocimientos (Walsh, 2002).

Referirnos a las estructuras de significados culturales que modelan las representaciones y prácticas de los sujetos requiere necesariamente tener en cuenta las condiciones sociales de desigualdad en que estos significados son elaborados,

reproducidos y utilizados. Coincidimos con Menéndez 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” (Menéndez, 2006:61).

El trabajo en equipo y la perspectiva interdisciplinaria

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/as 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 uno/a de sus integrantes 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. La interdisciplina⁵ como un posicionamiento “supone partir de los problemas, cada vez más complejos, y no de las disciplinas dadas” (RIEpS Sede Argerich, Inédito [2013]), y “obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (Stolkiner, 2005, De qué hablamos cuando hablamos de interdisciplina, 2), legitimando intercambios, importaciones y referencias múltiples de saberes entre los distintos campos disciplinares (Stolkiner, 2005).

5. “Si bien muchas veces en la práctica cotidiana los términos multidisciplinaria e interdisciplinaria se utilizan indistintamente, resulta importante diferenciarlos. Mientras que la primera se refiere a la simple yuxtaposición de miradas disciplinares, la interdisciplinaria incluye intercambios que producen enriquecimiento mutuo y transformación” (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS: 2013).

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 (Stolkiner, 2005). En el desarrollo mismo de la tarea, los aportes específicos se irán definiendo junto con el lugar de cada uno/a dentro del equipo.

La importancia de la planificación

Al momento de seleccionar un dispositivo de EpS para poner en práctica, se deben 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, s/d: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 (en ocasiones, 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 PSEA, 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 abordamos las problemáticas. El marco conceptual también estará presente al momento de definir la situación problemática.

Objetivos: Son los fines que persigue el dispositivo, es decir, los aspectos que se intentarán cambiar partiendo de la situación problemática que se haya definido previamente.

Experiencias previas / 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 actores 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 cabo⁶. En este punto resulta fundamental detenerse, ya que la construcción de viabilidad 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

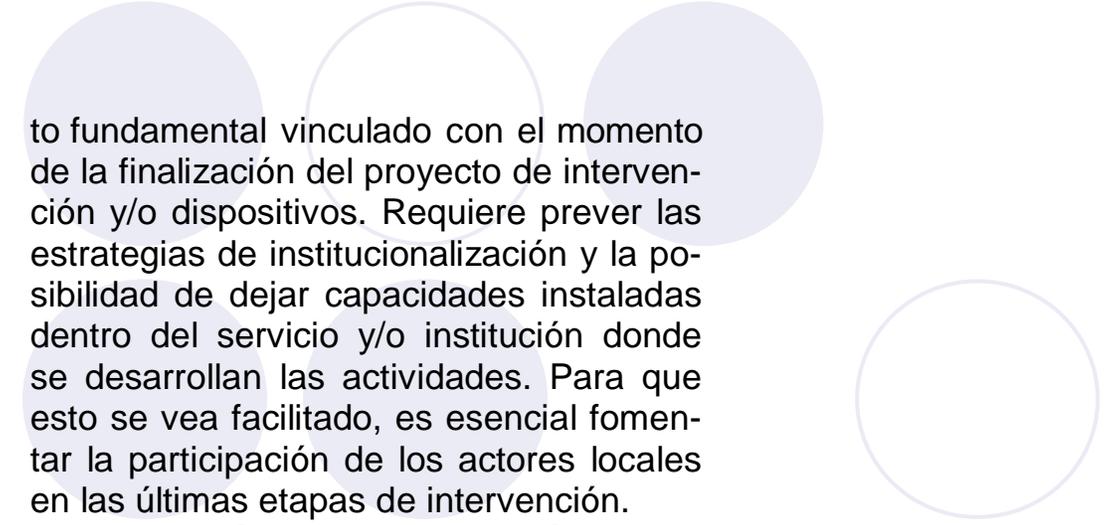
la existencia de otros actores extra institucionales, su grado de influencia, intereses y capacidad de acción.

La viabilidad social implica tener en cuenta que no se presenten resistencias en las actitudes, creencias, costumbres y expectativas de parte de los diferentes actores 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 los actores institucionales como de aquellos 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 problemática, las líneas de acción posibles y los objetivos. Por otra parte, es fundamental tener en cuenta la formación, capacitación, experiencia e interés de los/as trabajadores/as que llevarán adelante las actividades, como así también de las diferentes organizaciones que participan de la propuesta. Un punto de importancia 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. La viabilidad técnica 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 pun-

6. 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.



to 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 los actores locales en las últimas etapas de intervención.

Evaluación y sistematización: Toda intervención que pretenda modificar situaciones identificadas como problemáticas, debe 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 los 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.

Segunda parte

Dispositivos de intervención en Educación 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 desde la perspectiva de la EpS y, lejos de ser un manual para su aplicación lineal, se propone sistematizar la amplia variedad de dispositivos de EpS 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. Los componentes que utilizaremos para la sistematización de los dispositivos de EpS 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, observadores/as, coordinadores/as).

Tiempo: *Cuándo/Cuánto.* 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.

Metodología: *Cómo.* Hace referencia al particular despliegue o puesta en práctica, y a la combinación específica de técnicas, herramientas y recursos.

Recursos: *Con qué.* Se refiere a los recursos materiales, físicos, discursivos, simbólicos, entre otros, necesarios para llevar a cabo el dispositivo.

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.



TALLER

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

* Construir colectivamente un producto con sentido social, que implique aprender un saber-hacer, con el fin de integrar la teoría y la práctica;

* Intercambiar información, experiencias y conocimientos en un clima de confianza, propiciando aprendizajes en conjunto que tengan influencia en la vida cotidiana de las personas.

Persona - Roles

Es recomendable que el grupo esté formado por aproximadamente 5 a 12 participantes.

El/la coordinador/a o facilitador/a promueve la participación de todos/as, genera un buen clima de trabajo y favorece la construcción de un producto grupal. Generalmente se recomienda la presencia de dos coordinadores/as que organicen las técnicas y la producción realizada por el grupo.

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



Taller sobre el manejo de los residuos, en Escuela N° 19 D.E. 19. Residencia de Veterinaria en Salud Pública (Instituto Zoonosis L. Pasteur), RIEpS (sede Pasteur) y Residencia de Medicina General y Familiar (CeSAC N° 24).

Talleres sobre salud bucal en el Centro de Salud Odontológico Boca Barracas. Coordinación a cargo de odontólogos/as y RIEpS sede Argerich.



Lugar

Es recomendable que el espacio físico a utilizar sea amplio, ya que facilita la redistribución de los/las 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.

Metodología

Todo taller se encuentra estructurado en distintos momentos: inicio, desarrollo y cierre.

En el inicio o apertura se presentan los/las 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.

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.

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 carteleros o afiches, y distribuir folletería.



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” (RIEpS, 2008). 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.

Lugar

Se puede desarrollar en diferentes ámbitos, tanto al interior de las instituciones de salud como en organizaciones locales comunitarias⁷, teniendo la flexibilidad para adaptarse a los diferentes contextos y situaciones que puedan presentarse.

Persona - Roles

“Para su implementación requiere la presencia de un mínimo de 3 personas y es pertinente para grupos numerosos” (RIEpS, 2008).

Los/as participantes pueden asistir con el objetivo de participar de la charla o verse involucrados/as a partir de su permanencia en un cierto lugar, al cual asistieron con otro fin.

Al igual que en el taller, también hay roles diferenciados: coordinadores/as, observadores/as y participantes.



7. Para evitar reiteraciones y facilitar la lectura, al referirnos a la realización de los dispositivos en hospitales y/o centros de salud hablaremos en general de “efectores de salud”, mientras que bajo la categoría “organizaciones locales comunitarias” incluiremos a comedores comunitarios; centros de jubilados; sociedades de fomento; bibliotecas populares y comunitarias; centros culturales; etc.

Metodología

Combina momentos expositivos y participativos, predominando uno u otro en función de la temática, los/as participantes y la dinámica de trabajo.

Requiere de una planificación previa 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.).

Recursos

Es pertinente utilizar recursos gráficos 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.

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 los/as 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.



Charla informativa sobre roedores en el asentamiento "La Veredita". Residencia de Veterinaria en Salud Pública (Instituto de Zoonosis L. Pasteur), RIEpS (sede Pasteur) y Residencia de Medicina General y Familiar (CeSAC N° 24).



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 salud permite aprovechar parte del tiempo que las personas pasan en el efector y hace posible evitar "oportunidades perdidas".

Si bien este dispositivo puede presentar características similares a la charla informativa, posee particularidades propias. Se propone desde ella un espacio de intercambio

grupales que, de ser planificado e implementado en conjunto con los/as trabajadores/as de salud que reciben las consultas, permite la articulación de las actividades de prevención de enfermedades, promoción de la salud y EpS con las prácticas asistenciales, pudiéndose así favorecer el desarrollo de una atención integrada.

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 EpS, desde una perspectiva de salud integral y derechos.

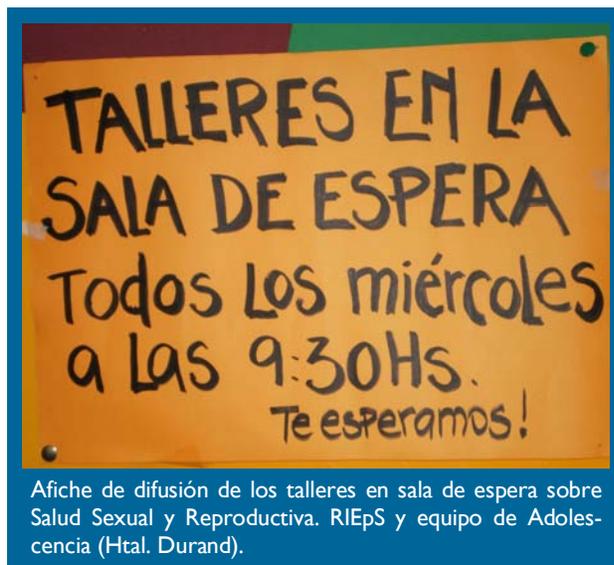
* Facilitar el acceso de la población al efector, a recursos locales disponibles y a información pertinente y actualizada sobre las temáticas abordadas.

* Promover un espacio de reflexión e intercambio entre los/as 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.

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.



Afiche de difusión de los talleres en sala de espera sobre Salud Sexual y Reproductiva. RIEpS y equipo de Adolescencia (Htal. Durand).

Persona - 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.

En este dispositivo es posible reconocer los roles diferenciados de coordinador/a, participante y, en algunos casos, observador/a. Se recomienda que la actividad sea 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 los/as coordinadores/as 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 de quienes cumplan este rol, el desarrollo de una escucha atenta, con respeto e interés por las opiniones, conocimientos y sentimientos de los participantes, para que estos puedan expresarse sin sentirse juzgados.

Tiempo

Suele realizarse con una periodicidad preestablecida, en día y horario prefijado. Sin embargo, las necesidades epidemiológicas detectadas por el equipo de salud 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 del Niño, de la Mujer, 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 30 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 durante un periodo variable de tiempo. A modo de ejemplo, durante los meses previos al invierno, puede trabajarse en forma repetida la temática “infecciones respiratorias agudas”. En estos casos, puede ser de utilidad la implementación de diferentes dinámicas durante un mismo ciclo.



Talleres sobre Salud Sexual y Reproductiva en la sala de espera del Servicio de Adolescencia del Htal. Durand. Coordinación a cargo de la RIEpS sede Durand.

Recursos

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 EpS 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 los/as trabajadores 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 los/las presentes.

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

La apertura incluye la presentación del equipo coordinador, del dispositivo (si es periódico, indicando días y horarios de realización) y 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 los/as presentes que podrán retirarse en caso de ser llamados/as para la atención, o quedarse y asistir a la consulta una vez finalizada la actividad.

El carácter inesperado de la intervención, sumado al continuo tránsito y renovación de las personas, puede condicionar la participación, ya que los/as 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 los/as 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 (adivanzas, teatralizaciones, juegos con tarjetas), que deben ser seleccionadas con anticipación y conocidas por los/as coordinadores/as 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 sintetizan los aspectos centrales de la temática a tratar y se brinda información sobre recursos disponibles⁸. 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 los/as 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 los/as presentes que existe la posibilidad de hacer preguntas o expresar dudas, ya sea a los/as coordinadores luego de finalizada la actividad, o a los/as trabajadores de la salud durante la consulta.



8. “El objetivo de este soporte comunicacional es facilitar el acceso a la información a las personas que concurren a la sala de espera por fuera del horario de la intervención, así como brindar un apoyo material a lo que se conversa en la misma” (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS: 2011).



JUEGOTECA

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

Objetivos

- * Contribuir a construir y afianzar vínculos.
- * 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.
- * 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.
- * Detectar características y situaciones que afecten a los/as niños/as y a sus familias para realizar las intervenciones y derivaciones que correspondan.

Persona - Roles

Los/as coordinadores/as participan de forma activa en el juego, buscan favorecer la participación y se constituyen en un/a facilitador/a del proceso grupal y del acceso a los recursos lúdicos. Se sugiere la participación de por lo menos 2 coordinadores/as que pueden tener roles diferenciados (coordinador/a principal y coordinadores/as volantes).

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

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



Juegoteca "Piedra Libre", en el Barrio Comande L. Piedrabuena de Villa Lugano. Coordinación a cargo de la RIEpS sede CeSAC N° 7 - Htal. Santojanni.

Metodología

El juego es una actividad propia del ser humano, independientemente de su edad. Es de carácter fundante, ya que a través de su práctica los sujetos incorporan normas, valores y costumbres propias del contexto.

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.

Este tipo de dispositivo es de suma importancia en aquellos lugares donde existe ausencia de espacios para el juego y la recreación (por ejemplo, asentamientos, casas tomadas, inquilinatos, etc.).

Sus actividades incorporan distintos tipos de juego (simbólico, reglado, grupal, individual, libre o coordinado) y se dividen en tres momentos: caldeamiento, desarrollo y cierre.

El caldeamiento tiene lugar mientras se espera que lleguen todos/as los/as participantes. Se brinda un espacio para que los/as niños/as interactúen, proponiendo una actividad que los/as unifique (por ejemplo, juegos de mesa, libros).

El desarrollo consiste en el despliegue de la actividad principal, que es planificada con anterioridad. Es el momento que tiene mayor duración y varía de un encuentro a otro en función de los objetivos que se proponga el equipo.

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



DISPOSITIVOS DE PROMOCIÓN DE LA LECTURA

Son espacios donde se realizan acciones dirigidas a acercar a las personas a la lectura como práctica cotidiana y fuente de placer, teniendo en cuenta los múltiples efectos que ésta genera tanto en las dimensiones subjetiva, cognitiva, vincular como social.

Existen diversos dispositivos desde los cuales desarrollar una estrategia de promoción de la lectura. A continuación se detallan los componentes generales y se describen algunos dispositivos en particular.



Dispositivo de Promoción de la Lectura “Cuentos a la mañanita”, en el Playón Urquiza. Coordinación a cargo de la RIEpS sede Tornú.

Objetivos

- * Propiciar el encuentro de las personas con la lectura, tanto desde su función terapéutica y reparadora como lúdica y recreativa, atendiendo a una concepción de salud integral.
- * Favorecer el placer por la lectura en sus múltiples posibilidades, incluyendo el acceso y vínculo con el libro y otros bienes culturales⁹.
- * Favorecer procesos de sociabilidad alrededor de la lectura en el marco de un proceso comunitario.
- * Facilitar la circulación de la palabra en sus múltiples formas.

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.

Persona - Roles

Las actividades de promoción de la lectura pueden estar destinadas a niños/as, adolescentes y adultos/as, en algunos casos de manera conjunta.

Suele haber una figura de coordinador/a que funciona como mediador/a, contribuyendo al vínculo entre los/as 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, atender a los intereses de las personas, ofrecer otras posibilidades de lecturas, habilitar la expresión y circulación de la palabra.

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).

Recursos

Se necesitan recursos materiales como libros, materiales de librería, mantas, dependiendo de la dinámica a llevar a cabo.

Metodología

Existen múltiples dispositivos orientados a la promoción de la lectura 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 la lectura puede darse dentro de espacios lúdicos o más específicamente en forma de talleres literarios o de lectura (ver apartado "talleres"), bibliotecas o rincón de lectura, charlas en sala de espera, entre otras opciones.



9. "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: 13).

Biblioteca

En centros de salud, hospitales o centros comunitarios funcionan bibliotecas que cuentan con un espacio físico estable y recursos materiales de lectura tanto para su uso en el lugar como para el préstamo domiciliario de los mismos. El dispositivo puede encontrarse disponible de manera permanente (como un mueble abierto con libros en una sala de espera) o con horarios específicos de atención. Asimismo, el ofrecimiento de materiales de lectura puede hacerse activamente, es decir, a través de recorridas por las salas o por convocatoria a las personas que circulan en el lugar, o bien pasivamente como respuesta a la demanda.

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 etéreo específico o a todas las edades



Biblioteca "Leé que te leo". RIEpS sede Pasteur.



Biblioteca "Leé que te leo". RIEpS sede Pasteur.



Biblioteca del Centro de Salud Odontológico Boca Barracas. RIEpS sede Argerich

Rincón de lectura en una Posta de Salud. RIEpS sede Penna.



“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 un festival o encuentro comunitario) o bien con una frecuencia y duración preestablecida (como en una sala de espera).





RED DE DISTRIBUCIÓN

Se trata de la creación de vínculos con otros actores sociales claves (principalmente referentes comunitarios) para poder establecer redes a través de las cuales se facilite la circulación y distribución entre la población de recursos disponibles en el sistema de salud.

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”.

Persona - Roles

El rol de referente comunitario/a 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 los/as trabajadores/as 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 éstos/as y los/as referentes comunitarios/as.

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 destinataria, tales como organizaciones locales comunitarias, instituciones educativas y otros lugares en los que cotidianamente circula un alto número de personas cuyas características sean pertinentes para la distribución del insumo. En el caso específico de la red de distribución de preservativos, se han abierto bocas en comercios (kioskos, parrillas, supermercados, ferreterías), hoteles, casas tomadas, inquilinatos, etc.



Red de distribución de preservativos en La Boca y Barracas. RIEpS sede Argerich y Centro de Salud Odontológico Boca Barracas.

Tiempo

Este dispositivo, a diferencia de las postas, se mantiene en el tiempo, dependiendo su continuidad de los acuerdos establecidos con los/as referentes de la comunidad.

Recursos

Se precisa de recursos o insumos para distribuir (preservativos, kits de inyección segura) y, siempre que sea posible, de contenedores para los mismos (por ejemplo, dispenser de preservativos).

En general, este tipo de dispositivos requiere folletería que brinde información relacionada al recurso o insumo que se deja en la boca.

Metodología

La red de distribución está formada por bocas, donde se ofrecen ciertos insumos de manera gratuita, como por ejemplo, preservativos.

Las posibilidades de apertura dependerán de los acuerdos institucionales y de las necesidades identificadas en la población destinataria. En un primer momento, el equipo relevará los lugares en los cuales puede ser adecuado implementar la boca. Luego habrá un momento de gestión, en el cual se establecerán los acuerdos pertinentes para llevar a cabo el dispositivo. El último momento es el de implementación, que tomará 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.

En el ámbito de la salud también es posible encontrar redes que buscan facilitar el acceso a algún otro recurso o insumo, como es el caso de una red implementada a partir de 2005 en el Municipio de Gral. San Martín, en el marco del Programa Municipal de Prevención del VIH/SIDA e ITS. En ese momento, el municipio adopta la estrategia de Reducción de Daños como política de salud, posibilitando que una parte de la población, como es la de usuarios/as de drogas inyectables y no inyectables, logre un acercamiento a los centros de salud, considerando y valorizando la función de el/la referente comunitario/a, quien facilita oportunidades a aquellas personas que no tienen acceso al sistema de salud. De esta manera se incorporan insumos para que los/as usuarios/as de drogas reciban semanalmente kits de inyección segura, información y preservativos. Además, se establece una red de descartadores de jeringas en los barrios donde los/as referentes comunitarios/as trabajan.



CONSULTORÍA / CONSEJERÍA

Es un espacio de diálogo que intenta promover la autonomía 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 los/as participantes, así como facilitar y promover la reflexión de las personas respecto de su salud, para que puedan tomar decisiones libres e informadas.



Consultorías sobre Salud Sexual y Reproductiva en Escuela Técnica N°36. RIEpS sede Tornú. 2010.

Objetivos

- * Abordar los temas de salud de manera integral, desde una perspectiva de derechos, y respetando las diferencias socioculturales.
- * Favorecer una comunicación horizontal, manteniendo una escucha atenta y activa.
- * Brindar información clara, precisa, útil y oportuna.
- * Facilitar el acceso a los recursos de salud disponibles a nivel local.

Lugar

Puede llevarse a cabo en distintos espacios: efectores de salud, escuelas, organizaciones locales comunitarias. Es importante que el equipo pueda contar con un lugar que permita preservar el carácter privado y confidencial de la actividad, ya que ello determinará en parte la calidad de la consultoría

Persona - Roles

El equipo encargado de llevar a cabo la consultoría puede estar integrado por trabajadores/as del equipo de salud de distintas disciplinas, promotores/as de salud, personal de instituciones públicas, agentes comunitarios/as, etc.

En la mayoría de los casos, la consultoría se realiza de manera individual. No obstante, el espacio privado se combina a veces con experiencias grupales.

Tiempo

Es variable en función de la demanda de las personas.

Metodología

Este tipo de dispositivo puede aplicarse a diferentes aspectos de la promoción y prevención en salud. De esta manera, podrá basarse en una intervención más integral o focalizarse en una determinada temática, por ejemplo, salud sexual.

Los temas a abordar surgen a partir de una demanda concreta de la persona. Es así que este espacio puede tener distintos recorridos, de acuerdo a las características singulares del consultante.

Recursos

Es posible utilizar material de apoyo (rotafolios, muestras de medicamentos y/o anticonceptivos, folletos, resúmenes de actividades, etc.). Se sugiere seleccionar los materiales a utilizar teniendo en cuenta las características culturales y las necesidades de los/as usuarios/as 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 el/la consejero/a los conozca muy bien.



Consultorías sobre Salud Sexual y Reproductiva en Escuela Técnica N°36. RIEpS sede Tornú. 2010.



POSTA DE SALUD¹⁰

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.

Este dispositivo se relaciona, generalmente, con las problemáticas de salud vinculadas a las enfermedades estacionales y/o prevalentes.

Objetivos

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

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 habituales de la población objetivo.

Recursos

En general se requiere material de difusión. Los demás recursos a contemplar dependerán de cada posta en particular.

Persona - Roles

Si bien la población destinataria puede variar, el dispositivo se encuentra, en todos los casos, dirigido a una amplia cantidad de personas.

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.



Posta de salud en el asentamiento "La Veredita". Residencia de Veterinaria en Salud Pública (Instituto de Zoonosis L. Pasteur), RIEpS (sede Pasteur) y Residencia de Medicina General y Familiar (CeSAC N° 24).



10. En algunos ámbitos se denomina Posta de Salud a los dispensarios. Dichos efectores se encuentran contemplados dentro del primer nivel de atención y suelen localizarse en territorios alejados de los Hospitales Generales. Allí prestan atención ambulatoria, teniendo como principal ventaja su accesibilidad geográfica para los habitantes de esas zonas. En esta oportunidad no trabajaremos con esta acepción de Posta de Salud, ya que la describiremos como un dispositivo de Educación para la Salud y no como un efector.

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 vacunación 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 (por ejemplo, determinación de peso y talla, toma de la presión arterial, medición de la glucemia, charlas informativas sobre nutrición, etc.)

En algunos casos, se realiza el 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.



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: 195), permitiendo un mayor conocimiento de la realidad socio-económica, ambiental y cultural de los sujetos y sus familias.

Pueden realizarla distintos/as trabajadores/as del equipo de salud con objetivos diferenciados, aunque generalmente es llevada a cabo por trabajadores/as sociales, médicos/as, enfermeros/as y/o psicólogos/as.

La visita domiciliaria como dispositivo posee un carácter doble que resulta complementario, compuesto por un componente asistencial (por ejemplo, en casos de internación domiciliaria o de entrega de medicación) y otro preventivo-promocional (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, etc.). Ambos aspectos tienden a favorecer la accesibilidad y el vínculo entre las personas y el sistema de salud, dándose en forma aislada o conjunta según cada caso en particular.

Objetivos

- * Facilitar el acceso de las personas al sistema de salud.
- * Conocer el contexto socio-económico, cultural y ambiental donde se desarrolla la vida cotidiana del sujeto y su familia.
- * Obtener y ampliar la información en relación a las condiciones de vida del sujeto y su familia.
- * Construir un diagnóstico de situación que permita el desarrollo de las intervenciones pertinentes según el caso.

Persona - Roles

Se trata de una entrevista desarrollada en el ámbito domiciliario, por lo que suele ser de índole individual y/o familiar.

Puede ser realizada por distintos trabajadores de la salud, quienes pueden concurrir al domicilio de manera individual o en pequeños grupos.

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 el/la trabajador/a de la salud.

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.

Metodología

Es posible entender a este dispositivo 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 de el/la trabajador/a o equipo de salud que realiza el seguimiento de la persona y será el/la encargado/a de llevar a cabo la visita, o ser solicitada por otro/a trabajador/a o equipo de salud, ya sea de la propia institución o externo/a a la misma. Se debe preparar la visita teniendo en cuenta aspectos tanto logísticos como técnicos. Se indagará en torno a la información con la que se cuenta, realizando el análisis de la documentación pertinente e intercambiando información con otros/as trabajadores/as 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, como la observación, la entrevista y las prácticas asistenciales, siendo las dos primeras fundamentales para la construcción de un diagnóstico de situación. Es sumamente importante la manera en que el/la trabajador/a o los/as integrantes del equipo de salud se presentan, como así también poder establecer el encuadre de la visita y generar un cierto nivel de empatía que facilite su desarrollo. Durante la entrevista será posible indagar en torno a los objetivos preestablecidos, a la dinámica familiar y cotidiana, las condiciones de vida y/o la situación socio-económica actual, etc., lo que dependerá de las particularidades de cada situación. En algunos casos resulta pertinente la inclusión de otras personas del entorno familiar a la entrevista. En esta etapa no solo 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 el/la trabajador/a lo considere pertinente, como así también desarrollarse otros tipo de intervenciones (por ejemplo, alguna práctica asistencial). 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 a cerca de la vivienda y la estructura familiar, intervenciones que se llevaron a cabo, etc.) como extradomiciliario (por ejemplo, observación del barrio y análisis del recorrido comprendido entre el domicilio y la institución de salud.). A su vez incluye el intercambio con otros/as trabajadores/as del equipo de salud y el establecimiento del plan de acción a seguir y la planificación de las futuras intervenciones.

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 la entrevista. En algunos casos, también será necesario disponer de algún medio de transporte que permita movilizarse hasta el destino establecido.



ENTREVISTA DE INTERVENCIÓN

Entendemos a la entrevista como “una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico o particular de esta relación reside en que uno de los integrantes de la misma es un técnico [...] que debe actuar en ese rol, y el otro –o los otros- necesitan de su intervención técnica” (Bleger, s/f:12).

Pueden realizarla distintos/as trabajadores del equipo de salud con objetivos diferenciados y modalidades particulares.

Objetivos

- * Intercambiar información con las personas, de manera individual o grupal.
- * Conocer las condiciones de vida de las personas y sus familias.
- * Construir un diagnóstico conjunto de situación que permita el desarrollo de las intervenciones pertinentes según el caso.
- * Construir un espacio de escucha atenta y diferenciada que habilite la participación de las personas.

Tiempo

La duración de la entrevista dependerá de los objetivos perseguidos y la disponibilidad de las personas para participar de la misma. En general se recomienda un mínimo de 30 minutos y un máximo de una hora; esto último teniendo en cuenta que se trata de una intervención acotada en donde se ponen en juego diversos factores institucionales y personales.

Persona - Roles

Se trata de una intervención desarrollada por uno/a o más trabajadores/as de la salud, que puede estar dirigida a una persona o a un grupo, en función de los objetivos.

Lugar

La intervención se lleva a cabo generalmente dentro del ámbito institucional, resultando necesario crear un espacio adecuado para su desarrollo. Esto implica generar, dentro de las posibilidades, un ambiente de privacidad, confiabilidad y comodidad, tanto para las personas entrevistadas como para el/la trabajador/a de la salud.

Recursos

Es fundamental contar con un lugar adecuado para el desarrollo de la intervención y con los medios necesarios para el registro y sistematización de los datos obtenidos. En función del tipo de entrevista que se trate podrán requerirse otro tipo de recursos materiales.

Metodología

La entrevista de intervención suele ser de tipo semiestructurado, ya que busca indagar sobre determinados aspectos de la vida de las personas y, por lo tanto, requiere de cierta flexibilidad a fin de adaptarse a la demanda de los/as entrevistados/as y a las particularidades de cada situación. Resulta muy importante tener bien en claro los objetivos de la entrevista, qué aspectos se busca indagar y conocer, si resulta pertinente citar a la persona sola o acompañada y si es necesario realizar una consulta con otros/as trabajadores/as del equipo de salud que intervengan en el seguimiento de el/la entrevistado/a. En caso de tratarse de una entrevista grupal se deberá tener en cuenta la cantidad de personas que participarán y como se organizará su dinámica. Por otro lado, en las entrevistas llevadas a cabo por dos o más trabajadores/as del equipo de salud, será fundamental acordar previamente los roles que ocupará cada uno/a y los criterios que se tendrán en cuenta para su óptimo desarrollo.

La entrevista puede encontrarse incluida dentro de otras modalidades de intervención como, por ejemplo, la consulta médica o psicológica. De esta manera, constituye un dispositivo utilizado por diferentes trabajadores/as del equipo de salud y es aplicada en situaciones muy variadas. No obstante, en la estructura de toda entrevista es posible distinguir tres momentos bien diferenciados: apertura, desarrollo y cierre.

La etapa de apertura implica la presentación de los/las entrevistadores/as, el establecimiento del encuadre institucional y la generación de un cierto nivel de empatía que facilite la ejecución de la entrevista.

Durante el desarrollo o despliegue de la entrevista se buscará indagar en torno a los objetivos propuestos, se problematizarán aquellas situaciones que lo requieran, se intentará dar respuesta a la demanda de las personas y, en caso de ser necesario, se brindará información y/o asesoramiento.

Durante el cierre de la entrevista se realizará una síntesis de lo trabajado y se intentará establecer en conjunto el plan de acción a seguir.



REUNIONES DE EQUIPO

Constituyen espacios de encuentro para los/as integrantes de los distintos equipos de trabajo. Entendemos a estos últimos como 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” (Dakessian y Skoumal, s/f:2).

Objetivos

- * Potenciar las cualidades personales y profesionales en función de metas a alcanzar y/o proyectos a realizar.
- * Crear canales de comunicación y confianza entre los/as miembros 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.

Persona - Roles

Las reuniones son llevadas a cabo por las personas que conforman los distintos equipos de trabajo. Generalmente, uno/a de los/as miembros del equipo ocupa el rol de coordinador/a, siendo el encargado/a 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 todos/as los/as 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 uno/a de los/as integrantes del equipo, aunque se recomienda un mínimo de una hora.

Recursos

Se requiere de un espacio físico apropiado para el desarrollo de la reunión y de materiales necesarios para el registro de la actividad.

Lugar

Se aconseja que se realice en un lugar preestablecido, en el que los/as participantes se encuentren cómodos/as y se haga posible la circulación de la palabra, la transmisión de ideas y su problematización.

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 todos/as 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 constituyen un espacio en el cual cada trabajador/a 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 oficie de coordinador/a 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.

Resulta fundamental realizar un registro de lo trabajado en la reunión, para que aquellos/as que no estuvieron presentes puedan estar al tanto de lo acordado.



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 formados y no naturales, 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 sociales¹¹, 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, relacionado con la salud desde una perspectiva integral.

- * Promover el vínculo entre los/as 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 los/as 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.

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).

Es recomendable que los encuentros sean sostenidos de manera continua durante todo el año.

Persona - Roles

Los grupos están orientados a personas con características comunes, tales como adultos/as mayores o personas viviendo con enfermedades crónicas (diabetes, obesidad, VIH/SIDA). Es recomendable, para posibilitar una mayor continuidad en el trabajo, que los/as integrantes del grupo sean relativamente estables, concurriendo periódicamente a los encuentros.

La cantidad de integrantes por grupo es variable y dependerá principalmente del espacio físico y de la cantidad de coordinadores/as disponibles para las actividades.

Los grupos pueden concebirse como cerrados, donde se establecen momentos específicos para el ingreso de nuevos/as integrantes, o abiertos, en los que se posibilita el ingreso y egreso permanente de quienes deseen participar. La incorporación de nuevos/as integrantes puede ser definida de manera conjunta entre el equipo coordinador y los/as participantes, estableciendo ambas partes los criterios y requisitos necesarios para el ingreso.

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.



11. En este sentido, “existe amplia evidencia de que una red social personal, estable, sensible, activa y confiable es salutogénica.” (Sluzki, 1995)

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 los/as participantes, se presentan los/as nuevos/as integrantes (en caso de que los/as 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 adultos/as 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.

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, colchonetes, pinturas, juegos, libros, materiales de librería, etc.).



Grupo de adultos/as mayores "Adultos inquietos". CeSAC N° 33.



GRUPO DE REFLEXIÓN

Puede entenderse como aquel que se centra en el trabajo sobre las problemáticas específicas de un determinado grupo, relacionado con una tarea determinada. El mismo requiere regularidad y continuidad por parte de sus participantes.

Objetivos

- * Propiciar la toma de conciencia y la reflexión crítica de los/as integrantes de un grupo acerca de la naturaleza, obstáculos y objetivos 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.
- * Reflexionar en torno a las ansiedades e inquietudes que la tarea genera.

Persona - Roles

Este dispositivo se centra en el trabajo en grupo, entendiendo a éste como un "conjunto restringido de personas ligadas entre sí por constantes espacio-temporales y articuladas por su mutua representación interna, que se propone explícita o implícitamente realizar una tarea que constituye su finalidad (Pichon-Rivière, en Pampliega de Quiroga, 1986)".

"Para facilitar el intercambio y permitir la interacción entre todos los miembros del mismo, se considera que el número de participantes debe ser de 3 personas como mínimo y 10 como máximo" (RIEpS, 2008).

El grupo de reflexión puede implementarse al interior de los equipos de trabajo o bien entre trabajadores/as del sistema de salud y la comunidad. En el último caso existirá el rol de coordinador/a, que podrá ser desempeñado por una o más personas del equipo de salud.

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 los/as participantes.

Metodología

"El grupo reflexivo es un dispositivo metodológico que se caracteriza por presentar variabilidad en cuanto al problema abordado (conflictos institucionales, equipos profesionales que reflexionan sobre sus prácticas, etc.)"

El trabajo grupal se puede iniciar 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.

Recursos

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



Herramientas comunicacionales

Al momento de pensar acciones de EpS es importante considerar el uso de herramientas comunicacionales, tanto gráficas como radiales. Algunos materiales, como folletos o carteleras, pueden utilizarse como complemento de un dispositivo. Por ejemplo, en el marco de la ejecución de un taller o de una charla informativa, pueden entregarse folletos con la información más destacada de los contenidos, o se puede contar con un afiche para registrar los comentarios de los/as participantes o para anotar los conceptos e ideas más importantes. Asimismo, durante el desarrollo del dispositivo sala de espera, puede confeccionarse una cartelera para que la información esté a la vista de las personas que participan y de aquellas que circulan por el lugar. No obstante, las herramientas comunicacionales pueden utilizarse independientemente de la realización de un dispositivo.

Para su elaboración resulta importante tener en cuenta el tema o problema que se va a abordar, cuál es el objetivo, a quiénes está dirigido, pensar en el lenguaje más adecuado y en los recursos económicos disponibles.

Por otra parte, la confección de herramientas comunicacionales se vincula con el derecho a la información, ya que se constituyen en una forma de acceso para reclamar el cumplimiento de otros derechos. A partir de contar con información, las personas pueden tomar decisiones, discutir u organizarse.

A continuación se describen las herramientas gráficas y radiales con las cuales pueden realizarse acciones de EpS.

Herramientas Gráficas

Las herramientas gráficas son medios de comunicación visuales cuyo contenido es expuesto para una lectura individual o colectiva. Se utilizan principalmente con fines informativos y permiten alcanzar una mayor cobertura por su facilidad de ubicación y distribución, y la escasa necesidad de recursos económicos para su elaboración. Otra ventaja es su perdurabilidad en el tiempo, que permite la relectura y la posibilidad de redistribución. Entre las desventajas se encuentra la situación de que, para acceder a su lectura, se requiere del sentido de la vista y contar con la competencia de la lecto-escritura.

Entre estas herramientas se encuentran cartelera, afiche, boletín, cartilla, folleto y gacetilla. Todas se caracterizan por tener recepción diferida, debido a que sucede en un momento distinto del de producción.

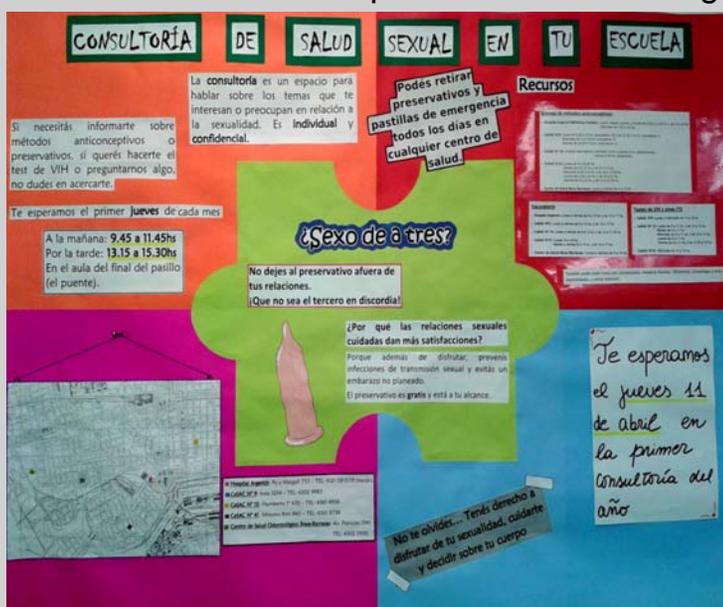
Para llevar adelante acciones de EpS es importante tener en cuenta que podemos utilizar herramientas gráficas producidas por el nivel central (por ejemplo, Ministerios de Salud), pero que también podemos realizar adecuaciones de éstas últimas a las realidades de nivel local donde serán utilizadas. Asimismo, dentro de lo posible, alentamos la utilización de materiales realizados totalmente a nivel local, pensados y diseñados en cuanto a forma y contenido por los propios equipos de salud.

Cartelera

La confección de esta herramienta implica definir a los/as destinatarios/as previamente a elaborar los contenidos. Estos/as pueden ser las personas que son usuarias de una institución o efector de salud o los/as trabajadores/as de dichos lugares. 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.

La información que contiene una cartelera debe ser renovada periódicamente ya que, luego de un cierto tiempo, se vuelve obsoleta. Entre los objetivos de esta herramienta gráfica se cuentan difundir información, convocar para variadas actividades, instalar un tema o sensibilizar sobre alguna problemática.

Es recomendable que una cartelera tenga poco contenido textual para que sea de



fácil y rápida lectura, y que contenga títulos que permitan organizar la lectura. 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. Además, es importante que, al momento de confeccionarla, se tenga en cuenta que sea de fácil actualización.

Cartelera de la Consultoría sobre Salud Sexual que funciona en la Escuela de Reingreso N° 2 del barrio de Barracas. RIEPS sede Argerich y Centro de Salud Boca Barracas.

Afiche

Es una lámina de papel que se coloca en la pared o en otra superficie. Puede utilizarse también como complemento de dispositivos tales como talleres, charlas informativas y salas de espera. En este caso se usa a modo de pizarrón para registrar los comentarios que realizan los/as participantes, para anotar un resumen de las ideas principales y/o de los contenidos más importantes. Pero también un afiche cumple la función de informar, convocar a una actividad o instalar un tema. En este 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.

Si se reduce un afiche, éste puede ser utilizado como volante y distribuido (en mano) en lugares de circulación.

Folleto

Es un impreso que contiene varias hojas y que sirve para difundir y divulgar información. Si bien puede entregarse en mano o ponerlo a disposición de las personas en lugares donde puedan retirarlo por su cuenta, es recomendable que sea utilizado como complemento de algún dispositivo de EpS. Esto se debe a que los contenidos del folleto pueden ser trabajados con más profundidad durante la actividad, y a su vez, el folleto permite que los/as 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. El formato más común de folleto es el tríptico.

Folleto informativo acerca de los cuidados de la salud bucal durante el embarazo realizado por la RIEpS sede Argerich.

Desde que estás embarazada...



¿Te sentís más cansada?

¿Tenés acidez?, ¿Náuseas?, ¿Vómitos?

¿Te sangran más las encías?

¿Te dan ganas de comer a cada rato?

**SALUD
BUCAL**



Folleto informativo sobre las infecciones de transmisión sexual. Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación.

DÓNDE PODÉS CONSULTAR

CeSAC Nº 9 – Irala 1254 – 4302-9983
CeSAC Nº 15 – Humberto 1º 470 – 4361-4938
CeSAC Nº 41 – Ministro Brin 843 – 4361-8736
Centro Boca-Barracas – Av. Patricios 1941 – 4302-5950
Odontólogos de cabecera inscripción en el stand de Cobertura Porteña – Hospital Argerich – 4300-6451

Folleto elaborado por el Equipo de Odontología del CeSAC Nº 9 y la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud

Cartilla

Es una publicación que se centra en un tema de interés para aquellos/as 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.

Gacetilla

Es un escrito con información actual sobre un tema, que se dirige a periodistas y medios de comunicación para que la difundan. Esta herramienta permite que una institución u organización difunda información relevante a la población.



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.

Al momento de ubicar o repartir una herramienta gráfica es conveniente identificar los tres diferentes tipos de lugares que existen en todas las comunidades; ellos son los de circulación, de concentración y de reunión. Los primeros son aquellos por los cuales se pasa todo el tiempo, pero prácticamente nunca nadie se detiene. Así los pasillos y calles de un barrio son espacios de circulación. Los lugares de concentración son aquellos donde las personas permanecen durante horas o minutos como la fila para esperar el colectivo, la sala de espera del centro de salud, la fila del comedor. Finalmente, los lugares de reunión son aquellos donde las personas se juntan con un objetivo común y concurren dispuestas a charlar y compartir un tiempo con otros/as, como ser el caso de una plaza, un comedor, una cancha, una organización. A partir de identificar estos espacios en la comunidad y, teniendo en cuenta las características de las herramientas gráficas, se decidirá cuál es más conveniente utilizar, por ejemplo, ubicar una cartelera en un espacio de concentración y un afiche en uno de circulación.

Herramientas Radiales

Producir una herramienta radial implica tomar decisiones en cuanto a la organización de responsabilidades y al desarrollo de tareas, tales como elegir la música,

decidir desde qué perspectiva se trabajarán los contenidos, pensar en el uso de las palabras más adecuadas para los/as oyentes y solicitar la colaboración de otras personas.

El lenguaje de la radio se compone de música, palabras, sonidos y silencios. Ofrece variadas posibilidades con las cuales expresar ideas y sensaciones, transmitir información, contar historias y hacer reflexiones.

La radio se diferencia de otros medios de comunicación, como la televisión y la prensa gráfica, ya que no cuenta con el recurso de la imagen ni de la repetición. Algunas de sus ventajas son que sus mensajes pueden llegar a personas que no saben leer, y que puede apelar a la imaginación de los/as oyentes. Para hablar en radio es recomendable utilizar palabras sencillas, frases cortas y lenguaje coloquial. Asimismo es conveniente decir numerosas cosas pero con la menor cantidad de palabras posibles.

Al momento de pensar en el armado de una herramienta radial es recomendable la realización de un guión. En este 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 uno de los 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.

Algunas de las herramientas radiales son microprograma, columna, radioteatro y spot.

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. Se emite con cierta regularidad de días y horarios. A diferencia de los medios masivos de comunicación que, en su mayoría tienen una visión de los problemas de salud individual, biologicista y normativa, con los microprogramas se intenta partir de un análisis social de las problemáticas y promover los derechos de la población.

Cada microprograma puede contener música, efectos de sonido, archivos, radioteatro, spots, entrevistas y opiniones de actores involucrados, tales como trabajadores/as de la salud y vecinos/as. Asimismo, puede constituirse en el bloque de un programa de radio. En su armado pueden utilizarse separadores y cortinas musicales para señalar los momentos de apertura y cierre.

La creación de un microprograma demanda un tiempo de producción importante. Es recomendable la utilización de guiones para su realización. Un recurso útil son los programas de edición por PC, ya que permiten efectuar una gran parte del trabajo.

Columna

Se compone de tres momentos: inicio, desarrollo y cierre. Su duración es variable, entre cinco y quince minutos, y su transmisión es en vivo. Pueden participar uno/a o varios/as columnistas, desarrollando un tema de salud y opinando sobre el mismo. Por lo general, comienza con un copete que intenta captar la atención y generar expectativa, y concluye con un remate que cierre el tema tratado de forma atractiva e interesante (por ejemplo, una frase que dé cuenta del tema tratado). Es recomendable tener una cortina musical para que los/as oyentes identifiquen el momento de inicio de la columna. También es importante prestar atención a las recomendaciones técnicas de operadores/as y conductores/as con respecto a la distancia adecuada del micrófono, al volumen de la voz, etc.



Columna de Salud en el programa "Desde el Barrio" de Radio Gráfica. Planificación y realización a cargo de la RIEpS sede Argerich en conjunto con diferentes profesionales del Centro de Salud Odontológico Boca Barracas

Radioteatro

Es una dramatización de ficción sobre un tema o problemática específica, en la que participan dos o más actores. Busca captar la atención de los/as oyentes a través del humor, el drama y de una trama que contiene presentación, nudo y desenlace. En la presentación aparecen los 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 los 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 los/as oyentes para una actividad específica. El mensaje debe ser breve, sencillo, creativo y es recomendable que incluya quién o quiénes lo transmiten. Puede emitirse durante las tandas publicitarias de los distintos programas radiales.



Grabación del spot institucional del Centro de Salud Odontológico Boca Barracas, a cargo de la RIEpS sede Argerich y trabajadores/as de planta (odontólogos/as y administrativas).

A la hora de planificar y llevar a la práctica una herramienta radial es recomendable usar palabras comunes para que resulte fácil de entender para los/as oyentes y para que puedan imaginar aquello que escuchan. Asimismo, es conveniente usar oraciones cortas y sencillas porque son de más fácil comprensión. Finalmente, cuando se decide mencionar cifras es recomendable redondearlas.

Las radios comunitarias y alternativas son actores 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.

Bibliografía general:

Argentina. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999). "Ley No. 153 Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires". En: *Boletín Oficial N° 703*. Buenos Aires:s.n.

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.

Barcala, Alejandra & Stolkiner, Alicia (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, Jorge & Grigaitis, Laura (2005). "Atención primaria de la Salud. Una reflexión desde las Ciencias Sociales". En: *Revista Salud y Población* (4): 14 – 21.

Bleger, José (1984). "Temas de Psicología. Entrevista y grupos". Buenos Aires: Nueva Visión.

Bottinelli, Marcela (s.f). "Educación para la salud. Aspectos a considerar para la planificación de programas y la producción de conocimientos": s.n.

Carballeda, Alfredo (2010). "La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales". En: *Revista de Trabajo Social Universidad Nacional Autónoma de México* (6) 1: 46 – 59.

Chorny, Adolfo (1998). "Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes". En: *Cuadernos Médicos Sociales* (73): 23-44.

Comes, Yamila; Czerniecki, Silvina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Solitario, Romina; Sotelo, Romelia; Stolkiner, Alicia & Vázquez, Andrea (2006). "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". En: *Anuario de Investigaciones*, vol. V, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Czeresnia, Dina (2003). "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". En: *Promoción de la Salud*. Buenos Aires: Lugar.

De la Aldea, Elena (2000). "El equipo de trabajo, el trabajo en equipo". Buenos Aires: Mimeo.

Elichiry, Nora (2007). "Aprendizaje y construcción de conocimientos en salud en el contexto escolar". En: *Actas II Jornadas Nacionales de Representaciones Sociales*, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires.

Foucault, Michel (1992) [1977]. "Las relaciones de poder penetran en los cuerpos". En: *Microfísica del poder*. Madrid: De la Piqueta.

Foucault, Michel (2002) [1976]. "Historia de la sexualidad. Tomo 1: la voluntad del saber". México: Siglo XXI.

Foucault, Michel (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, Paulo (2004) [1994]. *Pedagogía de la autonomía*. San Pablo: Paz y Tierra.

Gaidulewicz, Laura (1999). "El concepto de dispositivo en el pensamiento de Foucault". En: Souto, Martha. Et. al. *Grupos y dispositivos de formación*. Buenos Aires: Novedades Educativas.

García Ospina, Consuelo & Tobón Correa, Ofelia (2000). "Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención básica ¿qué los acerca? ¿qué los separa?". Departamento de Salud Pública, Universidad de Caldas: s.n.

Grimberg, Mabel (2008). "Contextos de vulnerabilidad social al VIH-SIDA en América latina. Desigualdad social y violencias cotidianas en jóvenes de sectores populares". En: *Thule Rivista Italiana di Studi Americanistici* (20) 2: 31 – 54.

Lagarde, Marcela (2001). "El género". En: *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Madrid: Cuadernos Inacabados.

Laurell, Asa Cristina (1982). "La Salud-Enfermedad como proceso social". En: *Cuadernos Médicos Sociales* (19): 1-11.

Lorusso, Haydée & Cabral, Ana Lía (2000). "Recuperar y resignificar el debate sobre el futuro de la educación para la salud". En: *Revista Salud y Población* (2).

Marshall, María Teresa (1988). "La práctica educativa en el campo de la salud". En: *II Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, CONAMER – A.R.H.N.R.G.

Menéndez, Eduardo (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?". En: *Alteridades* (4): 71-83.

Menéndez, Eduardo (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, Eduardo (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, María Dolores (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 & 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].

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].

Porlán, Rafael (2002). “Constructivismo y Escuela. Hacia un modelo de enseñanza – aprendizaje basado en la investigación”. Madrid: Diada.

Souto, Marta; Barbier, Jean-Marie; Cattaneo, Mabel; Coronel, Mirtha; Gaidulewicz, Laura; Goggi, Nora & Mazza, Diana (1999). “Grupos y dispositivos de formación”. Buenos Aires: Novedades Educativas.

Solitario, Romina; Garbus, Pamela & Stolkiner, Alicia (2008). “Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios”. En Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología, UBA. Volumen XV.

Stolkiner, Alicia (2005). “Interdisciplina y Salud Mental”. Conferencia presentada en las XI Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología. “Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina Hoy”. Octubre. Posadas, Misiones, Argentina.

Valadez Figueroa, Isabel; Villaseñor Farías, Martha & Alfaro Alfaro Noé (2004). “Educación para la Salud: la importancia del concepto”. En: *Revista Educación y Desarrollo*. (1): 43-48. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anterioresdetalle.php?n=1 [accedido Febrero de 2013].

Walsh, Catherine (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, Silvana (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:

Taller

Ander-Egg, Ezequiel (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, Dora (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, Marta (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.

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.

Sala de Espera

Bórquez, María José; Espósito, Silvina; Kielmanovich, Mariana; Martínez, Analía & Varela, Daniela (2009). “Programa de promoción de la salud en sala de espera del servicio de pediatría”. Hospital General de Agudos E. Tornú. Buenos Aires: s.n.

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].

Juegoteca

Angellotti, Carla; Gogliormelia, Natalia; Nuñez, Julia & Sosa Rolon, Jorge (s.f). “La Juegoteca: Primera experiencia en el ámbito comunitario”. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: s.n.

Aranda, Sandra; Benítez, María Inés; Feyling, Mariana; González Vargas, Alicia; Pasquali, Marina & Sena, Laura. (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/ninez_adolescencia/des_infantil/juegotecas.php [accedido Marzo de 2013].

Fattet, Ana; Snaidman, Marisa; Tasat, Viviana; Tissera, Eduardo & Zacaniño, Liliana (2008). “Juegotecas en salud: Un dispositivo de APS”. Buenos Aires: s.n.

Tissera, Eduardo (s.f). "Juegotecas: Dispositivos interpelantes para la práctica de APS". En: *Boletín Red Juegotecas en salud*. vol.1, (1).

Promoción de la lectura

Dakessian, María Andrea; Espósito, Silvina; Rolla, Mariana & Thouyaret, Laura (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>. [accedido Marzo de 2013].

Dakessian, María Andrea; Fainsod, Paula; Grigaitis, Laura; Jait, Andrea; Lockett, Marcela; Otsubo, Nancy & Ruiz, Gabriela (2001). "Pintacuentos y juegos: un proyecto comunitario de promoción de la lectura". Disponible en: <https://docs.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-IOC1kMkKjZHKyTXM/edit> [accedido Marzo de 2013].

Bórquez, María José; González, Liliana; Kielmanovich, Mariana; Martínez, Analía; Salinas, Claudia & Varela, Daniela (2010). "Promoción de las Lecturas, una apuesta a la salud". Ponencia Feria del Libro. Buenos Aires: s.n.

Centro de la Salud y Acción Comunitaria No. 7. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (s.f). Proyecto "Promoción de la lectura. Tutú Marambá y Juegoteca Piedra Libre". Buenos Aires: s.n.

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

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: s.n.

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

Red de Distribución

Bloch, Claudio (2009). "Hechos y palabras". Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Schwarz, María Elena (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: s.n.

Consultoría/ Consejería

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.

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 Latinoamericana”. 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.

Visita Domiciliaria

Cazorla Becerra, Ketty & Fernández Hormachea, Jemima (s.f). “Reflexiones en torno a la visita domiciliaria como técnica de Trabajo Social”. Valparaíso: s.n.

Cohen, Hugo & Natella, Graciela (2007). “Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro”. Buenos Aires: Lugar.

Sánchez Moreno, Antonio; Germán Bes, Concha; Mazarrasa Alvear, Lucía et al (2000). “Enfermería Comunitaria III: Actuación en Enfermería Comunitaria. Sistemas y programas de Salud”. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Schiappa Pietra, José (s.f). Operadores de Salud Mental. General Roca: s.n.

Schiappa Pietra, José (1992). "Trabajos en salud Mental. Modalidad Rionegrina". El Bolsón: Ministerio de Salud de Rio Negro.

Velasco, Asdrúbal & Duran, Maribel (2003). "La visita domiciliaria como programa para el abordaje de la familia". Mérida: s.n.

Entrevista de Intervención

Bleger, José (1984). "Temas de Psicología. Entrevista y grupos". Buenos Aires: Nueva Visión.

Cáceres, Leticia; Oblitas, Beatriz & Parra, Lucila. (2000). "La entrevista en Trabajo Social". Buenos Aires: Espacio Editorial.

Reuniones de Equipo

Dakessian, Maria Andrea & Skoumal, Gladys (s.f). "Equipos Locales en Salud Ambiental". Buenos Aires: s.n.

Grupos de Pares

Martínez, Analía & Varela, Daniela (s.f). "Adultos Inquietos... un espacio para el encuentro". Ateneo de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. Buenos Aires: s.n.

Schwarz, María Elena (2012). "Proyecto: Adultos Mayores. Promoviendo la Integración". Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. Buenos Aires: s.n.

Sluzki, Carlos (1995). "De cómo la red social afecta a la salud de individuo y la salud del individuo afecta a la red social". En: Dabas, Elina; Perrone, Néstor & Denise, Najmanovich. *Redes: el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y fortalecimiento de la Sociedad Civil*. Buenos Aires: Paidós.

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

Grupos de Reflexión

Bonano, Osvaldo; Bozzolo, Raquel & L'Hoste, Marta. (2008). "El oficio de intervenir, políticas de subjetivación en grupos e instituciones". Buenos Aires: Biblos.

Pampliega de Quiroga, Ana (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.

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, Mario & Yudchak, Héctor (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.