



UNR



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS**

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Título

**Participación social y salud comunitaria:
Sistematización de una experiencia actual en clubes
barriales de Santa Fe.**

Maestrando: Lic. Speziale, Pablo.

Directora del Trabajo: Mgter. María Natalia Echevoyembery

Santa Fe, Diciembre 2021

Índice.

Abreviaturas.	4
Resumen.	5
Abstract.	6
1. Introducción.	7
2. Contexto organizacional y político donde se presenta la problemática.	9
2.1. Contexto Conceptual, Internacional e Histórico.	9
2.2. Participación Comunitaria en Salud.	10
2.3. Contexto local.	11
2.4. Surgimiento y análisis organizacional.	11
3. Formulación, documentación y construcción epidemiológica del problema.	17
3.1. Formulación del problema.	17
4. Objetivos.	19
4.1. Objetivo general.	19
4.2. Objetivos específicos.	19
5. Marco conceptual.	20
5.1. Definición de variables involucradas.	20
5.1.a. Atención primaria de la salud (APS).	20
5.1.b. Participación social en salud (PS).	22
5.1.c. Salud comunitaria - Promotoras comunitarias de la salud.	23
5.1.d. Prevención y promoción de la salud.	25
5.1.e. Determinantes sociales de la salud - Salud Colectiva.	25
5.1.f. Sistema de Salud de Argentina - su correlación en la APS.	26
5.2. Antecedentes relevantes del problema.	28
5.2.a. Alma Ata, ¿cómo punto de partida?. Antecedentes en Lationamérica.	28
5.2.b. ATAMDOS: Salud comunitaria y participación social como política pública.	29
5.2.c. Argentina post 2001 y el auge de los movimientos sociales.	30
6. Marco normativo que regula la problemática.	32
6.1. Constitución Nacional.	32
6.2. Declaraciones o derechos internacionales.	33
6.3. Constitución de la Provincia de Santa Fe.	34
6.4. Marco legislativo de PCS.	34
6.5. La Liga Infantil de los Barrios y su propio proyecto de ley.	35
7. Marco metodológico.	37
7.1. Estrategia metodológica y tipo de estudio.	37
7.2. Recolección de datos. Técnica, instrumentos y procedimientos.	37
8. Sistematización de las experiencias.	39
8.1. Punto de Partida.	39
8.2. Recuperación del proceso vivido.	40
8.2.a. Constitución del Frente de Salud - Relevamientos de salud en los Clubes.	40
8.2.b. Resultados de los relevamientos llevados adelante en el 2019.	44
8.2.c. Frente de Salud en el 2020: Curso y Relevamientos.	46

8.2.d. Ejes de trabajo en el 2021.	49
8.2.e. Abordaje en prevención sobre consumos problemáticos.	50
8.2.f. Centro de salud comunitaria: Barrio Jesuitas.	53
8.3. Reflexiones, discusión y aportes para la gestión.	57
8.3.a. Reflexiones a partir del marco teórico/conceptual y las experiencias propias.	57
8.3.b. Discusiones sobre las experiencias del FSC-LIB.	60
8.3.c. Algunas propuestas para la gestión.	62
8.4. Puntos de llegada.	63
9. Conclusiones.	64
10. Referencias bibliográficas.	67
11. Anexos.	72
11.1. Proyecto de Ley Ligas barriales de niñas, niños y adolescentes.	73
11.2. Informe de los relevamientos llevados adelante en el año 2019.	78
11.3. Links de entrevistas realizadas posteriores a los relevamientos del año 2019.	81
11.4. Curso de Promotores/as Comunitarios/as de Salud.	82
11.5. Informes sobre los relevamientos llevados adelante en el año 2020.	107
11.6. Informe del Relevamiento en Barrio Jesuitas.	110

Abreviaturas.

APRECOD: Agencia de Prevención en Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de Adicciones (Pertenece al Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Santa Fe).

APS: Atención primaria de la salud.

ATAMDOS: Atención Ambulatoria Domiciliaria en Salud.

CAPS: Centros de atención primaria de la salud.

FSC-LIB: Frente de Salud Comunitaria de la Liga Infantil de los Barrios.

LIB: Liga Infantil de los Barrios.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCS: Promotores/as comunitarios/as de la salud.

PS: Participación social en salud

Resumen.

La salud es un derecho reconocido internacionalmente desde hace décadas. Podría considerarse que la Declaración de Alma Ata generó un cambio de perspectiva en ese sentido. La misma y diversos documentos internacionales también reconocen la importancia de adoptar estrategias destinadas a potenciar la atención primaria de la salud, focalizadas principalmente en la prevención y promoción de salud. Sin embargo, en la ciudad de Santa Fe y alrededores, a pesar de ser una de las localidades con mayores recursos económicos destinados a dichas prácticas y con una vasta red de efectores de atención primaria, las prácticas de participación social y salud comunitaria son escasas. Existe un deficitario vínculo entre los CAPs (Centros de Atención Primaria) y la comunidad.

A partir de ello, una organización de clubes barriales de la zona, la Liga Infantil de los Barrios (LIB), lleva adelante un Frente de Salud Comunitaria (FSC-LIB) que a través de relevamientos de salud y abordaje de prevención en consumos problemáticos busca facilitar el nexo entre la comunidad y los efectores de salud públicos. Las prácticas cotidianas que suceden al interior del Frente de Salud Comunitario no se encuentran visibilizadas, reconocidas, ni discutidas en el ámbito académico, de ahí el interés de esta tesis.

Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo sistematizar la experiencia del FSC-LIB, en clubes pertenecientes a dicha organización, durante el período 2019 - 2021.

Palabras Claves: Atención primaria de salud; Salud Comunitaria; Participación social en salud; Promotores/as comunitarios/as de la salud; Sistematización de experiencias.

Abstract.

Health has been an internationally recognized right for decades. It could be considered that the Declaration of Alma Ata generated a change of perspective in this regard. It and various international documents also recognize the importance of adopting strategies aimed at promoting primary health care, focused mainly on prevention and health promotion. However, in the city of Santa Fe and its surroundings, despite being one of the localities with the greatest economic resources allocated to such practices and with a vast network of primary care providers, social participation and community health practices are scarce. There is a poor link between the CAPs (Primary Care Centers) and the community.

Based on this, an organization of neighborhood clubs in the area, the Liga Infantil de los Barrios (LIB), carries out a Community Health Front (FSC-LIB) that through health surveys and prevention approach in problematic consumption seeks to facilitate the nexus between the community and public health care providers. The daily practices that occur within the Community Health Front are not visible, recognized, or discussed in the academic field, hence the interest of this thesis.

Therefore, the present work aims to systematize the experience of FSC-LIB, in clubs belonging to said organization, during the period 2019 - 2021.

Key words: Primary Health Care - Community Health - Social Participation - Community Health Promoters - Sistematization of experiences.

1. Introducción.

La declaración de Alma Ata (OMS, 1978), plantea un punto de inflexión con respecto a reconocer la salud como un derecho inalienable a todo ser humano. En el cual los Estados nacionales, provinciales y locales deben llevar adelante estrategias a fin de favorecer la prevención y promoción de salud.

A través de la declaración, se exhorta no sólo al poder político y económico a involucrarse en cuestiones sanitarias, sino también a generar mecanismos para favorecer la participación comunitaria de la salud. Es decir, que cada persona y en conjunto con su comunidad, pueda llevar acciones pertinentes a la promoción y prevención de salud.

El Sistema de Salud Argentino tiene un carácter federal, adoptado a fines del siglo pasado, por el cual las provincias guardan cierta independencia en cuanto a gestión y financiamiento de los servicios y sistemas de salud. En este marco, la Ciudad de Santa Fe, por ser capital de una de las provincias con mayores recursos, ha logrado una considerable presencia de efectores de salud públicos y organizar la prestación de sus servicios a partir de la atención primaria de la salud en los diferentes barrios.

Sin embargo, las apariencias de un contexto favorable guardan ciertas dificultades. Las prácticas de promoción y prevención de salud suelen ser definidas en su implementación por cada Centro de Atención Primaria y no se encuentran bajo un programa con rectoría provincial y/o municipal. Esto conlleva a que la magnitud de la participación comunitaria de la salud esté, en cierta medida y si es que existe, concatenada con la organización propia de cada una de las comunidades, y a partir de allí, el trabajo en conjunto con los efectores del primer nivel de atención.

A partir de esto surgen los siguientes inconvenientes: ¿Cómo se podría favorecer el vínculo Comunidad – Centro de Salud?; ¿Debe facilitarse este vínculo desde el Centro de Salud?; ¿Las organizaciones sociales e instituciones de la sociedad civil pueden construir puentes hacia la salud colectiva?; ¿Cómo potenciar el trabajo de participación comunitaria en salud, en relación con los entes municipales y/o provinciales?; ¿Qué lógicas conceptuales y normativas enmarcan la actividad de la promoción comunitaria?

Como respuesta a los deficitarios lazos entre la comunidad – centros de salud, en la Ciudad de Santa Fe y alrededores, un grupo de clubes barriales nucleados en la Liga Infantil de los Barrios (LIB), conforma un Frente de Salud Comunitaria, llevado adelante por trabajadores

de salud y referentes barriales, el cual a través de distintas estrategias de APS, implementan registros nutricionales, relevamientos sanitarios y abordaje de prevención y promoción en consumos problemáticos con el fin de profundizar las prácticas bajo las premisas de la participación social en salud. Sin embargo, estas estrategias suelen ser invisibilizadas, no reconocidas y no remuneradas por el sistema de salud.

Por ello, el presente trabajo tiene el objetivo de sistematizar la experiencia del Frente de Salud de la LIB, en clubes pertenecientes a dicha organización, en el Gran Santa Fe, durante el período 2019 - 2021.

2. Contexto organizacional y político donde se presenta la problemática.

2.1. Contexto Conceptual, Internacional e Histórico.

El concepto de Salud ha sido tema de debate constante dentro de las ciencias médicas, llegando a traspasar las barreras de la medicina e involucrado actores de otras disciplinas. Actualmente, continúa siendo el centro de discusión entre diferentes posturas, no exento a tensiones por diversos grupos que explícita e implícitamente tienen objetivos y formas de acción diferentes (Souza Campos, 2001).

La instauración de un modelo de Salud biologicista y ahistórico, ha impulsado prácticas basadas en la enfermedad y en la atención de pacientes. Basta comprobar los extraordinarios avances de la tecnología diagnóstica y terapéutica medicinal para evidenciar los esfuerzos destinados al progreso de la ciencia en ese sentido. Desarrollo que no es en vano, pero sí excluyente y sólo accesible a porciones de la población, dada los perturbadores mecanismos e indicadores de desigualdad de la sociedad actual. Este avance además ha relegado la profundización de la práctica del primer nivel de atención en salud, la prevención de las enfermedades, y más aún la promoción de hábitos saludables (Laurell, 1982).

Desde fines del siglo XX, a partir de diferentes conferencias internacionales se han impulsado lineamientos correspondientes al concepto de salud, prevención y promoción, en el cual los países participantes se comprometían a establecer.

La declaración de Alma Ata ofrece un punto de partida relevante en la forma de pensar salud y de llevar adelante lineamientos y políticas públicas, basadas en la prevención y promoción. Uno de los puntos interesantes de este documento es la introducción de premisas sobre participación comunitaria en salud (OMS, 1978).

En este marco de acción, en el cual la comunidad toma un eje central sobre el debate y las acciones en salud, en las últimas décadas, en América Latina, se han llevado adelante programas de prevención y promoción de la salud. En algunos países bajo la órbita del Estado Nacional, a través de políticas públicas, y en otros también a través de la acción de los movimientos y organizaciones sociales como es el caso que se desarrollará en el presente trabajo (Logroño, 2018).

2.2. Participación Comunitaria en Salud.

En diversas declaraciones internacionales, las cuales se detallarán más adelante, se reconoce el preponderante rol de la Atención Primaria de la Salud, dentro de la cual desarrollan su actividad los/las promotores/as comunitarios/as de la salud (PCS).

PCS, ya mencionados en la declaración de Alma Ata como “personal que conforma los equipos de salud para atender las necesidades de salud de la comunidad”, llevan adelante un rol fundamental entre la comunidad y el sistema de salud formal (OMS, 1978).

En Argentina, a nivel legislativo, existe el reconocimiento del rol de los PCS en algunas provincias, lo cual se retoma luego en un análisis pormenorizado del marco normativo.

En el caso de la Provincia de Santa Fe, hace décadas fueron designados Agentes Sanitarios de Salud, personal que en un inicio estaría abocado a tareas comprendidas dentro del concepto de PCS, pero que en términos reales cumple sólo labores administrativas en los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud).¹

En relación a esto, si bien existe una vasta red de CAPS en el Gran Santa Fe que cumplen un rol preponderante en la salud de las personas y las comunidades barriales, se evidencia una complicación a la hora de desarrollar prácticas territoriales de salud, en el marco de la prevención y promoción de salud en cada uno de estos centros. Pueden mencionarse casos aislados, en donde el equipo de salud de un CAPS en particular logra una conexión con la comunidad del barrio, y con ello un trabajo en conjunto, pero son casos impulsados por una impronta personalista. Es decir, no existen políticas públicas que faciliten el trabajo en conjunto comunidad ↔ centro de salud.

Ante la carente respuesta del Estado y ausencia de políticas públicas dispuestas a trabajar la salud desde un campo territorial, en Santa Fe, surge a través de la organización de diferentes clubes y organizaciones barriales, la conformación de un Frente de Salud Comunitaria (FSC-LIB), nucleados en la Liga Infantil de los Barrios (LIB). El mismo desarrolla actividades que se sistematizan en el presente trabajo en un contexto particular, el cual es menester detallar.

¹ En el año 1987, el poder ejecutivo de la Provincia de Santa Fe emitió el Decreto 2588/1987 promulgado en base a la Ley decretada el año anterior (Ley n° 9945/1986), en donde dispone la incorporación del agente sanitario.

2.3. Contexto local.

La Ciudad de Santa Fe, cuenta con más de cuatrocientos mil (400.000) habitantes aproximadamente. Ubicada en el centro del país, en una situación económica favorable, con respecto al resto de las localidades, en gran medida a partir de los excedentes de la pujante producción agropecuaria en la zona pampeana. Rodeada de diversos aglomerados, pueblos y ciudades, que en su conjunto conforman el Gran Santa Fe, con más de medio millón de habitantes, siendo el quinto aglomerado urbano de mayor población (INDEC, 2020).

La ciudad capital, desde el punto de vista sanitario cuenta con 8 hospitales públicos de diversa complejidad y nivel de atención, y más de 45 CAPS o SAMCo (Sistema de Atención Médica para la Comunidad), que cumplen el rol de centros de 1° nivel de atención. La totalidad de estos efectores de salud cuentan con un financiamiento público provincial, excepto uno de los Centros de Salud (ubicado en el Barrio Nuevo Horizonte), el cual es la única experiencia de práctica de atención municipal.

Sin embargo, las apariencias de un contexto favorable guardan ciertas dificultades. Las prácticas de promoción y prevención de salud suelen ser definidas en su implementación por cada Centro de Atención Primaria y no se encuentran bajo un programa con rectoría gubernamental. Esto conlleva a que la magnitud de la participación comunitaria de la salud esté, si es que existe, concatenada con la organización propia de cada una de las comunidades, y a partir de allí, el trabajo en conjunto con los efectores.

Las particularidades de Santa Fe, y el contexto sociocultural de las últimas décadas en el país, generaron un clima que impulsó la conformación de clubes barriales en la zona, proceso también potenciado por la articulación de la LIB. A continuación se detalla brevemente cómo surge la organización, siendo inicialmente un fenómeno deportivo - social.

2.4. Surgimiento y análisis organizacional.

Santa Fe se encuentra muy cerca de la confluencia de dos grandes ríos, el Paraná y el Salado, los cuales delimitan la ciudad hacia el sureste y el oeste. Esto ha generado que el aumento demográfico, en las últimas décadas, ha sido muy consistente en todo el cordón oeste y hacia el noroeste de la ciudad, aumentando considerablemente la población en estos sectores.

Este crecimiento desproporcionado de la ciudad no se llevó adelante consecuentemente con la urbanización y prestación de servicios básicos (luz, agua, gas, cloacas), generando

establecimientos precarios y populares en estas zonas. Algo similar ocurre si se estudia la presencia de instituciones deportivas en estos sectores.

Si se examina el estado de los clubes sociales, deportivos y culturales de la ciudad, a través del análisis de un relevamiento de clubes realizado en el año 2014, se puede afirmar que el crecimiento de la ciudad, sostenido y en dirección noroeste, no se correlacionó con un desarrollo de instituciones de prácticas deportivas, culturales y sociales como lo son los clubes. (Esto se grafica en las imágenes satelitales).

Por otro lado, vale aclarar que la mayor cantidad de clubes con un marco institucional legítimo, mejor nivel de infraestructura y mayor cantidad de socios, son aquellos fundados hasta la mitad del siglo pasado. Y, justamente, son los clubes que se encuentran mayormente en las zonas urbanizadas de la Ciudad, donde la provisión de servicios básicos está presente.

Además, se reconoce que el proceso de fundación de clubes a nivel nacional tuvo su auge a inicios de siglo XX, disminuyendo hacia mitad de siglo, y luego, desapareciendo hacia la década de 1970. Proceso que luego fue dando lugar a la ausencia de formación de clubes en las nuevas zonas geográficas de la ciudad en donde la población creció en mayor medida.

Es decir que el desplazamiento del ejido urbano de las últimas décadas, generó la conformación de diversos barrios, en su mayoría populares y de múltiples carencias, dentro de las cuales se menciona la ausencia de clubes (Frydenberg, 2011).

Como respuesta a ello, en la última década, en aquellos barrios periféricos de la Ciudad de Santa Fe, en donde no sólo existen deficiencias en cuanto a la provisión de servicios básicos y urbanización sino también carencias en indicadores laborales, de seguridad, habitacionales, entre otros, se comienzan a crear escuelas y clubes de fútbol a partir de la predisposición de vecinos y vecinas, que básicamente ocupaban la cancha del barrio o algún terreno baldío a disposición para construirla, y conformar así el Club barrial.

El trabajo mancomunado de estos clubes barriales, que cuentan con un precario marco institucional y carente infraestructura da lugar, en el año 2012, a la conformación de LIB, la cual nuclea en la actualidad a 30 clubes barriales y más de 15 escuelas de fútbol.

En los mapas a continuación, se pueden observar, en primera instancia, clubes relevados durante el año 2014 (considerando aquellos que poseen un marco institucional jurídico legal), en el cual se descartan las instituciones que tienen como actividad única y principal las

bochas. Mientras que, en la segunda imagen, se agregan los clubes que conforman la LIB. De lo cual resulta evidente como éstos últimos se fueron creando en los barrios más periféricos de la ciudad.²

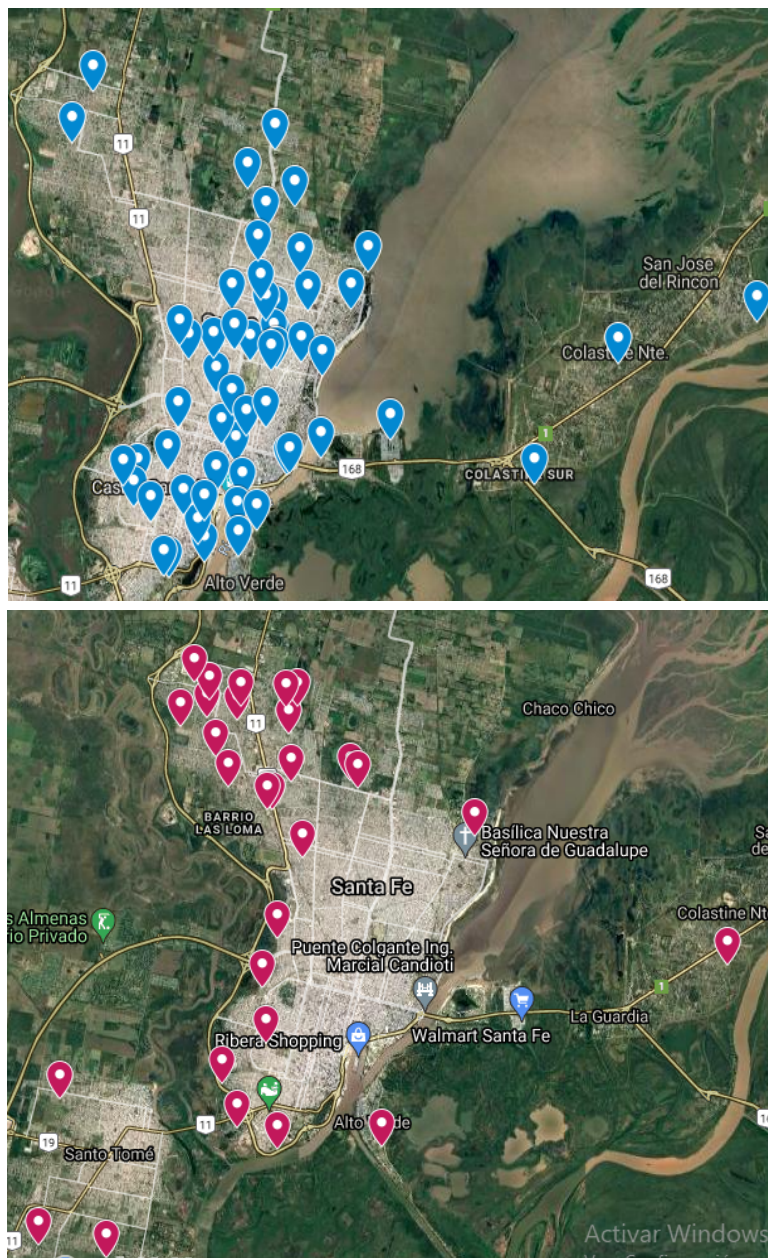


Imagen 1. Clubes de la Ciudad de Santa Fe (Relevamiento del año 2014).

Imagen 2. Clubes de la Liga Infantil de los Barrios, en su mayoría fundados en la última década.

En este proceso, y durante los últimos años, la LIB ofrece una respuesta ante las necesidades barriales, llevando adelante un espacio de acceso al derecho al deporte, la cultura y la sociabilización de la comunidad. Con extremadas limitaciones económicas, estructurales y en

² Este análisis pormenorizado y construido a lo largo del tiempo forma parte de las fuentes de planificación de quienes incansablemente, día a día, y desde los clubes construyen la Liga Infantil de los Barrios.

cuanto a sus instalaciones, y no sólo con un enfoque deportivo, sino también socio-comunitario, los clubes barriales expresan una de las formas en las cuales la comunidad se organiza para afrontar los problemas presentes en su barrio.

Por otro lado, es importante destacar la idiosincrasia de la Organización. La LIB si bien está compuesta por diversos clubes, estos no actúan aislados unos de otros. Sino que referentes de cada uno de ellos suelen diagramar y programar en conjunto las diversas actividades, teniendo una periodicidad de reuniones o espacios de planificación (copas de leche, fútbol, talleres productivos, etc).

Tomando como referencia a Mintzberg, sería difícil encasillar a la LIB dentro de un tipo de organización. Pudiendo ser una adhocracia, principalmente por la difusión de roles entre las personas que participan, pero adoptando características particulares, ya que no se llevan adelante actividades profesionalizantes como es en dicho caso. Mientras que, la coordinación o la figura jerárquica de la dirección ejecutiva no aparece explícitamente, sino que se legitima a través del trabajo y de lo que en la realidad efectiva sucede (Mintzberg, 2001).

Mientras que, analizando las relaciones entre los participantes, los modos de cooperación y los valores, la organización vendría a funcionar bajo un modo de gobernanza basado en valores (Báscolo, 2010).

Por otro lado, si bien en términos jurídicos la LIB es una Asociación Civil, el desarrollo ‘artesanal’ de los clubes que la conforman, el contexto complejo en el cual se anclan, las necesidades por las cuales fueron formados, la precariedad de sus establecimientos y la fortaleza, solidaridad y creatividad de sus participantes hacen a la LIB de una organización con mandatos sociales, normas implícitas y explícitas y organigrama particular.

De esta manera es como surge en Santa Fe, en la última década una organización (la LIB), que tiene como objetivo y misión: permitir el acceso al deporte de manera libre y gratuita a miles de niños, niñas y jóvenes. Y que, con el tiempo, observando las problemáticas que se presentan en la compleja realidad en la cual se anclan los clubes, fue dando lugar al desarrollo de actividades comunitarias, culturales, productivas y sanitarias.

A continuación se muestran actividades y áreas impulsadas por los clubes de la LIB:

- LIB propiamente dicha: Actividad vertebral y unificadora de todos los clubes. Nuclea personas desde los 4 años hasta categorías para adultos/as. Las jornadas se llevan

adelante durante el ciclo lectivo todos los domingos, en donde se disputa un torneo formal, en donde los clubes comparten la jornada alternando localías, rivalizando con cierta competitividad pero también fraternidad, por ejemplo existe una tabla de posiciones, planillas o carnets para cada partido, pero también se comparten espacios de tercer tiempo entre los clubes.

- Encuentros de escuelitas: Desarrollada para escuelas de fútbol que no participan cotidianamente de la LIB, pero que disputan encuentros para menores de 14 años. Llevadas adelante en un lugar estratégico para facilitar el acceso a diversas escuelas, muchas de las cuales, luego ingresan a la LIB.
- Espacios productivos - talleres de oficio: Las personas que constituyen los clubes también supieron organizarse para resolver la dificultad en cuanto al acceso laboral. Ejemplos como la cooperativa Sabores Costeros (del Club Arroyito Seco), La Bloquera Gigante de los Barrios (de Club Apache) o la Panadería (de Club Hipódromo - Las flores), son muestra de cómo el trabajo por cuenta propia suele organizarse también desde los clubes. Además de ello, muchas instituciones brindan espacios de formación en carpintería, herrería, albañilería, serigrafía, panadería y costura.
- Espacios educativos/culturales: Diversos clubes llevan adelante talleres, siendo lo más convocantes las murgas y batucadas. Como así también talleres de apoyo escolar.
- Área sociocomunitaria: 15 clubes de la LIB llevan adelante espacios de comedor o copas de leche.
- FS-LIB: El frente de Salud desarrolla desde el año 2019 actividades que se detallarán en el presente trabajo.

A continuación se observa una línea histórica de la conformación y desarrollo de la LIB.



Imagen 3. Línea histórica de la LIB.

En el apartado siguiente analizaremos el marco problemático que llevó a la organización a conformar un Frente de Salud.

3. Formulación, documentación y construcción epidemiológica del problema.

3.1. Formulación del problema.

Si se retoma el análisis municipal y de localidades aledañas, mencionado en el apartado previo, en donde se describe que el crecimiento poblacional dio lugar a la conformación de nuevos aglomerados demográficos en puntos de la ciudad donde la provisión de los servicios, la urbanización y la presencia de instituciones deportivas, culturales y sociales era y continúa siendo escasa, se podría decir que los clubes barriales emergen como una posible solución ante este último problema, ofreciendo un espacio para que miles de chicos/as desarrollen dichas actividades.

Aunque, en lo que respecta al ámbito sanitario, se podría afirmar que en cada uno de los barrios en donde se desarrollan los clubes barriales existe un CAPS, lo cual podría suponer un Estado presente en ese marco. A continuación se muestra de manera gráfica como los CAPS se extienden en todo el ejido urbano de Santa Fe y alrededores.

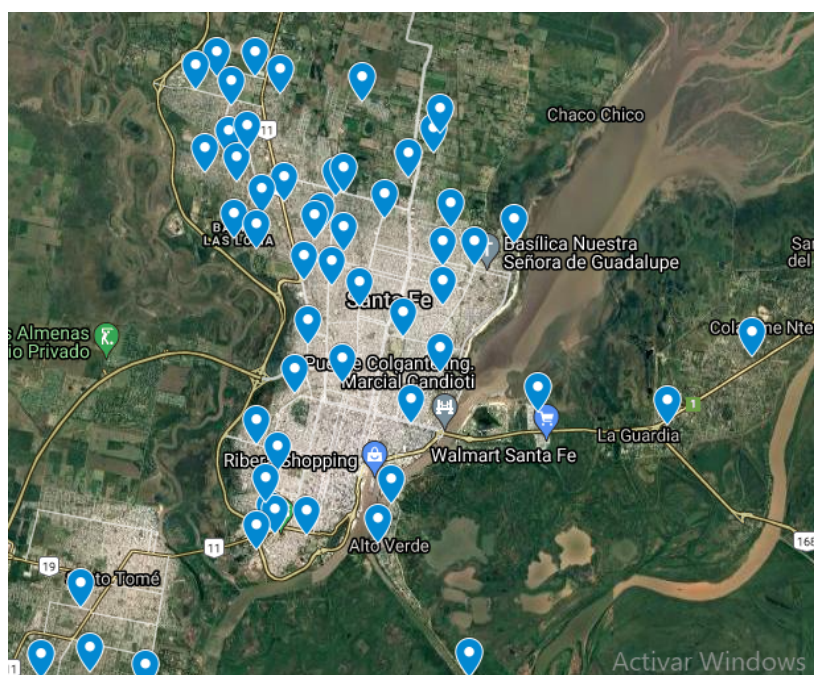


Imagen 4. Centros de Atención Primaria de la Salud de Santa Fe y alrededores.

Sin embargo, y retomando el concepto de Salud y el desarrollo de las prácticas de APS desde su declaración en Alma Ata, se reconoce una deficiente participación comunitaria, una escasa comunicación comunidad ↔ centro de salud, o también instituciones (en este caso clubes barriales) ↔ centro de salud.

Se podría graficar lo mencionado anteriormente, lo cual se plantea como hipótesis para llevar adelante el FSC-LIB: el vínculo comunidad - CAPS es deficitario.



Imagen 5. Representación del problema.

Es decir, que no sólo la presencia de un efector de salud es necesaria para abordar las cuestiones sanitarias de un barrio, sino también como cada uno de estos CAPS desarrollan su actividad en conjunto con la comunidad. Obviamente sin dejar de lado los determinantes sociales de la salud, en barrios donde existe una escasa regularización de recolección de residuos, conformándose basurales a cielo abierto, inseguridad, pobre urbanización, escandalosos indicadores laborales, entre otras cosas, difícilmente los índices sanitarios sean superiores a otras zonas en donde estos servicios o índices sociales están garantizados.

A partir de este contexto, y en el proceso de la profundización de prácticas deportivas, culturales y sociales, durante el año 2019 se comienza a gestar un Frente de Salud de la LIB, conformado por un grupo de profesionales de la salud y referentes barriales con el objetivo de llevar adelante un rol activo en las cuestiones sanitarias de cada barrio en el cual se anclan los clubes barriales. Dicha experiencia ha dado lugar a prácticas sanitarias de promoción y prevención de salud que constan de tres ejes en la actualidad: relevamientos de salud en un barrio específico, relevamientos de salud en los clubes de la LIB, y abordajes de prevención en consumos problemáticos.

Es decir, a partir de detectar el problema enunciado. El FSC-LIB se gesta con la idea de poder vincular, actuando como puente, entre estos dos establecimientos. Siendo el club en este caso una puerta de entrada al sistema de salud.



Imagen 6. Representación de hipótesis como solución al problema.

En este marco, en el siguiente trabajo se propone: Sistematizar la experiencia del Frente de Salud Comunitaria de la Liga Infantil de los Barrios, en clubes pertenecientes a dicha organización, en el Gran Santa Fe, durante el período 2019 al 2021.

4. Objetivos.

4.1. Objetivo general.

- Sistematizar experiencias del Frente de Salud Comunitaria de la Liga Infantil de los Barrios, en clubes pertenecientes a dicha organización, en el Gran Santa Fe, durante el período 2019 al 2021. Asimismo, analizar el marco conceptual, normativo y metodológico a partir del cual se realizan las acciones a fin de proponer políticas públicas.

4.2. Objetivos específicos.

1. Describir e historizar las actividades, identificando problema de salud y análisis contextual que llevó adelante a la conformación del Frente de Salud Comunitaria.
2. Identificar el marco conceptual/metodológico y normativo/regulativo, a nivel nacional y provincial, en el cual se encuadran las actividades de Promotores/as Comunitarios/as de Salud, actores preponderantes del Frente de Salud Comunitaria.
3. Producir información sobre los principales resultados encontrados a partir de los relevamientos de salud llevados adelante en los clubes y en los barrios de los mismos.
4. Identificar lecciones aprendidas y buenas prácticas socio-sanitarias y de gestión a fin de promover la replicabilidad de las estrategias desarrolladas por el Frente de Salud y proponer políticas públicas enmarcadas en regular y potenciar la participación social y la salud comunitaria.

5. Marco conceptual.

5.1. Definición de variables involucradas.

5.1.a. Atención primaria de la salud (APS).

La primera aproximación sobre APS fue propuesta hace décadas en la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978), a partir de allí se han sucedido numerosos consensos o declaraciones internacionales. Más aún, y siendo reflejo del nivel de discusión a nivel internacional, desde el año 1988 se llevan adelante periódicamente las declaraciones sobre promoción de salud: Adelaida (OMS, 1988); Declaración de Sundsvall (OMS, 1991); Declaración de Yakarta (OMS, 1997); Adelaida (OMS, 2010); Astaná (OMS, 2018). Dichos documentos se profundizan en el marco normativo ya que la promoción de salud podría considerarse como una práctica de la APS.

Sin embargo, luego de enunciar las directrices iniciales sobre APS, la OPS/OMS (2007) reconoce la tensión que existe al conceptualizar, y mucho más implementar estrategias de atención primaria de la salud. Aceptando que hay grupos que piensan en una APS selectiva, destinada a sectores de la población excluidos, y por otro lado, quienes defienden la APS desde una perspectiva de los derechos humanos o desde la salud integral.

Alicia Stolkiner expresa que además de las tensiones discursivas, y por ende en la ejecución de políticas públicas en esta dirección, también se da una deficiencia con respecto al financiamiento. La fragmentación y segmentación del sistema de salud nacional impacta directamente en la mala ejecución del gasto.

Teniendo en cuenta que aproximadamente una décima parte del PBI representa el gasto en salud y, considerando que el mismo es un valor elevado con respecto a otros países de la región y naciones desarrolladas se sobreentiende que los resultados podrían mejorarse. Más aún si se redirecciona el gasto, considerando que de la totalidad del mismo, sólo un 6% se destina a financiar actividades en el marco de la APS (Stolkiner y cols., 2011).

Continuando con la divergencia a la hora de la conceptualización, Mario Testa (Testa, 1988), propone que la lógica de la APS ‘se entiende’ de manera diferente según el sistema de salud en el cual se está inmerso, sosteniendo que no es lo mismo pensar en una práctica de atención primaria en un sistema y economía capitalista, que en estados de tendencia socialista o

socialdemócrata que generalmente tienden a presentar un sistema único de administración, financiamiento y acceso para toda la población.

También Mario Rovere (Rovere, 2012) reconoce las ‘contradicciones conceptuales’ y las ‘afirmaciones doctrinarias’ en torno a la APS, lo cual se evidencia claramente en el estrepitoso fracaso de la afirmación ‘salud para todos’ que enarbolaba la Declaración de Alma Ata, aunque también el autor reconoce que dicho enunciado fue un acierto comunicacional.

Él mismo, destaca, que se deben celebrar los evidentes logros en salud a partir de la asamblea del año 1978: aumento en la esperanza de vida, incremento del personal de salud que se desempeña laboralmente fuera de los hospitales, la difusión de algunas especialidades (médico de familia y generalista), la incorporación de personal de origen de las propias comunidades, y el aumento de centros de atención primaria, etc.

Con respecto al enfoque de los derechos humanos mencionado anteriormente, diversos autores reconocen el progreso que implica enunciar el acceso a la salud como un derecho, ocultando la focalización hacia la salud como una mercancía y, por otro lado, despejando las concepciones que promulgan los servicios de salud y la atención primaria de la salud como una asistencia o respuesta ante una carencia (Echegoyemberry y cols., 2017).

Entender el acceso a la salud como un derecho básico y propio de cada ser humano abre la puerta a pensar estrategias que permitan, a través de su implementación, lograr que el derecho no sea una mera enunciación, sino que se materialice en un acceso real y equitativo a toda la población. En esta lógica, se debe pensar en la APS no sólo como la puerta de entrada al sistema de salud, como propone Testa (Testa 1988), a través del cual el paciente o la persona pueda acceder a los diferentes niveles de atención, sino que también a un mecanismo de circulación en donde el sujeto este inmerso constantemente en ese sistema, en donde cada eslabón se interconecta con el resto.

Como se ha visto, diversos autores aceptan las tensiones existentes a la hora de hablar de APS, en la misma dirección a Testa, otros (Ase & Burijovich, 2009) exponen un caso de la provincia de Córdoba para advertir que se debe participar no sólo en la disputa sobre la conceptualización de la APS, sino que también tener un rol activo a partir de las experiencias y la práctica cotidiana hacia la implementación de medidas y políticas con enfoques de derechos.

Por ello, al igual que Testa, problematizan que al reconocer la salud como un derecho y la importancia de pensar en la lógica de las APS como mecanismo de puerta de entrada al sistema y circulación de las personas, esto podría llevar a que ciertos sectores la consideren como una política sanitaria exclusiva para sectores excluidos de la población. A lo cual Testa llamó ‘atención primitiva de la salud’.

Enunciar que toda persona, por su simple condición de ser humano tiene como derecho el acceso a la salud y suponiendo un ideal en donde se de la garantía plena del mismo, generaría que las tensiones en torno al debate se focalizaran sobre las obligaciones de las personas y la sociedad. Dicho esto, y en correlación a los objetivos del presente trabajo, se cree fundamental, que la participación social de la salud es una herramienta óptima para garantizar el derecho a la salud a través de un rol activo por parte de la población, politizada, propositiva y organizada.

5.1.b. Participación social en salud (PS).

Muchas veces el origen real de los problemas cotidianos de la sociedad suelen ser pensados fuera del contexto, ámbito y comunidad en la cual la problemática se presenta. Mario Testa, reconoce que cuando esto sucede el fracaso es inevitable. El problema puede no ser reconocido en su totalidad. Mientras que el otro camino a tomar es a través de la participación de la comunidad, en donde las necesidades son conocidas, y por ende la solución se piensa y ejecuta de forma concreta. De hecho, de manera histórica y de forma creativa las comunidades se han autoorganizado para resolver las problemáticas ante un Estado ausente (Testa, 1988).

Otro autor de importancia en la temática es Menéndez (Menéndez, 1998), quien reconoce que la participación social en salud es importante para ‘movilizar y generar transformaciones’. También converge en la misma dirección a Testa, en que la sociedad reconoce la problemática de la mejor manera y por ello debe participar de las decisiones.

Además, expone las contradicciones que pueden focalizarse sobre la PS, la cual por algunos sectores es postulada como un recurso para sobrepasar la pobreza, mientras que para otros, es la herramienta ideal para generar un verdadero cambio, a través de la organización de la comunidad.

Por último, también defiende la labor de los movimientos sociales en estas disputas, reconociendo la dificultad que se presenta al reconocer la problemática, y que la necesidad se convierta en demanda, y más aún en una respuesta en el plano político, cultural e ideológico.

Dicho esto, es menester destacar los tipos de PS que proponen Zaldúa y Bottin (Zaldúa & Bottin, 2017):

- Participación social comunitaria: promovida por entes gubernamentales y/o organismos internacionales.
- Participación social popular: las iniciativas son promovidas desde las clases subalternas (movimientos sociales por ejemplo).
- Y por otro lado, otros dos tipos, la PS ciudadana y la PS política tendientes a la defensa de derechos o de igualdad respectivamente.

Por otro lado, si bien Stolkiner (Stolkiner y cols., 2011) reconoce que hasta hace un década en el suelo argentino no se habían implementado políticas públicas e institucionalizado prácticas de participación social en salud, remarca, junto a Bang (Bang, 2013), la importancia del trabajo en redes entre instituciones u organizaciones en la salud comunitaria.

Rovere (Rovere, 1999) también ha profundizado sobre la importancia de articular en redes entre los diferentes servicios y personal de salud, lo cual permite gestionar diferentes pensamientos, ideas y modos, es decir integrar formas de trabajo y lograr resultados en conjunto a pesar de las heterogeneidades.

Como se refleja, diferentes autores resaltan la importancia de la participación social y de la cooperación entre las diferentes organizaciones en salud. Un concepto ampliamente difundido actualmente y que también guarda relación con la PS es la salud comunitaria, la cual se describe a continuación.

5.1.c. Salud comunitaria - Promotoras comunitarias de la salud.

Al ser un concepto que ha tomado mayor difusión en las últimas décadas, diversos autores, resaltan la imprecisión del mismo, lo cual se traduce en una heterogeneidad de prácticas alrededor del término. Aunque guarda una relación muy íntima con la PS, se cree relevante profundizar sobre el mismo (Armas y cols., 2018).

Se lo podría ubicar como un concepto más amplio que la salud meramente individual, pero más focalizado que una concepción poblacional, propia de la epidemiología clásica.

Ubicando contextualmente a la salud comunitaria en el barrio, un territorio o en una comunidad específica (Paserín & Diez, 2013).

El fenómeno enriquecedor que guarda el concepto es que ‘hacer salud comunitaria’ no supone una intervención pensada, planificada y dirigida por un sector pero llevada adelante por otro (apreciación que se podría correlacionar con los enunciados de Mario Testa con respecto a la ‘atención primitiva de la salud’).

Sino que en la praxis la acción la lleva adelante el conjunto, un colectivo, en pos del beneficio de la comunidad. Armas (Armas y cols., 2018) propone, a partir de ello, utilizar el concepto de ‘acción comunitaria’, por sobre el de ‘intervención comunitaria’, entendiendo también que la misma, se extravasa de lo estrictamente sanitario.

En la misma dirección, Aguilar Idáñez (1996) propone que la salud comunitaria (mencionada en términos de participación comunitaria) es la herramienta por la cual, no sólo un grupo de personas que comparte valores, lugar geográfico y costumbres se organiza para llevar adelante acciones con el fin del beneficio de la comunidad, sino que también debería permitir diagramar, planificar, coestionar y materializar políticas públicas.

Todo programa o proyecto de salud con base comunitaria debe contar con una planificación estratégica para detectar el problema, objetivos, fundamentación y método de acción para lograr el fin buscado (Laplacette, 2007).

A partir de esto se debe focalizar sobre el rol del principal eslabón en la salud comunitaria: promotores/as de salud comunitaria. Según un grupo de estudio de la OMS (1989), haciendo mención en este caso a ‘agentes de salud comunitaria’, se deposita en este actor, no sólo la función de prestar un servicio de salud sino que también, la promoción de salud en la comunidad. Y por otro lado, debe reconocerse que no necesariamente el/la PCS debe formar parte del sistema de salud formal, pero sí debe estar vinculado con el mismo.

En la misma línea Armas propone que toda acción comunitaria posee tres elementos indispensables: equidad (justamente las acciones comunitarias impactan sobre los fenómenos que generan la desigualdad en salud), evaluación (es decir valorar las acciones comunitarias de manera metodológica) y participación (el rol activo de la comunidad) (Armas y cols., 2018). Este último, es fundamental, porque a partir de la enunciación del mismo y de la comprensión del concepto queda reflejada la relación que existe entre los términos abordados (APS - PS - Salud Comunitaria) y da pie a desarrollar la prevención y promoción de salud.

4.1.d. Prevención y promoción de la salud.

En el marco normativo se desarrolla con mayor profundidad los enunciados llevados adelante en las diferentes Conferencias Internacionales para la promoción de la salud, siendo la Carta de Ottawa su documento inicial. Más allá de ello, se debe reconocer que al hablar de prevención de salud se hace referencia a todas las medidas llevadas adelante para evitar un fenómeno, generalmente patógeno, o su desarrollo y progresión (enfermedad o factor de riesgo), mientras que la promoción se focaliza en la salud, la participación ciudadana y en los determinantes sociales de la salud (Vignolo y cols., 2011).

Hablar de promoción de salud excede a lo estrictamente sanitario, lo cual permite discutir condiciones ambientales, sociales y económicas que se relacionan con lo que se conoce como determinantes sociales de la salud.

Considerando algunos autores, Menéndez (1988) reflexiona sobre el contexto global en el cual surgen las premisas de APS y sus implicancias en los sistemas de salud latinoamericanos. Además de ello, en sus postulados sobre el Modelo Médico Hegemónico, sistema atencional aún presente, propone que la implementación de estrategias tendientes a la atención primaria, la participación comunitaria y reales métodos de prevención y promoción deberían ser los cimientos para conformar nuevos horizontes hacia futuros modelos atencionales, abarcando todo el espectro de salud/enfermedad/atención/cuidado. Algo en lo que coincide Robinson, al proponer la integración de los servicios de prevención y promoción con los de atención y hospitalarios (Robinson, 1997).

5.1.e. Determinantes sociales de la salud - Salud Colectiva.

La OMS define los determinantes sociales de la salud como ‘las circunstancias en donde las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de vida cotidiana’.³

Sin embargo, es necesario tener presente que hay ‘circunstancias’ que forman parte de la vida común de las sociedades como la desigualdad económica, los altos índices de desempleo, la escasa provisión de servicios básicos que son características que acompañan a ciertos sectores de la población. Y no por ello son mencionadas como causas o factores de riesgo de diversas patologías, como bien menciona Rose, al hablar de ‘individuos enfermos, poblaciones enfermas’ (Rose, 1985).

³ Extraído de la página oficial de la OMS. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

De la misma manera, Cardona, reconociendo las diferentes vertientes conceptuales al hablar del proceso de salud - enfermedad y de los diversos modelos de atención, resalta que los determinantes sociales en salud ponen el foco en un plano global, que pretende analizar los modos de vida de la población, el contexto social, económico, político y cultural. A partir de lo cual se lo puede relacionar con prácticas tendientes a la promoción y prevención de la salud en términos poblacionales. A diferencia de la atención singular que se enfoca en el tratamiento de la enfermedad o en paliar algún factor de riesgo, modo de atención permeado por un modelo biomédico (Cardona, 2016).

En dirección hacia los determinantes sociales de la salud en general y teniendo en cuenta las particularidades de latinoamérica en donde ha tenido un desarrollo histórico el proceso de ‘salud - enfermedad - atención y cuidado’, es donde la visión de la salud colectiva ha propuesto diversas estrategias, en donde no sólo se considera que el cambio se da a través de políticas públicas, sino que también a partir de la participación social y política de la sociedad (Stolkiner y Gómez, 2012).

5.1.f. Sistema de Salud de Argentina - su correlación en la APS.

Según el informe de Salud en las Américas de la OPS/OMS (OPS/OMS, 2017), en el sistema de salud argentino se estructuran tres subsectores: público, privado y el de la seguridad social existiendo poca coordinación entre los mismos. Si bien el sector público garantiza el acceso universal esto no se da en la realidad existiendo una fragmentación y segmentación en los diferentes estratos del sistema (Arce, 2012).

Por otro lado, si bien el gasto en salud con respecto al PBI es elevado en comparación con otros países (alrededor del 9,4% del PBI se dirige al sector salud) esto no se refleja en mejores indicadores, existiendo una gran dispersión del gasto, y una elevada proporción del mismo se direcciona hacia el sector privado. Del 9,4 % del PBI se dividen de la siguiente manera: 2,7% al sector público, 3,9% al de la seguridad social y 2,8% el privado (OPS/OMS, 2019).

Mientras que de la totalidad del gasto dirigido a salud, sólo el 6% se destina a financiar actividades enmarcadas en la APS. Prevalciendo un modo de atención hospitalocéntrico influenciado de gran manera por el modelo médico hegemónico (Stolkiner y cols, 2011).

Cetrángolo propone que además de la fragmentación de los tres subsectores de la salud, la inequidad en el acceso y en la cobertura se da por múltiples factores, dentro de los cuales se

pueden reconocer la heterogeneización de las condiciones de empleo, y por ende de ingresos, lo cual también se refleja en el elevado gasto de bolsillo de la población.

También se debe tener en cuenta las diferencias que existen territorialmente, es decir entre las provincias, las cuales a partir del proceso de descentralización en cuanto a la gestión y el financiamiento debieron absorber gran cantidad del porcentaje de gasto en salud.

A partir de eso el autor sostiene que podría cuestionarse el concepto de ‘sistema de salud’. Considerando que las distinciones entre cada sector y la escasa vinculación y coordinación entre los mismos, y a su vez las diferencias entre las provincias y los sectores poblacionales hacen que existan múltiples inequidades a la hora de acceder a un sistema de salud homogéneo (Centrángolo & Goldschmit, 2018).

Se podría decir que la conformación del sistema de salud ha sufrido diferentes modificaciones a lo largo del último siglo, tensionado entre ‘procesos de acumulación’ principalmente en la primera mitad del siglo XX y ‘bombas de fragmentación’ hasta la actualidad (Rovere, 2016). Y si bien en las últimas décadas existieron - y persisten - debates e intentos de unificación del sistema, no se ha podido avanzar en dicha dirección.

5.2. Antecedentes relevantes del problema.

5.2.a. *Alma Ata, ¿cómo punto de partida?. Antecedentes en Latinoamérica.*

A lo largo de la historia, incluso antes de la Declaración de Alma Ata, los imperios, regímenes feudales, y posteriormente los Estados - Nación han llevado adelante estrategias de control, vigilancia o programas tendientes a fortalecer la salud de la población, bajo premisas de lo que hoy se conoce como prevención y promoción de la salud o APS. Si bien no es el objetivo del presente trabajo realizar un análisis pormenorizado de dicho proceso histórico, es importante destacar que las sociedades, en diferentes ocasiones y con distinciones en cuanto al método, marco teórico o fundamentación, se han movilizado para salvaguardar la salud pública.

Dicho esto es importante destacar la relevancia de Alma Ata, en primer lugar por el contexto geopolítico global, económico y social hacia fines del siglo pasado cuando se llevó adelante la Conferencia, y por otro lado, por las consecuencias y cambios de paradigmas que generó en el sector salud a nivel mundial y en Latinoamérica.

Muestra de ello son algunos procesos, como la modificación de la Constitución Brasileira en el año 1986 reconociendo a la salud como un derecho y abriendo las puertas para formar el Sistema Único de Salud de dicho país y la conformación del Programa Salud de Familia dentro del cual participan agentes comunitarios con profesionales de salud. También se pueden destacar, en el mismo año, la creación del Médico de Familia impulsada por Cuba, en donde también se potenció el sistema de salud nacional, con un fuerte arraigo en el primer nivel de atención (Rovere, 2012).

Otro caso reconocido es el Programa 'Misión Barrio Adentro' en Venezuela, ya más actual cronológicamente y posterior al avance neoliberal de los '90, e impulsado en un inicio por la relación con el Gobierno cubano. El programa consistía en la creación de centros médicos en barrios populares, inicialmente de Caracas, que eran llevados adelante por médicos formados en atención primaria y que se alojaban y vivían en el lugar de trabajo, impulsando la participación social y formación comunitaria de la población. Otro aspecto a destacar de dicho programa es la articulación que llevó adelante el gobierno nacional y provincial con organizaciones y asociaciones civiles de la sociedad (lo que en Argentina se reconoce como movimientos sociales) (Muntaner y cols., 2008).

Es indudable el aporte en cuanto al capital simbólico, social, político y cultural de Alma Ata, igualmente cabe destacar que sus premisas, si bien siguen vigentes, constantemente se ven socavadas y/o cuestionadas como sucedió apenas una década posterior a su enunciación, ante el avance del bloque neoliberal a nivel global a partir de la caída del muro de Berlín y durante la década de los '90, que en el área de salud se tradujo en la publicación del reconocido documento del Banco Mundial: "Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud", que enarbolaba las banderas del neoliberalismo (Rovere, 2012).

A partir de este breve repaso histórico como marco general, es importante destacar algunos antecedentes particulares que, más allá de sus resultados en la realidad (excede a este trabajo evaluar dichas políticas públicas), guardan cierta relación con las premisas de salud comunitaria, participación social y APS en Argentina, y que además, han servido como fuente de inspiración o reflejo identitario al FSC - LIB.

5.2.b. ATAMDOS: Salud comunitaria y participación social como política pública.

En Argentina también se vieron respuestas favorables a las premisas vertidas en Alma Ata, en su mayor medida posterior a la vuelta de la democracia, a mediados de los '80, e inicialmente en el plano académico a partir de la conformación de foros y grupos de discusión (Rovere, 2012).

Más adelante, una de las iniciativas políticas más destacable en el plano de las APS, fue el programa ATAMDOS (Atención Ambulatoria Domiciliaria en Salud), impulsado por un breve período de tiempo, en la Provincia de Buenos Aires, por el Ministro de Salud Floreal Ferrara, bajo la Gobernación de Antonio Cafiero.

ATAMDOS consistía en la conformación de equipos de salud interdisciplinarios, integrados por profesionales de medicina, bioquímica, odontología, trabajo social, psicología y enfermería. Cada grupo tenía bajo su atención alrededor de 300 familias en una zona asignada. Si bien los relevamientos eran mayormente en el centro de salud, el equipo recorría casa por casa, la comunidad designaba representantes en asambleas correspondientes en donde se debatían cuestiones de salud, violencia intrafamiliar, ambientales y comunitarias.

El programa rápidamente se impulsó en un vasto territorio de Buenos Aires, llegando incluso a reducir considerablemente el caudal de pacientes en las guardias hospitalarias, lo cual generó cierta oposición en grupos de poder en el ámbito sanitario y político (Mendizabal & Morrone, 2017).

El breve período de tiempo de Ferrara a cargo del Ministerio, principalmente por los cuestionamientos hacia ATAMDOS, debilitó rápidamente la implementación del programa, que no llegó a generar cambios estructurales a nivel poblacional pero sentó un antecedente que aún hoy continúa siendo mencionado como la mayor política pública implementada en salud desde una perspectiva contrahegemónica, basada en la APS, la participación social y la salud comunitaria (Svampa, 2010).

El recorrido histórico posterior, durante el avance neoliberal de los '90, bloqueó los cambios incipientes que se intentaron llevar adelante en el sector salud. El proceso de globalización, la preponderancia del capitalismo financiero, la pérdida de una perspectiva de planificación estratégica en general, y las políticas públicas y legislaciones tendientes a descentralizar el control de un ente nacional y a desfinanciar el sector de salud en Argentina en particular, entre otras cosas, sentaron las bases para la convulsión política, económica y social del 2001 (Rovere, 1999; Báscolo & Sánchez de León, 2001).

5.2.c. Argentina post 2001 y el auge de los movimientos sociales.

Consecuentemente con la desintegración del tejido social, iniciado el siglo XXI en Argentina comenzaron a gestarse los movimientos sociales. Criticados por múltiples visiones, y de una esencia particular, los sectores desocupados, que en masa habitaban las barriadas de las grandes urbes, comenzaron un lento pero sostenido proceso de organización, que hasta el día de hoy continúa.

Organizando cooperativas, cuadrillas de trabajo, grupos de la agricultura familiar, espacios comunitarios y comedores populares, los movimientos sociales han sido muestra de cómo la comunidad puede organizarse ante las deficientes respuestas por parte del estado (Grabois, 2013).

Uno de los sectores en el cual los grupos subalternos han sabido organizarse es en el sector salud. A través del trabajo territorial de promotoras de salud comunitaria, realizando diferentes actividades de prevención y promoción, conformando centros de atención primaria, dispositivos terapéuticos y de prevención a los consumos problemáticos y hasta conformando mutuales que funcionen como entes de cobertura social, los movimientos sociales vienen llevando adelante diferentes experiencias que forman parte de lo que Zaldúa (Zaldúa & Bottin, 2017) reconoce como Participación Social Comunitaria en Salud (Bruno, 2017; Logroño, 2018).

Si bien excede el objetivo de este trabajo describir detalladamente los diversos procesos de organización popular en torno a la salud y teniendo en cuenta que podría cuestionarse la forma de construcción de poder de las organizaciones o movimientos sociales, tal como dice Souza Campos (Souza Campos, 2017), sus prácticas inciden en la opinión pública y en la legitimación de políticas públicas tendientes a favorecer a los sectores excluidos, es por ello, que se debería focalizar y reconocer aún más el recorrido llevado adelante por estos, a fin de generar instancias que tiendan a fortalecer el sector salud, principalmente bajo las premisas de las APS y la PS.

6. Marco normativo que regula la problemática.

El concepto de salud no está exento a tensiones discursivas, políticas y sociales, es por eso que el mismo puede variar dependiendo el contexto histórico o el lugar de análisis. Aunque, en la actualidad no puede negarse a la salud como un derecho (Echegoyembery, 2021).

A la hora de pensar políticas públicas, planificar programas sanitarios, reformular sistemas o servicios de salud, se debe tener en cuenta el marco legal en el que se encuentra inscripta la problemática que se desea resolver. Para ello, desde el comienzo se debe pensar la salud como un derecho de todas las personas y no como una necesidad de un grupo de la población o una persona vulnerable (Abramovich, 2006).

6.1. Constitución Nacional.

En la Argentina, el derecho a la salud tiene una jerarquía constitucional, siendo el Estado Nacional responsable, garante, proveedor, gestor y asegurador del acceso a la salud de la población. Sin embargo, existen múltiples factores por los cuales, a pesar de ser un derecho declarado, sectores de la población encuentran múltiples barreras, por lo cual es necesario pensar, discutir y modificar la brecha que existe entre el marco legal y el sanitario (Echegoyembery, 2021).

En la Carta Magna, el artículo 42 expresa “los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno”.

Dicho artículo, introducido en la última reforma constitucional del año 1994, expone las garantías que debe proveer el estado a todo/a ciudadano/a en el suelo argentino. A pesar de ello, algunos autores focalizan críticas al hablar en términos de ‘consumidores’, lo cual podría generar la ambigüedad de ser un derecho pero estar regido o influenciado por el mercado (Echegoyembery, 2021; Laurell, 1994).

Sin embargo, en el mismo artículo de la Constitución también se afirma “...Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados...”.

Por otro lado, la Constitución Nacional también versa, en el art. 75, inciso 22, sobre las atribuciones del Congreso: “los tratados y concordatos (internacionales) tienen carácter superior a las leyes...”. Para lo cual se deben analizar los mismos.

6.2. Declaraciones o derechos internacionales.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, elaborados en el año 1948, por la Asamblea General de las Naciones Unidas, expresa en el artículo 22 que “toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social...”, y más aún, en el artículo 25, inciso 1, “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”.⁴

Con respecto a la promoción de la salud, como punto de partida se podría mencionar la Declaración de Alma Ata (1978). La cual significó un hecho histórico con respecto a la atención primaria de la salud, no sólo por la cantidad de Estados-Nación participantes (134 países y múltiples organismos Internacionales), sino también por trascendencia del objetivo “salud para todos”.

Si bien el mismo podría discutirse en cuanto a su implementación y materialización, su importancia radica en el reconocimiento de dos cuestiones fundamentales: la incorporación de los determinantes sociales en lo que respecta a la salud, y también en la importancia que se le otorga a que la comunidad participe en la discusión, planificación y ejecución de políticas públicas tendientes a fortalecer los aspectos sanitarios (OMS, 1978).

Según Menéndez, a partir de dicha declaración “la participación social ha sido propuesta para América Latina como una actividad necesaria no sólo respecto del proceso de salud/enfermedad/atención, sino también respecto de una gran diversidad de campos de la realidad como el educativo, el económico, el recreativo e incluso el cultural”. (Menéndez, 1998)

Otro documento relevante fue la Carta de Ottawa (OMS, 1986), del cual participaron 38 países (sin la presencia de Argentina). Constituyó la primera conferencia internacional específica para la promoción de la salud, entendiéndose no sólo como un objetivo en sí mismo o desde una perspectiva sólo sanitaria, sino como un medio o “fuente de riqueza de la vida cotidiana”. Mientras que también otorga gran relevancia a la acción comunitaria,

⁴ Declaración Internacional de Derechos Humanos. Disponible en:
<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

considerando que “la fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades” (OMS, 1986).

En esta misma dirección se avanzó en las siguientes conferencias internacionales para la promoción de salud: Declaración de Adelaida (1988), Declaración de Sundsvall (1991), Declaración de Yakarta (1997). En esta última se menciona que “las investigaciones ofrecen pruebas convincentes de que la promoción de la salud surge efecto” (OMS, 1997).

En el año 2010, en la Declaración de Adelaida (OMS, 2010), se profundizó en consensos sanitarios, afirmando que la salud se debe tener en cuenta en todas las políticas públicas, lo cual es una de las iniciativas principales para la promoción de la salud. Por último, con la Declaración de Astaná (OMS, 2018), se reafirman los principios de la atención primaria de la salud, proponiendo la cobertura universal de salud.

6.3. Constitución de la Provincia de Santa Fe.

Si bien la última reforma constitucional se dio en el año 1962, décadas previas al proceso de descentralización ocurrido a fines del siglo XX, en donde el Estado Nacional transfirió diversas obligaciones de gestión, financiamiento y organización de diferentes áreas, dentro de ellas salud a los estados provinciales, la Carta Magna provincial, en su artículo 19, expresa que “la provincia tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad. Con tal fin... crea la organización técnica adecuada para la promoción, protección, y reparación de la salud, en colaboración con la Nación...”.

6.4. Marco legislativo de PCS.

En el presente apartado se realiza un análisis detallado del marco legal de los/as PCS, principalmente por ser destacados actores en las prácticas de salud comunitaria.

En el plano legislativo, a nivel nacional no existe un reconocimiento a la trayectoria de las promotoras comunitarias como tal. Si se pueden comprobar experiencias en el marco legal en algunas provincias.

Es el caso de la Provincia de Buenos Aires, que a partir de la reciente Ley 14882 (2016) reconoció el rol de las promotoras comunitarias de salud. Sin embargo, el Ejecutivo luego vetó dicho proyecto (Cabral & Abramovici, 2018).

La Ciudad de Buenos Aires, a partir de la Ley 4679 (2013) también reglamenta la formación, a través de un curso, de promotores comunitarios de la salud, en el que los destinatarios

pueden ser personal de salud, como así también “personas surgidas de las comunidades vulnerables”, lo cual es destacable, ya que incorpora la participación social y comunitaria en la promoción de salud.

Dicha ley, es aún profundizada, a partir de la Resolución 2712/2018, en la cual se asiste económicamente a quienes se capaciten en dicho rol con una suma de \$10.000. Lo cual incentiva el impulso de la promoción comunitaria por parte de la comunidad.

De manera similar, la Provincia de Chaco (Ley 1943/2017) regula la actividad y formación de las promotoras comunitarias.

Un caso paradigmático es el caso de la Provincia de Jujuy, en la cual a través del Decreto 1526-G/2016 no sólo regula la actividad de “promotores comunitarios sociales”, sino también que en el plano deportivo, al “promotor comunitario deportivo”, lo cual es un importante precedente.

Otras provincias, también regulan actividades similares, bajo el reconocimiento de “Agentes Sanitarios”, como lo son los casos de Entre Ríos, Catamarca, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro y también Santa Fe.

En este caso, en Santa Fe, existe el decreto 2588/1987, el cual regula la actividad de los agentes sanitarios y/o comunitarios. Aunque, se debe reconocer que dicha actividad no se desarrolla con una intensidad considerable en la atención primaria local.⁵

6.5. La Liga Infantil de los Barrios y su propio proyecto de ley.

La LIB tiene un amplio recorrido en la planificación de programas, en la gestión de recursos y en la materialización de proyectos que a lo largo de su corta historia ha propuesto, debatido y llevado adelante, obviamente con múltiples avances y retrocesos.

Un ejemplo de ello, es el proyecto de ley formulado, presentado y aprobado en una de las cámaras de la legislatura provincial.

El Proyecto de Ley, “Ligas barriales de niñas, niños y adolescentes”, escrito de puño y letra por referentes/as de los clubes en conjunto con una legisladora provincial, e ingresado a la legislatura en el año 2020, cuenta con la aprobación de la cámara de diputados/as.

⁵ Todas las leyes y/o resoluciones disponibles en http://leg.msal.gov.ar/atlas/categorias/agente_sanitario.html

Durante el presente año, se han llevado adelante seguimiento, comunicaciones y reuniones con diferentes ministros, asesores y legisladores a fin de garantizar la votación de la ley en la cámara de senadores.

La misma, como se puede observar en el anexo, tiende a fortalecer la práctica deportiva, desarrollo institucional, fortalecimiento de los clubes y ligas barriales en toda la provincia y, entre otras cosas, vincular los clubes con los diferentes entes de salud (Ministerio, centros de salud, etc.).

El proyecto de ley, más allá de su aprobación, su implementación y regulación, se ideó con la idea de generar vínculos a nivel político, institucional y ejecutivo. El mismo se encuentra en el anexo.

7. Marco metodológico.

7.1. Estrategia metodológica y tipo de estudio.

En el presente trabajo se realiza una sistematización de experiencias con características, descriptivas, retrospectivas, longitudinales y cualitativas. Proponiendo como objeto de estudio las actividades del Frente de Salud Comunitaria de la Liga Infantil de los Barrios.

Al ser prácticas desarrolladas por un colectivo de la sociedad civil, la sistematización de experiencias permite historizar el recorrido con una mirada crítica, visibilizarlas, socializarlas y legitimarlas (Bernechea García, 2010; Jara Holliday, 2018).

7.2. Recolección de datos. Técnica, instrumentos y procedimientos.

Según Jara Holliday O. (2018) toda sistematización de experiencia debería contar con cinco tiempos en su desarrollo:

1. establecimiento de un punto de partida;
2. formular plan de sistematización;
3. la recuperación del proceso vivido;
4. las reflexiones de fondo;
5. los puntos de llegada.

En el siguiente apartado se desarrollan los tiempos mencionados por dicho autor, mientras que con respecto al segundo paso: ‘formular plan de sistematización’, el mismo se expresa a continuación, tal como lo recomienda el propio autor:

Objetivos de la sistematización:

- Documentar experiencias de salud comunitaria tendientes a fortalecer la atención primaria de la salud.
- Elaborar reflexiones sobre el trabajo desarrollado y formular propuestas de gestión.

Objeto de la sistematización:

- Experiencias del Frente de Salud Comunitaria de la Liga Infantil de los Barrios, en clubes de dicha organización, durante los años 2019 - 2021.

Eje de la sistematización:

- Actividades llevadas adelante por el FSC-LIB.

Fuentes de información, procedimientos y recursos:

- Documentos e informes generados por el Frente de Salud en cada una de las actividades, registros fotográficos y de observación de las actividades desarrolladas.

La particularidad de la metodología es que existe unificación entre el participante y el investigador, entre el sujeto y el objeto de conocimiento. No sólo se busca organizar la información para comunicar detallada y cronológicamente, sino que también, para obtener una mirada crítica sobre el camino recorrido, a fin de generar conocimiento desde la práctica misma, conformando de esta manera un círculo constante de práctica - reflexión - práctica.

Se lleva adelante un registro de observación y fotográfico. Con respecto al primero, se da la particularidad de que el observador, también es participante de la experiencia. Ambas actividades (participación - observación) se llevaron adelante desde la planificación e inicios de la experiencia hasta el presente. Mientras que el registro fotográfico tuvo como finalidad dar cuenta de la actividad y estimular el debate (Bernechea García, 2010).

Por último, a lo largo de la sistematización se rescatan breves 'experiencias personales' enunciadas por integrantes de la LIB, a fin de dar cuenta de la trascendencia de las actividades desarrolladas.

8. Sistematización de las experiencias.

Anteriormente, se ha introducido brevemente sobre los comienzos, objetivos y desarrollo de la Liga Infantil de los Barrios. A partir de ello se ha relatado brevemente la problemática identificada por la cual se conformó el FSC-LIB.

A continuación se relatan las experiencias en salud del Frente de Salud Comunitaria de la Liga Infantil de los Barrios, en clubes barriales de la ciudad de Santa Fe, desde el año 2019, año de surgimiento del espacio de salud.

8.1. Punto de Partida.

Corriendo el año 2019, la Liga Infantil de los Barrios continuaba desarrollando los espacios deportivos, culturales, sociocomunitarios, productivos y de oficio de manera coordinada y de forma creciente, tal como se desarrolla en el apartado “2.4. Surgimiento y análisis organizacional”.



Imágenes 7. Registro fotográfico de actividades que realiza la LIB.

De izquierda a derecha y arriba hacia abajo: espacio productivo de bloquera - fútbol - taller de serigrafía - espacio de panadería - taller cultural de murga. Todas las actividades en diferentes clubes de la LIB.

De la misma manera que se ha mostrado una línea histórica a fin de sintetizar el recorrido de la LIB, a continuación se presenta otra, específicamente con las experiencias del FSC-LIB, las cuales serán sistematizadas en el presente apartado.

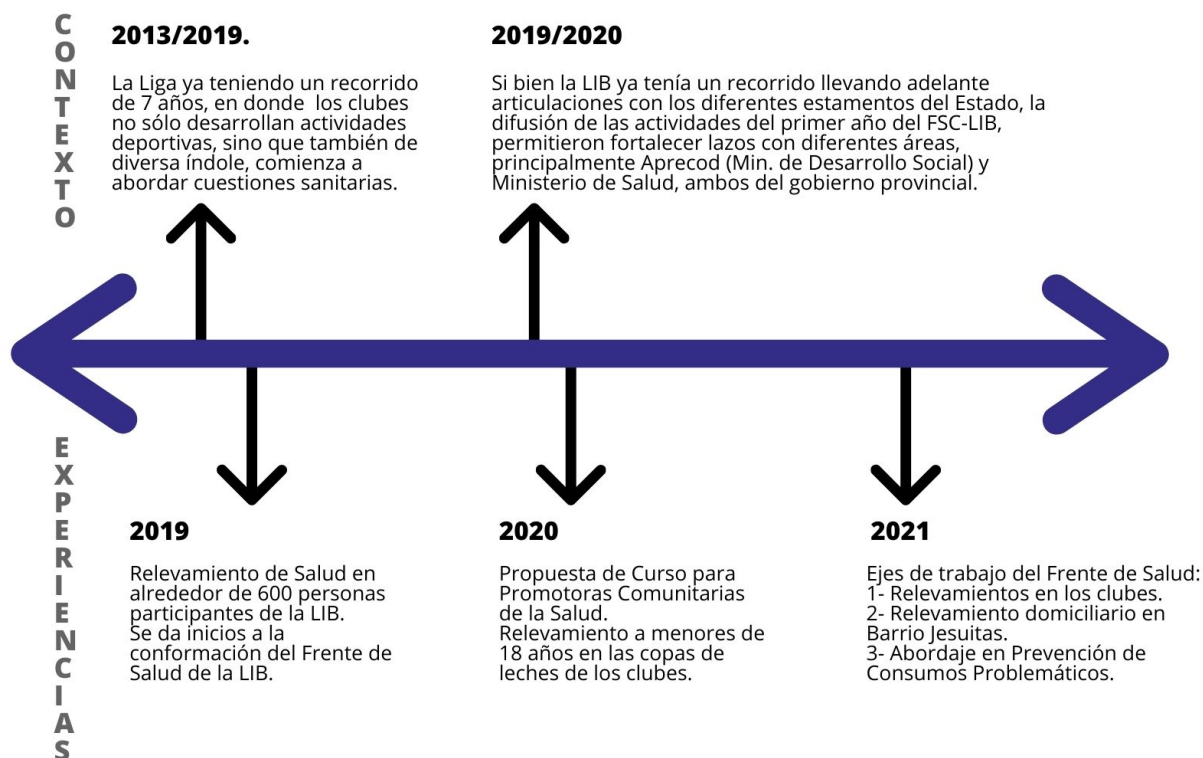


Imagen 8. Línea histórica en el cual surge el FSC-LIB. Se observan actividades a sistematizar.

8.2. Recuperación del proceso vivido.

8.2.a. Constitución del Frente de Salud - Relevamientos de salud en los Clubes.

Al correr el año 2019, comienza a gestarse la idea de conformar un grupo de trabajo que comience a abordar los problemas de salud que se presentaban en la cotidianidad de cada club. Con una impronta territorial y bajo los preceptos de Salud Comunitaria, se da lugar a la conformación del FSC-LIB, luego de varias jornadas de debate y reuniones.

Experiencia personal 1.

En las instancias iniciales se llevaron a cabo reuniones para conformar, idear y planificar los objetivos de trabajo. Recordando dichas instancias, una de las compañeras del Frente, actualmente Promotora Comunitaria de Salud, menciona:

“Era fundamental conectar los Centros de Salud con nuestros clubes. Clubes que supimos construir porque entendimos que dichos espacios no existían en los barrios.

En el caso de los Centros de Salud, no ocurría lo mismo. En nuestra Ciudad, en casi todos

los barrios tenemos un efector sanitario cercano. Que realiza correctamente su trabajo o no. Pero la realidad es que los mismos no construyen lazos de trabajo con el barrio, los vecinos, la comunidad. Es ahí cuando decidimos ir nosotros hacia el dispensario, si el dispensario no viene a nosotros. De la misma manera que nos organizamos para garantizar el derecho de poder acceder al deporte, vamos a ir construyendo un justo acceso a la salud.”

A partir de ello, se convoca a un grupo de profesionales de salud, estudiantes y referentes de los clubes con el objetivo de dar lugar a un relevamiento de salud de manera itinerante en los clubes. El mismo contaba con los siguientes objetivos:

1. Relevar la situación nutricional y antropométrica, plan de vacunación, y detectar problemas cardiovasculares y respiratorios en las personas que participen en la LIB.
2. Detectar y poder realizar un seguimiento de aquellos casos que requieran controles y estudios en el Centro de Atención Primaria pertinente.
3. A partir del punto anterior, generar lazos con el centro de salud de referencia. A fin de fortalecer trabajos en conjunto: centro de salud ↔ comunidad (club).

En dicho proceso, y sólo durante ese año, se sumaron actores pertenecientes a un movimiento de salud, el cual por diferentes razones luego no confluyó dentro del FSC-LIB.

La ficha utilizada durante los relevamientos, para cada persona, consistía en primera instancia, en registrar datos, divididos en la siguiente manera:

- Datos personales y también el centro de salud de referencia a fin de poder determinar el lugar de adscripción a nivel personal y también poblacional. De la misma manera conocer tipo de aseguramiento y antecedentes.

Mientras que en segunda instancia cada persona era relevada por los siguientes profesionales:

- Relevamiento de Enfermería: se constataba el plan de vacunación, talla y peso, para arribar a datos nutricionales. También se registraba presión arterial.
- Relevamiento de Kinesiología: se llevaba a cabo una evaluación antropométrica básica y se daban consejos puntuales para prevenciones músculo-esqueléticas.
- Relevamiento de personal médico: auscultación bilateral en todas las personas. Se recomendaba asistir a un generalista o especialista en particular en aquellos casos que

ameritaba. En esta última instancia el/la médico/a firmaba un ‘apto’ simbólico para participar de las jornadas de la LIB.

A continuación se observa una imagen de la ficha utilizada durante ese año, la cual fue confeccionada por el FSC-LIB tomando como modelo la ficha de control médico utilizada durante los juegos Evita a mediados de siglo pasado.



CONTROL DE SALUD INFANTIL



DATOS PERSONALES

Este cuadro debe ser completado por padre o madre.

Apellido y nombre:.....DNI:.....

Fecha de Nacimiento:.....Grupo Sanguíneo:.....Factor:.....

Domicilio/Localidad/Provincia:.....

Teléfono de contacto (colocar relación familiar):.....

Pertenece a Programa de Salud (provincial o nacional):.....

Obra social:.....

HISTORIA CLINICA

Este cuadro debe ser completado por padre o madre. Colocar una X donde corresponda. Aclarar si es necesario (tipo de cirugía, enfermedad, etc.). De no recordar, se podrá completar el día del chequeo médico.

enfermedades congénitas	paperas	enfermedades cardíacas - soplos
traumatismos	sarampión	enfermedades sangre
cirugías	enfermedades digestivas	enfermedades en la vista
lesiones articulares	enfermedades en hígado	enfermedades ganglios - glandulares
fracturas - esguinces	enfermedades renales	heridas
enfermedades musculares	infecciones urinarias	enfermedades de la piel
fiebre reumática	enfermedades genitales	enfermedades auditivas
artritis - artrosis	enfermedades neurológicas	consumo de tabaco
enfermedades respiratorias	dolores cabeza - mareos	consumo de alcohol
enfermedades articulares	convulsiones - epilepsia	consumo otras sustancias
sinusitis - otitis - angina	pérdida del conocimiento	recibió transfusiones
asma	deshidratación	hipertensión arterial
neumonía	enfermedades psiquiátricas	toma medicación
varicela	diabetes	Alergia
rubeola	chagas	

Observaciones:

Autorizo a a participar del chequeo médico.

Firma madre / padre / tutor:



Los cuadros siguientes serán **completados por profesionales de la salud** el día del chequeo.



CONTROL I

Calendario de vacunación COMPLETO / NO COMPLETO

Peso:.....Talla:.....IMC:.....

Frecuencia cardíaca:.....Tensión arterial:.....

CONTROL II

Columna Vertebral: Escoliosis SI / NO. Cifosis SI / NO. Hiperlordosis SI / NO.

Observaciones:.....

MMII: Genu varo SI / NO. Genu valgo SI / NO.

Observaciones:.....

Pie: Pie plano SI / NO. Pie cavo SI / NO.

Observaciones:.....

CONTROL III

Observaciones a la auscultación:

.....

.....

APTO

A..... se le indica el APTO / APTO RELATIVO (SUGERENCIA INTERCONSULTA) / NO APTO (SUGERENCIA INTERCONSULTA) para realizar actividades deportivas y recreativas en el marco de la Liga Infantil de los Barrios.

Se sugiere interconsulta SI / NO a profesional:.....

Firma y sello médico

Imagen 9. Ficha utilizada durante los relevamientos en el año 2019.

Experiencia personal 2.

En uno de los primeros clubes donde se llevó adelante este tipo de relevamiento, en el año 2019, una de las referentas de la Institución expresaba:

“Está sucediendo algo hermoso. Porque los nenes vienen con su mamá o su papá al club a hacerse un ‘chequeo médico’. ¿Sabes lo que nos cuesta que esos padres se acerquen a participar de las actividades del club? ¡Y mucho más de que cumplan con los controles del centro de salud con sus propios hijos! Porque básicamente sólo los llevan para vacunarlos o cuando están enfermos. ¿Sabes porque acá vienen a pesarse, medirse y ver que un médico les escuche los pulmones? Porque se dan cuenta que el club y la Liga los cuida.”



Imágenes 10. Registro fotográfico de relevamientos durante el año 2019.

8.2.b. Resultados de los relevamientos llevados adelante en el 2019.

Durante el año 2019, se llevaron adelante alrededor de 600 registros en diferentes clubes de la LIB. En el anexo se puede observar un Informe detallado del trabajo llevado adelante durante dicho año. Más allá de esto se presentan algunos datos relevantes:

- De la totalidad de relevamientos (581 personas), 80% (486) eran menores de 18 años.
- De las 581 personas, sólo el 18,4% tenía obra social.
- Es importante mencionar la incidencia de alteraciones en el peso, el cual se presentaba en el 28,5% de los menores de 18 años.

Más allá de la confección de informes y análisis de los resultados que se arribaron en los relevamientos, es importante destacar algunas particularidades acaecidas al finalizar esa primera etapa de trabajo, lo cual demuestra el valor y la resonancia política y sanitaria del mismo.

Los informes realizados, al finalizar el trabajo del año 2019, tenían como objetivo sistematizar la información recopilada, la cual permitiría conocer datos específicos de la población que participaba en la LIB, y por otro lado, generar vínculos con diferentes

estamentos del Estado, a fin de generar políticas públicas que permitan potenciar y jerarquizar el espacio llevado adelante.

Si bien, cabe destacar, que desde sus inicios, la Organización de la LIB, a través de su asociación civil, ya venía generando vínculos con diferentes espacios del Estado, el trabajo del Frente de Salud permitió profundizar o pensar nuevas estrategias de articulación. Es menester tener en cuenta que al finalizar el 2019 hubo una transición en el gobierno municipal y provincial en la región lo cual generó un nuevo contexto de disputa en ese marco.

A partir de ello, es importante enumerar y describir los avances que se han logrado, a partir de esa actividad como punto de partida.

En primer lugar, la Liga Infantil de los Barrios nunca había establecido vínculos con el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, a partir de dicho trabajo se llevó adelante la presentación de los informes sobre el relevamiento y del recorrido llevado adelante durante el 2019. Luego de diversos contactos y reuniones se propusieron diversas propuestas de articulación a fin de fortalecer el FSC-LIB: apoyo en la planificación y desarrollo de un Curso para Promotoras Comunitarias, el desarrollo de un programa de Salud Comunitaria que fortalezca el camino ya emprendido, y la confección y materialización de un programa sobre Consumos Problemáticos para los Clubes de la LIB.

Obviamente a partir del año 2020, y la irrupción de la pandemia global de Covid-19 se ha dificultado el avance de estas propuestas en articulación con el Ministerio de Salud, que se ha visto abocado totalmente a la situación sanitaria. Más allá de esto, como se detalla más adelante se ha avanzado considerablemente en esos tres objetivos iniciales.

Uno de los vínculos que se logró fortalecer fue con el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia, principalmente con la Dirección Alimentaria. La LIB logró mejorar las partidas presupuestarias del Programa de Promoción Social Nutricional (ProSoNut) que permitía el abastecimiento de las copas de leche de los clubes. Dicho aumento permitió fortalecer un emprendimiento productivo de uno de los Clubes: La Panadería del Club Villa Hipódromo, la cual abastece con alimentación saludable a las copas de leche.

Es decir, que a partir del trabajo desarrollado por el Frente de Salud, no sólo se lograba demostrar (a través de los informes) las deficiencias nutricionales de los chicos y las chicas que participaban en la LIB, sino que se logró materializar una política pública para dicha

problemática: la alimentación. Para lo cual también se llevaron adelante diferentes reuniones con nutricionistas del Programa a fin de favorecer este tipo de trabajo.

Además, el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia cuenta con la Agencia de Prevención en Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de Adicciones (Aprecod), la cual al conocer el trabajo en salud llevado adelante por la Liga, propone avanzar en la materialización de un convenio para trabajar en la prevención de consumos problemáticos (convenio vigente al día de la fecha, del cual se profundiza más adelante).

Experiencia personal 3.

Haber firmado un convenio con la Agencia Aprecod, perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social, permitió incorporar profesionales de salud, capacitados en abordar estas problemáticas (lo cual se profundiza más adelante en el presente trabajo).

Más allá de eso, recordando las reuniones iniciales con funcionarios de la agencia, una de las promotoras de salud expresaba:

“Nosotros sabíamos que ya hacíamos prevención y promoción de salud, y mucho más en consumos problemáticos. Si tenemos a los chicos todas las tardes en la cancha del barrio. Justamente en el club tenemos una bandera que dice ‘una hora más en el club, una hora menos en la calle’, pero sabíamos que teníamos que convencer a G. (por el funcionario en cuestión) de que necesitábamos por lo menos una psicóloga que esté al lado nuestro, porque a veces no sabemos cómo manejar la situación y no sólo con los consumos, cuando hay violencia de género también, y se da mucho más.”

Por último, se podría mencionar la trascendencia mediática del Informe: ver en el anexo (11.3. links de entrevistas posteriores a los relevamientos del año 2019). Luego de tantos años recorridos, quienes participan en la Liga Infantil de los Barrios, entienden la dificultad de mostrar a la sociedad el trabajo realizado o visualizar la situación de los clubes y de los barrios en los cuales se desarrollan. Sin que haya sido pensado inicialmente, la difusión de los informes, a través de las redes sociales de la LIB, tuvo un auge particular. En el anexo se comparten algunas de las entrevistas realizadas específicamente para mostrar el trabajo realizado por el FSC-LIB.

8.2.c. Frente de Salud en el 2020: Curso y Relevamientos.

Al comenzar el año 2020 se planifican las diferentes modalidades de trabajo, las cuales en cierta medida, se vieron afectadas por la irrupción de la pandemia.

Por un lado, a inicios de año se planificó un Curso de Promotoras Comunitarias de Salud. El cual, a partir de las reuniones mencionadas anteriormente, tuvo el aval del Director de la Región Centro del Ministerio de Salud de la provincia.

El curso estaba destinado a capacitar referentes y referentas, de cada uno de los clubes, principalmente para poder participar en los relevamientos y poder actuar como nexo entre el Centro de Salud y el Club.

La duración del mismo era de cuatro módulos, el cual no pudo completarse producto de las restricciones a reuniones sociales. Más allá de ello, es pertinente compartir, en el anexo, el apunte realizado para el mismo.

En cuanto a los relevamientos, los mismos pudieron continuar, aunque con ciertas limitaciones, se redujo la cantidad de los mismos pero se profundizó en el vínculo con los Centros de Salud. En el anexo se comparten los resultados y uno de los informes respectivos.

Cabe destacar, que con respecto a la ficha de relevamientos, se omitieron las evaluaciones de kinesiología y medicina, principalmente por la falta o deficiencia de recursos humanos. Lo cual expone la principal debilidad de la experiencia: poder sumar profesionales de la salud a un proyecto territorial/comunitario y voluntario.

Sin embargo, esto abrió una ventana de oportunidad en el equipo que llevaba adelante los relevamientos, al no poder contar con profesionales de las áreas mencionadas, el FSC-LIB modificó considerablemente la ficha, otorgando la posibilidad de relevar mayor cantidad de datos desde el punto de vista sociosanitario.

Con dicho fin, se seleccionaron preguntas de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) perteneciente al INDEC. Las mismas estaban destinadas a conocer y sistematizar datos de la población con la cual se referencia la Liga Infantil de los Barrios. Además se anexó un apartado para relevar el nivel de escolaridad alcanzado.

A continuación se muestra la ficha utilizada desde el año 2020 hasta la actualidad.



Liga Infantil de los Barrios 2021 – Frente de Salud Comunitaria LIB

DATOS PERSONALES (de quien se va realizar chequeo)	
Fecha:	Club:
Apellido y nombre:	
DNI:	Fecha de Nacimiento:
Edad:	
Género:	
Domicilio:	
Tel. de contacto (colocar relación familiar):	
Obra social:	
Centro de Salud al que pertenece:	
Nivel de escolaridad:	
Firma y Aclaración del responsable a cargo:	

ENCUESTA
1. ¿Su hogar cuenta con servicio de cloacas? SI ☐ NO ☐
2. ¿En su hogar cuenta con acceso a agua potable? SI ☐ NO ☐
3. El baño se encuentra: DENTRO DE LA VIVIENDA ☐ FUERA DE LA VIVIENDA ☐
4. La vivienda está cerca de un basural (300 mts o menos) SI ☐ NO ☐
5. Cantidad de miembros en el hogar:
6. ¿Cuántas habitaciones para dormir tiene el hogar? Colocar número:

ANTECEDENTES PERSONALES
Vacunación: Completa ☐ Incompleta ☐ // Colocar (vacuna correspondiente):
Medicación prescrita: SI ☐ NO ☐ // Cúal/es?
¿Tuvo tratamiento por consumos problemáticos de sustancias? SI ☐ NO ☐ // Cuándo y Dónde?
Enfermedades preexistentes SI ☐ NO ☐ // Cúal/es?
Aclarar causa en caso de tener CUD (Certificado único de Discapacidad)

DATOS NUTRICIONALES Y CARDIOVASCULARES		
Peso:	Talla:	
IMC:	Puntaje Z del IMC:	
Glucosa en sangre:	Frecuencia cardíaca:	Presión arterial:

OBSERVACIONES

Imagen 11. Ficha utilizada actualmente por el FSC-LIB.



Imágenes 12. Registro fotográfico durante relevamientos y cursos del año 2020.

8.2.d. Ejes de trabajo en el 2021.

Durante el año 2021, a partir de diferentes encuentros y reuniones, quienes llevan adelante el FSC-LIB deciden repensar y replantear las actividades desarrolladas definiendo tres líneas de trabajo principales para lo largo del año:

1. Tal como se venía llevando adelante: los relevamientos de salud en los clubes.
2. Trabajo en Prevención de Consumos Problemáticos.
3. Relevamiento de Salud en Barrio Jesuitas de la Ciudad.

Con respecto a los relevamientos de salud continuaron de manera similar, utilizando la misma ficha del año 2020, y en este caso, realizándose en todas las personas que participan en los clubes, es decir, sin límite de edad.

Por otro lado, se comenzó el trabajo en prevención sobre consumos problemáticos y un relevamiento en un barrio específico de la ciudad, experiencias de gran valor, que han significado un avance considerable para el FSC-LIB. Los mismos se desarrollan a continuación.

8.2.e. Abordaje en prevención sobre consumos problemáticos.

Anteriormente, se ha desarrollado el vínculo que se fue logrando con algunos estamentos del Estado posterior a los primeros relevamientos de salud del año 2019. Una de esas vinculaciones fue con la Agencia de Prevención en Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de Adicciones (Aprecod).

A fines del año 2020 e inicios del 2021, se avanza en un convenio con la agencia para comenzar a articular un trabajo en torno a dicha problemática.

Cabe destacar que si bien la articulación se da en el marco de la Liga, la materialización del proyecto se da, en un inicio, en un club en particular: Arroyito Seco del barrio Alto Verde; principalmente, porque es la Institución que mayor cantidad y calidad de actividades lleva adelante. Por lo cual se decide, en conjunto con la agencia, experimentar una ‘prueba piloto’ para luego ampliar el trabajo al resto de los clubes.

El club Arroyito Seco, uno de los grandes impulsores de la LIB, surge en el año 2012. En el mismo, se desarrollan actividades deportivas (fútbol, boxeo), culturales (talleres de murga, arte, cine), talleres de oficio (construcción, herrería, huerta), productivos/cooperativos (carpintería y pescadería), sociocomunitarios (copa de leche y comedor). Dado la multiplicidad de actividades la población que se relaciona con el club de manera directa es de aproximadamente 300 familias, en su mayoría jóvenes y adolescentes.

El lugar en el cual se radica el club, Alto Verde, es un barrio histórico y populoso de la Ciudad que cuenta con alrededor de 20000 habitantes. Barrio costero, a la vera de la Laguna Setúbal, que no cuenta con servicios de gas y cloacas, además la provisión de agua y transporte urbano son deficientes, en el cual la población activa desarrolla actividades laborales en el rubro de la construcción, la economía del cuidado y economía popular. Los índices de empleo, seguridad y habitacionales demuestran que es un barrio postergado y popular de la Ciudad. En Alto Verde, existen tres Centros de Salud.

Al ser un barrio en el cual los determinantes sociales de la salud condicionan a generar un clima hostil para el desarrollo humano de manera integral, el ‘flagelo’ de los consumos problemáticos está a la orden del día.

En ese contexto, y a partir del convenio iniciado con APRECOD, se logra incorporar a profesionales de la salud (dos psicólogas), que en conjunto con promotoras comunitarias de la salud, trabajan día a día en llevar adelante talleres, charlas y dinámicas inmersas en las actividades que se desarrollan en el club y también para el entorno social más cercano, que de manera indirecta no asiste a la Institución.

El objetivo inicial, fue conformar un grupo de trabajo compuesto por: profesionales de salud (psicólogas) - promotoras comunitarias de la salud - talleristas y referentes de cada una de las actividades, que lleve adelante las siguientes tareas:

- Actividades bajo las premisas de promoción y prevención de la salud, sobre la temática de los consumos problemáticos.
- Detectar casos de consumos problemáticos dentro del club.
- Articular con el Centro de Salud en aquellos casos que amerite la intervención del sistema de salud formal.



Imágenes 13. Registro fotográfico durante actividades de formación sobre consumos problemáticos en el Club Arroyito Seco.

A lo largo del primer semestre del 2021 se han logrado múltiples réditos, en cierta medida esto también favorecido por el potencial de actividades que ya presentaba el Club Arroyito Seco, lo cual se vió altamente profundizado por la constitución de un equipo de salud específico para el club.



Imágenes 14. Registro fotográfico. Algunas de las actividades que se desarrollan en el Club Arroyito Seco, del barrio Alto Verde. De arriba a abajo y de izq. a derecha: taller de construcción - espacio de serigrafía - taller de boxeo - festejos del día del niño - taller de carpintería.

Tal es así, que a partir del segundo semestre del año 2021 se logró ampliar el convenio entre el FSC-LIB y Aprecod, a fin de garantizar que se pueda llevar adelante el abordaje en prevención y promoción de consumos problemáticos en todos los clubes de la LIB.



Imágenes 15. Registro fotográfico durante actividades de formación sobre consumos problemáticos en Club Varajo y en Club Barcelona Jrs.

Actualmente un grupo de profesionales de terapia ocupacional, psicología y trabajo social que forman parte del FSC-LIB, junto a referentes de los clubes y PCS llevan adelante diferentes estrategias y actividades tendientes a prevenir y detectar casos de consumos y de esa manera articular con los CAPS de referencia de cada uno de los clubes.

8.2.f. Centro de salud comunitaria: Barrio Jesuitas.

El Club Social y Deportivo Jesuitas, formado en el año 2017, ubicado en el barrio homónimo, en el noroeste de la ciudad, desarrolla actividades deportivas (fútbol y boxeo) y una copa de leche.

Fundado por un grupo de vecinos/as que se asentaron en el barrio luego de un plan habitacional llevado adelante por el gobierno de turno, en el cual se edificaron alrededor de 140 casas distribuidas en 8 manzanas, otorgadas a familias que fueron reubicadas porque vivían en una zona de gran riesgo hídrico.

Cabe destacar que el plan habitacional cumplió su objetivo: otorgar una vivienda a grupos sociales que carecían de la misma. Pero el programa se implementó de manera incompleta. El

barrio no cuenta con Centro de Salud, espacios verdes en condiciones, el estado de las calles genera anegamiento en días de lluvia, siendo el Club la única institución formal en el barrio, luego de 4 años de existencia.

Por otro lado, a partir de los relevamientos llevados adelante durante el año 2020 por el FSC-LIB, se constató que, si bien la población del club se encuentra circunscripta mayormente en esas manzanas, la misma utiliza múltiples centros de salud de adscripción. Generalmente el centro de salud de referencia coincidía con la cercanía de su domicilio anterior. Este fenómeno demostraba una debilidad, la población que habitaba un territorio reducido concurría a múltiples centros de salud.

Es por eso que a partir de la ausencia de un Centro de salud de referencia en el barrio, y de la construcción de SUM por parte del Club Jesuitas a fines del 2020, el FSC-LIB decide llevar adelante un relevamiento domiciliario en el barrio (tomando como fuente de inspiración el ATAMDOS), con el objetivo de detectar casos de riesgo y poder interactuar de manera directa con los centros de salud de referencia de la comunidad.

Para ello, el grupo del FSC-LIB que llevó adelante el Relevamiento en el barrio Jesuitas (conformado por personal de enfermería y PCS, pertenecientes al club y vecinas del barrio), durante seis meses y una vez por semana visitaba casa por casa.

En el caso de este relevamiento particular, se utilizaron dos fichas. La primera que tomaba como referencia preguntas de la EPH (Encuesta Permanente de Hogares del INDEC) del hogar que se visitaba, y la segunda una ficha para cada persona relevada. Ambas se comparten a continuación.



CLUB SOCIAL Y DEPORTIVO JESUITAS - CENTRO COMUNITARIO DE SALUD
LIGA INFANTIL DE LOS BARRIOS - SANTA FE 2021



ENCUESTA DEL HOGAR

HOGAR NÚMERO: _____

REFERENTE/A DE HOGAR: _____

DOMICILIO _____

1. ¿Su hogar cuenta con servicio de cloacas? SI ☐ NO ☐
2. ¿En su hogar cuenta con acceso a agua potable? SI ☐ NO ☐
3. ¿Cuenta con baño en el hogar? SI ☐ NO ☐
4. El baño se encuentra: DENTRO DE LA VIVIENDA ☐ FUERA DE LA VIVIENDA ☐
5. La vivienda está cerca de un basural (300 mts o menos) SI ☐ NO ☐
6. Cantidad de miembros en el hogar: Colocar número:
7. ¿Cuántas habitaciones para dormir tiene el hogar? Colocar número:
8. Condición laboral de mayores de 18 años en el hogar (Colocar número de personas en el hogar):
a- Jubilado/a / Pensionado/a: ☐ b- Trabajo por cuenta propia: ☐ c- Empleado/a: ☐
d- Trabajo cooperativo: ☐ e- Desocupado/a: ☐



DATOS PERSONALES (de quien se va realizar chequeo)	
Apellido y nombre: _____	Fecha: _____ Hogar N° _____
DNI: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____ Sexo: _____
Domicilio: _____	
Teléfono de contacto (colocar relación familiar): _____	
Obra social: _____	Centro de Salud al que pertenece: _____
Escuela (menores) o nivel de escolaridad alcanzado (mayores): _____	
Firma y Aclaración del responsable a cargo que autoriza realizar el control: _____	

ANTECEDENTES PERSONALES	
Vacunación: Completa ☐	Incompleta ☐ // Colocar (vacuna correspondiente): _____
Enfermedades preexistentes SI ☐ NO ☐ // Cúl/es? _____	
* Aclarar causa en caso de tener CUD (Certificado único de Discapacidad) _____	

DATOS NUTRICIONALES Y CARDIOVASCULARES	
Peso: _____	Talla: _____
IMC: _____	Puntaje Z del IMC: _____ Puntaje Z talla/edad : _____
Glucosa en sangre: _____	
Frecuencia cardíaca: _____	
Presión arterial: Toma 1 _____ Toma 2 _____ Toma 3 _____	

OBSERVACIONES

Imagen 16. Ficha del relevamiento utilizada durante las actividades del FSC-LIB en el barrio Jesuitas.

Este tipo de práctica es una muestra cabal de cómo la comunidad se organiza para poder dar respuesta a nivel sanitario. Y como la salud debe ser discutida y construida territorialmente. En este caso, el FSC-LIB, llevó adelante de manera organizada y en coordinación con la comunidad un relevamiento de salud sin precedentes en la ciudad.

A continuación se observan algunas imágenes.



Imágenes 17. Registro fotográfico durante las actividades del FSC-LIB en el barrio Jesuitas.

Los resultados obtenidos muestran lo que se había sospechado de un inicio, el plan habitacional cumplió los objetivos habitacionales, pero no de manera completa. Por ejemplo, de las 191 personas relevadas (de 62 hogares) la población se referenciaba con al menos 13 efectores de salud. Lo cual habla del déficit a la hora de reconocer un CAPS de referencia por personas que viven en un mismo barrio.

El FSC-LIB no sólo logró conectar la población del barrio con algunos de los Centros de Salud de referencia sino que también, a partir de la actividad del Frente de Salud se ha logrado que el Hospital Sayago de la ciudad (nosocomio de 3er nivel), lleve adelante una oficina móvil a fin de garantizar turnos en aquellos casos relevados, favorecer la inscripción al plan de vacunación de Covid-19 y realizar trámites pertinentes al sistema de salud.



Imágenes 18. Registro fotográfico durante la actividad conjunta del FSC-LIB con el Hospital Sayago en el Club Social y Deportivo Los Jesuitas.

A partir del trabajo desarrollado se ha presentado un informe que se ha divulgado por diferentes medios, el cual se puede observar en el último apartado del anexo. Pero principalmente, es de destacar el trabajo que se llevó adelante por el FSC-LIB casa por casa a lo largo y ancho del barrio, detectando casos de riesgo y vinculándolos con el CAPS de referencia.

8.3. Reflexiones, discusión y aportes para la gestión.

8.3.a. Reflexiones a partir del marco teórico/conceptual y las experiencias propias.

En este apartado, a partir de haber detallado las experiencias que han sido recopiladas, ordenadas, descritas y narradas anteriormente, según como propone Jara Holliday (2018), es necesario poder ir a fondo a partir de un análisis crítico, obviamente relacionando las prácticas desarrolladas con el marco teórico.

En primer lugar, es fundamental resaltar, más allá de sus valoraciones positivas o negativas, la importancia de poder sistematizar las prácticas del FSC-LIB.

Se han desarrollado brevemente experiencias de salud comunitaria que han servido de ‘cimiento teórico-práctico’ a quienes conforman el FSC-LIB, una de ellas es el ATAMDOS, programa de atención ambulatoria desarrollado durante un breve período en la Provincia de Buenos Aires, durante la década del 1980.

Es de destacar, como uno de los programas que más enarbolan quienes defienden los principios de participación social y salud comunitaria tuvo una gran limitación: nunca fue sistematizado. No existen registros académicos de importancia que hayan recopilado, reconstruido, descrito y analizado las experiencias de dicho programa. Falencia que menciona uno de sus directores (Devoto, 2013). Es a partir de este ejemplo, como se debe reconocer la importancia de sistematizar estas humildes prácticas.

Dicho esto, en primer lugar es importante poder correlacionar las prácticas descritas en el presente trabajo con los constructos de mayor relevancia, en un principio se detalla una análisis global, para luego analizar las fortalezas y debilidades de la experiencia.

A lo largo del marco teórico se destaca la trascendencia global que han tenido las premisas vertidas en Alma Ata, siendo un punto de inflexión de la APS. Diversos autores (Rovere, 2012; Menéndez, 1998) remarcan tensiones discursivas y contexto geopolítico que han sido marco de debate a lo largo de los años posteriores a la Conferencia.

Además de ello y teniendo en cuenta los cambios de la estructura social, principalmente, en los países de la región (Grabois, 2013), la extrema segmentación y fragmentación del sistema de salud argentino (Arce, 2012), como los principios vertidos sobre participación social y salud comunitaria pueden ampliar los horizontes de una nueva conceptualización de APS (Menéndez, 1998; Testa, 1988), y considerando que ya han pasado más de cuarenta años de su declaración, el marco de APS debe ser discutido y adaptado a los cambios de época.

En el análisis del problema, se ha visto como los clubes barriales nucleados en la LIB son un fenómeno que se generó como respuesta ante la inoperancia, ausencia y/o deficitario rol del Estado. Es decir que, cuando los diferentes estamentos gubernamentales, municipales, provinciales o nacionales no regulan, simplemente cada problema tiene dos posibles consecuencias, el caos total o la organización por parte de la comunidad. Estos dos extremos hacen que sea mucho más considerada la labor de la sociedad civil cuando resuelve problemas concretos. Es por ello que, considerar prácticas, como las llevadas adelante por el FSC-LIB es de suma importancia.

El protagonismo de nuevos actores en el sector salud (nuevas profesiones, los municipios y, en este caso los movimientos sociales o grupos de la sociedad civil) es reconocido por diversos autores, entre ellos Báscolo y Yavich (2014), quienes resaltan que la heterogeneidad de demandas o de un abordaje integrador debería generar nuevas formas de análisis en estos procesos de cambios. Una de las características de estos nuevos actores, principalmente de los movimientos sociales, es la capacidad de un “liderazgo colectivo”, lo cual ha permitido impulsar procesos de cambios en salud, aunque en algunas instancias con limitaciones.

Otra experiencia en la región como la Misión Barrio Adentro (Logroño, 2018) también es reflejo de cómo el Estado puede articular con asociaciones de la sociedad, organizaciones o movimientos sociales para impulsar procesos de cambio.

Este breve recorrido conceptual, resaltando algunos ejemplos de organización comunitaria, y luego de haber descrito las experiencias del FSC-LIB, permite destacar algunas breves reflexiones a nivel general:

- El concepto de APS debe ser rediscutido, incluyendo premisas de salud comunitaria y participación social no como una mera práctica, sino como estrategias esenciales de la misma.
- La gran segmentación y fragmentación del sistema de salud argentino junto a la gran atomización de grupos sociales (sectores de trabajadores con derechos laborales y seguridad social, trabajadores independientes sin seguridad social, sectores excluidos del mercado laboral y con dificultad en el acceso a la salud, etc.) generan mayor disgregación aún con respecto a las demandas y necesidades de cambio en el sector salud.

Reconocer esta complejidad social, los déficits en el acceso a la salud, cómo afectan los diferentes determinantes sociales de la salud, etc., permitiría comprender la organización de la propia comunidad, y así desarrollar políticas públicas acordes que acompañen y potencien estos procesos que surgen como una construcción en paralelo.

- A partir de ello, los procesos particulares como los del FSC-LIB no son situaciones aisladas que nacen en contextos azarosos. Sino que son una representación de la realidad actual. Procesos que deben ser revisados, analizados e incluidos como nuevos actores en la discusión de una eventual reforma del sistema de salud.

Dicho esto, y habiendo analizado el marco general del FSC-LIB, a continuación se esbozan algunas reflexiones particulares de sus prácticas.

8.3.b. Discusiones sobre las experiencias del FSC-LIB.

En primer lugar, es necesario poner en discusión la dificultad de poder conformar un grupo de trabajo, consensuar un discurso común, aglutinar fuerzas y organizarlas, problemática que tuvo que sobresaltar el FSC-LIB.

Se ha detallado brevemente cómo fue el proceso de conformación del frente, en ese transcurso se han presentado diversas dificultades, principalmente porque quienes conformaban la LIB observaban claramente la problemática desarrollada en el presente trabajo: la pobre vinculación de los clubes/comunidad con los CAPS, sin embargo carecían del personal técnico o actores necesarios para poder materializar las prácticas desarrolladas. Para ello, el proceso de conformación fue un período arduo, en primer lugar se generó un vínculo desde la organización con un movimiento de salud con una propia misión y objetivos. Este primer vínculo, fue igualmente fortalecedor a futuro, ya que permitió involucrar nuevos actores en la conformación del FSC-LIB.

Una estrategia oportuna para sobresaltar este problema fue la organización del curso de PCS, que si bien no pudo completarse por la irrupción de la pandemia Covid-19, permitió una fortaleza, en primer lugar hacia el interior del FSC-LIB, y por otro lado un reconocimiento por parte de las diferentes agencias del gobierno provincial (desarrolladas anteriormente), que permitieron fortalecer ambos grupos de trabajo, el que llevaba adelante los relevamientos de salud y el que comenzó a trabajar en la prevención de consumos problemáticos.

Por otro lado, a fin de analizar hasta qué punto las acciones comunitarias pudieron resolver la problemática planteada inicialmente (deficitaria interrelación con los CAPS), se podría decir que tanto los relevamientos de salud como el abordaje en prevención de consumos problemáticos han tenido respuestas diferentes según la topografía geográfica de abordaje.

Es decir, ambas prácticas comunitarias han tenido su experiencia global (en todo el territorio del gran Santa Fe, que es donde se encuentran los clubes de la LIB), como particular (se ha sistematizado la experiencia del relevamiento de salud en Barrio Jesuitas, casa por casa, y también las actividades desarrolladas en vistas al abordaje de consumos problemáticos en el Club Arroyito Seco, de Alto Verde), y ha sido muy evidente, como éstas últimas, desarrolladas en una zona geográfica más pequeña y localizada, han tenido al día de hoy,

mejores resultados. Los y las referentes del Club Jesuitas, en donde se desarrolló el relevamiento, tomando como antecedente el ATAMDOS, como así también el equipo de salud del Club Arroyito (psicólogas, acompañantes, PCS y profesores de fútbol/talleres) han logrado tener un contacto más cercano a nivel institucional con el CAPS y hasta con trabajadores del mismo de manera particular.

Los CAPS cercanos al club Jesuitas constantemente realizan comunicaciones con sus referentes a fin de localizar personas, facilitar acceso de medicamentos y/o turnos. De la misma manera trabajadores de los CAPS de Alto Verde, asisten al club a fin de intervenir o realizar seguimientos grupales o individuales, principalmente relacionados a consumos problemáticos.

Por un lado, esto podría relacionarse, con la propia esencia teórica de la salud comunitaria, premisas sobre las cuales ha trabajado el FSC-LIB. Paserín & Diez (2013), destacan que la misma es un concepto más amplio que la salud individual, pero más focalizado que la poblacional (que la epidemiología clásica). Es decir en un marco geográfico localizado, el barrio, una pequeña comunidad, es donde se focaliza principalmente la salud comunitaria. Algo que puede haber influido en estos resultados.

Para esquematizar lo mencionado anteriormente, tal vez sea esclarecedor poder retomar la gráfica presentada como hipótesis de trabajo por el FSC-LIB. Se podría decir que la construcción de las flechas, que representan un vínculo sólido entre las Instituciones, se construyen con mayor facilidad en una acción comunitaria geográficamente localizada, mientras que componer esas relaciones a nivel macro, seguramente sea una tarea más ardua.



Imagen 19. Esquema que se había propuesta ante la problemática desarrollada en el trabajo.

Por otro lado, esto no quiere decir que la vinculación a nivel global no se haya podido realizar. De hecho se han construido relaciones institucionales con CAPS a nivel local y también con los entes y funcionarios/as específicos del Ministerio de Salud.

Seguramente en el mediano plazo se observen mejores resultados y esto sea producto de que la experiencia ha sido documentada y sistematizada al mismo tiempo en el cual se fueron desarrollando los hechos, lo cual podría ser considerada una limitación del presente estudio.

Mientras que otra limitación en el presente trabajo, es que la sistematización de la experiencia ha sido llevada adelante por una de las personas que impulsó estos procesos. Que si bien Bernechea Garcia (2010) resalta esta capacidad que aporta la metodología utilizada en el presente trabajo, la misma podría obturar un análisis aún más crítico.

8.3.c. Algunas propuestas para la gestión.

Si bien la LIB lleva adelante diferentes convenios y/o programas a nivel municipal, provincial y hasta nacional, es menester que este tipo de articulaciones sean potenciadas. La coyuntura actual a nivel social, político y económico demuestra que el alcance de los gobiernos no resuelve las problemáticas estructurales del sistema, lo cual aún se torna más dificultoso ante la inestabilidad política-institucional en Argentina y Latinoamérica. Es por ello que fortalecer e impulsar a cada uno de los clubes barriales que conforman la LIB es una necesidad imperante, siendo estos un gran soporte de contención social ante períodos convulsivos y un potencial actor transformador en tiempos de organización.

Dicho esto, y a partir del trabajo realizado por el FSC-LIB se enuncian diferentes propuestas que deberían analizarse detalladamente para su factibilidad, lo cual excede los objetivos del presente trabajo.

1. Escuela municipal de Promotores/as Comunitarios/as de la Salud.

Tal como se ha repasado en el marco normativo del presente trabajo, en la provincia de Santa Fe, existe la figura de Agentes Sanitarios, actores que tomaron relevancia en la década del '80, consecuentemente con las premisas vertidas de Alma Ata. Si bien el objetivo inicial era que asuman responsabilidades similares a lo que se considera PCS en el presente trabajo, en la realidad suceden dos inconvenientes: no se ha extendido dicha figura en los CAPS de la región, es decir existen pocos cargos en la práctica, y además cumplen tareas meramente administrativas.

Por otro lado, a nivel municipal se han desplegado pocas iniciativas en las últimas gestiones desde el punto de vista sanitario. No existe un plan, programa o eje de trabajo claro a nivel de prevención y promoción de salud. Si bien el presupuesto municipal es mucho más acotado que el provincial para llevar adelante prácticas en dicha línea, planificar estratégicamente una política pública que potencie el trabajo desarrollado por los CAPS (que casi en su totalidad poseen financiamiento provincial), es menester para fortalecer el vínculo municipio - provincia, y así también potenciar ambas intervenciones.

A partir de ello, sería clave conformar una Escuela Municipal de PCS, que tenga como objetivo formar trabajadores/as de salud (preferentemente con títulos de salud previamente, enfermería, medicina, trabajo social, etc.) abocados a tareas de prevención y promoción a fin de involucrar nuevos actores en los CAPS ya conformados de la región.

Es decir que la finalidad que perseguiría el proyecto es formar PCS que luego desarrollarán tareas de salud comunitaria en el territorio, favoreciendo el vínculo comunidad ↔ CAPS.

2. Retomando ATAMDOS: Programa de Salud Casa por Casa.

Otra política pública a retomar por su trascendencia política, social y sanitaria es el ya presentado ATAMDOS.

Tomándolo como antecedente el FSC-LIB también realizó un trabajo similar (ver apartado específico del relevamiento en Barrio Jesuitas).

Formar grupos interdisciplinarios con profesionales de salud y PCS sería ideal para llevar adelante relevamientos de salud, comunitarios y de manera domiciliaria, estrategias fundamentales para realizar programas de prevención y promoción de salud, en donde se detecten factores de riesgo (diabetes, hipertensión, etc.), planes de vacunas incompletos, alteraciones bucodentales, y demás enfermedades que suelen acceder al sistema de salud con un período ya avanzado del cuadro clínico, ocasionando mayor gasto.

Se debe destacar que si bien ambos proyectos se desprenden de las experiencias de FSC-LIB, no es el objetivo del presente trabajo analizar minuciosamente su factibilidad o implementación. Son meras propuestas que deberán ser analizadas política y económicamente, pero se entiende que fortalecerían las acciones en prevención y promoción de salud.

8.4. Puntos de llegada.

El FSC-LIB ha surgido como respuesta a una problemática presente en el sistema de salud actual: la deficiente o ausente vinculación comunidad ↔ CAPS.

Teniendo en cuenta ello y la idiosincrasia particular de los clubes de la LIB, el FSC-LIB ha llevado adelante diferentes estrategias basadas en los preceptos de APS, salud comunitaria y participación social en salud, principalmente: relevamientos de salud y abordaje en prevención de consumos problemáticos.

Ambas actividades han tenido un desarrollo sostenido en el tiempo, que con sus grises, ha logrado abrir un camino hacia la vinculación de la comunidad con los efectores de salud existentes en la cercanía de los clubes.

Se ha mencionado como aquellas actividades que han tenido un desarrollo más localizado geográficamente (relevamiento de salud en barrio Jesuitas y abordaje en prevención de consumos problemáticos en el Club Arroyito Seco) son los que han tenido mayor vinculación con los CAPS, de manera institucional y humana (con trabajadores de los efectores). Esto no es que no ha sucedido a nivel macro, es decir entre participantes del FCS-LIB y los efectores del amplio territorio del Gran Santa Fe en donde se encuentran los clubes, pero la dificultad geográfica requiere involucrar con mayor ahínco otros actores (Ministerio de Salud, Aprecod, etc.).

9. Conclusiones.

Las actividades llevadas adelante por el FSC-LIB, planificadas como respuesta al problema identificado y analizado en el presente trabajo, facilitaron la interrelación entre los efectores de salud formales (principalmente CAPS) y la comunidad, principalmente la referenciada con los clubes de la LIB. Resultados potenciados producto del rol protagónico de las PCS.

En el presente trabajo se cumplieron los objetivos establecidos y la metodología seleccionada fue la pertinente para lograrlo. Es decir, se sistematizó la experiencia, detallando el punto de partida, describiendo previamente la problemática detectada para llevar adelante el proceso vivido, del cual se rescataron ciertas reflexiones y se establecieron puntos de llegada. En estos últimos apartados se mencionaron lecciones aprendidas por el FSC-LIB y además se puso en discusión la experiencia con autores relevantes analizados y desarrollados en el marco teórico, lo cual formaba parte de un objetivo específico.

Teniendo en cuenta la problemática planteada inicialmente: la escasa, nula o deficiente vinculación de los CAPS con la comunidad, lo cual ha conducido a la conformación del FSC-LIB, se ha detallado cómo las prácticas de salud comunitaria más localizadas geográficamente han tenido mayor capacidad de fortalecer esta interrelación, que en un plano más global. Posiblemente sea necesario evaluar estos resultados en un período posterior.

Con respecto al tercer objetivo específico, también se han presentado breves resultados de los relevamientos de salud en el cuerpo del trabajo, lo cual se desprende de los numerables informes realizados por el FSC-LIB, anexados en el presente trabajo.

Se espera que esta experiencia territorial y comunitaria pueda servir para otros trabajos que quieran implementarse en articulación entre distintos sectores de la sociedad civil, a partir del entrecruzamiento de saberes académicos y comunitarios, siempre con las premisas de la APS, la participación social y la salud comunitaria como principios.

Además, se destaca la importancia de visibilizar, reconocer y poner en valor este tipo de prácticas que se realizan en el territorio para mejorar y facilitar el acceso a la salud, entendido en sentido amplio como proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado.

Con respecto a ello, el sistema de salud argentino presenta múltiples deficiencias: una notable segmentación y fragmentación, escasas políticas públicas tendientes a impulsar estrategias de prevención y promoción de salud, menos aún una planificación estratégica desde la

dimensión del cuidado, la participación social y la salud comunitaria, cimientos esenciales de un sistema de salud que promueve los mecanismos de la APS. El sistema presenta gran influencia del modelo médico hegemónico y asistencialmente de tipo hospitalocéntrico.

Fortalecer estas experiencias, favorecer lazos entre la comunidad y el sistema de salud formal, promover la participación social y la salud comunitaria deberían ser ejes de trabajo en la conformación, planificación e implementación de las futuras reformas del sistema de salud.

Con respecto a esto último, y como respuesta al último objetivo específico, en las reflexiones del presente trabajo se proponen posibles políticas públicas que se podrían llevar adelante en la dirección de trabajo del FSC-LIB con el fin de favorecer prácticas de salud comunitaria y participación social.

A nivel personal la maestría amplió las bases de conocimiento, herramientas teóricas y diversidad conceptual que permiten reflexionar críticamente sobre lo realizado, el cómo y para qué se lleva adelante, la importancia de la planificación estratégica en salud y el valor de la evaluación posterior a ejecutar lo programado.

Se podría seguir indagando sobre experiencias de salud comunitaria y participación social en países de la región y en el interior del país, métodos de evaluación de dichas prácticas y/o sobre la factibilidad de llevar adelante políticas públicas en el sistema de salud actual o en la planificación de un nuevo sistema de salud.

10. Referencias bibliográficas.

1. Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*.
2. Aguilar Idáñez, M. J. (1996). Aspectos claves de la participación comunitaria en salud.
3. Arce, H. E. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(5), 414-418.
4. Armas, C. S., García, M. H., & Cofiño, R. (2018). ¿ De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 5-12.
5. Artaza Barrios, O., Báscolo, E., Aragüés y Oroz, V., Garay, O. E., Bello, J., & Mera, J. (2017). Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal. *Representación OPS/OMS Argentina*; 70.
6. Ase, I., & Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud:¿ progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud colectiva*, 5, 27-47.
7. Bang, C. L., & Stolkiner, A. I. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes.
8. Báscolo, E., & Sánchez de León, A. (2001). Reformas en el sector público:¿ es necesario introducir condiciones de competencia para el desarrollo de un modelo de mercado interno. *Revista Gestión en Salud*, 1, 90-97.
9. Báscolo, E., Yavich N (2014). Capacidades del liderazgo colectivo, dinámico y relacional para producir lógicas de APS en los sistemas públicos de salud en América Latina. Un estudio de casos múltiples. Material elaborado para la Diplomatura de Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de APS. Agosto de 2014.
10. Báscolo, E. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Revista de salud pública*, 12, 8-27.
11. Belmartino, S., & Bloch, C. (1984). Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, 27, 1-50.
12. Bernechea García, M. M., & Tirado, M. D. L. L. M. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Revista Tendencias & Retos*, (15), 97-107.

13. Briggs, C. L., & Mantini-Briggs, C. (2007). " Misión barrio adentro": medicina social, movimientos sociales de los pobres y nuevas coaliciones en Venezuela. *Salud colectiva*, 3, 159-176.
14. Bruno, D. P. (2017). *Salud y trabajo. La experiencia de la Mutual Senderos de la Confederación de Trabajadores de la Economía Popular (CTEP) en Argentina* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de La Plata).
15. Cardona, J. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 16(1), 183-191.
16. Cabral, N., Abramovici, D. (2018). Salud y promoción territorial: reflexión a partir de una experiencia con promotoras de salud. *Revista de Políticas Sociales*, (6).
17. Cetrángolo, O. (2015). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, (13), 38-Pág.
18. Cetrángolo, O., & Goldschmit, A. (2018). *Organización y financiamiento de la provisión pública de salud en un país federal* (Doctoral dissertation, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas.).
19. Devoto, G. (2013). ATAMDOS un hito en la historia de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Revista de Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*.
20. Echegoyemberry, M. N., Castiglia, G., Yavich, N., & Báscolo, E. P. (2017). Desafíos de la implementación de la atención primaria de la salud desde el enfoque de derechos humanos.
21. Echegoyemberry, M. N. (2021). El Derecho a la salud en el campo jurídico y sanitario. Hacia la construcción de la justicia sanitaria. *Revista de Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*.
22. Frydenberg, J. (2011). Historia social del fútbol: del amateurismo a la profesionalización. Siglo XXI. Buenos Aires.
23. Grabois, J. (2013). Capitalismo de exclusión, periferias sociales y movimientos populares. *Scripta Varia*, 123, 1-32.
24. INDEC. (2020). Aglomerados de la Argentina de 500.000 habitantes y más. Ministerio de Economía. Argentina.

25. Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, 128-136.
26. Jara Holliday, O. (2018). La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles
27. Laplacette, G. (2007). Guías para el primer nivel de atención de la salud. Programas y proyectos de base comunitaria.
28. Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
29. Laurell, A. C. (1994). La salud: de derecho social a mercancía. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, 9-32.
30. Logroño, S. (2018). Biopolítica y promoción de la salud desde la periferia urbana. In *X Jornadas de Sociología de la UNLP 5 al 7 de diciembre de 2018 Ensenada, Argentina*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.
31. Mendizábal, J., & Morrone, B. (2017). Innovaciones contrahegemónicas en la salud comunitaria Argentina a fines de la década del 80: El pensamiento de Floreal Ferrara impreso en ATAMDOS. In *XVI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia*. Departamento de Historia. Facultad Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata.
32. Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.
33. Menéndez, E. (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos médico sociales*, 73(1), 5-22.
34. Mintzberg, H. (2001). *Diseño de organizaciones eficientes* (pp. 159-179). Buenos Aires: El Ateneo.
35. Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de salud pública*, 15(6), 810-813.
36. Muntaner, C., Armada, F., Chung, H., Mata, R., Williams-Brennan, L., & Benach, J. (2008). “Barrio Adentro” en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos. *Medicina Social*, 3(4), 306-322.

37. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de Alma-Ata. *Unicef. URSS*. [se reunió en Alma Ata del 6 al 12 de septiembre de 19]
38. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Ginebra: OMS*. [se reunió en Ottawa el 21 de noviembre de 1986].
39. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1987). Declaración de Yakarta. Sobre la Promoción de Salud en el siglo XXI. [21 a 25 de Junio de 1987 en Yakarta].
40. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1988). Segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Políticas a favor de la salud. [se reunió en Adelaida en 1988].
41. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1989). Mejoramiento de la labor de los agentes de salud comunitarios en la atención primaria de salud: informe de un Grupo de Estudio de la OMS [se reunió en Ginebra del 2 al 9 de diciembre de 1987].
42. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar.
43. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [se reunió en Astná 25 y 26 de octubre de 2018].
44. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización. Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
45. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2017). Salud en las Americas. Resumen panorama general y perfiles de país.
46. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2019). Anuario - 2019. Argentina.
47. Pasarín, M. I., & Diez, E. (2013). Salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 477-478.
48. Robinson, J. C. (1997). Physician-hospital integration and the economic theory of the firm. *Medical Care Research and Review*, 54(1), 3-24.
49. Rose, G. (1985). Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *OPS. Boletín Epidemiológico*; 6 (3), 1985.

50. Rovere, M. (1999). Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. *cuadernos médico sociales*, 75, 31-63.
51. Rovere, M. (1999). Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. *Rosario: Editora Secretaria de Salud Publica/AMR*.
52. Rovere, M. (2004). La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. *La Esquina del Sur*.
53. Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*, 36, 327-342.
54. Rovere, M. (2016). El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 12(6), 23-41.
55. Sopransi, M. B., & Lenta, M. M. (2010). La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares. In *III Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología*. Sociedad Interamericana de Psicología.
56. de Sousa Campos, G. W. (2001). La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. *Gestión en Salud: en defensa de la vida*, 71-83.
57. de Sousa Campos, G. W. (2017). Entrevista: la desigualdad es el concepto clave para la discusión de la salud en el contexto internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2315-2319.
58. Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6, 275-293.
59. Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud colectiva*, 12, 149-171.
60. Stolkiner, A., Comes, Y., & Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2807-2816.
61. Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(10), 57-67.
62. Svampa, M. (2010). Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara.
63. Testa, M. (1988). Atención, ¿primaria o primitiva? de salud. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas, 75-90.

64. Tobar, F. (2002). ¿Cómo curar al sistema de salud argentino?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 277-282.
65. Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.
66. Yavich, N., Báscolo, E. P., & Haggerty, J. (2010). Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *salud pública de méxico*, 52, 39-45.
67. Zaldúa, G., & Bottin, M. M. (2017). *Praxis psicosocial comunitaria en salud*. Eudeba.

11. Anexos.

11.1. Proyecto de Ley Ligas barriales de niñas, niños y adolescentes.

Diputadas y Diputados de Santa Fe:

La Comisión de Asuntos Constitucionales y Legislación General ha considerado el proyecto de Ley 39566 CD – FSP - CIUDAD FUTURA de la diputada Pacchiotti, por el cual se crea el programa provincial ligas infantiles barriales, que tendrá como objeto la promoción y fortalecimiento de circuitos de encuentros y competición de entidades deportivas y sociales con o sin personerías jurídicas en torno a diversas actividades físicas; que cuenta con dictámenes de la Comisión de Promoción Comunitaria y la Comisión de Presupuesto y Hacienda; y, por las razones expuestas en los fundamentos y las que podrá dar el miembro informante, esta Comisión aconseja la aprobación del siguiente texto con modificaciones:

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE SANCIONA
CON FUERZA DE
LEY:

LIGAS BARRIALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

ARTÍCULO 1 – Programa Provincial Ligas Barriales de Niñas, Niños y Adolescentes. Créase el Programa Provincial Ligas Barriales de Niñas, Niños y Adolescentes, que tendrá como objeto la promoción y fortalecimiento de circuitos de encuentros y competición de diversas actividades deportivas destinadas a niñas, niños y adolescentes de entidades deportivas y sociales con o sin personería jurídica, de carácter independiente o sin reconocimiento de la federación de la disciplina de que se trate.

ARTÍCULO 2 - Objetivos. Serán objetivos del presente Programa:

a) promover ámbitos de encuentro, participación y competición de actividades deportivas entre entidades deportivas y sociales con o sin personería jurídica;

- b) impulsar la creación de clubes sociales y deportivos en áreas urbanas o rurales que carezcan de instituciones de este tipo;
- c) asistir de manera legal y contable a las entidades que integren el Programa, a los fines de asesorar acerca de los trámites correspondientes a la constitución de asociaciones civiles;
- d) promover la regularización de los terrenos donde las entidades deportivas y sociales realizan sus actividades, cuando los mismos sean de dominio estatal, en cualquiera de sus niveles;
- e) desarrollar un plan de fortalecimiento de infraestructura básica que contemple baños y salón de usos múltiples, entre otras, en las instalaciones de las entidades participantes;
- f) llevar a cabo un ciclo constante de capacitaciones acerca de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados por nuestro ordenamiento jurídico, violencia de género, prevención de adicciones, gestión de asociaciones civiles, educación sexual integral, seguridad alimentaria, salud y bienestar del niño, la niña y el adolescente, dirigido a referentes sociales vinculados a las entidades participantes del programa;
- g) vincular a las entidades con programas sociales del Ministerio de Desarrollo Social, especialmente para la asistencia alimentaria y el debido sostenimiento de comedores y copas de leches en los establecimientos por parte del Estado Provincial;
- h) realizar formaciones de director/a técnico/a y de arbitraje destinadas a vecinos y vecinas de estos barrios, caracterizados por necesidades básicas insatisfechas en la mayoría de su población, brindando herramientas para que las entidades autogestionen estos roles;
- i) coordinar junto al Ministerio de Salud, cursos de formación de Promotores Comunitarios de Salud y la efectivización de prácticas comunitarias de promoción y prevención en el marco de la atención primaria de la salud; y,
- j) articular planes y acciones con los gobiernos municipales y comunales para el fortalecimiento de las Ligas Infantiles Barriales.

ARTÍCULO 3 - Beneficiarios. Se reconocerá como Liga Barrial de Niñas, Niños y Adolescentes, a todo grupo de entidades deportivas que no se encuentren incluidas en ligas deportivas oficiales, se encuentren ubicados físicamente y desarrollen sus actividades de manera conjunta en barrios caracterizados por necesidades básicas insatisfechas en la mayoría de su población y que presenten la solicitud a la Autoridad de Aplicación para ser incluidos en el programa.

La reglamentación establecerá de manera amplia e inclusiva los criterios para el reconocimiento como liga barrial, estableciendo un mínimo de entidades deportivas y sociales de acuerdo a la población de la localidad

donde la misma esté radicada; y, a su vez, reconocer a determinado barrio caracterizado por necesidades básicas insatisfechas.

ARTÍCULO 4 - Requisitos. Será necesario que cada grupo de entidades deportivas y sociales garantice en su propuesta para ser reconocida como Liga Barrial de Niñas, Niños y Adolescentes, los siguientes elementos:

valores accesibles de las cuotas y/o entradas para la participación en los clubes y para la asistencia a los partidos de la Liga Barrial de Niñas, Niños y Adolescentes que permitan el acceso general;

el autofinanciamiento de los gastos que conlleve el funcionamiento corriente de la Liga Barrial, como material deportivo, indumentaria, cobertura de salud, arbitraje, entre otros;

c) una planificación anual que incluya cantidad de partidos, lugares de realización y cronograma de actividades;

d) cuatro (4) categorías, como mínimo, que practiquen una misma actividad deportiva con niños, niñas y adolescentes;

e) carácter mixto de todas las categorías, posibilitando la participación de varones y mujeres en la actividad;

f) tercer tiempo luego de cada encuentro deportivo para fortalecer los valores de no violencia en el deporte, solidaridad e inclusión;

g) inclusión y no discriminación de niñas, niños y adolescentes con discapacidades;

h) estar registrado en un centro de salud que asegure el control sanitario y la detección temprana de factores de riesgo en deportistas, desaconsejando el desarrollo de actividades físicas;

i) presentar certificado de escolaridad;

j) contratación de un seguro deportivo para atender los riesgos propios de la actividad; y

k) cobertura de un sistema de atención médica de emergencia en el desarrollo de las actividades.

ARTÍCULO 5 – Autoridad de Aplicación. La Secretaría de Deportes dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe, o el organismo que un futuro la reemplace, es la Autoridad de Aplicación de la presente Ley. El Poder Ejecutivo financiará, a través de las secretarías u órganos específicos de las Municipalidades y Comunas, el Programa creado a través de la presente Ley, como asimismo aquellos programas provinciales y locales análogos relacionados al fomento del deporte, fortalecimiento de clubes e integración socio comunitaria que se implementen.

ARTÍCULO 6 - Funciones de la Autoridad de Aplicación. La Autoridad de Aplicación tendrá las siguientes funciones:

- a) garantizar la implementación de los objetivos del programa;
- b) realizar capacitaciones y formaciones de prevención en educación sexual integral, violencia de género, seguridad alimentaria y gestión de organizaciones sociales, de acuerdo a las necesidades de cada liga;
- c) establecer la Comisión de Seguimiento para las Ligas Barriales de Niñas, Niños y Adolescentes;
- d) trabajar conjuntamente con las Municipalidades y Comunas donde se anclen las diversas ligas a fines de cumplimentar la presente Ley;
- e) generar encuentros de socialización de experiencias de todas las ligas inscriptas en el Programa;
- f) gestionar los recursos necesarios para afrontar la infraestructura y el reconocimiento legal de las entidades incluidas en las Ligas Barriales de Niñas, Niños y Adolescentes;
- g) realizar convenios de cesión de terrenos de dominio estatal provincial donde se encuentren ubicadas las entidades deportivas, según criterios que se establezcan en la reglamentación;
- h) llevar adelante un registro de las ligas que accedan al programa teniendo en cuenta los objetivos del programa, identificando el tipo de acción, transferencias monetarias realizadas y su georreferenciación, publicándose el mismo en el sitio oficial del Poder Ejecutivo; y,
- i) acompañar y asesorar a las organizaciones en el proceso de rendición de cuentas cuando estas sean beneficiarias de transferencias monetarias, en cumplimiento de la normativa vigente.

ARTÍCULO 7 - Comisión de seguimiento. Se conformará un equipo de acompañamiento y seguimiento para cada Liga Barrial de Niñas, Niños y Adolescentes con el objetivo de:

- a) coordinar el funcionamiento operativo de las actividades determinadas y acompañar su correcta aplicación;
- b) relevar las demandas de infraestructura de las entidades deportivas y sociales;
- c) realizar las gestiones tendientes a concretar las obras faltantes para que cada entidad deportiva cuente con infraestructura básica correspondiente a baños y salón de usos múltiples; y,
- d) acompañar y asesorar el proceso de regularización de las entidades deportivas y sociales, en relación al aspecto legal, contable y catastral.

ARTÍCULO 8 – Conformación de la Comisión de seguimiento. La Comisión de seguimiento estará conformada de manera imprescindible por

la Autoridad de Aplicación, representantes de las Municipalidades o Comunas donde se emplace la liga y representantes de las entidades barriales que conformen la liga. Asimismo, se deja establecido que las Municipalidades y Comunas estarán facultados a proponer con el debido sustento, criterios de distribución de los fondos asignados por el Poder Ejecutivo para el cumplimiento de los fines previstos en esta Ley.

ARTÍCULO 9 - Reuniones de evaluación. Se realizarán reuniones anuales de evaluación y seguimiento de las acciones desarrolladas por el Programa, conformadas por dos (2) representantes de cada Liga Barrial de Niñas, Niños y Adolescentes y la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 10 – Obras de Infraestructura. Para la asignación de las obras de infraestructura determinadas por el programa para las entidades deportivas y sociales se priorizará a las cooperativas de trabajo locales.

ARTÍCULO 11 – Presupuesto. Los recursos necesarios para la aplicación de la presente Ley provendrán de los fondos determinados por la reglamentación y de los recursos propios del Tesoro, establecidos en la Ley de Presupuesto anual de la Provincia.

ARTÍCULO 12 - Disposición transitoria. Una vez sancionada y reglamentada la presente ley, la Autoridad de Aplicación convocará a las Ligas Barriales de Niñas, Niños y Adolescentes que actualmente estuvieren desarrollando actividades en la provincia, para su adecuación a la misma.

ARTÍCULO 13 – Deporte Federado. La Autoridad de Aplicación avanzada la implementación de la presente, promoverá la incorporación paulatina tanto de deportistas como entidades al régimen formal del deporte santafesino en el marco de la Ley 10544 y sus normas modificatorias y complementarias.

ARTÍCULO 14 - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de la Comisión en Zoom, 26 de Noviembre de 2020.

FIRMANTES: FARÍAS – PULLARO – BLANCO – MAHMUD –
ESPÍNDOLA – BOSCAROL – BUSATTO – RUBEO – REAL.

11.2. Informe de los relevamientos llevados adelante en el año 2019.

PROGRAMA SALUD COMUNITARIA - LIGA INFANTIL DE LOS BARRIOS **RESULTADOS CHEQUEOS 2019**

INTRODUCCIÓN

En la Argentina el acceso a la salud es público, universal y gratuito, aunque en el escenario actual, se entiende que dicho derecho se encuentra vulnerado cotidianamente. Esta situación se vio agravado en los últimos cuatro años por el desmantelamiento de medidas y políticas públicas sanitarias a nivel nacional. Como respuesta, desde las asociaciones, instituciones y clubes nucleados en la Liga Infantil de los Barrios se llevaron adelante una serie de controles médicos.

Desde mediados del año 2019 se comenzó a realizar un chequeo médico a todos los clubes que conforman la Liga Infantil de los Barrios (LIB) de Santa Fe, en la cual participan 18 clubes de diferentes barrios de la ciudad. El mismo fue realizado conjuntamente con profesionales y trabajadores de la salud nucleados en el Frente Ciudadano por la Salud.

El objetivo inicial fue entregar el certificado de aptitud física para los niños, niñas y jóvenes que participan de las actividades de la liga, los cuales rondan las 2500 personas. Por otro lado, se busca exponer las principales problemáticas sanitarias presentes en los barrios periféricos de la ciudad, lo cual se cree fundamental para poder discutir e implementar políticas públicas sanitarias, sociales y deportivas. En el presente informe realizamos un análisis de los resultados parciales de lo desarrollado hasta la actualidad.

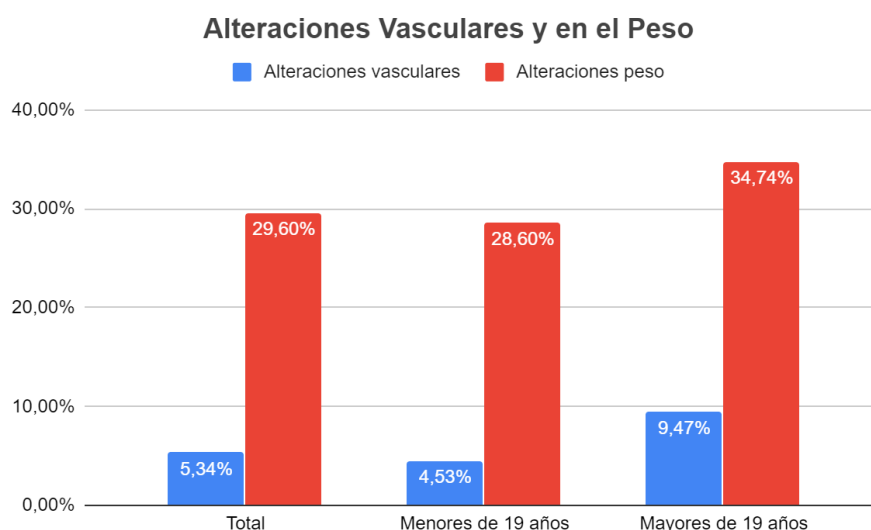
DESARROLLO

El chequeo médico consiste en tres etapas: control de talla, peso, índice de masa corporal (IMC) y signos vitales (frecuencia cardíaca, pulso y presión arterial); análisis postural llevado adelante por profesionales de kinesiología; y por último, una anamnesis y examen médico cardiorrespiratorio. **Han sido realizados 581 controles, dentro de las cuales 486 (más del 80%) son menores de 19 años.** Por otro lado, los chequeos médicos se llevaron adelante en el Club Arroyito Seco (Alto Verde), Cebollitas (Loyola Sur), San Francisco Solano (Barranquitas), Apache FC (Santa Marta), Atletas de Cristo y 7 Jefes (Scaraffía) y Barcelona Jrs. (Santa Marta). A continuación se exponen los datos más relevantes.

En primer lugar, **se identifica que sólo el 18,4% de las personas atendidas posee obra social.** Teniendo en cuenta que en nuestro país cerca del 50% de la población accede a una obra social de manera directa o a una prepaga a través de la seguridad social (datos extraídos del ex Ministerio de Salud de la Nación - 2016), estos valores se diferencian mucho de lo que ocurre en las personas que participan en la LIB.

Por otro lado, el Gráfico 1 especifica los porcentajes de personas con alteraciones vasculares y en el peso. Estos últimos son levemente más altos en menores de 19 años, con un total de 139 niños, niñas y jóvenes de los 486 evaluados. Mientras que las

alteraciones vasculares predominan en adultos, principalmente las alteraciones en la presión arterial.



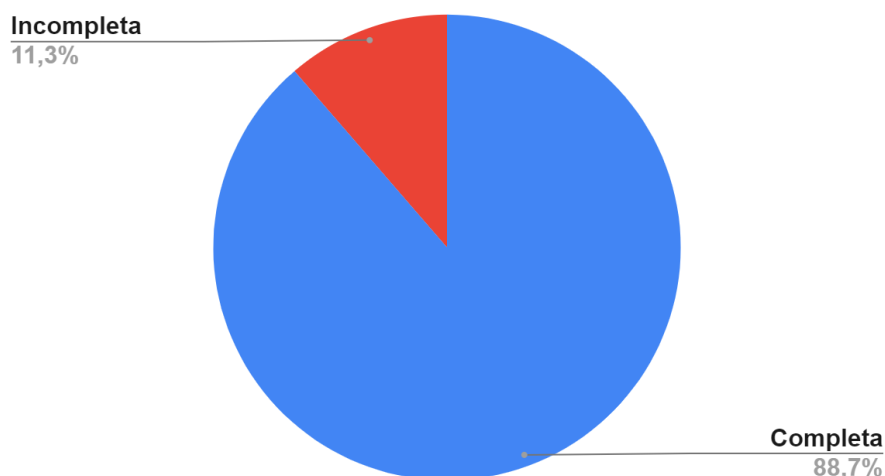
En el Gráfico 2 se analizan detenidamente las alteraciones en el peso, donde se refleja que éstas se concentran principalmente en trastornos de peso elevado (sobrepeso y obesidad), lo cual padecen 115 de los 486 menores de 19 años evaluados (56 con obesidad y 59 con sobrepeso). Por su parte, el bajo peso se presenta en 24 de los 486 chicos, lo cual es un dato alarmante. Además, no se presentaron casos de desnutrición (percentil peso menor a 3). El normopeso (percentil peso entre 10 y 90) alcanzó a 347 personas de los 486 menores de 19 años.



En cuanto al análisis postural, los datos presentan que casi un 30% de las personas atendidas padecen alteraciones posturales (en columna vertebral o miembros inferiores), contabilizando un total de 158 de las 581 evaluadas.

Por último, se destaca que de las personas que asistieron al chequeo con el carnet de vacunación, sólo un 11.3% presentaron el carnet incompleto. Si bien no fue alta la proporción de personas que acudieron con carnet, es importante expresar que existen niños y niñas en la etapa escolar con vacunación incompleta (en total 25 menores de 19 años).

Vacunación en personas que presentaron carnet



CONCLUSIONES

De este Programa de Salud Comunitaria se desprende principalmente la importancia de poder fortalecer los vínculos entre el Centro de salud o efector de Atención Primaria y las diversas instituciones del barrio, como los Clubes de Barrio, teniendo en cuenta que muy pocas personas, de las que participan en la Liga Infantil de los Barrios, cuentan con acceso a una obra social.

Siendo los Clubes de Barrio espacios donde circulan de manera constante poblaciones jóvenes en estado de crecimiento, una política pública tendiente a generar relaciones continuas entre el sistema público de salud y las organizaciones populares creemos que permitirá dar una mejor respuesta a las problemática de la salud que surgen cotidianamente. Por ejemplo: llevar adelante controles actualizados, detectar casos relevantes y poder actuar en forma oportuna, realizar campañas de prevención, de higiene y de nutrición.

Por otro parte, el elevado número de personas con alteraciones en el peso y/o déficits en la alimentación (principalmente menores), la prevalencia de complicaciones cardiovasculares y las desalineaciones posturales demuestra la necesidad de empoderar la práctica deportiva en niños, niñas y jóvenes de nuestra ciudad. En este sentido, fortalecer desde la esfera estatal el desarrollo de instituciones deportivas en los barrios y el acceso al deporte se vuelve fundamental. Además, generar espacios de formación, donde los dirigentes, profesores y padres vinculados a los clubes puedan capacitarse sobre aspectos relacionados a la salud y al deporte sería de gran importancia en materia de prevención.

11.3. Links de entrevistas realizadas posteriores a los relevamientos del año 2019.

<https://www.youtube.com/watch?v=vMMbjRoGfMo>

https://www.youtube.com/watch?v=v0_FWyxt4vg&t=16s

<https://www.youtube.com/watch?v=he3SdqF-6tU&t=13s> (entrevista posterior al relevamiento en Barrio Jesuitas, año 2021).

11.4. Curso de Promotores/as Comunitarios/as de Salud.

CURSO DE PROMOTORES/AS COMUNITARIOS/AS DE LA SALUD



LIGA INFANTIL DE LOS BARRIOS SANTA FE - ARGENTINA 2020

Bienvenidos/as al:

CURSO DE PROMOTORES/AS COMUNITARIOS/AS DE LA SALUD

En esta primera clase haremos algunas introducciones al concepto de salud/enfermedad, historización de la salud y del sistema sanitario argentino y concentrarnos en nuestro rol como PCS. Desde ya muchas gracias por participar y ojalá podamos conformar un grupo, en comunidad, para juntos/as aprender a llevar adelante propuestas políticas, sanitarias y deportivas para el bien de nuestra comunidad, de nuestros barrios y nuestros pibes y pibas.

ÍNDICE

1. Concepto de Salud	pág. 3
2. Modos de atención en salud y enfermedad	pág. 6
3. Derecho a la salud	pág. 7
4. Sistema de Salud Argentino	pág. 9
5. Historia del Sistema de Salud Argentino	pág. 10
6. Niveles de atención	pág. 18
7. Prevención y Promoción en Salud	pág. 19
8. Promotores Comunitarios de la Salud	pág. 20
9. Relevamientos 2019	pág. 21
10. Relevamientos 2020	pág. 23

1. CONCEPTO DE SALUD

Identificar a la salud desde una concepción integral, supone entenderla como un proceso complejo en el que interactúan múltiples dimensiones sociales, biológicas, históricas, culturales, ambientales, etc.

Podemos distinguir tres etapas históricas del concepto o idea de “salud”:

- En los inicios de la humanidad, o desde hace miles de años, el concepto de salud se atribuía a un reconocimiento de poderes mágicos (brujas, magos) o espirituales/religiosos (dioses). Por lo cual existían “maldiciones”, “espíritus” o “hechizos” que enfermaban a las personas, y los mismos eran curados por personas determinadas, ya sea con espectáculos de magia o basándose en sus interacciones con algún dios determinado.

Aunque tampoco se debe dejar de reconocer el gran conocimiento que adquirieron ciertos imperios o comunidades con respecto a la medicina. Por ejemplo se sabe que grupos egipcios realizaban cirugías en los cerebros de personas enfermas (lo que hoy se conoce como accidente cerebrovascular o ACV), o también de reconocidos personajes Romanos o Griegos, como el caso de Hipócrates (reconocido por el Juramento Hipocrático o por ser considerado el padre de la medicina actual). O también, de reconocidos ritos de nuestros ancestros indios locales. Más allá de estas prácticas, se sabe que ciertas técnicas o rituales médicos se llevaban adelante con cierto desconocimiento sobre los virus o bacterias, etc.

- Una segunda etapa, relacionada con la Revolución Industrial (hace 300 años), en donde la revolución tecnológica dió lugar al conocimiento de los virus y bacterias que causaban las enfermedades, esto llevó al desarrollo del microscopio óptico, por el cual se podían reconocer estos organismos y con esto la cura. Este desarrollo fue dando lugar a nuevas formas de tratamientos médicos, cada vez más especializados. Un gran ejemplo es el uso de las vacunas.
- Y una etapa más actual, en donde, si bien se reconoce el progreso científico/médico, comienza a emerger otro tipo de medicina, que es la **medicina social**. Esta plantea que, si bien hoy en día se sabe que ciertos virus “nos atacan” y producen enfermedades (como actualmente el coronavirus o el dengue), también nos enferman los malos hábitos alimentarios (o no poder acceder a una dieta saludable), que también padecemos enfermedades por estar expuestos a más gérmenes por la falta de urbanización barrial o una recolección de residuos deficiente, existencia de microbasurales, etc.

En cuanto a esto, un gran impulsor de la medicina social en nuestro país fue Ramón Carrillo, quien fué el primer ministro de salud de la Nación, quien hace 70 años decía: **“frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza,**

angustia e infortunio social de los pueblos; los microbios, como causa de enfermedad, son unas causas pobres”.

La salud es un concepto muy complejo. La historia misma demuestra diversidad de conceptualizaciones; en las que subyacen supuestos sobre la sociedad, los modos de construcción y validación del conocimiento, e incluso las formas en que se concibe al ser humano; lo que varía en los distintos momentos históricos, culturas, sociedades y grupos humanos.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como SALUD: Estado completo de bienestar físico, psíquico, mental y social, más allá de la ausencia de enfermedad.

Una de las críticas a dicho concepto podría ser que, basta con retirar por un momento la palabra “completo” de la definición para identificar la presencia del término “estado de bienestar”, que nos lleva directamente a su historización. La definición fue enunciada por primera vez al crearse la Organización Mundial de la Salud, la agencia de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que presenta como objetivo concretar acciones mancomunadas para mejorar la salud de la población mundial. **La ONU fue creada en 1945 al finalizar la Segunda Guerra Mundial**, es decir en un momento de la historia en el que estaba presente la idea de asegurar la paz y evitar la posibilidad de una nueva guerra, más aún cuando en un mundo dividido por la guerra fría las armas nucleares se percibían como una amenaza para la humanidad. Así los países occidentales acordaron políticas de desarrollo económico y social en el contexto de la reconstrucción europea y la creación de los estados de bienestar. Su constitución también establecía el primado y defensa de los derechos humanos en vistas a los crímenes de lesa humanidad (nazismo) y los crímenes de guerra; derechos que se cristalizarían en normativa internacional poco tiempo después en la **Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948**, junto con el resto de lo que hoy conocemos como derechos sociales.

Volvamos entonces a la definición. Es claro que la misma tenía el objetivo de enunciar el rol del estado en el cuidado de la salud de las poblaciones. Recuérdese que los estados de bienestar (Políticas de Estados que se llevaron adelante durante el siglo XX, en donde el rol del Estado, a grandes rasgos, era favorecer la distribución de las riquezas y reconocimiento de derechos, lo cual se logró gracias al crecimiento de la economía a nivel mundial) se configuraron como un modelo en el que el estado asumía un rol activo en la garantía de los derechos sociales, y entre ellos la salud, comprometiéndose a generar, a través de políticas públicas, unos determinados niveles de bienestar en sus sociedades. En el término de salud, se trastoca la idea de responsabilidad individual en el cuidado de la salud y se enunciaba el rol de los estados en la provisión de servicios de salud, entre otros servicios sociales. **En efecto la DUDH incluía por primera vez en una normativa internacional el derecho a la salud de las poblaciones.**

De modo que la definición ha sido en su momento muy relevante para el establecimiento de políticas públicas en salud. Por otro lado, la definición va a incluir factores sociales y psicológicos, que permitieron **“superar” las concepciones puramente biologicistas de la salud** que podrían sintetizarse en la definición.

A pesar de la importancia política que tuvo esta definición, la misma fue recibiendo ciertas críticas, sobre todo a partir de la década del 70. La idea de estado fue cuestionada desde la Medicina Social, que la conceptualizó como un proceso dinámico. Se planteó también como crítica que la salud no es homologable al “completo bienestar”; en efecto puede haber situaciones de enfermedad que no sean percibidas como malestares por quienes las padecen y, además, el enfermar es en general parte del devenir de todo ciclo vital. Por último, se planteó, y éste es un punto central, que ésta definición resulta un limitante para la medicina respecto a buscar explicaciones diferentes de la enfermedad y la salud, y modelos alternativos que incluyan una mirada desde lo “colectivo”. A modo de ejemplificación, la desnutrición en ciertas regiones de africa no obedece a un “patrón de enfermedad” sino que también a una situación económica de los países más pobres del mundo.

CONCEPTO SALUD Y LIGA INFANTIL DE LOS BARRIOS

A partir de estos conceptos, podríamos reflexionar ¿de qué manera contribuye la Liga Infantil de los Barrios en la salud de nuestros jóvenes?

Llevar adelante una Institución como las nuestras abre las puertas para el desarrollo deportivo. Entrenar, realizar actividad física, compartir con amigos/as disminuye las probabilidades de desarrollar patologías a futuro como la diabetes, la hipertensión arterial o afecciones cardiovasculares y hasta psicológicas.

Mientras que por otro lado, el encuentro que se genera desde los clubes, el grupo de amigos y amigas, crea las condiciones necesarias para que cada uno de nosotros se desarrolle como ser humano de forma integral, cuestión indispensable para construir un proyecto de vida sana y en armonía.

Además, teniendo en cuenta el análisis de la medicina social, y considerando la condición de nuestros barrios, porque no podríamos pensar en las Instituciones deportivas como un núcleo o centro de organización del barrio, en donde vecinos y vecinas puedan discutir las condiciones de infraestructura (falta de urbanización, presencia de basurales, falta de cloacas o recolección de residuos, etc) que mucho influyen en nuestra salud, y porque no también condiciones sanitarias de nuestro barrio (trabajos en conjunto con el centro de salud, etc).

1. MODOS DE ATENCIÓN EN SALUD Y ENFERMEDAD

Existen diversos modelos de atención (o cuidado), pero la gran mayoría de estos rondan en métodos terapéuticos para curar la enfermedad (como los medicamentos para el dolor), para aliviar los síntomas, etc. Pero todos estos métodos circundan sobre la enfermedad. No existe una visión de prevención de la enfermedad. Basta ejemplificar con cada uno de nosotros: muy poca gente va al médico sino “le duele algo”. Esto se enmarca en lo que se denomina **Modelo Médico Hegemónico (MMH)** o Biomedicina. El objeto de estudio de este modelo de pensamiento presenta como principales características: el biologicismo, es decir considerar que sólo los virus o bacterias son los grandes potenciales para causar una enfermedad (lo cual es cierto, aunque ya comentamos cómo diversos factores sociales, económicos o psicológicos también influyen), y también genera una relación médico-paciente asimétrica y subordinada (en donde la medicina sería la única especialidad

en responder a las problemáticas sanitarias y no la comunidad). En definitiva se trata de modelos de prácticas basadas más en la cura de la enfermedad, que en la salud.

Una de las críticas comunes al modelo médico hegemónico es a la forma de pensar la relación salud-enfermedad. Pensar que la soluciones sanitarias en nuestro barrio, o en un grupo de vecinos o un solo paciente debe partir si o si de la decisión de un médico o en algún profesional de la salud deja de lado el conocimiento que puede llegar a tener una persona o un familiar de alguien “enfermo”. Teniendo en cuenta que no sólo la ausencia de enfermedad es salud, sino también tener barrios habitables, cloacas, servicio de recolección de residuos, etc.

Otra de las características de este modelo es la tendencia a la medicalización de los problemas de salud, lo cual favorece tomar a la salud y la enfermedad como una mercancía más.

Desde los años '60 la expansión de la mercantilización se vio favorecida por la entrada masiva de capitales financieros al sector salud con actores fundamentales que funcionan como fuerzas corporativas globales: las aseguradoras de salud y las industrias de aparatología y farmacología médica.

A modo de ejemplificar esto: hace más de veinte años los médicos diagnosticaban las patologías escuchando el relato del paciente, auscultandoló (escuchando los latidos del corazón y pulmones), etc. Mientras que hoy en día, se sobreutilizan los exámenes complementarios (radiografías, ecografías, etc), sin tener en cuenta el valioso conocimiento del médico que ya puede sospechar de la enfermedad o no. Todo esto trae consigo una dependencia en el uso de tecnología aplicada a la medicina y exagerados costos que podrían evitarse muchas veces.

La creciente mercantilización del sector salud a partir de la década del '60 y '70 ligada al impulso de las políticas neoliberales de la época, ha sido una de los puntos críticos sobre los que el movimiento de Medicina Social y Salud Colectiva fue elaborando respuestas, contraposiciones y problematizaciones; antagonizando incluso con los discursos oficiales en salud de organizaciones internacionales como la OMS y la OPS.

EL MMH Y LAS POLÍTICAS SOCIO-DEPORTIVAS

Como hemos mencionado, el MMH presupone que las respuestas para solucionar los problemas sanitarios deben estar avalados, ideados y llevados adelante por profesionales de la salud idóneos. En pocas palabras, podríamos decir, sostiene que la respuesta debe partir de la Ciencia.

Hay quienes se oponen a esta idea, y proponen que el rol de la comunidad debe ser el central, que es allí donde se conocen los problemas y la forma de resolverlos.

Un ejemplo de contraposición al MMH es la Liga Infantil de los Barrios.

Con escaso financiamiento, infraestructura, sólo organización los clubes barriales hace años vienen dando respuesta sanitarias, dando lugar a que miles de jóvenes puedan realizar actividad deportiva y formar grupos de amigos, lo cual es muy importante en la prevención de los consumos problemáticos, y principalmente en lo deportivo, ante la ausencia de Instituciones deportivas locales.

Si tomamos el ejemplo del último Presupuesto aprobado para la Ciudad de Santa Fe (año 2019), podríamos ver que se destinarán \$54.000.000 para garantizar diversos programas

de salud y otros \$90.000.000 para programas deportivos.
¿La política local no cae en el mismo error que el MMH? En donde muchas veces los programas son ideados para otorgar un parche y no la solución al problema.
Si con muy poco o casi nulo presupuesto la LIB viene dando respuesta a las necesidades deportivas, sociales y sanitarias, ¿por qué no se visibiliza y se potencia esta actividad que emerge de la organización de la comunidad, de vecinos y vecinas de cada barrio?

2. DERECHO A LA SALUD

Al igual que las concepciones de salud, el derecho a su acceso no es un concepto unívoco, por lo que puede admitir diferentes acepciones a partir de la interpretación que se hagan del mismo y de los modelos de políticas públicas que se desarrollen para el cuidado de la salud.

El **derecho a la salud** se consagra como derecho fundamental, como ya dijimos, a partir de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)**. Un **segundo hito en la construcción conceptual del derecho a la salud fue la Declaración de Alma Ata de 1978**, que fijaba la meta **“Salud para todos en el año 2000”**, y que planteaba la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) para su consecución (la APS tiene como objetivo atender en la prevención y promoción de la salud, es decir evitar las enfermedades antes que aparezcan como tal). Así mismo, hacía foco en la **participación comunitaria**, para dar respuesta a las necesidades locales reales de las poblaciones y para el logro de un acceso equitativo.

PARTICIPACIÓN EN SALUD DESDE LA LIB

Esta declaración de “Alma Ata” (en donde se juntaron casi todos los países del mundo para tomar lineamientos en común con respecto a la salud), es importante si tenemos en cuenta los dos conceptos que se propusieron y que también llevamos adelante en la Liga.

1. *La prevención de salud*. No sólo tratar la enfermedad. Como dijimos anteriormente, desde los Clubes promovemos una vida saludable en lo deportivo y por otro lado evitamos enfermedades futuras.
2. *Participación Comunitaria*. Como vecinos y vecinas del barrio debemos ser actores y poder tomar decisiones en cuanto a nuestro sistema de salud. Una de las actividades que llevaremos a cabo, los chequeos médicos, son un inicio importante para desarrollar esta actividad.

Cabe destacar que este Derecho a la Salud, si bien fue aceptado y declarado por la OMS y casi todos los países del planeta, la aplicación y logros del objetivo “salud para todos” ha tenido diferentes resultados en los numerosos países. Hay lugares en donde los sistemas de salud a nivel nacional son igualitarios y tienen la misma accesibilidad para todas las personas, y en otros existen diferencias con respecto al trabajo de cada uno, los ingresos económicos, poseer obra social o no, etc.

El derecho a la salud es un concepto complejo, que depende de cada individuo, de cada población y el lugar donde habite, pero aún queda mucho por recorrer para cumplir el anhelo de “salud para todos”.

EL DERECHO A LA SALUD Y AL DEPORTE

En nuestra ciudad, existen innumerables clubes de fútbol que permiten el derecho al deporte de nuestros niños y niñas, sin embargo, el crecimiento demográfico de la ciudad no se contrapuso con la conformación de clubes, principalmente en el noroeste de la ciudad y los barrios que padecen de ciertas limitaciones estructurales (falta de cloacas, urbanización de las calles, etc). Es a partir de inicios de esta década, cuando escuelitas de fútbol empiezan a conformar la Liga Infantil de los Barrios, permitiendo hoy en día el acceso al deporte a miles de niños/as de la ciudad.

Esto es una muestra de que cuando la ciudadanía se organiza logra acceder a derechos que ya han sido reconocidos (el derecho a practicar deportes está declarado hace años en “Los derechos de los niños”), pero ante la falta de políticas de Estado, este innegable derecho estaría anegado para cada una de las personas que participan en la LIB.

De la misma manera, es la idea de asumir el rol de protagonistas y poder diagramar y formar parte de las decisiones sanitarias en nuestros barrios y clubes de la ciudad.

4. SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Al haber analizado el concepto de salud y el derecho a su acceso, es importante que reconozcamos cómo se organiza el Sistema de Salud Argentino.

El sistema de salud argentino **es un sistema tripartito conformado por el subsector Estatal, de Obras sociales y Privado**. A su vez las instituciones del sector público están divididas en los niveles jurisdiccionales nacional, provincial y municipal.

Una de las **características principales de este Sistema Nacional es la falta de integración entre los subsistemas** y niveles jurisdiccionales, y es una de las principales dificultades para garantizar el derecho a la salud de las poblaciones.

La organización federal del país establecida en la Constitución vigente le asigna a las provincias total autonomía en materia de políticas en salud. El resultado es que la responsabilidad en la provisión de servicios recae en los gobiernos provinciales, reservándose el poder central (nacional) a lineamientos de carácter indicativo. A ello debe sumarse que los procesos de descentralización de los servicios de salud tomaron, en buena parte, la forma de un traspaso de la función administrativa pero sin asignación de recursos. Dada la disparidad en los recursos y necesidades de las provincias, ello se traduce en inequidad distributiva al interior del país. Es decir que las provincias del centro del país tendrán mayor recursos que las provincias del norte en donde el presupuesto es menor por tener menores financiamientos disponibles.

Lea con atención el siguiente cuadro en el que podrá observar resumidamente las características de cada uno de los subsectores del sistema de salud argentino:

	ESTATALES	OBRAS SOCIALES	PRIVADO
SUJETO	Persona/Ciudadano	Trabajador	Consumidor
FINANCIAMIENTO	Impuestos	Empleado/Empleador	Cliente/Consumidor
LUGARES DE ATENCION	Hospitales Centros de Salud (Establecimientos propios)	Establecimientos propios o contratados	Establecimientos propios o contratados
SERVICIOS QUE BRINDA	Servicios personales, promoción, prevención y atención de la salud.	Servicios personales: atención y prevención.	Servicios personales: atención

El **subsector Estatal** argentino está conformado por la red de establecimientos o efectores (en general propios) que brindan los servicios de promoción, prevención y asistencia de la salud; es decir los Hospitales y Centros de salud. También lo constituyen una serie de servicios que, aunque no son personales, hacen a la salud de las poblaciones como ser las acciones de saneamiento ambiental. El subsistema se financia a través de los impuestos de todos los ciudadanos argentinos y tiene por sujeto a la persona humana en tanto sujeto de derecho.

El **subsector de las Obras Sociales** está ligado al sistema de seguridad social de los trabajadores formales por lo que se financia en forma conjunta entre el empleador y el empleado. A través de tales contribuciones, los trabajadores tienen acceso a una serie de prestaciones de atención y prevención en efectores o bien propios de cada Obra Social, o bien contratados por las mismas en algunos casos al subsector estatal y en otros al privado. Por estar ligado al trabajo, el sujeto de derecho ya no será ni la persona humana, ni el ciudadano, sino el trabajador, y los derechos en los que se inscribe. En caso de perder un trabajador el empleo, cesa también el acceso a prestaciones en salud.

El **subsector Privado** incluye tanto las empresas de medicina prepaga como los prestadores de servicios (clínicas, sanatorios, laboratorios, etc.). Se presupone una lógica de ganancia en la que el usuario es necesariamente un cliente que paga por los servicios de atención de su salud, o más específicamente por la atención de la enfermedad. Se inscribe en la lógica de los derechos del consumidor, que cesan cuando no se paga o sea cuando se deja de ser cliente.

Dado que los subsectores presentan características y lógicas diferenciales, sería esperable una articulación entre los mismos que haga viable la garantía del derecho a la salud, y la equidad en el acceso a las prestaciones. La compartimentalización de los financiamientos y la fragmentación, elevan los costos administrativos y reducen el porcentaje de recursos que se destinan efectivamente a los servicios de salud.

Es importante que recorramos la historia del sector salud argentino que debe leerse en clave de actores sociales con intereses contrapuestos, como parte de un complejo campo construido y reconstruido históricamente.

5. HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Para su estudio, podríamos dividir la Historia del Sistema de Salud del país en varias etapas, las cuales guardan mucha relación con las etapas políticas, económicas y sociales. Intentaremos hacer un análisis breve.

1. PREHISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (1853 - 1945)

Período de creación y desarrollo en el país de toda una **serie de prestaciones en salud que no llegaban a configurar un sistema**, al tiempo que no respondían a una lógica de garantía del derecho a la salud, propio también de la época internacional.

Este periodo se iniciaría entonces con la fundación misma del estado nacional en 1853 al sancionarse la Constitución Argentina, y concluye en 1946 con la creación de la Secretaría de Salud Pública a cargo del Dr. Ramón Carrillo, y que pasará en 1949 a ser Ministerio de Salud, en el contexto del primer gobierno de Juan Domingo Perón.

Debemos destacar, como ya se dijo, que en estos años ni en nuestro país, ni en el resto del mundo, la salud era considerada un derecho, por lo que la atención solamente se basaba en intervenciones para reparar daños. Es decir **no existían políticas públicas para controlar o intervenir en la salud de la población**, por ej. para evitar la propagación de epidemias.

La lógica de llevar adelante un proyecto de salud era sólo por “brindar ayuda”, sin generar ningún derecho, es decir que se destina a una población que se considera que debe ser ayudada por su carencia y para preservar algún orden social, pero no porque se los considere sujetos de derecho. El cuidado de la salud en general era considerado un asunto privado y las políticas sanitarias como acción del estado se limitaban al control de vectores de enfermedades transmisibles, evitando la propagación de posibles epidemias con el fin de garantizar la seguridad de la ciudadanía.

En materia de salud se fundan en este período importantes instituciones bajo una lógica Higienista, tal es el caso de el Hospital Cullen en nuestra ciudad o el ex Hospital Italiano. El **movimiento de Higiene Social** pone a la salud de la población de las clases más desfavorecidas como cuestión social a ser atendida. La lógica que subyace no es la de derecho, sino la del cuidado de las poblaciones.

Como organización de la sociedad civil, la **Sociedad de beneficencia** (generalmente llevadas adelante por las Damas de Beneficencia, que eran mujeres de cercanas relaciones de amistad y hasta a veces familiares con los gobiernos llamados conservadores de la época), creada en 1823 y conformada por mujeres de la aristocracia argentina,

prestaba un modo de asistencia social basado en la idea de caridad. Se debe tener en cuenta que **las decisiones y acciones que llevaba este grupo, si bien podían ser vistas como buenas intenciones, no se enmarcaban en una política pública, ya que el derecho a la salud no era reconocido un derecho humano a nivel nacional ni internacional.**

Surgen también en este período otros dos modos de organización en el cuidado de la salud relacionados, en distinta medida, con los **procesos migratorios**. De influencia directa, fue la creación de los **Hospitales de colectividad**. Un modo de organización de los inmigrantes por nacionalidad, con una lógica de solidaridad interna y de ayuda a las poblaciones más desfavorecidas del mismo país de origen. De influencia indirecta, pero también ligadas a la inmigración, se gestan las **Mutuales o Fondos de Ayuda Mutua**. Auto-organizaciones voluntarias y no estatales agrupadas por rubro laboral, que bajo la influencia de los modelos de asistencia de la Europa occidental, generaban un fondo de ayuda mutua a partir aportes voluntarios del salario de los trabajadores, para garantizar la ayuda ante eventuales necesidades de seguridad social de los trabajadores, entre ellas la salud. **Impulsadas por los sindicatos nacientes de origen socialista o anarquista en su mayoría, y bajo una lógica claramente solidaria, las mutuales constituyen la génesis de lo que serán luego las Obras Sociales.**

HISTORIA DEL FUTBOL I - LA INMIGRACIÓN Y EL FÚTBOL

Desde las últimas décadas del XIX y primera mitad del siglo XX, nuestro país recibe millones de inmigrantes de Europa, quienes comienzan a habitar el suelo argentino. Fueron tantos que por ejemplo en cercanías del puerto de Buenos Aires la mayoría de la población era de origen extranjero. Fue en esa época cuando inmigrantes ingleses comienzan a fomentar la práctica de un extraño deporte: el fútbol.

La popularidad del Fútbol alcanzó a toda la población y sectores sociales, tan así que a inicios de 1900 existían innumerables clubes o equipos de fútbol en las grandes ciudades del país (en estos años se crean la mayor cantidad de clubes que conocemos actualmente a nivel nacional, como así también la FIFA, y la actual AFA).

El auge del deporte alcanzó una importancia trascendental cuando en la década del 1930 se profesionaliza. Igualmente desde un inicio se practicaba como algo recreacional, en donde era muy común realizar terceros tiempos y que los mismos jugadores sean quienes mantenían y hasta edificaban los propios clubes.

Este auge de fundación de clubes se desacelera drásticamente a partir de 1940 y prácticamente desaparece en los años de 1970. Consecuencias que analizaremos más adelante.

2. CONFORMACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (1945 - 1955)

La **Fundación del sistema de salud argentino se corresponde con el primer gobierno de Juan Domingo Perón (1945 y 1955)** en el que, en el contexto de políticas nacionales de desarrollo del sector estatal y también el reconocimiento de DUDH sentó las bases para formar un sistema centralizado de infraestructura sanitaria en el país.

En nuestro país, existía una Secretaría de Salud, la cual fue prontamente reconvertida en Ministerio de Salud con el mismo Dr. Carrillo como ministro en 1949. Ese mismo

año la reforma constitucional incorpora el derecho a la salud entre otros derechos sociales, dando pie a la potenciación del subsector estatal de salud.

El desarrollo de la infraestructura sanitaria del subsector estatal bajo la planificación centralizada en el ministerio de Salud incluyó: la nacionalización de instituciones públicas hospitalarias precedentes, la creación de grandes hospitales (muchos de ellos son hoy día parte importante del subsector estatal) y el desarrollo de una red de centros de atención ambulatoria no hospitalaria. Hacia el final del período se había logrado por primera vez en nuestro país un sistema integrado e integral con un crecimiento en la cobertura del subsector público inédito hasta hoy: en 1946 eran 63.000 las camas hospitalarias existentes en el país, hacia 1955 éstas habían aumentado a 108.000 es decir, se habían duplicado. Se ampliaba así la cobertura asistencial a sectores de la población que hasta entonces habían tenido un acceso limitado, nulo o marginal a la atención médica.

Por otro lado, la fuerza que cobra en este período la Confederación General del Trabajo (CGT) bajo la defensa de los derechos del trabajador, va a impulsar la transformación de las mutuales en Obras Sociales, y su institucionalización. Aunque de carácter aún voluntario, ya que la afiliación en ese entonces aún no era obligatoria, su creación inaugura el aporte de un 50 % por parte del empleador y otro tanto por parte del trabajador para la cobertura de las prestaciones en salud. Los trabajadores podían así optar por la afiliación a la Obra Social correspondiente a su rubro, o bien por la utilización de la red de hospitales y prestaciones del subsector estatal.

HISTORIA DEL FÚTBOL II - DEPORTE Y SALUD “JUEGOS EVITA”

Una relación muy importante entre el deporte infantil y la salud se dió en estos años del primer peronismo, durante el cual se realizaron los “Juegos Evita” organizados por la Fundación Eva Perón, el cual reunió a 100.000 chicos que jugaban al fútbol y chicas que jugaban al voley en diferentes puntos del país. Esto no sólo significó una política pública en cuanto al desarrollo del deporte infantil y barrial, sino que también se llevaban a cabo chequeos médicos para controlar sanitariamente a los participantes.

3. MODIFICACIONES DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (1955 - 1983)

El Golpe de Estado que en 1955 derrocó militarmente el gobierno de J.D. Perón y fue denominado por sus protagonistas como “Revolución Libertadora” inaugura un **período en el que se desandan todas las políticas desarrolladas en los años precedentes; y un cambio radical en la relación Estado / Sociedad**. En materia de salud la modificación de la participación del estado en relación al sector implicó: desarmar la organización estatal centralizada, reducir el peso político del Ministerio de salud y la inauguración de un largo período de transferencia de responsabilidades y competencias entre distintas jurisdicciones.

En este período **se descentraliza y se retira el Ministerio de Salud** anteriormente conformado. En términos de configuración del sistema se mantiene en este período la organización en tres subsistemas. Pero el subsector estatal va a sufrir una profunda desfinanciación que se irá acompañando en este período y en algunos de los subsiguientes, por un fuerte desarrollo del sector privado. Tal es así que entre 1954 y 1980 las camas

hospitalarias estatales se redujeron en 20.000 unidades mientras que las privadas se triplicaron. **Esta trayectoria, sin embargo, no ha sido lineal.** Podemos observar en la historia del sector salud la alternancia de modelos orientados a la descentralización implementados bajo regímenes dictatoriales (por lo menos hasta la vuelta en a la democracia), con esfuerzos desde los breves y lábiles gobiernos constitucionales por una vuelta a la centralización.

Esto se refleja en el gobierno de Frondizi e Illia, **al retornar la democracia, se intenta retomar el Minsiterio de Salud, el cual es nuevamente disuelto por el siguiente gobierno militar**, reconocido como la “Revolución Argentina”, de Onganía.

Existe un caso particular, en donde el Ministro de salud del gobierno de Illia, el ministro Oñativia intenta regular el mercado de las poderosas empresas farmacéuticas, pero ante los primeros intentos de regulación se sobreviene el golpe de Estado de Onganía, con una sospechosa participación de estas farmacéuticas.

Mientras que, **durante el Gobierno de Onganía**, mediante un acuerdo con el sector sindical con el gobierno, permitió que se sancione **en 1970 la Ley n°18.610** de Obras Sociales, que establece la afiliación obligatoria de los trabajadores. Estamos ubicados en un momento del país signado por el desarrollismo con una situación de pleno empleo (el desempleo alcanzaba solo el 7 % de la población). Las Obras sociales que hasta el momento funcionaban con establecimientos propios, se ven desbordadas en su capacidad de dar cobertura al pasar a ser prestadores de un gran porcentaje de la población (toda la población de trabajadores y sus familias, un 75 % aproximadamente). Es por ello que comienzan a contratar al subsector privado, dinamizando su crecimiento a partir del traspaso de fondos desde el subsector de Obras sociales. Es decir, que **se comenzaron a transferir fondos nacionales de los trabajadores hacia el sector privado** de la salud. Como consecuencia las clínicas privadas se colman de usuarios y comienzan a presentar problemas de sobredemanda, a partir de lo cual **nacen las empresas de medicina privada** para aquellos usuarios con capacidad de pago e intenciones de recibir una atención diferencial.

Durante el breve intervalo constitucional **1973 - 1976 se produce un intento de nueva organización del Sistema de salud. La propuesta era la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)** que atribuía al estado la obligación de hacer efectivo el derecho a la salud mediante la financiación en la dirección de un sistema único. Es decir que integraba aspectos financieros y prestacionales en un sistema único y estatal. Permitía además la incorporación de universidades, provincias y el subsector privado por medio de convenios.

Pese a que la propuesta alcanzó a cristalizarse en ley en 1974 (Ley n° 20748), su implementación no prosperó por falta de apoyo de algunas las organizaciones gremiales y del sector privado. Es decir que en su escasa implementación tuvieron un peso importante los sectores fortalecidos en el período anterior.

El advenimiento del Golpe del golpe de estado de 1976 va a obturar el intento de avanzar en un sistema integrado de salud.

El escenario internacional estaba marcado por la caída de los Estados de Bienestar, la retirada del estado de la garantía de los derechos sociales, el impulso de políticas neoliberales que bogaban por un libre mercado como promotor del desarrollo y el endeudamiento de los países periféricos en pos de tal desarrollo. El régimen militar va a afirmarse en la defensa de la propiedad privada, primando en materia de salud los componentes tecnocráticos y liberales que permitieron el desmantelamiento de los servicios sociales del estado.

Se sigue la línea de un crecimiento sostenido del subsector privado acompañado de la transferencia de hospitales nacionales a las provincias y/o municipios, al tiempo que cesan las partidas presupuestarias de Nación asignadas a salud. Es decir un radical proceso de descentralización sin asignación de recursos que en algunos casos no permitía sostener adecuadamente las instituciones. En 1978 se habían transferido 65 instituciones nacionales.

Una serie de circunstancias económicas y monetarias (dólar bajo y liberación de barreras aduaneras) repercutieron secundariamente en el sector salud. En primer lugar, favorecieron la entrada masiva de tecnología y aparatología de alta complejidad, y luego, bajo una lógica de ganancia o recupero de la inversión, se expandió la práctica de la sobre-prestación e irracionalidad en el uso de esta tecnología centrada más en la acumulación de ganancia que en las necesidades sanitarias de la población. Los efectos no terminan allí: las Obras sociales compelidas a pagar los fuertes costo de las prestaciones de alta tecnología entran en crisis financiera. Es importante señalar que en este momento la lógica de solidaridad seguía rigiendo por lo menos al interior de cada rama de actividad (mismas prestaciones para trabajadores que percibían diferentes sueldos).

La adscripción a la Declaración de Alma Ata en 1978, que bajo un discurso universalista del derecho a la salud promulgaba la reorganización del sistema bajo la rectoría de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, no resultó más que en una declaración de principios en este período.

4. SISTEMA DE SALUD LUEGO DE LA VUELTA DE LA DEMOCRACIA (1983 - actualidad)

El retorno a las formas democráticas de gobierno, se acompaña de una vuelta a un discurso democratizador de la salud, al tiempo que se **retoman las consignas de la Estrategia de APS.**

El ministro de salud de la presidencia de **Raúl Alfonsín, Aldo Neri, avanza en los intentos de superar la fragmentación del sistema, y lanza la propuesta de un Seguro Nacional de Salud** (1984) que implicaba la unificación financiera de la pluralidad de prestadores, conservando los subsectores, pero universalizando la cobertura.

Durante esta época, se da un programa particular en parte de la Provincia de Buenos Aires, quien tenía como ministro al Dr. Floreal Ferrara, gran impulsor de la salud Comunitaria. El programa en cuestión, se llamaba ATAMDOS (programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud).

Dicho programa, si bien se impulsó por un corto período, ya que hubo grandes tensiones sobre el mismo. Nos detenemos en el programa, porque el mismo podría replicarse o repensarse desde la Liga: Consistía en que un grupo de profesionales de salud realice visitas domiciliarias a fin de realizar 'la conexión con el centro de salud de forma temprana', es decir trabajar sobre la prevención de salud.

El período que se inicia con el primer mandato del ex-presidente Carlos Menem se caracterizó por la profundización en la implementación de políticas neoliberales que se venían impulsando desde mediados de los años 70, y que por primera vez en la historia del país se desarrollan bajo un gobierno democrático. El eje de las políticas neoliberales fue la reconversión del estado, un proceso que alcanzó también al resto de la región en virtud del Consenso de Washington, y que reduce las intervenciones del estado dejando al mercado como regulador de la economía. El plan económico de convertibilidad se acompañó de un acelerado proceso de privatización de los servicios públicos, que en salud significó una fuerte tendencia a la mercantilización del sector.

La reforma neoliberal tuvo como impulsor los discursos del Banco Mundial, organismo internacional que había sido creado junto al Fondo Monetario Internacional (FMI) en el contexto de los acuerdos de Bretton Woods (acuerdos impulsados por EEUU posteriores a la 2da guerra mundial). El Banco Mundial tiene oficialmente dos funciones: dar préstamos rentables y solventes, y promover el crecimiento y desarrollo económico. El poder de voto en las decisiones al interior del organismo está dado por la capacidad contributiva de los países miembros. Como ejecutor de préstamos ligados al desarrollo y bajo el argumento de su solvencia, su financiación a los estados está siempre sujeta a condicionalidad a partir de recomendaciones "técnicas".

El destino de los recursos de las Obras sociales fue uno de los puntos central de la puja distributiva a inicios de los '90. Hasta el año 1994, los aportes de los trabajadores financiaban la Obra social correspondiente según su lugar o rama laboral. Aunque existían diferencias entre las distintas Obras sociales en términos de acceso y calidad en la prestación (en relación al salario promedio de las actividades laborales y la cantidad de beneficiarios), hacia el interior de cada Obra social la cobertura era homogénea. Tal situación cambia radicalmente al **establecerse la libre elección de entidad por parte de los afiliados. Las Obras sociales entran directamente en una lógica de mercado y competitividad en la cooptación de los afiliados.**

Por otro lado se constituye el **Programa Médico Obligatorio (PMO)** a partir de Decreto 247/96. Un listado de prestaciones mínimas que todas las Obras sociales debían cubrir. Esta medida **rompe con la lógica solidaria**, ya que implica un mínimo de aseguramiento en lugar de una cobertura homogénea al interior de cada sector de actividad.

Por último, la **desregulación de las Obras Sociales significó la posibilidad de traspaso de fondos del subsistema de seguridad social hacia el subsector privado.**

En cuanto al subsector público, **durante el menemismo, se lleva adelante la Ley n° 2925**, que lleva a sus últimas consecuencias la **descentralización permitiendo el arancelamiento hospitalario**. En 1993 se crea la propuesta del Hospital Público de Autogestión (HPA) bajo el Decreto 578/93. Con esta medida el poder ejecutivo habilitaba la

posibilidad de que los hospitales públicos produzcan una recaudación propia a partir del cobro de prestaciones sin intermediaciones a las Obras Sociales y Prepagas, y el cobro a las personas con capacidad de pago a través de copagos. La captación de fondo se sustentaba en la idea de que ello permitiría ampliar la cobertura y mejorar la calidad de las prestaciones para los usuarios de menores recursos. Sin embargo la experiencia demuestra que la captación no llegó al mínimo de resultados esperados, al tiempo que tampoco se realizó una transferencia de recursos con impacto en la calidad de atención.

Lo que subyace a esta propuesta, es en realidad la **intencionalidad de una total inversión de la lógica universalista respecto al derecho a la salud, por una lógica de mercado** que reduce a una atención mínima focalizada las prestaciones para la población pobre sin capacidad contributiva. Es decir que la gratuidad en la atención se reservó únicamente para los “indigentes”, y en algunos casos las prestaciones se efectivizaron sólo a condición de presentar un “certificado de pobreza”.

Durante los años siguientes, antes y después de la crisis del 2001, se han padecido las consecuencias de estas medidas en lo que respecta a la salud.

Recién en los últimos años, durante el gobierno kirchnerista se han adoptado nuevos programas de salud nacionales y federales, como el plan Nacer, se aumenta el plan de vacunación (llegando a ser reconocido mundialmente), se decretan nuevas leyes (de salud mental, reproductiva, sexual). Igualmente, insuficientes para solucionar problemas estructurales.

El Ministerio de Salud hace pocos años fue desintegrado nuevamente y por última vez en el año 2017, mientras que ante la asunción del presidente Alberto Fernández vuelve a tener su carácter federal.

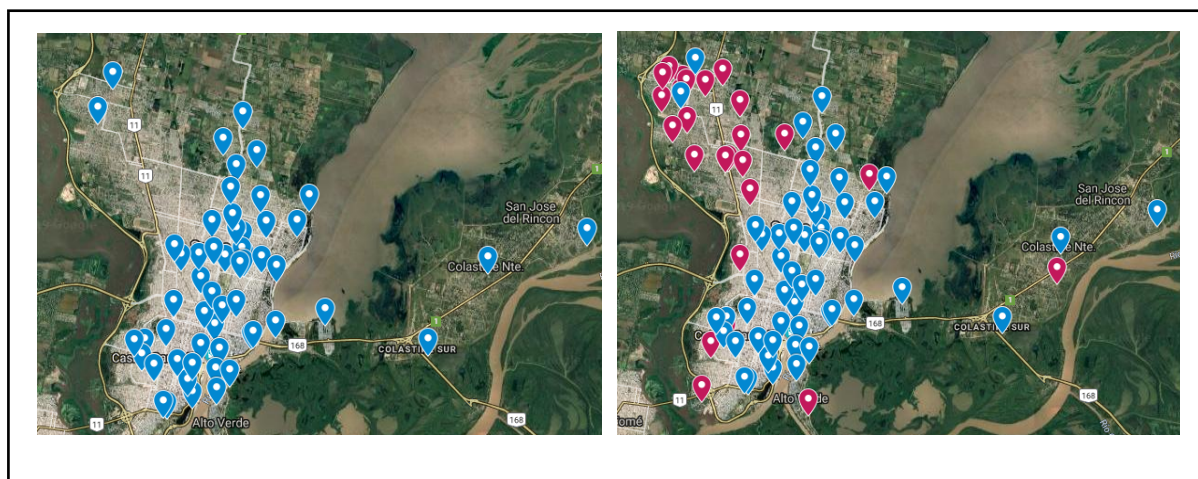
HISTORIA DEL FÚTBOL III - NUESTRO FÚTBOL

No es el objetivo de este apunte, ni del curso realizar una historización del fútbol. Pero la historia de los clubes deportivos y sociales tienen una concepción y recorridos similares.

En lo que respecta a la actualidad, es reconocido que desde los años '70 (cuando en el país existían niveles de pobreza y desocupación muy bajos) no se crean más clubes deportivos en nuestro país.

Es por eso muy destacable la conformación de nuevas experiencias como lo es la Liga Infantil de los Barrios, en donde los clubes vienen a dar una respuesta no sólo para satisfacer las demandas deportivas, sino sociales y de la comunidad de cada uno de los barrios.

Esto se refleja en el siguiente mapa de la ciudad de Santa Fe. En el primer mapa se observa los clubes que se conformaron, la gran mayoría, hace más de 40/50 años y poseen una infraestructura considerable. Mientras que, en el segundo mapa, se agregan los clubes de la LIB. Es importante destacar que nuestros clubes surgen como respuesta ante la carente presencia de los lugares más poblados estos últimos 30 años en la ciudad, lo cual es de suma importancia para que dicha población se pueda organizar y adquirir el derecho al deporte, y porque no también a la cultura, la educación y la salud.



6. NIVELES DE ATENCIÓN

Para poder acercarnos a nuestra tarea como Promotores Comunitarios de la Salud, es importante que reconozcamos los niveles de atención que existen en salud, los cuales se dividen organizativamente en tres niveles, de acuerdo a la complejidad:

- **Primer nivel** es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. Ejemplo: centro de salud de cada barrio.
- En el **segundo nivel** de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. Ejemplo: Hospital Protomédico, en el norte de la ciudad.
- El **tercer nivel** de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Ejemplo: algunas áreas del Hospital Cullen de la Ciudad.

7. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD

Como mencionamos antes, el primer nivel de atención debería llevar adelante la Prevención y Promoción de salud, términos en los cuales es importante detenernos.

La **Prevención** se define como las “**Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad**, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998). Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

- **Prevención Primaria:** Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS). El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia o aparición de la enfermedad. Ejemplo: eliminar cacharros de agua que favorecen la reproducción del mosquito que produce dengue.
- **Prevención secundaria:** Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Ejemplo: detectar casos de sobrepeso y obesidad para poder trabajar y evitar complicaciones que las mismas generan a largo plazo, como los problemas cardiovasculares.
- **Prevención terciaria:** Se refiere a acciones relativas a la recuperación de las complicaciones de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Ejemplo: una de las complicaciones a largo plazo de la diabetes es aquellos pacientes que por tener recurrencia y falta de control se les amputa una pierna, trabajar para prevenir esta complicación es un ejemplo.

Para cerrar, **la prevención, es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población.**

La **promoción de salud** como tal es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como: “**el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla**”. La estrategia propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables.

La **prevención se refiere al control de las enfermedades** poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo; en cambio **la promoción de la salud está centrada en ésta.**

8. PROMOTORES/AS COMUNITARIOS/AS DE LA SALUD

A partir de haber desarrollado las bases fundamentales de prevención y promoción de salud, podemos detallar un poco el rol de Promotores Comunitarios de la Salud (PCS).

Según el Ministerio de Salud de la Nación, “el Programa de Promoción Comunitaria en Salud trabaja para fortalecer a las organizaciones sociales y comunitarias, y capacitar a los referentes territoriales en temas de salud. Sus estrategias apuntan a contribuir con la Atención Primaria de la Salud a partir de la formación de Promotores comunitarios y agentes sanitarios.

El promotor comunitario en salud es un referente territorial que tiene la competencia de generar participación y organización comunitaria, y puede intervenir en el diseño e implementación de políticas públicas. Realizan acciones de asistencia, prevención, promoción y gestión barrial de la salud.”

En nuestro país existen algunas experiencias del trabajo de PCS desde los Ministerios de Salud Provinciales, es el caso de la Provincia de Buenos Aires y Chaco. En nuestra provincia existe el trabajo de Agentes Comunitarios, cargos creados durante las décadas del ‘80 y ‘90, con el fin de intervenir en las zonas de influencia de los Centros de Salud de la Ciudad, pero, en la actualidad, no realizan puntualmente actividades de promoción y prevención, sino tareas administrativas de cada efector.

A partir de esta deficiencia se han creado experiencias comunitarias llevadas adelante por organizaciones sociales. A nivel nacional, el Movimiento de Trabajadores Excluidos (MTE), ha llevado adelante la conformación de PCS, los cuales han realizado chequeos médicos en las comedores de dicha organización, y diferentes capacitaciones que responden a la labor desarrollada por el MTE (capacitación en prevención de consumos problemáticos, violencia de género, etc). De modo similar Barrios de Pie, otra organización Nacional ha creado y lleva adelante el trabajo de Centros Comunitarios. También estas organizaciones tienen un gran recorrido en Casas de Asistencia y Acompañamiento Comunitario (CAAC), las cuales realizan un gran trabajo en la prevención de los consumos problemáticos en jóvenes. (En nuestra ciudad existen la casa Puentes del Movimiento Popular la Dignidad, Casa Pueblo del Movimiento Evita, y Ni un pibe Menos por la Droga de la CCC).

Estas formas de trabajo, se han podido efectivizar por el papel organizativo de vecinos y vecinas, que sin mayor interés que construir lazos de fraternidad entre la comunidad y la lucha por el derecho a la salud han generado favorables trabajos en la prevención y promoción de salud. Dichos trabajos pueden tomarse como ejemplo para construir este Frente de Salud de la Liga Infantil de los Barrios. El cual surge **ante la carencia por parte de los Estamentos Gubernamentales en disponer de una persona que realice un trabajo territorial de la salud, que conozca la población, vecinos, vecinas de cada barrio, y pueda generar un nexo entre la comunidad-clubes de fútbol-centros de salud, es aquí donde radica la importancia de este curso, y que podamos llevar adelante de la mejor manera los objetivos desde el Frente de Salud de la Liga Infantil de los Barrios.**

El grupo de PCS de la Liga Infantil de los Barrios comenzará su trabajo en continuar los chequeos médicos comenzados en el 2019. Dicha actividad servirá para establecer criterios de diagnóstico de nuestra población de niños y niñas en el ámbito socioeconómico y nutricional.

9. RELEVAMIENTOS DE SALUD DURANTE EL 2019

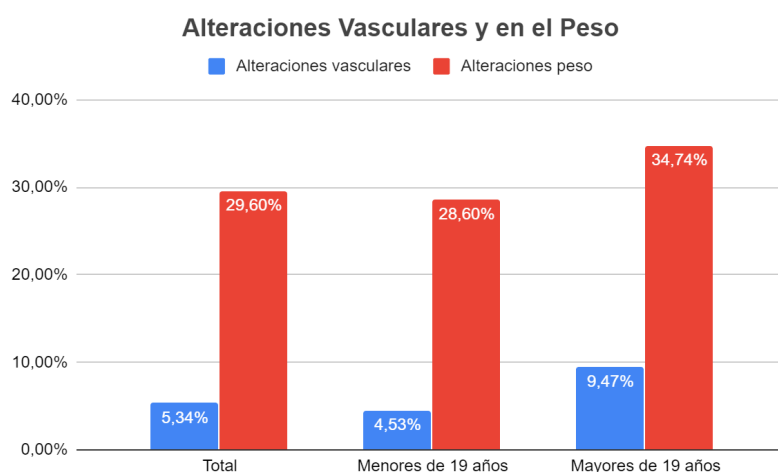
Durante el año pasado, se han llevado a cabo relevamientos de salud en algunos de los clubes de la Liga Infantil de los Barrios. Estos han aportado grandes datos estadísticos sobre la población que participa. Y además han dado el puntapié inicial para que podamos conformar este grupo. A continuación se comparte un análisis de los datos.

RELEVAMIENTOS DE SALUD EN LA LIB 2019

El registro de salud consistió en tres etapas: control de talla, peso, índice de masa corporal (IMC) y signos vitales (frecuencia cardíaca, pulso y presión arterial); análisis postural llevado adelante por profesionales de kinesiología; y por último, una anamnesis y examen médico cardiorrespiratorio. **Han sido realizados 581 controles, dentro de los cuales 486 (más del 80%) son menores de 19 años.**

En primer lugar, **se identifica que sólo el 18,4% de las personas atendidas posee obra social.** Teniendo en cuenta que en nuestro país cerca del 50% de la población accede a una obra social de manera directa o a una prepaga a través de la seguridad social (datos extraídos del ex Ministerio de Salud de la Nación - 2016), estos valores se diferencian mucho de lo que ocurre en las personas que participan en la LIB.

Por otro lado, el Gráfico 1 especifica los porcentajes de personas con alteraciones vasculares y en el peso. Estos últimos son levemente más altos en menores de 19 años, con un total de 139 niños, niñas y jóvenes de los 486 evaluados. Mientras que las alteraciones vasculares predominan en adultos, principalmente en la presión arterial.



En el Gráfico 2 se analizan detenidamente las alteraciones en el peso, donde se refleja que estas se concentran en trastornos de peso elevado (sobrepeso y obesidad), lo cual padecen 115 de los 486 menores de 19 años evaluados. Por su parte, el bajo peso se presenta en 24 de los 486 chicos, lo cual es un dato alarmante. Además, no se

presentaron casos de desnutrición (percentil peso menor a 3). El normopeso (percentil peso entre 10 y 90) alcanzó a 347 personas de los 486 menores de 19 años.



En cuanto al análisis postural, los datos presentan que casi un 30% de las personas atendidas padecen alteraciones posturales, contabilizando un total de 158 personas.

Por último, se destaca que de las personas que asistieron al chequeo con el carnet de vacunación, sólo un 11.3% presentaron el carnet incompleto. Si bien no fue alta la proporción de personas que acudieron con carnet, es importante expresar que existen niños y niñas en la etapa escolar con vacunación incompleta (en total 25 menores de 19).

10. RELEVAMIENTOS DE SALUD 2020

Para este 2020 se realizarán algunas modificaciones en la Ficha Clínica a utilizar. En primer lugar se realizarán algunas preguntas para contar con datos socioeconómicos de cada uno de los chicos que participan en la LIB. Las mismas fueron extraídas de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), que realiza el INDEC, para viviendas.

Por otro lado, cada persona que se realice el chequeo, pasará por dos “puestos de control”. En el primer chequeo médico se llevarán a cabo controles de talla, peso, IMC (índice de masa corporal), puntaje Z, presión arterial y pulso arterial y control de la vacunación. Estos datos los tomarán los y las PCS que realizarán este curso y enfermeros que nos ayuden, es por eso, necesario que nos detengamos en su modalidad a la hora de tomar los datos.

- **Control de la vacunación:** lo llevará adelante un médico/enfermero, para lo cual es necesario que colaboremos en su medición y registro de datos.
- **Peso:** Contaremos con una balanza electrónica.
- **Talla:** Contaremos con un tallímetro. Para ambas mediciones es necesario que retiremos el calzado de la persona a evaluar y abrigo si es abundante (con tal de que los datos tomados sean los más confiables posible).
- **IMC:** el Índice de Masa Corporal es un registro que permite relacionar las dos mediciones anteriores. El valor del IMC se obtiene de la siguiente manera:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{\text{talla}^2}$$

Ejemplo: Para una persona de 60 kg y 1.68 mts de altura, el cálculo sería el siguiente:

$$\text{IMC} = \frac{60}{1.68^2}$$

$$\text{IMC} = \frac{60}{2.82} = 21.27$$

Con dicho valor podremos obtener el estado nutricional en los mayores de 19 años, lo cual se observa en la siguiente tabla. En el ejemplo, el IMC indicaría un normopeso.

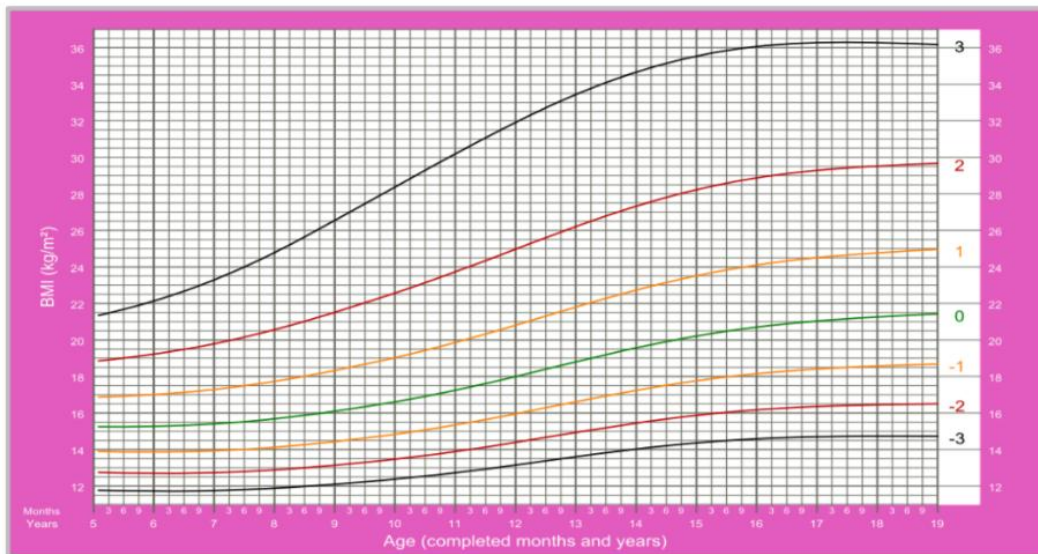
Clasificación	IMC (kg/m²)
Bajo peso	< 18.5
Delgadez severa	<16.0
Delgadez moderada	16.0 – 16.99
Delgadez leve	17.0 – 18.49
Normal	18.5 – 24.99
Sobrepeso	25.0 – 29.9
Obesidad	≥ 30
Obesidad leve	30.0 – 34.99
Obesidad media	35.0 – 39.99
Obesidad mórbida	≥ 40

- **Puntaje Z:** se utilizará para poder determinar el estado nutricional en los menores de 19 años. En estos casos, una vez obtenido el IMC, observaremos las tablas mostradas a continuación y determinaremos los siguientes valores.

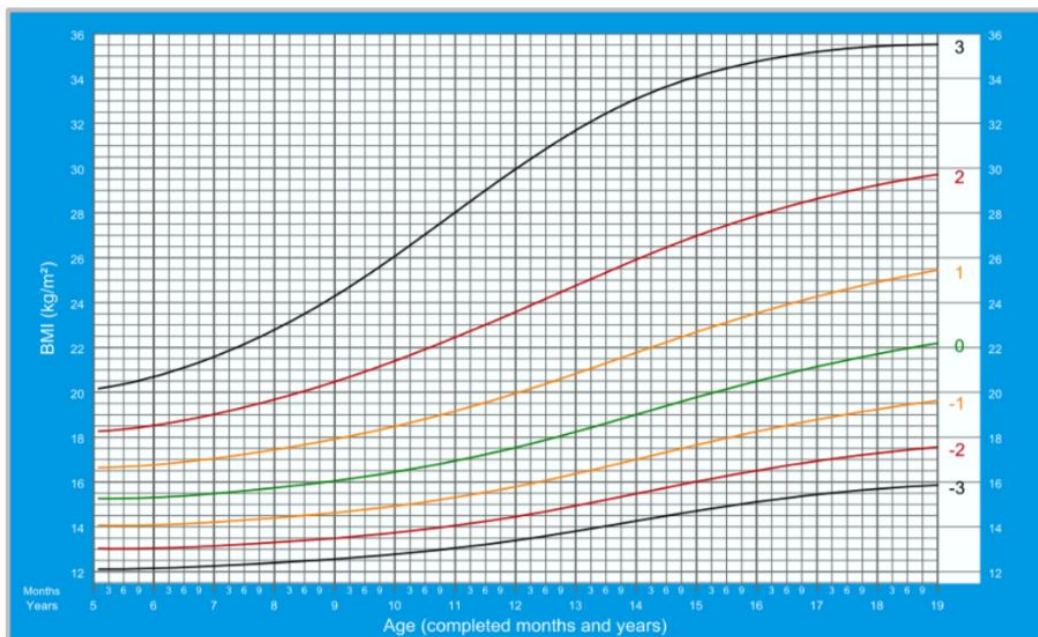
Valor del puntaje Z	Estado nutricional
>2	Obesidad
entre 1 y 2	Sobrepeso
entre 1 y -1	Normal
< -1	Bajo Peso
< -2	Desnutrición

IMC (5 a 19 años)

Niñas



Niños



- **Presión arterial y frecuencia cardíaca:** lo determinaremos con un tensiómetro electrónico.

Por último, se anexa Ficha clínica a utilizar.

DATOS PERSONALES (de quien se va realizar chequeo médico)

Este cuadro debe ser completado por padre o madre.

Apellido y nombre: _____ DNI: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Factor: _____

Domicilio/Localidad/Provincia: _____

Teléfono de contacto (colocar relación familiar): _____

Obra social: _____

Centro de Salud al que pertenece: _____

ENCUESTA

Este cuadro debe ser completado por padre o madre. Colocar una X donde corresponda.

1. ¿Su hogar cuenta con servicio de cloacas? SI ☐ NO ☐
2. ¿En su hogar cuenta con acceso a agua potable? SI ☐ NO ☐
3. ¿Cuenta con baño en el hogar? SI ☐ NO ☐
4. El baño se encuentra...
DENTRO DE LA VIVIENDA ☐
FUERA DE LA VIVIENDA ☐
5. La vivienda está cerca de un basural (300 mts o menos) SI ☐ NO ☐
6. Cantidad de miembros en el hogar: Colocar número:
7. ¿Cuántas habitaciones para dormir tiene el hogar? Colocar número:
8. Condición laboral de mayores de 18 años en el hogar (Colocar número de personas en el hogar):
 - a. Jubilado/a / Pensionado/a:
 - b. Trabajo por cuenta propia:
 - c. Empleado/a:
 - d. Trabajo cooperativo:
 - e. Desocupado/a:

Los cuadros siguientes serán completados por profesionales de la salud el día del chequeo.

CONTROL I

Calendario de vacunación COMPLETO / NO COMPLETO

Vacuna que corresponde colocar: _____

Peso: _____

Talla: _____

IMC: _____

Puntaje Z: _____

Frecuencia cardíaca: _____

Presión arterial: _____

CONTROL II

Observaciones a la auscultación:

APTO

A Nombre y apellido: _____ se le indica el APTO / APTO RELATIVO (SUGERENCIA INTERCONSULTA) / NO APTO (SUGERENCIA INTERCONSULTA) para realizar actividades deportivas y recreativas en el marco de la Liga Infantil de los Barrios.

Se sugiere interconsulta SI / NO. A profesional: _____

Firma y sello médico

11.5. Informes sobre los relevamientos llevados adelante en el año 2020.

LIGA INFANTIL DE LOS BARRIOS

FRENTE DE SALUD COMUNITARIA

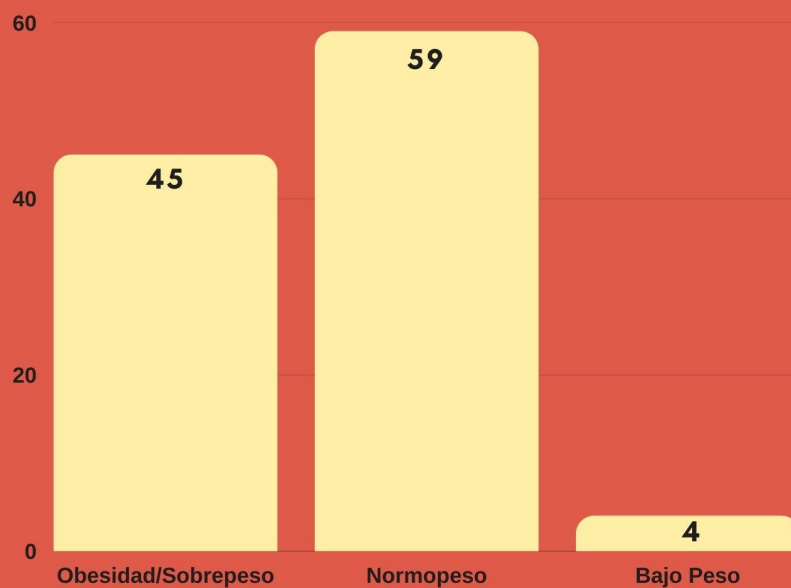


**Fueron evaluados
108 chicos y chicas en
las copas de leche de
los clubes**



Mediciones de talla y peso

EL 45% PRESENTA ALTERACIONES NUTRICIONALES



LIGA INFANTIL DE LOS BARRIOS - 2020

“



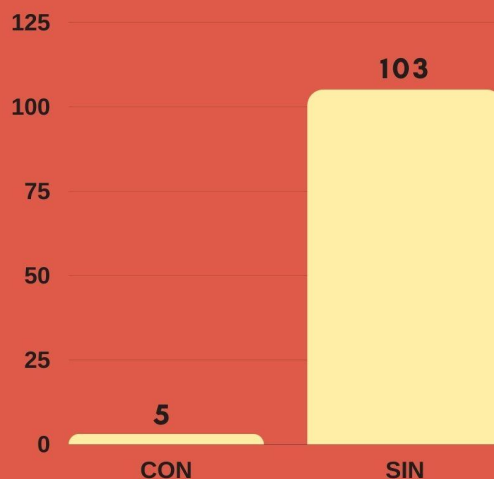
NECESITAMOS
FINANCIAMIENTO PARA
NUESTROS PROYECTOS
SOCIOMUNITARIOS
Y PRODUCTIVOS



LIGA NFANTIL DE LOS BARRIOS - 2020

”
**Que cada club
pueda trabajar en
conjunto con los
centros de salud**

**COBERTURA DE OBRA
SOCIAL**



EL 96% DEPENDE DE LA ATENCIÓN PÚBLICA DE SALUD

LIGA INFANTIL DE LOS BARRIOS - 2020



- El 36% sin acceso al agua potable
- El 60% comenta tener un basural cerca de su casa
- El 11% no tiene baño, o lo tiene fuera de su hogar

**QUEREMOS TRABAJAR POR BARRIOS
MAS SALUDABLES Y JUSTOS.**

LIGA INFANTIL DE LOS BARRIOS - 2020
POR EL DERECHO AL DEPORTE, LA SALUD, LA CULTURA Y LA EDUCACIÓN

RELEVAMIENTO DE SALUD COMUNITARIA

BARRIO LOS JESUITAS - AÑO 2021



LIGA INFANTIL DE LOS BARRIOS

CLUB SOCIAL Y DEPORTIVO LOS JESUITAS



1. INTRODUCCIÓN

En la Argentina el acceso a la salud es público, universal y gratuito, aunque en el escenario actual, en donde se encuentran subsectores (público, privado, y de la seguridad social) fragmentados y segmentados, dicho derecho se encuentra vulnerado cotidianamente. Esta vulneración sucede especialmente en los barrios populares como consecuencia de diversos factores: la deficiente accesibilidad a los centros de atención de primer y segundo nivel, la escasa fuerza laboral en salud, poca coordinación entre los diferentes niveles de atención y el complejo escenario en las barriadas en donde se da una multiplicidad de derechos vulnerados (educación, seguridad, empleabilidad, etc).

Si bien el subsector público de salud está disponible de manera gratuita para toda la población, se estima que aproximadamente poco más de un tercio de la población accede al mismo de manera directa, ya que no cuenta con cobertura social de salud. Mientras que otros sectores de la población acceden al sistema de la seguridad social, y en menor medida al privado. Sin embargo, los Estados nacionales, provinciales y municipales acaparan gran cantidad de los gastos en salud, y peor aún, parte de este costo se destina a financiar sectores de la medicina prepaga (subsector privado).

Por otro lado, se ha demostrado que los sistemas de salud que fortalecen la atención primaria de la salud son los más eficientes a la hora de destinar recursos y obtener resultados favorables, lo cual conduce a una mejor calidad de vida de la población.

En la provincia de Santa Fe, y puntualmente en la ciudad capital, existe una amplia red de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs), orientados a fortalecer la prevención y promoción de salud. A pesar de ello, las prácticas llevadas adelante por dichos efectores en esta dirección son escasas e ineficientes. Excepto contadas excepciones, no existe comunicación y coordinación entre la comunidad y el Centro de Salud, lo cual impacta en la escasa participación social de vecinos y vecinas en cuestiones sanitarias.

En este marco, desde la Liga Infantil de los Barrios, una red de clubes barriales de las ciudades de Santa Fe, Santo Tomé, Sauce Viejo y Recreo, que no sólo brega por el acceso al deporte gratuito, sino que también por consolidar la cultura y fortalecer espacios de trabajo en el universo de la economía popular, se desarrolló un trabajo de campo en el barrio Jesuitas de la ciudad de Santa Fe con el objeto de promover un mayor acceso a la salud desde una perspectiva comunitaria.

2. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO Y PLAN DE TRABAJO

En el noroeste de la Ciudad de Santa Fe se encuentra uno de los tantos clubes que conforman la Liga Infantil de los Barrios: el Club Social y Deportivo los Jesuitas, fundado en el año 2017, en el barrio de nombre homónimo.

El barrio posee características similares a los barrios contiguos, que en su conjunto conforman un distrito populoso, con escasa presencia de servicios básicos, ya que algunos lugares poseen provisión de agua y luz segura y otros no. En el año 2019 se genera un cambio sustancial en el barrio con la entrega de 140 viviendas, en el marco de un plan habitacional que aún continúa desarrollándose mediante la entrega de módulos habitacionales de 52 casas del Movimiento Los Sin Techo. Sin embargo, el plan habitacional contiene diversas inconsistencias: sumado a la falta de algunos servicios públicos, el estado de las calles es precario y no existe un Centro de Salud de atención primaria de referencia para un barrio en crecimiento.

A partir de este escenario, el Frente de Salud de la Liga Infantil de los Barrios, conformado por referentas comunitarias y profesionales de enfermería, llevó adelante un relevamiento de salud domiciliario en las viviendas del barrio Jesuitas. Con el trabajo se buscaban cumplir los siguientes objetivos:

- 1) Relevar sanitariamente una parte de la población del barrio Jesuitas, a fin de conocer la situación sanitaria de cada familia relevada.
- 2) Detectar casos que requieran un seguimiento más exhaustivo a través del Centro de Salud o efectores de segundo nivel
- 3) Generar un dispositivo de salud que tenga como premisa actuar como nexo entre los efectores de salud de primer nivel y la comunidad, fortaleciendo así la salud comunitaria.



3. METODOLOGÍA

Para realizar el relevamiento se confeccionó una encuesta compuesta por dos partes. En primer lugar, una serie de preguntas dirigidas al grupo familiar sobre aspectos sociales, económicos y laborales. Para esta sección de la encuesta se utilizaron preguntas de la Encuesta Permanente de Hogares del Indec. La segunda parte del relevamiento estaba dirigida a cada integrante del grupo familiar, donde se obtenía la siguiente información:

- Talla.
- Peso.
- Índice de Masa Corporal (y puntaje Z en los menores de 18 años).
- Control del carnet de vacunación en menores.
- Frecuencia cardíaca.
- Presión Arterial.
- Valores de glucosa en sangre en aquellos casos sospechosos de padecer los factores de riesgo mencionados.

A continuación se presentan los resultados pertinentes.

4. RESULTADOS

Se llevó adelante el relevamiento en 62 hogares del barrio, incluyendo a 191 personas (119 mujeres y 72 hombres), con un promedio de edad de 21,1 años. De la totalidad, cien personas tenían 18 años o menos. Con respecto al sector de 19 años o más, conformado por 91 personas, 64 eran mujeres y 27 hombres.

4.1.- Características habitacionales.

Con respecto a las condiciones habitacionales, todas las casas relevadas tenían provisión de agua y luz segura, ya que sólo fueron relevadas casas del plan habitacional. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en las inmediaciones existen hogares de menor calidad con respecto a su infraestructura social.

Por una razón similar todas las casas poseían el baño dentro del hogar. Mientras que un 64,5% de los hogares refieren poseer un basural cercano (menos de 300 mts).

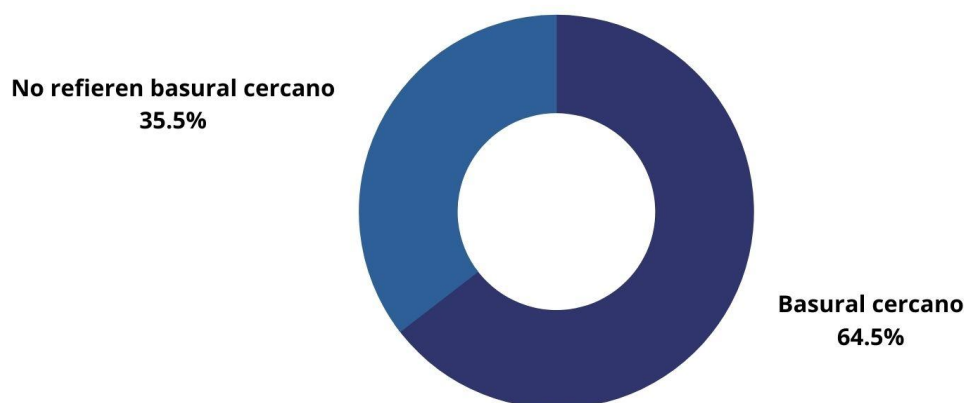


Gráfico 1. Porcentaje de hogares que refieren tener un basural cercano (40) y que no (22).

Por último, si bien existen grandes disparidades, el promedio de personas que conviven en los hogares es de 3,85. Lo cual, se podría decir, que es acorde a las condiciones de los hogares, que tienen entre 1 a 3 habitaciones.

4.2.- Características poblacionales.

En relación a la cobertura de seguridad social, el 97% de los hogares manifestó referenciarse con el sistema público de salud, dando cuenta de la relevancia del sector público en dicho sector poblacional.

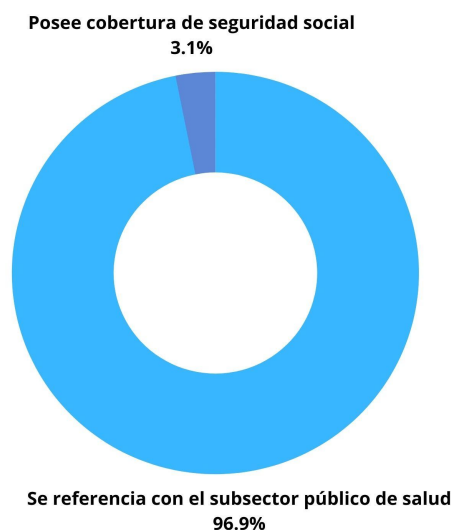


Gráfico 2. Porcentaje de población con cobertura social (6 personas) y sin (185).

En relación al Centro de Salud de referencia, en el siguiente gráfico se puede observar claramente que la población relevada no tiene un único centro de salud de referencia. Si bien la mayoría se representa con CAPs cercanos (Yapeyú, Abasto, Loyola y San Agustín), existen casos muy distantes desde el punto de vista geográfico (Guadalupe, Evita). Por otro lado, un aspecto esencial radica en que una gran cantidad de personas no se referencia con ningún CAPs (n/s n/c), ya sea por desconocimiento o porque nunca acudió al mismo.

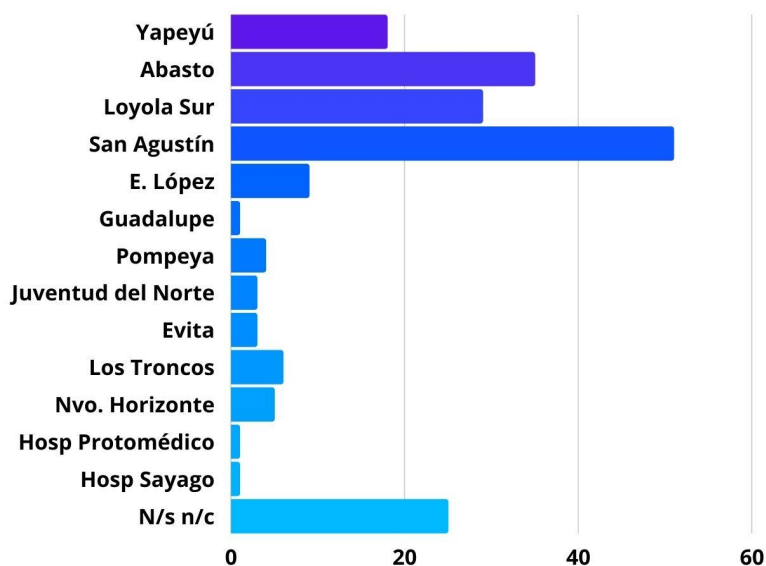
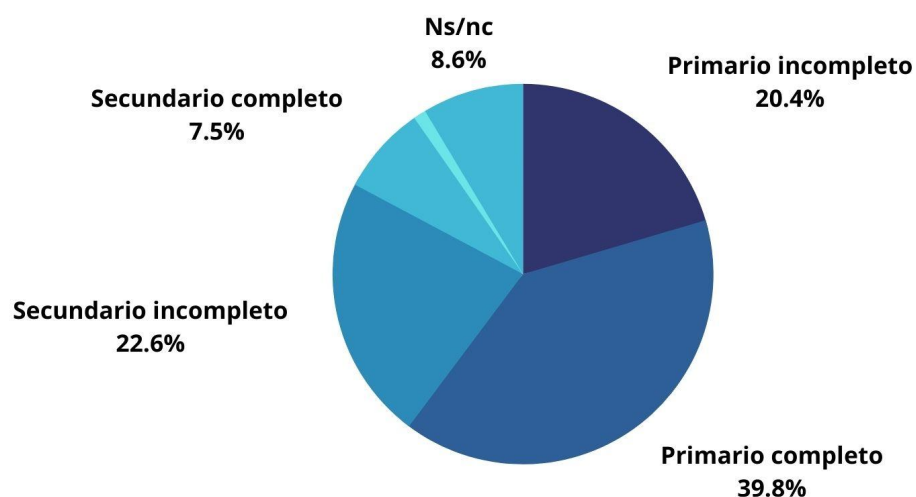


Gráfico 3. Número de personas que se referencia con cada uno de los CAPs.

El Frente de Salud ha realizado comunicaciones y vinculaciones con algunos de estos CAPs a fin de informar sobre casos particulares y organizar turnos para tratar cada situación, pero dada la gran cantidad de efectores de referencia de la población esto se vio limitado. Esto da cuenta de la importancia de poseer un Centro de Salud referenciado a una

zona geográfica y poblacional particular, lo cual permite diagramar, planificar y ejecutar políticas públicas sanitarias con mayor eficiencia.

En cuanto a los datos educativos, en el siguiente gráfico se observa el nivel de escolaridad y educación alcanzado en las personas de 18 años o más (que en su totalidad fueron 91).



*Gráfico 4. Nivel educativo alcanzado en personas de 18 años o más.
Primario incompleto (19 personas), completo (37), secundario incompleto (21), completo (7),
terciario en curso (sólo 1), y sin datos (8 personas).*

4.3.- Evaluación de salud en menores.

Se debe tener en cuenta que entre la población relevada se han constatado 100 personas de 18 años o menos, a los cuales se les ha controlado el carnet de vacunación, talla, peso e índice de masa corporal, para así obtener puntaje Z (índice específico para obtener estimaciones nutricionales a partir de los percentiles). Con respecto al primer aspecto, en el siguiente gráfico se puede observar los menores que poseían el carnet de vacunación completa y los que no.

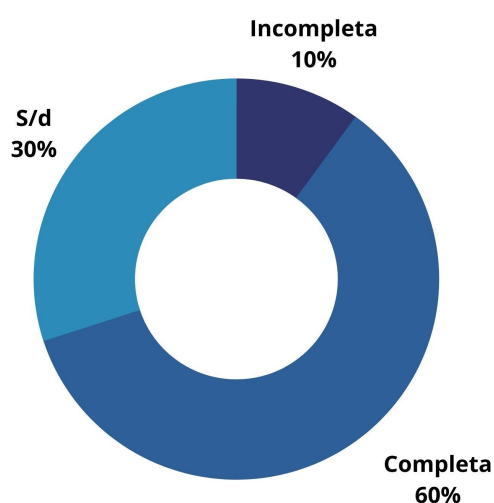


Gráfico 5. Porcentaje de personas con carnet de vacunación completa e incompleta entre los 18 años o menos.

En cuanto a los aspectos nutricionales, se ha utilizado el puntaje Z, a fin de garantizar la fiabilidad de los datos. Se categoriza la situación de cada menor en 5 categorías: bajo peso, normopeso, riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad. Se constata que más del 50% de menores de edad poseen un peso mayor al estipulado como normopeso.

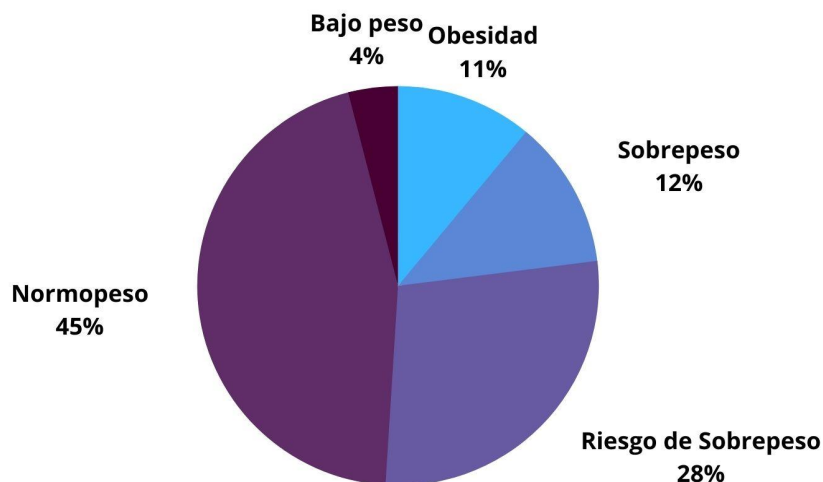


Gráfico 6. Condición nutricional en menores de 18 años.

4.4.- Evaluación de salud en mayores.

De las 91 personas relevadas de 19 años o más, 64 eran mujeres y 27 hombres. Este aspecto podría explicarse ya que a la hora de asistir a evaluar casa por casa, quienes permanecían en el hogar al cuidado las y los hijas/os eran considerablemente más las madres.

En cuanto a la valoración nutricional en mayores, para las cuales se utilizaron los valores del índice de masa corporal, el siguiente gráfico refleja resultados que demuestran un gran porcentaje de la población con exceso de peso.

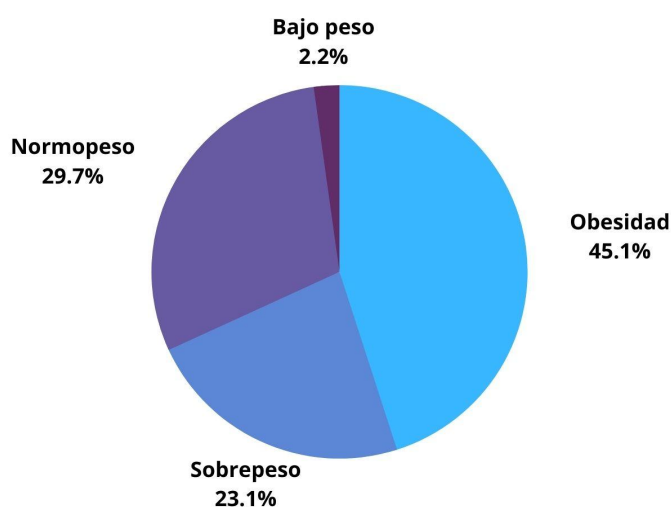


Gráfico 7. Condición nutricional en mayores de 18 años.

Además de llevar adelante mediciones de talla y peso en adultos, se detectaron cinco casos con elevada presión arterial, de los cuales tres reconocieron no haber tenido antecedentes cardiovasculares.

Por último, con respecto a la valoración de glucosa en sangre, la misma se llevaba adelante cuando ameritaba, a partir del interrogatorio y la simple charla con vecinos y vecinas. A partir del relevamiento en el hogar, el equipo de salud (conformado por promotoras comunitarias y personal de enfermería especializado) ha decidido valorar a 13 personas dentro de las 91 mayores de edad, de las cuales en 6 se obtuvieron valoraciones elevadas de glucemia.

En estos últimos casos de compromiso cardiovascular y/o diabetes (por detectarse elevada presión arterial o glucemia), se ha logrado una favorable intervención y seguimiento con los centros de salud de referencia.



5. CONCLUSIONES

A partir de los 62 hogares relevados, en relación al aspecto habitacional, los resultados arrojan valores aceptables en cuanto a la edificación de la vivienda (número de personas que la habitan y condiciones). Debe destacarse, sin embargo, que un gran porcentaje de los hogares (64%) señalan poseer un basural cercano. Esto amerita repensar y planificar la recolección de residuos de la zona, algo que impacta también en las condiciones sanitarias. En este punto es importante destacar que existe una cuadrilla de trabajo con dicha función, que en los últimos meses ha mejorado la situación, lo cual probablemente arroje otros resultados si se retoma el relevamiento. Igualmente, las condiciones sanitarias continúan no siendo ideales en este aspecto.

Por otro lado, si bien el plan de construcción de más de 150 viviendas ha sido eficaz en mejorar las condiciones habitacionales, se debe destacar que en zonas contiguas aún persisten casas de menor nivel de infraestructura. De manera similar, el pésimo estado de las calles, el escaso alumbrado público o la ausencia de un centro de salud en el barrio son algunas muestras de las deudas pendientes en materia de planificación habitacional y urbana.

En cuanto a este último punto, si bien la población posee CAPs cercanos, el reflejo de la cantidad de efectores referenciados por las personas relevadas es muy numeroso. Se debe pensar que a la hora de planificar políticas públicas sanitarias (como podría ser un plan de vacunación, muy en boga actualmente, control de enfermedades crónicas, etc.), los CAPs se relacionan directamente con su población de adscripción y de esta manera proyectan utilizar los recursos de manera eficiente. Pero en esta situación, es inviable que tantos centros de atención primaria, algunos muy distantes, puedan contactarse con esa población.

Para un barrio en el que se han edificado numerosos hogares, y se planifican aún más, es sumamente importante contar con un centro de salud de referencia. Y, más aún, teniendo en cuenta que casi la totalidad de la población (96,9%) se referencia con el sector público de salud.

Por otro lado, si bien Argentina y particularmente Santa Fe, cuenta con valores altos de población vacunada, se detectó un gran porcentaje de menores con vacunación incompleta (10%). Se ha logrado en numerosas ocasiones vincular estos casos con los efectores de salud, aunque algunos se han mostrado reticentes o se ha dificultado la comunicación, factor también atribuible al período de pandemia, y el aumento de casos en el marco de la segunda ola de Covid, fenómeno que también afectó la continuidad del presente relevamiento.

Otro aspecto a remarcar en los menores es la presencia de déficits nutricionales, en donde un 23% tiene sobrepeso y obesidad, y un 28% riesgo de sobrepeso. Es decir, más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes relevados ya presentan factores de riesgo, que suelen impactar en la calidad de vida futura. Cabe destacar que estos datos tienen una alta correlación con los relevamientos llevados adelante por el Frente de Salud de la LIB en los años 2019 y 2020 en donde fueron evaluados alrededor de mil participantes de la Liga.

Con respecto a la población adulta (mayores de 19 años), se pueden observar diferentes cuestiones de importancia. Por un lado, el nivel de estudios alcanzados es un fenómeno

alarmante (más del 60% de la población tiene el primario completo como máximo - 20,4% primario incompleto y 39,8% primario completo -), lo cual amerita que se debe avanzar en políticas públicas en este aspecto. Por otra parte, se ha observado una multiplicidad de factores de riesgo en personas mayores, uno de ellos la condición nutricional, en donde dos tercios de la población adulta padece obesidad o sobrepeso.

Finalmente, y más allá de estos datos habitacionales, poblacionales y etarios, se han logrado cumplir los diferentes objetivos, que no sólo se circunscribían a un mero análisis poblacional, sino que también en pos de fortalecer la salud de manera comunitaria, logrando formar un equipo de salud referenciado en el Club Jesuitas que actúe como nexo entre la comunidad y el Centro de Salud.

Como se ha mencionado, el sistema de salud argentino y local carece de una planificación estratégica, en donde los diferentes sectores y niveles de atención no actúan coordinadamente, demostrando la elevada fragmentación y segmentación del sistema que debe ser repensado, evaluado, discutido y reestructurado.

El presente trabajo es una muestra de cómo los sectores populares, organizados en clubes barriales, instituciones y organizaciones sociales están dispuestos a participar activamente del debate, colocando los preceptos de la salud comunitaria como bandera y cimiento hacia la construcción de un sistema de salud integrado, equitativo y eficiente para toda la población del suelo argentino.