

## **Cuadernillo de Cátedra - Compendio de Proyectos de intervención en Salud**

Docente: Lic. Laura Thouyaret  
Docente auxiliar: Lic. Virginia Jalley

En este apartado encontrarán una selección de planificaciones de proyectos de intervención educativos en el ámbito de la salud.

La herramienta de la planificación es sumamente importante para el desarrollo de intervenciones pedagógicas en salud.

Entendemos la planificación como un esquema, una guía de acción que nos permite anticipar las acciones, para alcanzar los objetivos buscados con el mayor nivel posible de eficiencia y eficacia. Es un proceso en el que se piensan, se seleccionan y se ordenan las acciones principales y necesarias, y se invierten y coordinan recursos y esfuerzos disponibles.

Notarán que cada una de las planificaciones que se presentan a continuación tiene sus aspectos particulares, pero conservan una estructura que es común, y que hace a la perspectiva de planificación estratégica en el campo de la salud. Estos proyectos pueden constituirse como ejemplos para tener en cuenta a la hora de intervenir como pedagogos sociales en el ámbito de la salud.

## PROYECTO 1:

### CAPACITACIÓN DE REFERENTES DE LA RED DE DISTRIBUCIÓN DE PRESERVATIVOS Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN UN BARRIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. AÑO 2004

#### Descripción del problema

Desde 1983 hasta septiembre de 2004 se notificaron 13.617 casos de personas infectadas con el virus del VIH, de los cuales más de la mitad (52%) corresponde a residentes de la Ciudad de Buenos Aires. La mayor proporción de casos notificados en la ciudad durante el 2003 y hasta septiembre de 2004 reside en la zona sur.

Por otro lado se reafirma en los datos de la ciudad de Bs As la tendencia que se da en el resto del país que demuestra la feminización de la epidemia. Si al comienzo de la misma había cada 3 hombres infectados 1 mujer, en la actualidad esta relación disminuye siendo 1,6 hombre por cada mujer infectada.

En cuanto a las vías de transmisión del virus los datos demuestran que la transmisión entre usuarios de drogas inyectables disminuyó un 6% y se incrementó la transmisión por relaciones sexuales heterosexuales desprotegidas<sup>1</sup>.

La red<sup>2</sup> de distribución de preservativos coordinada por el equipo de salud de un Centro de Salud y Acción Comunitario (CeSAC) de la Ciudad de Buenos Aires funciona hace más de tres años. La percepción de quienes coordinan la misma era que ésta sólo funcionaba como red de distribución de preservativos, y que tenía ciertas debilidades como red de prevención. Se elaboró un diagnóstico de situación que consistió en entrevistar a todos los referentes de las instituciones que pertenecen a la red.

Se relevaron 14 instituciones barriales que forman parte de la red de distribución. Para ello se aplicó con cada uno de sus referentes la encuesta diseñada para tal fin.

Algunos de los resultados obtenidos fueron:

- En algunas instituciones (en especial en las instituciones educativas) la promoción del uso de preservativo está más asociada a la prevención del embarazo adolescente y no deseado que a la prevención de transmisión o reinfección del VIH. Esto puede tener que ver con el tipo de población que asiste (jóvenes y padres/madres jóvenes), y con los parámetros culturales de los profesionales que trabajan allí.
- Los referentes apoyan y difunden el uso del preservativo como método anticonceptivo, sería interesante poder agregarle a este fin la prevención contra la transmisión y/o reinfección del VIH. Habría que trabajar con estas instituciones en la doble protección que ofrece el preservativo.
- La mayoría de los referentes están conformes con el funcionamiento de la Red y no encuentran obstáculos en su funcionamiento. Algunos referentes manifiestan querer realizar talleres o charlas sobre VIH-SIDA.
- Los referentes demandan folletos nuevos.

Como se pudo apreciar por medio del diagnóstico, en los 3 años transitados se han solucionado muchos de los obstáculos que presentaba la Red en sus inicios.

<sup>1</sup> Datos extraídos de INFOSIDA 4, Coordinación SIDA, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2004.

<sup>2</sup> Se denomina red en este caso a un conjunto de instituciones que comparten la tarea de distribuir preservativos en forma gratuita a partir de una estrategia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y que son coordinadas por un equipo de un centro de Salud de la zona en que están situadas.

Un obstáculo nuevo referido por algunas de las instituciones es la poca articulación con el CeSAC de la zona.

Sería interesante fortalecer los vínculos de trabajo para poder transformar la red de distribución en una Red de Prevención. Como se puede observar en los datos expuestos son muy pocas las actividades que realizan las instituciones más allá de la entrega de preservativos.

En líneas generales se ve cómo en los 3 años que pasaron los obstáculos se han desprendido del plano de los recursos concretos (ausencia o presencia de preservativos) y son de otra índole. Se podría pensar que una vez que se cuenta con el recurso concreto surgen demandas que de ser satisfechas harían que la Red sea más que la entrega gratuita de preservativos.

En función de estos resultados se consideró la necesidad de intervenir más activamente con el objetivo de fortalecer la red y lograr una mayor articulación con el centro de salud.

### **Problema**

La Red de Distribución de Preservativos no está funcionando como red de prevención de VIH-SIDA.

### **Objetivo General**

- Fortalecer la red de distribución de preservativos constituyéndola en red de prevención de VIH/Sida e ITS.

### **Objetivos específicos**

- Lograr mayor articulación entre las instituciones barriales y el centro de salud.
- Capacitar un grupo de referentes institucionales.

### **Cuadro de correspondencia**

Objetivos	Resultados	Actividades
1. Lograr mayor articulación entre las instituciones barriales y el centro de salud	1.1 Listado de intereses de los referentes 1.2 6 visitas a cada una de las instituciones	1.1 Reunión diagnóstica para relevar intereses de los referentes- devolución de los resultados del diagnóstico realizado 1.2 Visitas sistemáticas de seguimiento a las instituciones
2. Capacitar referentes de las instituciones barriales	2.1 50% de los referentes capacitados 2.2 folletos y afiches locales para la difusión de información	2.1 Talleres de capacitación sobre VIH/Sida 2.2 Construcción de materiales de difusión locales

### **Descripción de actividades**

#### **1. Reunión con referentes**

Modalidad: Reunión

Fecha: Diciembre

Frecuencia/duración: 1 reunión con todos los referentes 1 hora y media de duración.

Responsables: residentes

Metodología/dinámica: se devolverán los resultados de las entrevistas realizadas a través de técnicas participativas. Se discutirán obstáculos y facilitadores enunciados por los entrevistados y se relevarán intereses para el trabajo durante el primer semestre del año.

Registro: Registro de los participantes. Encuesta a los participantes

## Evaluación

Indicadores: cantidad de participantes/ cantidad de convocados. Realización de la actividad.

### 1.2 Visitas sistemáticas de seguimiento a las instituciones

Modalidad: recorrido por las instituciones pertenecientes a la red.

Fecha: de diciembre a mayo una vez por mes

Responsables: residentes

Registro: se relevarán las inquietudes, las actividades realizadas y las demandas de las instituciones. Se diseñará un cuestionario que se aplicará a cada institución en cada una de las visitas.

Evaluación: cantidad de visitas realizadas/ cantidad de visitas planificadas

### 2.1 Talleres de capacitación sobre VIH/Sida

Modalidad: Taller

Fecha: febrero/marzo/abril 2-3 talleres por barrio. Total 6/9 talleres de 2 horas cada uno.

Responsables: residentes

Metodología: técnicas participativas.

Contenidos: VIH/Sida, formas de transmisión. Formas de prevención. Técnicas de comunicación. Discusión de video.

Materiales: vides, rotafolio, material de librería, etc.

Registro: observación /cuestionario a los participantes

Evaluación: Realización de la actividad, la cantidad de participantes, continuidad de los participantes. Interés en el tema. Además de evaluar la actividad se realizará una evaluación de aprendizajes adquiridos durante los encuentros.

## Cronograma

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Reunión con referentes	X					
Planificación de talleres		X	X			
Realización de talleres			X	X	X	
Visitas	X	X	X	X	X	X
Evaluación proceso			X		X	
Evaluación resultados						X

## Evaluación

**Monitoreo:** Sistematización de la información recolectada en cada actividad.

### Evaluación de los resultados:

#### Indicadores:

- N° visitas a cada una de las instituciones
- Listado de intereses de los referentes
- Encuestas realizadas a los referentes
- Talleres realizados
- Materiales realizados
- Referentes capacitados en VIH/SIDA

### Evaluación de impacto

Se diseñará algún instrumento que permita realizar un seguimiento de los referentes luego de los 6 meses de proyecto para evaluar si se produjeron cambios en la dinámica de la red.

## PROYECTO 2:

### AMPLIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA RED DE DISTRIBUCIÓN DE PRESERVATIVOS Y PREVENCIÓN DEL VIH -SIDA EN UN BARRIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

#### Fundamentación

La red de distribución de preservativos funciona en 3 barrios de la Ciudad de Buenos Aires desde el año 2002. Hasta el momento, estuvo conformada por 14 instituciones (Comedores, biblioteca, escuelas, centros culturales) y coordinada por un equipo de salud del centro de salud de referencia de estos barrios. Durante el primer semestre del año 2006, este equipo llevó a cabo un proyecto orientado a fortalecer la red de distribución basándose en dos componentes: capacitación de los referentes de las instituciones, y articulación entre las instituciones y el centro de salud.

En septiembre del año 2006 se plantea la necesidad de conocer la visión de la población de los barrios acerca de la red. Para ello, desde septiembre a diciembre se diseña y aplica una encuesta para indagar acerca del conocimiento de la red, el uso, la conformidad y posibles propuestas de los vecinos para mejorarla.

Se entrevistaron en total a 311 personas de 3 barrios (barrio 1, barrio 2 y barrio 3).

Al indagar acerca del conocimiento de la red, encontramos que el 71.4% de la población general sabe que hay algún lugar en el barrio que distribuye preservativos en forma gratuita.

Las instituciones más reconocidas como boca de distribución por la gente que conoce la red son los centros de salud.

En cuanto a cómo se enteraron de la existencia de la red, la mayoría la conoce porque concurre a la institución que es boca. En segundo lugar, mencionan haberse enterado por comentarios de otras personas.

En cuanto al uso de la red, menos de la mitad (44.9 %) de la población que la conoce, hace uso de ella.

Casi la totalidad de las personas que retiran preservativos, lo hacen en los centros de salud (92%). Hay una baja proporción que dice conocer y usar los comedores como boca. Esto llama la atención, si tenemos en cuenta que la mayoría de las bocas de la red están instaladas en comedores.

Más del 90% de los entrevistados refiere estar conforme con distintos aspectos del funcionamiento de la Red

De la población que no conoce la existencia de la red, el 47 % no usa preservativos, y un 41% los compra.

Considerando a todos los entrevistados, el 71, 4 % no sabe que se puede realizar el test de detección de VIH en forma gratuita en el barrio. Esto es un dato relevante, ya que en el centro de salud existe un CePAD (Centro de prevención, asesoramiento y diagnóstico del VIH - Sida).

Con respecto a las propuestas, los entrevistados mencionan tres lugares posibles para abrir nuevas bocas: los negocios del barrio, instituciones barriales (como otros comedores, clubes, centros culturales), y la calle.

*Los datos obtenidos en las encuestas nos llevan a replantear nuestra intervención como coordinadores de la red, orientándola a la población general y no sólo a los referentes institucionales, como lo veníamos haciendo hasta el momento.*

## Objetivo general

Facilitar el acceso de la población a los recursos que brinda la red de distribución de preservativos y prevención del VIH-Sida y al CePAD del Centro de salud.

## Objetivos específicos

1. Fortalecer las bocas de distribución existentes en la red.
2. Ampliar la red de distribución de preservativos.
3. Difundir las bocas de distribución de preservativos y el CePAD del centro de salud.

## Cronograma de actividades

Actividades	mar	abr	may	jun	jul	ago	sept	oct	nov
1.Seguimiento de las bocas existentes		X		X		X		X	
2.1Apertura de nuevas bocas	X	X							
2.2 Monitoreo del funcionamiento de las nuevas bocas	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.1Diseño de un folleto de difusión de bocas.				X	X				
3.2 Diseño de un folleto de difusión del CePAD.				X	X				
3.3 Diseño de afiches					X	X			
3.4 Planificación de estrategias de distribución del material realizado.						X			

## Evaluación

### **Bocas de distribución**

1. Número de nuevas bocas abiertas y cantidad que sigue funcionando al finalizar el proyecto.
2. Cantidad de preservativos entregados.
3. Visión/opinión de los referentes de las nuevas bocas abiertas (se prevé el diseño de un instrumento).

## Actividades

### Con respecto al objetivo 1: Fortalecer las bocas de distribución existentes en la red

- Seguimiento de las bocas

### Con respecto al objetivo 2: Ampliar la red de distribución de preservativos:

- Apertura de nuevas bocas (identificación de posibles bocas, contacto con referentes)
- Monitoreo del funcionamiento de las mismas

### Con respecto al objetivo 3: Difundir las bocas de distribución de preservativos:

- Diseño de un folleto de difusión de bocas
- Diseño de afiches
- Planificación de estrategias de distribución del material realizado.

### PROYECTO DE INTERVENCIÓN 3:

#### FORMACIÓN DE REFERENTES EN SALUD EN UN BARRIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

#### Tema

Dificultades para el ejercicio del derecho a la salud por parte de poblaciones vulnerables.  
Dificultad de la población del barrio B para apropiarse de los recursos que le permitan ejercer su derecho a la salud.

#### Definición del problema

Dificultades en la accesibilidad de la población del barrio B a las instituciones de salud cercanas al mismo.

#### Caracterización de la Población objetivo

##### Ubicación geográfica del Barrio B.

El barrio B. se encuentra ubicado en la zona sur de la ciudad de Buenos Aires.

En esta zona se encuentra la población con mayores niveles de pobreza. El 39,2 % de la población posee ingresos por debajo de la línea de pobreza y 17,3% de los hogares posee necesidades básicas insatisfechas. La tasa de desocupación es del 14,1%. En cuanto al nivel educativo el área posee la mayor cantidad de habitantes con primario incompleto (10,2%) duplicando la proporción del total de la ciudad (5%). Todos los indicadores demuestran que la zona sur se encuentra en la situación más crítica de toda la ciudad.

##### Características de la población

Si bien el barrio comenzó a formarse hace aproximadamente 10 años, más de la mitad de la población vive en el mismo hace menos de 2 años.

El 52% de la población es de sexo femenino. En cuanto a la edad, el 14% es menor de 5 años y el 75% del total de la población se ubica por debajo de los 31 años, lo que nos habla de una población joven.

El 60% de la población nació en Argentina. Dentro de este grupo encontramos que más de la mitad nació en Capital Federal y Provincia de Buenos Aires y un porcentaje menor (18%) en otras provincias. La población restante (40%) proviene de países limítrofes, principalmente Paraguay.

En cuanto al nivel educativo, si consideramos a los mayores de 14 años que no asisten actualmente a la escuela, encontramos que el 88% tiene como máximo nivel educativo alcanzado el secundario incompleto. Sólo el 9% de la población terminó el secundario. Otro dato para destacar es que el 43% tiene primario incompleto. Estos indicadores muestran una situación de extrema vulnerabilidad y superan ampliamente los porcentajes de la zona sur.

El 60% de la población adulta trabaja actualmente. Dentro de este grupo, el 85% trabaja en negro, es decir, no posee ningún beneficio, ni obra social. En relación al tipo de ocupación encontramos trabajo en la construcción (albañil o pintor), empleadas domésticas y cartoneros. En su mayoría son trabajos temporarios o changas.

Un 30% de los hogares recibe algún plan social - en su mayoría plan jefe/as de hogar-. En cuanto al nivel de ingresos, el 50% de los hogares percibe un ingreso menor a \$400 mensuales.

El 86% de los hogares posee NBI. En cuanto a los jefes de hogar encontramos que en su mayoría son hombres y el 93% posee como máximo nivel educativo el secundario incompleto. El promedio de personas por hogar es de 4 y el 41% vive en condición de hacinamiento<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Más de 3 personas por cuarto.

En su mayoría habitan en viviendas precarias con paredes de ladrillo, sin ningún tipo de revestimiento. En el caso de los pisos, el 73% es de cemento. Un 66% posee techo de chapa, sin revestimiento interior.

No existe en el barrio una conexión adecuada de agua potable. En un 50% de los casos la conexión del agua está por fuera de la vivienda, ya sea dentro del terreno o más alejado. El agua proviene del barrio vecino, a través de una manguera o caño muy precarios.

Por otro lado, el 78,6% de las viviendas posee baño propio, en todos los casos poseen pozo ciego, construido por cada una de las familias. No se ha podido determinar si cumplen con las normas mínimas de instalación. El desagote del inodoro se realiza mediante un balde (ya que la falta de presión del agua impide el uso de otro mecanismo, como ser la cadena). No hay en el barrio desagüe cloacal, ni desagote atmosférico con una periodicidad planificada.

Actualmente no hay recolección diaria de residuos, lo que produce acumulación de basura en diferentes sectores del barrio, situación que muchas veces obliga a los vecinos a recurrir al quemado de basura.

### **Utilización del sistema de Salud**

Entendemos la **accesibilidad** como *“El vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (...) este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”*. (Stolkiner y Otros, 2000).

La mayoría de la población del barrio tiene como única cobertura de salud el sistema público. El 25% no concurre a ninguna institución de salud para atenderse. Dentro de este grupo la mayoría son hombres mayores de 20 años.

Basándonos en la experiencia de trabajo en el barrio durante este último año, advertimos que existe una dificultad para hacer uso de las instituciones de salud. Esta dificultad se observa en diferentes niveles:

- Poco uso de los recursos disponibles
- Poca asistencia a los servicios de los centros de Salud
- Escasa concurrencia a las actividades que brindan las instituciones
- No participación en la toma de decisiones en aspectos relacionados con el funcionamiento de las instituciones.

Por otro lado, se advierten barreras a la accesibilidad dadas por problemas para conseguir turnos, ser atendidos, o tiempos de espera prolongados. Asimismo, los vecinos expresan situaciones de maltratos y mala predisposición por parte de algunos integrantes de las instituciones. Otra de las barreras identificadas es la falta de información o la mala circulación de la misma.

### **Caracterización de los beneficiarios**

Grupo de referentes del Barrio B. (10 personas adultas).

Toda la población del Barrio B. (200 personas aproximadamente).

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

Mejorar el acceso de la población del Barrio B. a las instituciones de salud del barrio.

#### **Objetivos específicos**

1. Conformar y fortalecer un grupo de vecinos referentes comunitarios
2. Identificar y analizar con los referentes los obstáculos para la utilización de las instituciones de salud del barrio

3. Sensibilizar a la población del barrio acerca del derecho a la salud y a la atención de la Salud

### Cuadro de correspondencia

Objetivos	Resultados	Actividades
1. Conformar y fortalecer un grupo de vecinos referentes comunitarios	1. Un grupo de referentes comunitarios capacitados en DDHH, promoción de la salud. (5 a 10 personas)	1.1 Convocatoria 1.2 Talleres de capacitación
2. Identificar y analizar con los referentes los obstáculos para la utilización de las instituciones de salud del barrio	2. Documento con obstáculos y propuestas	2. Talleres para relevar obstáculos relacionados a la utilización de las instituciones y elaborar propuestas de acción.
3. Sensibilizar a la población del barrio acerca del derecho a la salud y a la atención de la Salud.	3.1 Entre un 50% y 70% de la población adulta del barrio bermejo sensibilizada en torno al derecho a la salud y la atención  3.2. 200 folletos de difusión distribuidos 3.3. 20 afiches de difusión pegados en el barrio	3.1. Taller para planificar el encuentro participativo.  3.2. Convocatoria al encuentro  3.3. Encuentro participativo

### Descripción de actividades

#### **1.1 Convocatoria**

Tipo de actividad: Convocatoria

Objetivo de la actividad: Invitar a los vecinos a una reunión informativa acerca del proyecto y la posibilidad de conformar un grupo de referentes que estén interesados en participar y constituirse como referentes comunitarios.

Responsable de la actividad: 2 coordinadoras

Fecha y lugar: 1er mes

Periodicidad / Duración: 2 visitas al barrio en diferentes horarios

Metodología: Recorrido por todas las casas. Entrega de folletos y pegado de afiches en el barrio.

Registro: hoja de ruta.

Evaluación: *Indicadores:* Cantidad de personas convocadas/ cantidad de asistentes a la reunión; Interés demostrado en la temática; Otros intereses manifestados.

#### **1.2 Talleres de capacitación sobre DDHH, derecho a la Salud**

Tipo de actividad: Taller

Objetivo de la actividad: Capacitar a un grupo de referentes en las temáticas relacionadas con derechos Humanos, derecho a la salud y atención de la salud.

Responsable de la actividad: 2 Coordinadoras

Fecha y lugar: 2° y 3° mes. Centro de salud.

Periodicidad / Duración: Quincenal. 4 encuentros de 2 horas cada uno

Metodología: Se trabajará con técnicas de educación popular y educación de adultos

Contenidos: Ley básica de salud. Derechos Humanos. Construcción de ciudadanía

Evaluación: *Fuentes:* planilla con datos cuantitativos. Registro cualitativo de todo lo que ocurra durante los encuentros. Cuestionario a los participantes con preguntas relacionadas con los contenidos y con la utilidad del taller. *Indicadores:* N° de participantes/cantidad de convocados, Continuidad en la asistencia. Interés por la temática

## **2. Talleres para relevar obstáculos relacionados a la utilización de las instituciones de salud del barrio y elaborar propuestas de acción**

Tipo de actividad: Taller

Objetivo de la actividad: Identificar obstáculos relacionados a la utilización de las instituciones de salud y elaborar propuestas para superarlos.

Responsable de la actividad: 2 Coordinadoras

Fecha y lugar: 4° y 5° mes. Centro de salud.

Periodicidad / Duración: Encuentros semanales. 6 encuentros de 2 horas cada uno.

Metodología: Se trabajará con técnicas de educación popular y educación de adultos

Evaluación: *Fuentes:* planilla con datos cuantitativos. Registro cualitativo de todo lo que ocurra durante los encuentros. Encuesta a los participantes en el último encuentro. *Indicadores:* Realización del encuentro, N° de participantes/cantidad de convocados, Continuidad en la asistencia. Interés por la temática. Realización del producto final (informe).

### **3.1. Taller para planificar el encuentro participativo**

Tipo de actividad: Taller

Objetivo de la actividad: planificar actividades a realizar en el encuentro participativo; elaborar folleto de difusión.

Responsable de la actividad: 2 coordinadoras

Fecha y lugar: 6° y 7° mes. Centro de salud.

Periodicidad / Duración: Quincenal. 4 encuentros de 2 horas de duración.

Metodología: Taller. Se utilizarán técnicas de trabajo participativas de Educación Popular y de Educación de Adultos. Planificación de los momentos de la reunión y preparado de materiales (afiches y folletos).

Contenidos: Técnicas de preparación de materiales de difusión

Evaluación: *Fuentes:* Planilla con datos cuantitativos en cada encuentro. Encuesta a los participantes en el último encuentro. *Indicadores:* N° de participantes. Continuidad en la asistencia. Cantidad de materiales para la difusión construidos.

### **3.2. Convocatoria al encuentro**

Tipo de actividad: Convocatoria

Objetivo de la actividad: Difundir e invitar al encuentro participativo a todos los vecinos del barrio.

Responsable de la actividad: referentes comunitarios formados.

Fecha y lugar: 8° mes

Periodicidad / Duración: 10 días corridos.

Metodología: Recorrido por las casas del barrio; distribución de folletos; pegado de afiches.

Registro: hoja de ruta.

Evaluación: *Fuente:* registro observacional. *Indicadores:* N° participantes en el encuentro participativo/cantidad de convocados

### **3.3. Encuentro participativo**

Tipo de actividad: Reunión con los vecinos del barrio

**Objetivo de la actividad:** Difundir y debatir críticamente el documento de obstáculos y propuestas elaborado con los referentes. Conocer las percepciones del barrio en torno a la temática. Sensibilizar a la población del barrio acerca del derecho a la salud y a la atención de la Salud.

**Responsable de la actividad:** 2 coordinadoras y referentes comunitarios formados.

**Fecha y lugar:** Final del 8° mes.

**Periodicidad / Duración:** 1 encuentro único de 3 horas de duración.

**Metodología:** Encuentro participativo de devolución de los resultados del documento elaborado en los talleres. Espacio para la reflexión y debate. Construcción conjunta de nuevas propuestas a través de técnicas de Educación popular.

**Evaluación:** Fuentes: Observación. Encuesta casa por casa a los participantes una semana después del encuentro. **Indicadores:** realización del encuentro. N° de participantes. Documento elaborado con enunciación de los obstáculos y la elaboración de propuestas

### Estimación de recursos

Actividad	Recursos		
	Recurso humano	Bienes materiales	Insumos
1.1 Convocatoria	10 hs coordinadores (5 hs x 2; 1 h recorrido- 1 h confección material)	computadora	Papel (1 resma) Fotocopias (250) Cinta adhesiva (1)
1.2 Talleres de capacitación	24 hs coordinadores (12hs x 2; 8 hs de taller - 4 hs de planificación). 8 hs observador	Cesac7 Sillas	Afiches (5) Cuadernos (10) Marcadores Hojas, biromes (10) Cinta adhesiva Refrigerios (mate, galletitas) Modulo bibliografía (10= 200 fotocopias)
2. Talleres para relevar obstáculos relacionados a la utilización de las instituciones y elaborar propuestas de acción	36 hs coordinadores (18 hs x 2; 6 hs talleres - 6 hs planificación) 12 hs observador	Cesac7 Sillas	Afiches (5) Marcadores Hojas, biromes Cinta adhesiva Refrigerios (mate, galletitas)
3.1. Taller para planificar el encuentro participativo	16 hs coordinadores (8hs x 2)	Cesac7 Sillas	Afiches (5) Marcadores Hojas, biromes Cinta adhesiva Refrigerios (mate, galletitas)
3.2. Convocatoria al encuentro	10 hs coordinador (10hs x 1) 30 hs referentes comunitarios		Papel, birome. Fotocopias de afiches y folletos (200)
3.3. Encuentro participativo	6 hs coordinadores (3 hs x 2) 3hs observador 15 hs referentes	Espacio en el barrio a definir Sillas	Afiches (10) Marcadores Hojas, biromes Cinta adhesiva

	comunitarios (puede variar según la cantidad de referentes voluntarios).		Refrigerios (mate, galletitas) Fotocopias del informe (500)
--	--	--	--

### Cronograma de actividades

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. 1 Convocatoria	X								
1.2 Talleres de capacitación en DDHH y derecho a la salud		X	X						
2.1. Talleres para relevar obstáculos relacionados a la utilización de las instituciones y elaborar propuestas de acción.				X	X				
3.1 Talleres de planificación del encuentro participativo						X	X		
3.2 Convocatoria								X	
3.3 Encuentro participativo								X	
4. Monitoreo	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5. Evaluación de proceso			X		X		X		
6. Evaluación de resultados									X

### Evaluación del proyecto

El **monitoreo** consiste en el análisis de cada una de las actividades programadas. El mismo se llevará a cabo a lo largo de los 9 meses y se prevén formas de evaluación diferenciadas para cada una de las actividades (ver descripción de actividades).

Por otro lado se realizará una **evaluación de proceso**, con el objetivo de identificar resultados parciales a lo largo del proceso de ejecución. La misma se realizará al finalizar el 3°, 5° y 7° mes. El objetivo será identificar el cumplimiento de los objetivos parciales en el tiempo programado en el cronograma de actividades. La información necesaria para esta actividad se obtendrá de la sistematización de la información de los registros de cada una de las actividades. Algunos de los indicadores a utilizar serán:

- Realización de las actividades: n° de actividades programadas en relación a las ejecutadas.
- Cumplimiento de los objetivos de cada actividad según el periodo de tiempo (objetivos del taller, convocatoria, etc.).

Finalmente en el 9° mes del proyecto se realizará la **evaluación de resultados**, mediante la sistematización de toda la información recolectada en todo el proceso de ejecución. Algunos de los indicadores a utilizar serán:

- N° de referentes comunitarios capacitados en DDHH, derecho a la salud, promoción de salud.
- Documento con obstáculos y propuestas.

## PROYECTO DE INTERVENCIÓN 4:

### CONTROL DE ROEDORES EN DOS BARRIOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

#### Descripción del problema

##### Caracterización de la población de los barrios

Actualmente el asentamiento X se ubica en la zona correspondiente al CGP X. Según datos disponibles<sup>4</sup> acerca de las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población, ésta zona posee los indicadores menos favorables de toda la ciudad. Se registra una alta tasa de hacinamiento (19,6%) y de población con NBI (17,3%); el promedio de ingreso es de \$314 per cápita; es la zona con peores indicadores educativos, siendo que el 12% de la población no terminó la escuela primaria; el 51,5% de la población tiene como única cobertura de salud al sistema público.

##### Barrio 1

En la actualidad el barrio está conformado por 58 viviendas (246 personas). Si bien comenzó a formarse hace aproximadamente 11 años, más de la mitad de la población vive allí desde hace menos de 3 años.

El 52% de la población es de sexo femenino. En cuanto a la edad, el 14% es menor de 5 años y el 75% del total tiene menos de 31 años, lo que nos habla de una población joven.

El 60% de la población nació en Argentina. Dentro de este grupo encontramos que más de la mitad nació en Capital Federal y Provincia de Buenos Aires y un porcentaje menor (18%) en otras provincias. La población restante (40%) proviene de países limítrofes, principalmente Paraguay.

En cuanto al nivel educativo, si consideramos a los mayores de 14 años que no asisten actualmente a la escuela, encontramos que el 88% tiene como máximo nivel educativo alcanzado el secundario incompleto. Solo el 9% de la población terminó el secundario. Otro dato para destacar es que el 43% tiene primario incompleto. Estos indicadores muestran una situación de extrema vulnerabilidad y superan ampliamente los porcentajes de la zona sur.

El 60% de la población adulta trabaja actualmente. Dentro de este grupo, el 85% trabaja en negro, es decir, no posee aportes jubilatorios ni obra social. En relación al tipo de ocupación, encontramos trabajo en la construcción (albañil o pintor), empleadas domésticas y cartoneros. En su mayoría son trabajos temporarios o changas.

Un 30% de los hogares recibe algún plan social. En cuanto al nivel de ingresos, el 50% de los hogares percibe un ingreso menor a \$400 mensuales.

El 86% de los hogares posee NBI. En cuanto a los jefes de hogar encontramos que en su mayoría son hombres y el 93% posee como máximo nivel educativo el secundario incompleto. El promedio de personas por hogar es de 4 y el 41% vive en condición de hacinamiento

En su mayoría habitan en viviendas precarias con paredes de ladrillo, sin ningún tipo de revestimiento. El 73% de los pisos es de cemento. Un 66% de las viviendas posee techo de chapa, sin revestimiento interior.

Por otro lado, el 78,6% de las viviendas posee baño propio. En todos los casos poseen pozo ciego, construido por cada una de las familias. No se ha podido determinar si cumplen con las normas mínimas de instalación. El desagote del inodoro se realiza mediante un balde (ya que la falta de presión del agua impide el uso de otro mecanismo, como ser la cadena). No hay en el barrio desagüe cloacal, ni desagote atmosférico con una periodicidad planificada.

<sup>4</sup> Análisis de situación de Salud (ASIS) de la población residente en el CGP 8. Año 2003. Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos. 2003

## Barrio 2

El barrio comenzó a formarse en enero de 2005 y está compuesto por 27 viviendas.

En cuanto al nivel educativo de la población, si consideramos a la población de 14 años y más que no asisten actualmente a la escuela, vemos que el 67,5% tiene como máximo nivel educativo alcanzado el secundario incompleto. Solo el 10% completó el nivel secundario. Cabe destacar que el 27,5% de esta población tiene primario incompleto.

El 45% de los habitantes trabaja en la actualidad. De los que trabajan el 71% lo hace en negro. Sólo un 23,5% de los hogares recibe algún plan social.

El 35% de los hogares dispone de baño y en el 33% de estos casos el desagüe es a un hoyo/excavación en la tierra. Esto predispone a la contaminación del suelo del barrio con material de origen fecal. El desague del inodoro se realiza mediante balde en todos los casos. Ninguno de los hogares relevados posee acceso a conexión de luz propia.

Se destaca que existen problemas de accesibilidad física al barrio, dado que de las 2 puertas de entrada y salida al mismo, una da a una escalera improvisada sobre el terreno y la otra se encuentra bloqueada por un alambrado.

Cabe aclarar que en ambos barrios se realizó la conexión de agua corriente en diciembre de 2005.

## La basura

En el asentamiento no hay recolección diaria de residuos ni presencia de volquetes ya que al no ser reconocido como villa desde el Instituto de la Vivienda de la Ciudad, no se halla contemplado dentro del pliego de recolección de residuos. Esto produce acumulación de basura en diferentes sectores del predio, y obliga muchas veces a los vecinos a recurrir al quemado de basura.

Sumado a la acumulación de basura producida por los vecinos, frecuentemente ingresan al terreno camiones de empresas privadas que suelen descargar de forma ilegal sus residuos, como por ejemplo escombros, desechos orgánicos, materiales de uso hospitalario (bolsas de orina), restos de industrias textiles (medias, telas, zapatillas), que aumentan la acumulación de basura en el terreno descampado que ya de por sí cuenta con zonas de abundantes pastizales.

Los vecinos reconocen a la basura como un problema de salud, y en varias oportunidades han solicitado la intervención de los profesionales del Centro de Salud para ayudarlos a resolver el problema. En relación con esto, el trabajo del equipo de salud del centro de salud desde septiembre de 2002 se centró en muchos momentos en trabajar con los vecinos para buscar soluciones al problema de la acumulación de residuos.

## La presencia de roedores

Estas condiciones ambientales del barrio favorecen la presencia de roedores, ya que los escombros funcionan como refugio y los desechos orgánicos como alimento, dos condiciones necesarias para su reproducción. El problema desde el cual parte este proyecto es la presencia de roedores en niveles que son perjudiciales para la población de los barrios.

Este problema fue detectado por el equipo del centro de salud y confirmado por los vecinos, quienes dan cuenta de esta situación, reconociendo haber visto roedores y convivir con ellos.

Los roedores producen daños sobre la economía, el medio ambiente y la salud pública. Entre los daños causados al medio ambiente hallamos la contaminación del suelo, del agua y del aire por medio de su materia fecal, la orina y los pelos; afectan y dañan paredes, pisos, techos y ventanas; la construcción de sus cuevas produce infiltraciones de agua, daños en los cimientos de las edificaciones, etc.

La importancia de los roedores para la salud pública está dada principalmente por las enfermedades que pueden transmitir al humano. Se denomina zoonosis a las enfermedades que son transmitidas en condiciones naturales desde los animales a los humanos. Éstas pueden tener altas tasas de incidencia causando una importante morbilidad y mortalidad en la población.

Dentro de las zoonosis transmitidas por roedores se hallan: bacteriosis (leptospirosis, peste, etc.), parasitosis (triquinosis), micosis (dermatofitosis) y virosis (hantavirus, fiebre hemorrágica, etc.).

Los agentes infecciosos pueden ser eliminados por la saliva, orina y materia fecal de los roedores infectados; otra vía de salida es la sangre en los animales que presentan heridas.

### Marco teórico

Partimos de un concepto de **salud integral** que no sólo implica ausencia de enfermedad, sino que está ligado estrechamente a las condiciones de vida. La concepción integral de salud enunciada en la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Nº 153) se vincula a la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente; la participación de la población en los niveles de decisión, acción y control; y la cobertura de la población.

Esta concepción de salud implica que no se pueden comprender ni analizar los procesos de salud-enfermedad independientemente de las condiciones de vida y del ambiente en el que se producen.

Los **procesos de salud/enfermedad/atención** como procesos sociales dinámicos y complejos deben ser analizados en relación con los contextos sociales en los cuales se desarrollan. Estos procesos están determinados por factores biológicos, psico-sociales, culturales y económicos; dentro de éstos las condiciones ambientales adquieren gran relevancia.

Cuando hablamos de **medio ambiente** nos referimos no sólo al ambiente natural que abarca a los seres vivos (animales y vegetales), sino también al medio ambiente histórico (conjunto de patrones que a lo largo de la historia ha desplegado el individuo en su interacción colectiva con los lugares que le rodean) y el ambiente socio-cultural (aquél que integra al ser humano a sistemas de producción, consumo y ocio).

En este sentido podemos afirmar que un medio ambiente será saludable en la medida que genere mayores posibilidades de desarrollo personal de la población y satisfaga la totalidad de sus necesidades básicas.

Desde un enfoque teórico - ideológico de **salud integral** y **promoción de derechos**, las dificultades para el acceso a condiciones de vida adecuadas contradicen el principio básico del derecho a la salud. Los problemas relacionados con el medio ambiente, en este caso la presencia de roedores en niveles perjudiciales para la población, están íntimamente ligados a las condiciones de vida y por lo tanto forman parte de un problema más amplio que debe ser abordado intersectorialmente para asegurar el cumplimiento del derecho a la salud.

El enfoque de **Educación para la salud** desde el cual partimos para la planificación y ejecución de este proyecto, incluye la recuperación de los saberes de la población y requiere de la participación de la misma para el abordaje de los problemas. Siguiendo a Menéndez, “... *La Educación para la Salud aparece como un instrumento utilizable para favorecer los procesos de autoatención en la medida que dicha educación trabaje sobre la racionalidad de los conjuntos sociales, asuma la necesidad y disposición de apropiación y entienda el saber no solo referido a determinados contenidos de acción en salud, sino remitiendo dicho saber a la causalidad de los principales problemas y ligado a las especificidades de los conjuntos y a los límites económicos, políticos e ideológicos que condicionan los procesos transaccionales dentro de los cuales juega el saber (...) la Educación para la Salud no implica sólo saber más sobre prevención específica, sino que supone sobre todo una estrategia de saber que conduzca a un proceso creciente de autonomía sobre los procesos de salud enfermedad.*” (Menéndez, 1988: 96).

De esta manera la educación para la salud debe recuperar los saberes de la población y apuntar a las causas estructurales de los problemas de salud y diseñar en función de estos saberes y en el contexto en el que se producen las estrategias adecuadas para el abordaje de los problemas.

El abordaje de problemas como el planteado en este proyecto, requiere de la intervención de actores de diferentes niveles y ámbitos de decisión, pero fundamentalmente requiere de la participación de la comunidad. Para nosotras es esencial un abordaje desde la participación comunitaria, que si bien es difícil de alcanzar, es una meta que está siempre presente en los proyectos de intervención.

La **participación comunitaria** es entendida como la *“posibilidad (de la comunidad) de definir las necesidades, negociar e implantar sus propuestas para el logro de las metas en salud”* (Cerqueira, 1994: 35). Los objetivos del impulso dado a la generación de procesos participativos, exceden el ámbito de lo sanitario, y se vinculan al *“fortalecimiento de las formas democráticas de gobierno (...) y a la construcción de ciudadanía que expresa sus opiniones y demandas”* (OPS/OMS, 1999:24-26).

Adherimos a las definiciones de participación comunitaria que ponen el eje en la participación de la comunidad en alguna instancia en la toma de decisiones. Siguiendo a Ugalde consideramos que la participación real de la comunidad implica *“el acceso al proceso de decisión o al poder por parte de las comunidades (...) la participación comunitaria en el sentido de iniciar un proceso de adquisición de poder o de crear concientización es parte de un proceso político y no se puede separar de él”* (Ugalde, 1999).

Si bien esta definición apunta a un ideal de participación, según Robirosa, Carderell y Lapalma existen diferentes niveles, que varían de formas más restrictivas a formas más amplias; estos niveles se refieren a:

- Información: debe estar disponible en calidad y cantidad. La población debe estar en condiciones de evaluar la información que maneja.
- Opinión: corresponde a un nivel más complejo de participación en el cual los participantes pueden emitir opiniones. Supone un nivel de participación más amplio que la informativa. El destino de la opinión podrá ser la modificación de acciones o decisiones.
- Toma de decisiones: los participantes pueden decidir sus propios asuntos, lo que supone una adecuada y oportuna información, reconocimiento de acuerdos, diferencias, mecanismos adecuados de discusión y toma de decisiones.

De esta manera, la participación se convierte en una estrategia para que la población pueda reflexionar, analizar y decidir cómo enfrentar mejor sus problemas de salud, y así lograr una mayor autonomía sobre los procesos de salud -enfermedad.

## **Objetivos del proyecto**

En función del problema planteado desde el marco teórico desarrollado se plantearon los siguientes objetivos:

### ***Objetivos generales***

- Mejorar las condiciones ambientales en las que vive la población.
- Sensibilizar a la población acerca de las problemáticas ambientales (especialmente en relación a los roedores y la basura).

### ***Objetivos específicos***

- Conocer el estado sanitario de los roedores.
- Disminuir la presencia de roedores en los barrios.
- Promover un adecuado manejo de la basura.

## Actividades

- Reuniones del equipo interdisciplinario (equipo del centro de salud, equipo de biólogos, autoridades del gobierno de la ciudad)
- Elaboración de materiales de comunicación
- Relevamiento ambiental (recorrida por el barrio, Colocación de cebos y trampas, Estudios de laboratorio)
- Reuniones con el barrio
- Actividades de desratización
- Gestiones para conseguir insumos para el barrio (maquinarias, volquete)
- Jornada de limpieza

## Evaluación

### Logros:

- Se realizó un informe sanitario de los roedores que habitan los barrios 1 y 2.
- Se realizó un relevamiento ambiental de los barrios.
- Se realizó una desratización externa y una interna por primera vez en los barrios.
- Se problematizó la presencia de roedores en el barrio.
- Los vecinos propusieron una acción concreta que involucra sus esfuerzos, para terminar con los roedores y vivir en un barrio más limpio.
- Los vecinos colaboraron activamente con el equipo de biólogos.

Estos resultados se evalúan como positivos y permiten dar por alcanzado uno de los objetivos generales del proyecto *“sensibilizar la población acerca de las problemáticas ambientales (especialmente en relación a los roedores y la basura) y uno de los objetivos específicos “conocer el estado sanitario de los roedores”.*

### Obstáculos

- Límites del equipo local en la gestión de recursos que dependen de otros organismos, como por ejemplo las maquinarias y los volquetes que debían ser proporcionados por el GCBA a través de los organismos responsables.
- Más de la mitad de los actores involucrados en este proceso (vecinos, equipo del centro de salud, directora del centro de salud) no accedieron al informe completo sobre el estado sanitario de los roedores. Este quedó exclusivamente en manos del equipo de biólogos y del director de CCA.

Estos obstáculos no permitieron cumplir con dos de los objetivos específicos, *“disminuir la presencia de roedores en los barrios” y “promover un adecuado manejo de la basura”.*