



Salud para Todos y Todas Ahora  
**Movimiento para la Salud  
de los Pueblos**



## 5ª Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos

# Actas de la 1ª Conferencia Internacional de Salud Colectiva y Atención Primaria de la Salud

7 al 11 de abril de 2024

Mar del Plata, Buenos Aires,  
Argentina



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA - ESCUELA SUPERIOR DE  
MEDICINA**

**Actas de la 1a conferencia internacional de salud colectiva y atención primaria de la salud:**  
ACTAS; Compilación de Andrea Perinetti. - 1a ed. - Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar  
del Plata, 2024.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-811-194-0

1. Salud. 2. Atención Primaria de Salud. 3. Acceso a la Salud. I. Perinetti, Andrea, comp.  
CDD

**Diseño de portadas:** Margarita Fallesen

**Diagramación:** Anabella Álvarez Mendez, Milagros Morales, Andrea Perinetti, Paula  
Pombo, Camila Stío

## **Autoridades de la Universidad**

Rector: Cpn Alfredo Remo Lazzeretti

Vicerrectora: Abog. Silvia Berardo

Secretario Académico: Mg. Lic. Daniel Reynoso

Secretario de Administración Financiera y Coordinación de Gabinete:

Cpn Osvaldo De Felipe

Secretario de Ciencia y Tecnología: Dr. Diego Rodríguez

Secretario de Vinculación y Transferencia Tecnológica:

Dr. Guillermo Alfredo Lombera

Secretario del Consejo Superior y Consejo Social: Lic. Walter Buceta

Secretario de Comunicación y Relaciones Públicas: Mg. Alberto Fabián Rodríguez

Secretaria de Extensión Universitaria: Lic. María Laura Tejón

Secretaria de Asuntos Laborales Universitarios: Cpn Romina Hernández

Secretario de Planeamiento Arquitectónico: Arq. Eduardo Oxarango

Secretario de Bienestar de la Comunidad Universitaria: Abog. Alejandro Arcamone

Dirección de Relaciones Internacionales: Natalia C. Poleggio

## **Autoridades de la ESM**

Director: Adrián Alasino

Vicedirector: Gabriel Angellini

Secretario Académico: Emiliano Mariscal

Subsecretaria Académica: Lorena Lázaro Cuesta

Subsecretario de Bienestar: Carlos Hudson.

Secretario de Coordinación: Gerardo Portela,

Secretaria de Extensión: Mariana Berberian

Secretaria de Investigación: Andrea Perinetti

Subsecretaria de Investigación: Analía Rearte

Secretario de Posgrado: Sebastian Bienaimé

Subsecretario de Vinculación y Transferencia Tecnológica: Ignacio Uriarte

Secretario de Tecnologías en Salud y Vinculación Comunitaria:  
Julio Sambueza

Subsecretaria de Tecnologías en Salud: Julia Fabbri

Subsecretario de Vinculación Comunitaria: Fernando Desteffaniz

**Comité Organizador:**

Presidenta: Andrea Perinetti

Integrantes:

Adrián Alasino

Carmen Baez

Mariana Berberian

Melissa De Vasconcelos

Guadalupe García

Fiorella Giacomozzi

Lorena Lázaro Cuesta

Marta Limido

Jorge Lucero

Paula Macedo

**Comité Científico**

Darío Ascani

Camilo Bas

Sebastian Bienaimé

Fernando Borgia

Jaime Breihl

Carmen Cáceres

Leonardo Federico

Oscar Feo

Ligia Giovanella

Luis Lazo Valdivia

Susan López

María Marta Mainetti

Analía Rearte

Daniel Rubens

Herland Tejerina

Mauricio H. Torres Tovar

**Comité Editorial**

Anabella Alvarez Méndez

Milagros Morales

Andrea Perinetti

Paula Pombo

Gerardo Portella

## Prólogo

Una conferencia inspiradora para seguir aportando al cuidado de la salud y la vida de todas y todos.

En el marco de la Quinta Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos, realizada por el Movimiento de Salud de los Pueblos (MSP) en la grata ciudad de Mar del Plata, Argentina, durante los días 7 al 11 de abril del año 2024, se realizó la Primera Conferencia Internacional sobre Salud Colectiva y Atención Primaria de Salud (APS), liderada por la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

La Conferencia tuvo como propósito el de visibilizar experiencias y prácticas en el maravilloso y diverso campo de la salud colectiva y la APS que se desarrollan en todas las regiones del mundo, promovidas por dinámicas académicas, por integrantes de equipos territoriales de salud y por las propias comunidades.

La riqueza de la Conferencia fue muy grande al presentarse una amplia diversidad de trabajos relacionados con investigaciones, experiencias comunitarias, programas de salud y proyectos institucionales en salud, entre otros.

Hubo un amplio y muy diverso conjunto de temáticas presentadas en la Conferencia a través de los 63 trabajos expuestos, a lo largo de los cuatro días que duró la conferencia, repartidos en 14 mesas de presentación, que incluyeron entre otros temas la atención primaria en salud; inclusión, diversidad y género; salud y derechos humanos; soberanía alimentaria; territorios de salud y APS; salud de los ecosistemas: alimentación, energía, clima; epidemiología social y desigualdades en salud; salud de los pueblos originarios, promoción de los saberes ancestrales y populares en salud; políticas de formación de fuerza laboral en salud colectiva y atención primaria en salud; salud

mental comunitaria; participación comunitaria emancipadora; políticas de formación de fuerza laboral en salud colectiva y atención primaria en salud; administración y gestión de organizaciones socio-sanitarias.

La riqueza de la Conferencia mostró que el campo de la salud colectiva y la atención primaria en salud es muy amplio, que se construye desde múltiples espacios, en diversas direcciones, con múltiples actores pero con uno central y protagónico que son las comunidades en sus territorios; que se trabaja también en múltiples aspectos y necesidades que van desde el cuidado y preservación de la salud individual y colectiva en los aspectos físicos, mentales y emocionales; en la protección del medio ambiente que incluye el cuidado del agua, de las semillas, del aire, de la flora y la fauna; que se teje con el cuidado de la salud y la solidaridad en multitud de formas, y que se aporta en respuestas autónomas de las propias comunidades desde sus saberes y practicas propias; pero también desde las instituciones académicas y publicas de salud para construir formas de educar y formas de responder a las problemáticas de salud desde enfoque distintos, menos verticales e impositivos, más horizontales y democráticos con las propias comunidades.

Una de las cosas que permitió conocer la Conferencia, a partir de varios de los trabajos presentados, fue acerca de la valiosa experiencia que viene desarrollando en los últimos años la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que alrededor de la atención primaria de la salud ha estructurado el desarrollo de competencias en la formación médica de grado de la universidad, con el propósito a formar a un médico y una médica con conocimiento, competencias y habilidades para estar presente en diversos territorios, articulados a las comunidades y generando respuestas colectivas a

sus diversas problemáticas de salud, tanto individuales como colectivas.

La Conferencia se articuló e integró a la bella y diversa dinámica de la Quinta Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos, que contó con una amplia participación de personas provenientes de los cinco continentes, mostrando sus diversidades culturales y de lengua, y sus múltiples experiencias en el cuidado de la salud y de la vida planetaria.

En este proceso de articulación con la Asamblea Mundial, la Conferencia se identificó con el llamado a la acción propuesto por ella, relacionado con la protección de la salud de los ecosistemas; la identificación con los conocimientos diversos, alternos y contrahegemónicos ancestrales de nuestros pueblos originarios, feministas, antipatriarcales, anticapitalistas y antiimperialistas, así como con la soberanía de la paz, el derecho de asilo y la libre circulación; el impulso a la resistencia a la corporativización, mercantilización y colonización de la salud; la resistencia a la guerra, la ocupación y la migración forzosa; la justicia de género en salud y con la transformación de los sistemas de salud que defiendan decididamente la atención primaria integral y la equidad en salud y el recopilar experiencias positivas de atención primaria integral y ejemplos de servicios de atención primaria controlados por la comunidad, tal como fue vivenciado en muchos de los trabajos presentados en la Conferencia.

El organizar el conjunto maravilloso de trabajos presentados en la Conferencia a través de estas Actas, permite hacer una difusión sistematizada de los ricos conocimientos y prácticas locales compartidas en esta valiosa conferencia realizada en Mar del Plata.

Que lo compartido acá en estas Actas sea un aporte a las ideas, a las luchas, a las movilizaciones, a los sueños, a los proyectos y a las prácticas que se movilizan desde las universidades, desde las

comunidades, desde las instituciones públicas, desde las organizaciones y movimientos sociales, alrededor de todo el mundo, para aportar en la construcción de un mundo distinto, que se teje desde abajo, puntada a puntada y de forma colectiva, para cuidar la salud y la vida de toda la gente, de todas las especies vivas y de la Madre Tierra.

**Mauricio Torres-Tovar, miembro del Movimiento por la Salud de los Pueblos, Profesor de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.**

## **Agradecimientos**

A las y los organizadores y organizadoras de la 5ª Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos que hicieron posible la concreción de la 1ª Conferencia Internacional de Salud Colectiva y APS.

A las autoridades de la Universidad Nacional de Mar del Plata que nos apoyaron siempre y pusieron a disposición todos los recursos para llevarla adelante.

A las y los estudiantes de la Escuela Superior de Medicina que voluntariamente estuvieron presentes en cada instancia de la Conferencia, haciéndose un espacio entre sus tareas de cursada de la carrera.

A Melissa De Vasconcelos, Paula Macedo, Guadalupe García, Fiorella Giacomozzi y Sebastián Fernandez por su trabajo invaluable y continuo desde el mismo momento en que soñamos este evento.

A Jorge Lucero, luchador inagotable.

A Adrián Alasino, por defender sus convicciones siempre y en todo lugar.

A Lorena Lázaro Cuesta por su apoyo incondicional.

A Mariana Berberian por su labor incansable.

A todas y todos los integrantes de la Escuela Superior de Medicina (docentes, nodocentes y equipo de gestión) que trabajaron de manera permanente, incluso en su tiempo libre, para la organización de la Asamblea y la Conferencia.

A las autoridades e integrantes de la FAMG, AMGBA, militantes, asociaciones y movimientos sociales que estuvieron siempre presentes apoyando y alentando.

A las y los expositores que durante la Conferencia compartieron sus experiencias y saberes que publicamos en estas Actas, con la convicción de que una Salud Colectiva y Global es posible.

A todas las personas que defendiendo con profunda pasión sus convicciones e ideales participaron de la Asamblea y la Conferencia con profunda pasión.

## Índice

	Pág.
<b>ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE ORGANIZACIONES SOCIO-SANITARIAS</b>	
ID15: “Importa lo que nos pasa”. Experiencias afectivas en la producción subjetiva del cuidado en salud: trabajadores y deseo en un municipio argentino .....	1
ID30: Stakeholder analysis of the DRG reform in Greece during 2010 – 2022 .....	2
ID39: Global healthcare workforce capacity trends: the case of the greek NHS hospitals before and during the COVID-19 pandemic .....	4
<b>ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b>	
ID10: Atención primaria de la salud en el desarrollo de competencias en la formación médica de grado de la Universidad Nacional de Salta. 2015 – 2023 .....	7
ID20: The role of civil society in establishing a comprehensive primary health care sector in Australia and how it was undermined by neo-liberal health sector reforms .....	10
ID22: How comprehensive primary health care services can act on commercial determinants of health .....	13
ID32: Programa de atención primaria en salta: 1978-2023 – 45 años de construcción colectiva buscando la salud para todos .....	16
ID37: Primary care dialogues: a primary health care and public health centered podcast to achieve ‘health for all’ in Greece .....	18
ID38: A critical analysis of primary healthcare in Greece and the recently introduced law on “personal doctor” .....	20
ID40: Health for the global majority: extending occupational health services to workers in the informal economy .....	22
ID65: “Vamos Pa’ la Playa, ciudad de Rocha, 2023”. Departamento de Rocha – Uruguay .....	24
ID86: Adapting a social determination approach to support health equity for migrants and socially marginalized people: preliminary results from an action research in primary health care .....	26

## **EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL Y DESIGUALDADES EN SALUD**

ID1: Impacto en la morbilidad y mortalidad de la Migración hacia los Estados Unidos en población adulta mayor de comunidades de origen en el Estado de Puebla, México .....	30
ID2: Morbilidad relacionada con el índice de erupción volcánica nivel 2 del Popocatepetl en comunidades poblanas aledañas al cráter durante mayo de 2023 .....	31
ID21: Restoring the Fair Go: structural determination of the causes of growing health inequities in Australia .....	33
ID42: “¿Una sola salud?”: condicionantes de la presencia de glifosato en orina en poblaciones de zonas agroindustriales de la provincia de Buenos Aires, Argentina .....	35
ID52: Salud en el territorio. Aportes y desafíos de la epidemiología sociocultural .....	37

## **INCLUSIÓN, DIVERSIDAD Y GÉNERO**

ID4: Hacia la expansión de derechos. Derechos reproductivos/no reproductivos desde una perspectiva bioética. Percepciones de profesionales de la salud en el Partido de General Pueyrredón .....	40
ID12: Garantizando derechos desde la transdisciplinariedad. Una genealogía de la experiencia de Fundación CASA ENINSA .....	41
ID17: La prevención de las violencias de género en la Atención Primaria en Salud: aprendizajes con las mujeres rurales en Guatavita – Colombia (2023 – 2025) .....	44
ID18: Un programa de promoción de la salud dirigido a cuidadoras mayores en riesgo de exclusión social .....	46
ID35: Amplifying access to tailored HIV response services in a tight legal landscape using unique delivery community models: a case study of the community health and livelihood enhancement groups (CHLEGs) model, and the drop in centre model (DiC) to serve sex workers and LGBTQI+ community in Uganda .....	48
ID58: Antropología en salud: contribuciones desde la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN) en el sistema único de salud- SUS en Brasil .....	51
ID70: Equidad en salud: “el valor de las mujeres” .....	53

## **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EMANCIPADORA**

ID6: "Derecho a la salud y soberanía sanitaria en Colombia y en el sur global". Experiencia de la construcción participativa de la misión de soberanía sanitaria y bienestar social.....	56
ID24: Participación activa de las infancias en la construcción de la salud utilizando la Alforja Educativa salud escolar y mundo microbiano .....	60
ID41: Movimiento por la Salud de los Pueblos, pluralidad, diálogo: experiencias, lucha y construcción colectiva de la participación social en las conferencias libres de salud en Brasil.....	61
ID44: Revalorizando saberes populares y ancestrales en el sector de Angachilla: sistematización de una experiencia .....	63
ID48: Popular water health agents protecting the territory and community health .....	65
ID49: The first Free Conference on the Health of Water Peoples in Brazil .....	67
ID53: Health at the hands of the people: the Community-Based Health Program approach .....	69
ID64: UTEP/ EVITA salud. Construyendo comunidad, integración y líneas de cuidado .....	71
ID71: ¡Alzaremos las voces y serán fuertes! Hacia un taller de usos vocales saludables para la comunidad del barrio Alberdi .....	74
ID75: El rol de la promotora de salud en pandemia en el Partido de General Pueyrredon .....	76

## **POLÍTICA DE FORMACIÓN DE FUERZA LABORAL EN SALUD COLECTIVA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

ID 43. "Peldaños para la profesión". Programa de formación continua desde la coordinación de enfermería del primer nivel de atención .....	78
ID45: ¿Comunicación consciente o inconsciente? La despersonalización de la comunicación en salud .....	80
ID54: Alegremia: una propuesta pedagógica para la práctica del buen vivir.....	82

ID85: Emociones en las prácticas de formación de estudiantes de medicina: un análisis desde experiencias creativas digital .....	84
<b>SALUD DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS, PROMOCIÓN DE LOS SABERES ANCESTRALES Y POPULARES EN SALUD</b>	
ID11: Mitos y creencias de adultos mayores del Valle Calchaquí-Argentina que interfieren con la atención de salud .....	86
ID23: Relatos sobre salud en comunidades campesinas de los valles calchaquíes argentina: un abordaje a través de la palabra, las imágenes, y el paisaje sonoro.....	88
ID27: Interculturalidad y salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas del NOA: aportes a la formación en medicina desde una perspectiva bioética y de género .....	91
ID59: “Chama de alegría - 20 años centro espiritual Pachamama”: reportando la sistematización de experiencia de dos décadas de buen vivir en la espiritualidad.....	93
ID68: Diálogo de saberes en torno a modelos de atención en salud en el territorio de Cayumapu, región de los Ríos, aproximaciones para una atención farmacéutica con enfoque comunitario e intercultural .....	95
<b>SALUD MENTAL COMUNITARIA</b>	
ID7: The impact of collaboration between traditional healers and biomedical practitioners on mental health treatment in Ugand .....	98
ID16: “La capacidad de amar(se)”: transformaciones (re)subjetivantes en el Programa Municipal de Atención en Adicciones de Pinamar .....	99
<b>SALUD Y DERECHOS HUMANOS</b>	
ID9: Reflexión del trabajo médico asistencial en una comunidad WICHI con metodología fotovoz .....	101
ID26: Derechos sexuales y reproductivos y ejercicio de ciudadanía entre las mujeres del oeste de La Pampa .....	103
ID29: Adaptación y aplicación del código de comercialización de sucedáneos de la leche materna en la Argentina utilizando la herramienta NETCODE .....	105

ID 31. Los trabajadores de la salud pública argentina en la post-pandemia .....	107
ID33: Mental health, nursing at the forefront: assistance during the COVID-19 pandemic in villages in the heart of the Amazon .....	108
ID34: Foro Aborto Legal del Rio Grande do Sul: intercambio de una experiencia de articulación intersectorial .....	110
ID36: Hidden in plain sight: coercion and conditionality in the provision of long-acting reversible contraception .....	112
ID47: Unveiling inequities: a qualitative study on health and human rights .....	114
ID50: Estrategias comunitarias y derecho a la salud en Argentina .....	116
ID61: Acceso a la salud sexual y reproductiva de las personas migrantes en AMBA. Trabajo de articulación comunitaria para el acceso al testeo de VIH en territorio .....	119
ID66: Asociación por los derechos en salud mental - ADESAM: experiencias de lucha por los derechos de las personas con padecimiento mental en Argentina .....	121
ID69: Apoyo institucional y una nueva mirada a las redes de políticas informadas por evidencias: aportes desde la salud colectiva en las directrices de articulación del Hub de evidencias de América Latina y el Caribe .....	123

### **SOBERANÍA ALIMENTARIA**

ID13: Aportes a la soberanía alimentaria en el sudeste bonaerense: potencialidades y limitaciones de experiencias productivas con bases agroecológicas .....	127
--	-----

### **TERRITORIOS DE SALUD Y APS**

ID14: Enfermería amazónica en el contexto de la descentralización del tratamiento del VIH/SIDA: relato de vivencia a partir de las islas de Belém .....	131
ID28: (Re) existindo desde a agroecologia: práticas de vigilância popular em saúde em um assentamento da reforma agrária no extremo sul do Brasil .....	134

ID 51. "Territorios saludables para garantizar los derechos reproductivos". Caracterización preliminar de las gestas de mujeres residentes en zonas "expuestas" y "no expuestas" a agroquímicos en el Partido de General Pueyrredón .....	137
ID67: "La salud colectiva y la comunidad: la comunicación positiva para deconstruir informaciones falsas e incentivar la vacunación en los territorios periféricos del distrito federal en Brasil" .....	139
ID84: Experiencia de medicina rural y docencia como integrante de una comunidad originaria .....	142



# **Administración y gestión de organizaciones socio-sanitarias**

**ID15: “Importa lo que nos pasa”. Experiencias afectivas en la producción subjetiva del cuidado en salud: trabajadores y deseo en un municipio argentino**

**Autora:** Magister Médica Especialista Altamirano Raminger, Cintia



**Correspondencia:** [csaltamiranoraminger@gmail.com](mailto:csaltamiranoraminger@gmail.com)

**PALABRAS CLAVE** SALUD, POLÍTICA DE LA SALUD, TRABAJADORES, AFECTIVIDAD, TRABAJO, ETNOLOGÍA.

**RESUMEN**

En un contexto macrosocial que discute la posibilidad de integración del Sistema de Salud Nacional, se sostienen las nociones de “trabajadores” desde categorías mercantiles de producción de servicios aún luego de la crisis que éstos padecieran durante la pandemia Covid-19. En el mismo momento histórico, un municipio de la provincia de Buenos Aires en Argentina, ofrece transformaciones estructurales y organizacionales en su sistema sanitario que invitan a reflexionar acerca del tipo de producción en cuidados que se logra. Retomando las dimensiones que componen el concepto de Producción Subjetiva del Cuidado en Salud, emerge como pregunta de investigación ¿Cuáles son las experiencias afectivas que logran reconocerse en las prácticas subjetivas de cuidado que realizan los trabajadores de salud del sistema público del municipio de Pinamar entre los meses de abril a octubre 2023? Desde un diseño de investigación cualitativo etnometodológico se realizaron 75 jornadas de observación participativa. A las 215 notas de campo obtenidas en dichas jornadas, se les restituyó la artesanidad del análisis interpretativo y se lograron reconocer expresiones afectivas que revelan flujos de deseo cuyas complejidades exceden las definiciones conceptuales preexistentes. Se encuentra una posibilidad de nombrar expresiones del deseo de trabajadores de salud, comprendiéndoles como sujetos que revelan una subjetividad propia que podría nominarse como “transdisciplinada”. Las redes rizomáticas que se logran desde el reconocimiento de los trabajadores deseantes transdisciplinados ofrece la esperanza de posibilidad para una transformación profunda de la producción de cuidado y sus instituciones.

### **ID30: Stakeholder analysis of the DRG reform in Greece during 2010 – 2022**

#### **Authors:**

Terzakis Michalis<sup>1,2</sup>; Seretis Stergios<sup>1,2</sup>; Alexis Benos<sup>1,2</sup>; Kondilis Elias<sup>1,2</sup>.



#### **Filiation:**

1. Laboratory of Primary Health Care, General Medicine and Health Services Research, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece.
2. Centre for Research & Education in Public Health, Health Policy & Primary Health Care, Thessaloniki, Greece.

**Corresponding Author:** Terzakis Michalis [terzakis.mic@gmail.com](mailto:terzakis.mic@gmail.com)

**Keywords:** DIAGNOSTIC RELATED GROUPS, HOSPITAL PAYMENT METHOD, STAKEHOLDER ANALYSIS, HEALTH POLICY, ECONOMIC ADJUSTMENT PROGRAMS

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** DRGs are widely used as hospital reimbursement method with the goal of reducing the hospital cost and increase hospital efficiency. In Greece, their implementation started in 2011 under the name of Enclosed Unified Fees (K.E.N) as part of the economic adjustment programs.

**Methods:** A Stakeholder Analysis of the KEN/DRG reform in Greece was carried out. Stakeholder views were collected via a policy document review covering the time periods 2010 – 2022. A total of 140 policy documents were included in our analysis. 15 different international and national stakeholders were identified, divided into Public Sector Stakeholders, Private Sector Stakeholders and Healthcare workers. Their views were analyzed by stakeholders' knowledge, Interest, power and position towards the KEN/DRG reform, using an adjusted version of the stakeholder analysis framework developed by Balane M.A et al. 2020. No ethical issues were raised for our study.

**Results:** Analysis of the knowledge, interest, power and position of stakeholders towards KEN/DRG reform while mapping out the process of implementation.

**Knowledge:** The international stakeholders Troika (European Commission, IMF, EU central bank), EU Task Force for Greece (TFGr), Structural Reform Steering Committee (SRSS), German Government, DRG institute of Germany (InEK), WHO and Health Reform Steering Committee (HRSC) offered technical guidance to the Greek Government and the Greek DRG institute through the implementation process.

**Interest:** The International stakeholders Troika, TFGr, SRSS and the German Government and German DRG institute have the highest interest towards the DRG reform alongside with the Greek DRG institute and the Private Insurance sector.

**Power:** The international stakeholders exercise their power through the Economic Adjustment Programs and the Memoranda of Understanding with the Greek Government to ensure the implementation of KEN/DRGs reforms.

**Positions:** Regarding their views towards the reform the international stakeholders supported the implementation of KEN/DRGs. From the National stakeholders perspective, the Government, the Greek DRG institute, the National School of Public Administration (ESDY), the National Health Insurance Fund (EOPYY) and the Private Insurance and Hospital Sector favored the implementation of KEN/DRGs. The Doctors Unions and Associations (OENGE, PIS) were against the reform while the Court of Auditors maintained a neutral position.

**Conclusion:** The KEN/DRG reform was imposed upon Greece by Troika as a conditionality of the economic adjustment programs. The plethora of Stakeholders identified, the lack of transparency and ambiguity of their role resulted to the lack of a consistent plan in the designing, implementation and monitoring of the Greek DRG system. This fragmented, externally driven policy process explains why the KEN/DRG reform has not yet been realized 11 years after its initial introduction. The main goal of the KEN/DRG reform was to reduce the cost of healthcare, reform public hospitals and encourage the growth of private insurance sector. It was enforced with very little evidence to support it within the Greek reality and therefore must be abandoned.

**ID39: Global healthcare workforce capacity trends: the case of the greek NHS hospitals before and during the COVID-19 pandemic**

**Authors:** Kondilis Elias<sup>1,2</sup>; Palantza Athanasia<sup>1,2</sup>; Daskalaki Anna<sup>1,2</sup>; Terzakis Michalis<sup>1,2</sup>; Misailidou Evropi<sup>1,2</sup>; Tsapa Kalliopi<sup>1,2</sup>; Benos Alexis<sup>1,2</sup>

**Filiation:**

1. Laboratory of Primary Health Care, General Medicine and Health Services Research, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece
2. Centre for Research & Education in Public Health, Health Policy & Primary Health Care, Thessaloniki, Greece.

**Corresponding author:** Anna Daskalaki: [annad1997@gmail.com](mailto:annad1997@gmail.com)

**Keywords:** HEALTHCARE WORKFORCE, PUBLIC HOSPITALS, COVID-19, HEALTH POLICY.

**RESUMEN**

**Introduction:** During the Covid-19 pandemic, most countries globally introduced emergency health policies to reinforce Healthcare Workforce (HCWF) capacity, as pressures were exerted on public healthcare systems. The common basis of these policies was the increase of the surge capacity and flexibility of existing HCWF, instead of focusing on sustainable solutions with a grass-root orientation. These policies should be evaluated both as an issue of governmental technical capacity and as elements of a political agenda in a fiscal landscape. It is thus needed to detect trends in HCWF fluctuation throughout time and under a historical context, with a national and global perspective.

**Objectives:** To analyze HCWF trends in Greek National Health System's (NHS) hospitals before and during the COVID-19 pandemic, and to discern the impact of economic crises, austerity measures, and pandemic emergency measures on HCWF dynamics.

**Materials and Methods:** A cross-sectional, observational study was conducted, based on anonymized, aggregated data for the trends and distribution of HCWF in Greek NHS hospitals from 2000 to 2022. Data were

retrieved from two national monitoring databases and other official sources, followed by triangulation and retrospective, descriptive analysis.

**Ethical Considerations:** None attached.

**Results:** During the first and most devastating period of the Greek economic crisis (2009–2015), NHS hospitals witnessed a 20% loss in HCWF. A mild resurgence (7.4% increase) occurred in its second phase (2015–2019). In the most urgent years of the pandemic (2019–2022), there was a 9.4% increase in HCWF. Nonetheless, in 2022, it remained shorter by 9.3% compared with its forecasted capacity based on pre-crisis growth rates. The Greek government relied on recruiting temporary staff while limiting increases in permanent staff to 0.5%. In 2022, hospital's HCWF was marked by unequal distribution between specialties, regions and the public-private sector.

**Conclusions:** Despite the COVID-19 pandemic urgency and the unprecedented fiscal looseness, the Greek government did not invest sustainably in NHS hospitals, especially in human resources, relying on short-term solutions. This underinvestment is chronic and has led to multi-level inequalities and critical HCWF shortages. The Greek case is not an exception, since similar trends in public hospitals are observed worldwide, highlighting the influence of economic, political and ideological forces profiting from these trends. Notably, strategic HCWF planning is further limited by data discrepancies observed in Greek national monitoring databases.

**Proposal, recommendations and contributions to Collective Health:** COVID-19 proved that HCWF shortages cannot be ignored, and stressed the importance of having strong public healthcare systems, since the responsibility for managing the pandemic fell on the public sector, while the private sector (and its profitability) was protected. Based on this, both healthcare workers' unions and scientists from around the world must highlight the importance of properly trained HCWF in public health systems through a critical reevaluation of policy priorities. There is a vital need for society as a whole to pressure towards the direction of increasing public funding for health, to ensure a permanent and stable HCWF that can respond to people's needs, in order to achieve "Health for All".





# Atención primaria de la salud

**ID10: Atención primaria de la salud en el desarrollo de competencias en la formación médica de grado de la Universidad Nacional de Salta. 2015 – 2023**

**Autores:** HEREDIA, Néstor Enrique<sup>1</sup>; CORREA, Silvia Susana<sup>2</sup>; CORTEZ, Rosa Marcela<sup>3</sup>; RUIZ, Facundo<sup>4</sup>; TORRES, Mónica Patricia<sup>5</sup>; DÁBALO, Noemí<sup>6</sup>; MOLINA, Viviana E.<sup>7</sup>; LACUNZA, Carlos Diego<sup>8</sup>

**Filiación:**

1. Profesor Adj. de las carreras de Medicina de UNT (Coordinador Adm. Sede Salta), de la U.N.Sa. (Coordinador del Eje Vertebral de la Salud Pública y PFO) y de la ESM de Universidad Nacional de Mar del Plata (Práctica Final).
2. Prof. Adj. de Salud Pública V y de Bioética.(U.N.T. Sede Salta).
3. Prof. Adj.Salud Pública II y IV (UNT Sede Salta).
4. Jefe de Trabajos Prácticos de Salud Pública II y III. (UNT Sede Salta).
5. Jefe de Trabajos Prácticos de Salud Pública I y II. (UNT Sede Salta).
6. Jefe de Auditoría Méd. en Obra Social de la Pcia. JTP de SP IV. (UNT Sede Salta).
7. Jefe de Trabajos Prácticos de Salud Pública I y Pasantía Periurbana. (UNT Sede Salta y U.N.Sa). Ex-Secretaria de Salud Pública.
8. Prof. Adj. Metodología de la Investigación (U.N.Sa.). Jefe de Trabajos Prácticos de Salud Pública VI. (UNT Sede Salta). Cátedra de Salud Pública. Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta (U.N.Sa. y UNT Sede Salta)

**Correspondencia:** Enrique Heredia:

[enryh@fm.unt.edu.ar](mailto:enryh@fm.unt.edu.ar)    [enryh@hotmail.com](mailto:enryh@hotmail.com)

**Palabras clave:** FORMACIÓN MÉDICA, DESARROLLO DE COMPETENCIAS, ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

**RESUMEN**

En Argentina, la mayor parte de los estudiantes de medicina de estos últimos 25 a 30 años, encontraron la Atención Primaria de la Salud en sus programas académicos de grado. De este modo tuvieron contacto con la teoría y/o con su práctica, en mayor o menor medida.

En este relato de experiencias, se trata de mostrar cuál es el valor adicional que la práctica sanitaria vigente (sobre todo en el Sector Público) en nuestro medio, le proporciona a los futuros profesionales. Esto es así, porque la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia, como actividad programática y como filosofía, tiene un desarrollo continuado de más de 45 años en la Provincia de Salta.

Trasladar esta mística de concepción y de trabajo en APS, a los futuros profesionales médicas y médicos a través de los distintos espacios formativos académicos representó un singular desafío para la cátedra de Salud Pública de la carrera en Salta. Se demuestra entonces, el esfuerzo y compromiso en la formación de grado universitario, de un equipo docente consustanciado y comprometido con las actividades programáticas y estratégicas de APS en la faz pública del Sistema sanitario, en áreas diversas: residencias multidisciplinares en APS y en Medicina General, en tramos de gestión o de conducción central y asistencial, en la atención y supervisión en el primer nivel de atención, y todo ello, íntimamente unido a la práctica docente en toda la carrera.

Se prioriza entonces, el servicio público, favoreciendo el futuro desempeño comprometido de estos nuevos profesionales. Esta articulación entre la política educativa superior vigente y la política sanitaria local, permite además, mejorar la accesibilidad a la atención sanitaria de grupos minoritarios y de alta vulnerabilidad, contribuyendo a disminuir las desigualdades existentes en Salud.

El diseño curricular de la carrera asigna contenidos teórico prácticos de APS, favorece la interdisciplinaridad y el trabajo grupal (en equipos), genera actitudes de empatía con los pares y con las demás personas, facilita la participación comunitaria y la promoción de la salud, constituyéndose en uno de los ejes vertebrales con los que fuera diseñado el Plan de Estudios de la Carrera en Salta.

Resulta importante y muy útil, sobre todo en los tiempos en que vivimos, y para todas las unidades docentes formadoras de profesionales de la Salud, conocer los modos de labor de los equipos docentes de diferentes áreas, con

diferentes poblaciones y diferentes proyectos educativos. Enriquecer la formación y la labor docente, poner en valor la actividad formativa, redundará beneficiando a los futuros profesionales, imprimiéndoles un perfil con profunda sensibilidad social, con compromiso y honestidad y, principalmente, con ética, para que sean los mejores médicos y médicas que la Provincia, la Región y nuestro País requieren y demandan.

**ID20: The role of civil society in establishing a comprehensive primary health care sector in Australia and how it was undermined by neo-liberal health sector reforms**

**Authors:** Baum, Fran <sup>1,2,6</sup>; Musolino, Connie <sup>1,2</sup>; Freeman, Toby <sup>1,2</sup>; Laris, Paul <sup>2</sup>; Legge, David <sup>2,3</sup>; Fry, Denise <sup>4</sup>; Lewis, Virginia <sup>3</sup>; McBride, Tony <sup>5</sup>; Macmillan, Jennifer <sup>3</sup>

**Filiation**

1. Stretton Health Equity, University of Adelaide, Australia
2. People's Health Movement Australia
3. La Trobe University, Australia
4. Sydney Local Health District
5. Tony McBride Associates

**Corresponding author:** Fran Baum [fran.baum@adelaide.edu.au](mailto:fran.baum@adelaide.edu.au)

**Keywords:** COMPREHENSIVE PRIMARY HEALTH CARE, COMMUNITY HEALTH, HEALTH EQUITY, ABORIGINAL HEALTH, COMMUNITY PARTICIPATION

**ABSTRACT**

**Introduction**

In Australia in 1973 the progressive left-wing Whitlam Labor Government established a national Community Health Program (CHP) which adopted many of the elements of comprehensive primary health care (CPHC) as later articulated in the WHO Alma Ata Declaration on Primary Health Care. The CHP's implementation was interrupted by political and bureaucratic changes but did fund a range of community health services that were experimental and more effective in implementing CPHC than other services. This paper reports on a 3 year project documenting the history and legacy of the CHP from 1973 until 2021, examining the factors leading to erosion of its scope, and deriving lessons for future CPHC policy. It focuses on the role of social movements in the development of the CHP and in continuing to advocate for CPHC, and draws lessons on what is required to revitalise CPHC internationally.

## **Methods**

Our history has been compiled through 93 semi-structured interviews and extensive document analysis. The interviewees were people who were staff of community health centres from the 1970s to 2021, policy actors involved in Federal and state and territory health departments and social movement actors. The data have been analysed with the assistance of Nvivo.

## **Results**

Social movements were vital in shaping the 1973 CHP. The most important were Aboriginal self-determination and land rights movement, trade unions, the women's movement, community mental health advocates and local community health movements. Some non-government services were established prior to the 1973 period including Aboriginal community-controlled health services which offered clinical PHC services, group programs, community development and social activism activities and workers' health services. The momentum of social movements gave the community health movement from the 1970s a progressive cutting edge in health policy. The newly established community health services attracted often idealistic staff who saw community health as a vehicle for broader societal change. The movement was supported by federal and state-based Australian Community Health Associations, and a network of Aboriginal Community Controlled Health Services. These services offered clinical PHC services, group programs, community development and social activism activities.

Despite the excitement and momentum of this period from the early 1990s the comprehensiveness of the community health services, with the exception of Aboriginal community controlled health services, the community health sector has been eroded from the early 1990s, and services have become more corporatized and a defined community health sector only remains in Victoria. Our history suggests the reasons for this are the decline of a progressive community health movement, the imposition of neo-liberal health service management reforms, a more clinically-oriented health consumer movement and dominance of a fee-for-service medical model of PHC.

## **Conclusion**

CPHC in Australia has been constrained by successive health care restructuring, managerial constraints, and policies which have not prioritised comprehensive community controlled services. With the exception of the Aboriginal community-controlled movement, this has been enabled by the lack of activist based advocacy for CPHC. Intensified global, national and local social movements are required which promotes the rationale, aims and methods of comprehensive PHC.

**ID22: How comprehensive primary health care services can act on commercial determinants of health**

**Authors:** Connie Musolino <sup>1,2</sup>; Fran Baum <sup>1,2</sup>; Toby Freeman <sup>1,2</sup>; Denise Fry <sup>3</sup>; Colin MacDougall <sup>4</sup>; Vahab Baghbanian <sup>5</sup>; Matt Fisher <sup>1</sup>; Virginia Lewis <sup>6</sup>; Anna Ziersch <sup>4</sup>

**Filiation**

1. Stretton Health Equity, University of Adelaide, Australia
2. People's Health Movement Australia
3. Sydney Local Health District, Australia
4. Flinders University, Australia
5. Central Australian Aboriginal Congress, Australia
6. La Trobe University, Australia

**Correspondencia:** Connie Musolino [connie.musolino@gmail.com](mailto:connie.musolino@gmail.com)

**Keywords:** COMPREHENSIVE PRIMARY HEALTH CARE, COMMERCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, INDIGENOUS HEALTH, ALCOHOL, COMMUNITY HEALTH.

**ABSTRACT**

**Introduction**

The Commercial Determinants of Health (CDH) encompass the influence of private interests and actors, and the structures that support them on health inequity. This involves selling unhealthy goods and services, marketing strategies, pricing policies, unhealthy workplaces, environmental degradation, political lobbying, and other practices. CDH are a critical driver of the health of communities. Comprehensive primary health care (CPHC) services are tasked with promoting the health of the communities they serve, including addressing social determinants of health. We analysed examples of services acting on CDH from two large CPHC research projects: a history of community health in Australia, and case studies of decolonising practices in Aboriginal CPHC services.

## **Methods**

We reviewed documents and transcripts from two projects to identify examples of services acting on CDH relevant to their communities. The History of Community Health in Australia project was funded by the Australian Research Council, and comprised analysis of policy documents, archival material and 93 interviews with people with experience in the community health movement. The Decolonising Practice project was funded by the National Health and Medical Research Council. We partnered with an Aboriginal Community Controlled Health Organisation, Central Australian Aboriginal Congress (“Congress”), and four other health services. This paper draws on data collected at Congress including: 14 staff interviews, a policy actor interview, 3 workshops with staff, and 1 workshop with community members.

## **Results**

Congress has a long standing platform of advocacy on alcohol supply, partnering with other community groups in a community coalition to call for reductions in alcohol availability, and advocating for alcohol policies that support the health of Aboriginal people in the Northern Territory of Australia. They have succeeded in influencing government policy on alcohol availability, despite the power of the alcohol and hotel industry. Congress has demonstrated through police data subsequent reductions in health indicators such as assaults and hospital presentations.

Examples of addressing CDH can also be found historically in the community health sector. Trade Unions were important to the community health movement and helped establish workers’ health services. In one South Australian community health centre in the 1980s, a community health service helped establish an environmental action group which successfully campaigned against a local tannery. Another South Australian Women’s community health service developed resources to support and advocate for outworkers.

## **Conclusion**

While there are global CDH forces that shape the health of populations and are out of scope for individual CPHC services to influence, there are ways for services to address local CDH affecting their communities. CPHC itself represents a concerted effort to resist the influence of commercial interests that seek to adversely shape health care systems. Collaborative efforts with communities can also contribute to broader social movements that advocate to prioritise people, the planet, and health over profits.

**ID32: Programa de atención primaria en salta: 1978-2023 – 45 años de construcción colectiva buscando la salud para todos**

**Autor:** HEREDIA, Néstor Enrique



**Filiación:** Carrera de Medicina. Facultad de Cs.de Salud. U.N.Sa – ESM UNMDP

**Correspondencia:** Enrique Heredia

[enryh@fm.unt.edu.ar](mailto:enryh@fm.unt.edu.ar) [enryh@hotmail.com](mailto:enryh@hotmail.com)

**Palabras clave:** ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, AGENTE SANITARIO, DERECHO A LA SALUD, COBERTURA UNIVERSAL.

**RESUMEN**

El programa comienza en mayo de 1978, conducido por el médico tucumano Enrique Tanoni (1941-2019), discípulo del Dr. Carlos Alberto Alvarado en Jujuy. Desde 1.984 pasa a llamarse Programa de Atención Primaria de la Salud (APS). Se encuentra próximo a cumplir 46 años de ejecución ininterrumpida en Salta.

Es un programa de “asistencia sanitaria integral” con efectores de las propias comunidades (como “brazo extramuros”); con una red de servicios de salud de complejidad creciente y establecida progresivamente; con equipos de trabajadores y profesionales multidisciplinares de la salud capacitados y comprometidos con la realidad socio-sanitaria local. Se implementó primeramente, en áreas rurales muy vulnerables, seis meses antes de la reunión de Alma-Ata, como “Programa de Salud Rural” (Alvarado. Jujuy, 1968)

La evolución fue de continuo y sostenido crecimiento sobretudo en cobertura sanitaria y geográfica, llegando en el período 1983-1987, a generar el más importante desarrollo edilicio y de equipamientos en la historia de Salta: un Centro de Salud cada 22 días, y un Consultorio odontológico equipado e inaugurado cada 36 días, la refacción y construcción de Hospitales de todos los niveles, así como la mayor incorporación multidisciplinar de profesionales y trabajadores de la salud

El eje fundacional de las actividades, esfuerzos y logros que se describen, lo constituye la figura del Agente Sanitario (AS), una persona de la comunidad

que se transforma, por capacitación y compromiso, en un personal de salud. Fue así, por la carencia sostenida que existía y persiste hoy, de profesionales y técnicos sanitarios en la amplia geografía provincial.

En el año 1978, la mortalidad infantil en Salta de menores de un año era de más del 60 por mil, (tres veces más que la media nacional). Se afirma que con acciones programadas con filosofía y estrategias de la APS, este indicador hoy es en Salta casi similar a la media nacional.

Se describen elementos técnicos de la implementación y ejecución en esta línea de tiempo de más de 40 años de trabajo del autor. Son herramientas que se brindaran al servicio de las necesidades en salud de la población, existiendo además, otros principios humanísticos globales tales como la empatía y el buen trato hacia las personas, hacia el medio social y hacia el ambiente.

Estos principios y valores comunes (“socialmente aceptados”), que fueran denominados por los trabajadores y profesionales de APS como “la mística del Programa” en Salta, fueron en su origen, continúan siendo y lo serán en el futuro, la columna estructural que sostiene al programa primero y a la estrategia luego, frente a muchas y continuas amenazas o debilidades del sistema sanitario local.

Tenemos un objetivo común: la disminución de las desigualdades e inequidades en el Sistema de Salud.

En los años de crisis, aprendimos que el cambio se logra desde abajo, desde el primer nivel de atención, con mayor potencial de impacto en las acciones sanitarias, y que “demostraríamos que la APS es la herramienta más costo-efectiva para alcanzar, el mejor estado posible de salud de nuestros pobladores”.

**ID37: Primary care dialogues: a primary health care and public health centered podcast to achieve 'health for all' in Greece**

**Authors:** Paraskevopoulos Panagiotis<sup>1</sup>; Savvidou Evangelia<sup>1,2</sup>;  
Smyrnakis Emmanouil<sup>1,2</sup>



**Filiation:**

1. Laboratory of Primary Health Care, General Medicine and Health Services Research, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece
2. Association for Research and Education in Clinical Skills, Thessaloniki, Greece

**Corresponding author:** Paraskevopoulos Panagiotis,  
[panagiotisparas@gmail.com](mailto:panagiotisparas@gmail.com)

**Keywords:** PRIMARY HEALTH CARE, PUBLIC HEALTH, SCIENCE COMMUNICATION PODCAST, HEALTH FOR ALL.

**ABSTRACT**

**Rationale:** A mapping of existing Greek podcasts on health issues, done in May–June 2023, revealed that none approaches themes of Primary Health Care (PHC), Public Health, or 'Health for All'. Thus, we created the 'Primary Care Dialogues Podcast', the first Greek science communication podcast that discusses these issues in our country.

**Description of the proposal:** The podcast aims to promote the fundamental role of PHC; to disseminate scientific knowledge on Public Health issues; to raise awareness about the Social Determination of Health; and to eventually make the Greek health system more people-centered, accessible, and sustainable. The podcast's primary target group is PHC professionals, but anyone can listen, as the language is inclusive and not too technical. Until mid-March 2024, 11 episodes have been released. There is an introductory episode, and the rest focus on the specialty of General Practice/Family Medicine; influenza vaccination; accessibility of disabled people to healthcare; educational mobility of a General Practice trainee in Bolivia;

climate crisis and planetary health; breast cancer; type 2 diabetes mellitus; narrative medicine; obesity; and subjective well-being (this last one participating mid-March in the Thessaloniki International Documentary Festival). Episodes on osteoporosis, gender-based violence, LGBTQI+ people's accessibility to PHC, the Alma-Ata declaration, and cancer screening are in development. One of the podcast's unique characteristics is its compliance with the Diversity, Equity, and Inclusion principles. Each episode is transcribed to be accessible to people with hearing impairment; all graphics' texts are listed separately so they can be recognized by reading apps for visually impaired people; gender-neutral language is being used whenever possible (since the Greek language is gendered); invited speakers come from diverse disciplines (health and non-health) and levels of experience; a variety of people representations is being utilized; audience feedback is welcomed, verbally or written, nominally or anonymously; and the episodes are distributed across four social media platforms, popular with different age groups. The audience's initial response is positive; to date, there are 650+ plays of the episodes and a community of 600+ followers.

**Proposals, recommendations and contributions to Collective Health:** The podcast aspires to bring visibility to neglected healthcare aspects and issues unexplored in conventional medical education, and to promote health as a human right. It has been an enriching experience for its hosts, the invited speakers, and its devoted listeners. Challenges concern the maintenance of the flow of episodes; increasing its reach; awareness-raising on more issues; and balancing the struggle for 'Health for All' on the streets, in daily life and on the podcast's episodes. Some things are clear though: science communication is relevant to this struggle and, as such, the 'Primary Care Dialogues Podcast' has come to stay.

**ID38: A critical analysis of primary healthcare in Greece and the recently introduced law on “personal doctor”**

**Authors:** Kondilis Elias<sup>1,2</sup>; Dimiza Filitsa<sup>1,2</sup>; Paraskevopoulos Panagiotis<sup>1,2</sup>; Terzakis Michalis<sup>1,2</sup>; Benos Alexis<sup>1,2</sup>

**Affiliations:** 1. Centre for Research & Education in Public Health, Health Policy & Primary Health Care, Thessaloniki, Greece; 2. Post-graduate student at the Laboratory of Primary Health Care, General Medicine and Health Services Research, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece; 3. Post-doc Researcher at the Laboratory of Primary Health Care, General Medicine and Health Services Research, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece; 4. Professor at the Laboratory of Primary Health Care, General Medicine and Health Services Research, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece.

**Corresponding author:** Paraskevopoulos Panagiotis,  
[panagiotisparas@gmail.com](mailto:panagiotisparas@gmail.com)

**Keywords:** PRIMARY HEALTH CARE, PERSONAL DOCTOR, HEALTH POLICY, HEALTH SERVICES.

**ABSTRACT**

**Introduction:** In 2022, the Greek Government passed a restructuring law for Primary Health Care (PHC), called the “Personal Doctor” ordinance, bringing many changes to PHC. In what context were these instituted? What is the content of this new law? Is it in accordance with the principles of PHC as stated in the Alma-Ata declaration? The objective is to describe the PHC reform in Greece, using the health policy triangle framework.

**Materials and methods:** Data from the Hellenic Statistical Authority, 14 Governmental documents, 16 government’s and 10 stakeholders’ announcements were investigated and systematically retrieved through the official websites of the aforementioned bodies.

**Data analysis:** Mixed method research was conducted, with analysis of secondary data, policy document analysis, and thematic analysis of announcements.

**Ethical considerations:** None needed, since no primary or personal data was used.

**Results:** PHC' financing and provision in Greece is fragmented, between public and private sectors, but within those sectors as well. Most medical doctors choose the private sector for employment. Also, there is a lack of GPs, as their ratio to specialists is by far the lowest in Europe. The law introduces the concept of "Personal Doctor", a physician that provides PHC services. The government tried to connect the fragmented pieces by expanding the medical specialties competent for the "Personal Doctor" ordinance, beside GPs. It was stated that the reform was a commitment to international agencies to attain coverage for the population. Lastly, the Greek Medical Association seems in favor of the new law, while the Unions of Public Hospital's Physicians is against.

**Conclusions:** GPs' numbers are not enough to build a comprehensive PHC, so in its provision there are huge inequalities between medical specialties and the public and private sector. The new law is in contrast with basic principles of Alma-Ata's declaration for the PHC. The government seems to care more about its commitments to memorandums and superficially achieving "Health for All", than implementing reforms needed to provide true health equity. And thus, it baptizes physicians not suitable for PHC, as "Personal Doctors". In interpreting these findings, the authors are aware that: it is a prospective policy analysis and the law is recent, so its implications are not fully developed; it is a document analysis based on the government's narrative.

**Proposals, recommendations and contributions to Collective Health:** Health activists and unions demand the abolition of this reform. PHC will not be realized by technocratic means. It needs establishment of health centers in accordance with the principles of Alma-Ata and strong public investment in financing and human resources.

**ID40: Health for the global majority: extending occupational health services to workers in the informal economy**

**Author:** Braham, Christy Adeola

**Filiation:** Women in Informal Employment: Globalizing and Organizing (WIEGO).  
Brussels, Belgium

**Corresponding author:** [christybraham@gmail.com](mailto:christybraham@gmail.com)

**Keywords:** INFORMAL ECONOMY; PRIMARY HEALTH CARE; OCCUPATIONAL HEALTH; GENDER; WORKERS' RIGHTS

**ABSTRACT**

**Introduction:** The majority of the world's workers are engaged in informal employment, largely in formerly-colonised countries in the Global South. Workers in the informal economy face a multitude of risks to their health and safety in their workplaces, yet lack vital health and social protections due to their de-facto exclusion from occupational health services which only serve the minority of the population who work in the formal economy. Women workers are disproportionately affected by these risks - and the social, political and legal exclusion which both creates and exacerbates them - as women are concentrated within the most vulnerable forms of work in the informal economy, including waste-picking, street-vending, domestic work and home-based work. In response to this, the global research-policy-action network, Women in Informal Employment: Globalizing and Organizing (WIEGO), is undertaking a grassroots research and advocacy project in Brazil and India, in order to explore the potential of integration of occupational health services into primary health care as a means of extending the right to health to women workers in the informal economy.

**Objective:** The goal of this project is to increase knowledge on existing practices of integration of occupational health services into primary health care, and to strengthen grassroots movement-building around integration of occupational health services into primary health care as a means of extending rights to women workers.

**Intervention:** This project is being conducted in collaboration with trade unions and cooperatives of workers in the informal economy, as well as academics, in the states of Bahia (Brazil) and Gujarat (India), from 2024 to 2029. It involves scoping surveys with women workers and reviews of the extant literature in order to clarify the health needs of workers in the informal economy of Brazil and India; participatory mixed-methods case study research in both of these two contexts in order to explore the experiences and perspectives of women workers in the informal economy, healthcare workers and other stakeholders who engage in interventions where occupational health services are being integrated into primary health care; the cost-effectiveness of these interventions; and grassroots national advocacy campaigns promoting primary health care and the integration of occupational health services within it.

**Results:** At this early stage, we have identified the need to review the extant literature and conduct scoping surveys, and have already developed tangible relationships with advocacy targets within the national governments of Brazil and India which, we believe, strengthen the movement-building potential of this project.

**Proposals, recommendations and contributions to Collective Health:** We strongly recommend equitable coalition-building with grassroots organizations and academia, and meaningful engagement with policy targets at the very inception of movement-building projects around Collective Health.

**ID65: “Vamos Pa’ la Playa, ciudad de Rocha, 2023”. Departamento de Rocha - Uruguay**

**Autores:** Guillermo Miguel Velázquez Pérez

**Filiación:** Administración de Servicios del Estado - Red de Atención Primaria de Rocha

**Correspondencia:** [drguillermovelazquez80@gmail.com](mailto:drguillermovelazquez80@gmail.com)

**RESUMEN**

Se estima que en el año 2050 la población mundial mayor de 60 años será del 22 %, en este grupo etáreo, el 6,6 % de la discapacidad se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso.

Uruguay posee una población mayor de 60 años que, en 2015, fue el 17% del total. Un 11,5% de la población mayor de 64 años tiene una relación de dependencia y un 3,2% de ellos tiene una dependencia severa.

Las personas mayores de 64 años son consideradas adultas mayores (Ley 18.617 de 2009) y corresponden al 14,11% de la población total (censo INE 2011), residen en el departamento de Rocha el 21,8 %.

Después de dos años de Pandemia por SARS Cov-2, se incrementaron en este grupo etario los factores de riesgo respecto a la salud mental, como la soledad y el aislamiento. Se observa la escasa socialización de las personas mayores de 60 años que concurren a los servicios de salud, en los territorios vinculados a las 6 policlínicas de la ciudad de Rocha.

Por este motivo los Equipos Básicos de Salud de la RAP-Rocha, generamos un proyecto llamado: “Vamos Pa’ La Playa”, en forma coordinada, del que proponemos compartir la experiencia. El objetivo planteado fue generar instancias grupales de promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, en la población adulta y adulta mayor de la ciudad de Rocha, en el 2023. El propósito de este proyecto es contribuir a mejorar la calidad de vida de los usuarios adultos y adultos mayores, del subsector público, donde se observan las mayores inequidades con respecto a la vejez.

Se abordan problemáticas complejas, como género, salud mental, pobreza y vejez, desde un enfoque interdisciplinario e interinstitucional, a través de actividades físicas personalizadas y socioeducativas en derechos, comunidad y salud.

**ID86: Adapting a social determination approach to support health equity for migrants and socially marginalized people: preliminary results from an action research in primary health care**

**Author:** Leonardo Mammana

**Affiliation:** Center for International and Intercultural Health, University of Bologna (Italy)

**Corresponding author:** [leonardo.mammana3@unibo.it](mailto:leonardo.mammana3@unibo.it)

**Key words:** PRIMARY HEALTH CARE; EQUITY; ACTION RESEARCH

**ABSTRACT**

**Introduction**

Health and diseases are distributed unevenly within society, unequally affecting the segments of the population exposed to conditions of disadvantage, vulnerability and social exclusion. In the Italian context, these include migrant people (such as asylum seekers, people without a regular visa or awaiting regularization, people with a temporary health card), people in poverty and the homeless, as well as belonging to communities exposed to forms of racialization and systematic and structural discrimination. Although it is known that various factors come into play in the processes of inequality and social exclusion, the role that healthcare institutions and practices have is, at least in our context, little explored.

Different types of barriers to access to care (legal, juridical, linguistic-cultural) are called into question, but the more structural factors (e.g. racism and privatization) are hardly highlighted, especially on how these act transversally on the organization, on practices, on the subjectivities of operators, and finally in the processes of inequality and incorporation of people exposed to conditions of marginalization.

**Methods**

Starting from these premises, in 2021, a multi-methodological research on equity in primary care was launched in Bologna (Italy) in collaboration with

local health services, and specifically with a multidisciplinary team and a governance group which are focused on the health of migrant people and people exposed to social marginalization (SM). The research is inspired by the principles of participatory action research and has a multi-methodological framework. From 2021 to 2023, a period of participant observation (PO) of the activities of the team and the strategic group was carried out. This allowed us to collectively identify the main critical issues in terms of equity and to define 3 lines of action research from a multi-methodological and participatory framework.

### **Results**

The first two years of PO have highlighted that the main mechanisms through which health services reproduce marginality in MS groups are: a) the invisibilization and exclusion of migrant and MS people from health data system and monitoring activities b) the lack of social protection and health promotion integrated activities c) the absence of structured and equity-oriented governance system. These mechanisms appear to be intertwined with two main structural processes, namely dynamics of racism and structural discrimination and processes of privatization and corporatization. This has a strong impact, first of all, on the ethical-political dimension and on the care experience of healthcare workers, leading to frustration and conflict.

In this regard, the action research process promoted three lines of intervention animated together with the multidisciplinary team: a) a working group for the development of quantitative audit tools and methodologies for MS groups b) the qualitative mapping of the existing network of healthcare services c) group discussion and permanent training with the team to think about critical issues and possible solutions.

### **Discussion**

Although the results described are still preliminary, it is possible to underline how the study explains important mechanisms through which services reproduce marginality, interconnected, relating to social, organizational and subjective dynamics and which act on macro, meso and micro levels.

## **Conclusions**

What has been described confirms the need to use multi-methodological approaches that are able to keep complexity within and promote context-specific knowledge.





# **Epidemiología social y desigualdades en salud**

**IDI: Impacto en la morbilidad y mortalidad de la Migración hacia los Estados Unidos en población adulta mayor de comunidades de origen en el Estado de Puebla, México**

**Autores:** Lobato Sagrario; Moneda-Rovira Juan Víctor; Espinosa-Merino Ruth; Montesano-Villamil Mireya

**Filiación:** Servicios de Salud del Estado de Puebla y Movimiento para la Salud de los Pueblos círculo México

**Correspondencia:** Sagrario Lobato: [sagrariolobato@cejus.edu.mx](mailto:sagrariolobato@cejus.edu.mx)

**Palabras clave:** MIGRACIÓN HUMANA, ADULTOS MAYORES, TASAS.

## RESUMEN

**Objetivo.** Analizar la morbilidad y mortalidad en población adulta mayor de las regiones con muy alto y muy bajo índice migratorio en Puebla durante el año 2022. **Material y métodos.** Estudio observacional, comparativo y retrospectivo. Se categorizaron dos regiones, una con municipios de muy alto grado de intensidad migratoria (RMAGIM) y otra con municipios de muy bajo grado de intensidad migratoria (RMBGIM). **Resultados.** Las tasas de morbilidad y mortalidad en adultos mayores fueron más altas en la RMAGIM que en la RMBGIM. La asociación entre la morbilidad y la mortalidad con el grado de intensidad migratoria fue baja; es decir, los adultos mayores de la RMAGIM presentaron un 25% más de probabilidades de morbilidad y mortalidad en comparación con la RMBGIM, pero si la población adulta mayor fue de sexo masculino, aumentó a 54% la probabilidad de mortalidad en la RMAGIM sobre la RMBGIM. **Discusión.** Posiblemente, las características de la mortalidad de los adultos mayores de sexo masculino de la RMAGIM se deban a que eran migrantes de retorno. La evidencia indica la presencia “efectos salmón”, los cuales emergen cuando los migrantes eligen retornar a sus países de origen en situaciones de enfermedad grave o ante la posibilidad de fallecimiento.

**ID2: Morbilidad relacionada con el índice de erupción volcánica nivel 2 del Popocatepetl en comunidades poblanas aledañas al cráter durante mayo de 2023**

**Autores:** Lobato Sagrario; Montesano-Villamil Mireya

**Afiliación:** Servicios de Salud del Estado de Puebla y Movimiento para la Salud de los Pueblos círculo México

**Correspondencia:** Sagrario Lobato [sagrariolobato@cejus.edu.mx](mailto:sagrariolobato@cejus.edu.mx)

**Palabras clave:** ERUPCIÓN VOLCÁNICA, MORBILIDAD, ADAPTACIÓN.

**RESUMEN**

El propósito de la presente investigación fue analizar la morbilidad relacionada con el índice de erupción volcánica nivel 2 del Popocatepetl en municipios poblanos aledaños al cráter durante mayo de 2023. El diseño del estudio fue observacional, retrospectivo, epidemiológico, con enfoque interdisciplinar y sin riesgos. Las cuatro comunidades estudiadas pertenecen a dos municipios del estado de Puebla, localizadas aproximadamente a 15 km del cráter del volcán Popocatepetl: San Nicolás de los Ranchos y Tochimilco. El tamaño de la muestra fue de 1 213 pacientes, 69.3% de sexo femenino y 30.7%, masculino. El 14% de los pacientes presentaron una de las afecciones hipotetizadas como secundarias al aumento de la exposición a cenizas volcánicas. Del total de estos pacientes, la mayoría presentó problemas respiratorios no infecciosos, le siguieron las afecciones gastrointestinales, conjuntivitis y dermatitis no infecciosas y un solo cuadro de ansiedad. El 86% de los pacientes acudió a consulta por otro tipo de afecciones, conformando el perfil de morbilidad de control positivo. Del total de estos pacientes, las cinco principales causas de consulta externa fueron control de DMT2, control de hipertensión arterial sistémica, infecciones respiratorias, evaluación del niño sano y atención prenatal. Las correlaciones entre la exposición a las cenizas volcánicas (PM 10 y PM 2.5) con las afecciones no fueron estadísticamente significativas. Estos resultados podrían suceder como consecuencia de un proceso de adaptación. Por un lado, el volcán

Popocatépetl forma parte de la cultura de la región, por lo que las comunidades aledañas están adaptadas culturalmente a vivir con los diferentes niveles de actividad, implementando medidas de cuidado a la salud individual y familiar. Aunado a esta adaptación sociocultural, podría estar sucediendo una adaptación biológica conocida como hormesis. Se sugieren líneas de investigación interdisciplinarias que estudien a largo plazo estas posibles adaptaciones socioculturales y biológicas. Sin embargo, no existe adaptación a los fenómenos magmáticos del Popocatépetl, por lo que se continuará fortaleciendo y mejorando las estrategias de atención poblacional ante los riesgos derivados de la actividad volcánica.

## **ID21: Restoring the Fair Go: structural determination of the causes of growing health inequities in Australia**

**Authors:** Baum, Fran <sup>1,2,3</sup>, Musolino, Connie <sup>1,2</sup>, Flavel, Joanne <sup>1</sup>, Anaf, Julia <sup>1</sup>, Freeman, Toby <sup>1,2</sup>



1. Stretton Health Equity, University of Adelaide, Australia

2. People's Health Movement Australia

3. **Corresponding author:** Fran Baum [fran.baum@adelaide.edu.au](mailto:fran.baum@adelaide.edu.au)

**Keywords:** HEALTH EQUITY, SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, COMMERCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, WORLD CAFÉ, POLITICAL ECONOMY OF HEALTH

### **ABSTRACT**

#### **Introduction**

Australia, like other OECD countries, has seen growing economic and consequent health inequities in the last four decades. Policy responses to economic and health inequities have been weak many focused on narrow behaviour change or tackling single issues such as tobacco. The Restoring the Fair Go<sup>1</sup> initiative is a research driven campaign to understand the structural causes of health inequities and join with social movements to advocate for change and increase popular understanding of these causes.

#### **Methods**

Restoring the Fair Go is using a range of methods. These are: mapping civil society organisations advocating for health equity; an evidence awareness raising webinar series with each featuring a research presentation and a civil society or policy maker presentation related to the social determinants of health inequities; social epidemiology analysis of health inequities, and inequities in social determinants including employment, housing, rural or urban places of residence, education; an on-going cumulative analysis of the structural causes of increasing health inequities which involves interviews with policy actors and world café events.

---

<sup>1</sup> Fair Go is an Australian expression activists use to demand social justice

## **Results**

Comparing the period 1997–2000 to the period 2016–2020 the ratio of the rate of avoidable mortality between the top and bottom socio-economic quintiles of area disadvantage has increased from 1.55 to 2.20, an increase of 42%. In terms of COVID-19 32.3% of all COVID-19 deaths were in the most disadvantaged quintile and only 9.9% in the least disadvantaged. There are also large life expectancy gaps between non-Indigenous and Indigenous Australians. In nearly all the social determinants we considered inequities have also increased. Our findings concerning reasons for these increasing inequities indicate that the key factor underlying increasing health inequities has been the imposition of neo-liberal public policies in Australia since the early 1980s. This included the response to the Global Financial Crisis which led to austerity politics, with cuts to public services. Recent inflation and growing wealth inequities have resulted in a cost-of-living crisis; partly a result of public policies since the 1990s that have reduced the supply of public housing and provided tax incentives for private housing investment. Many previous public assets have been privatised, including water, energy, prisons. In addition, many functions of government, including policy making, have been outsourced to private consulting companies, reducing the capacity of the public sector to plan to reduce inequities and has further entrenched neo-liberal ideologies. We have also identified the growing corporatisation of society as a threat to equity. Harms from externalising the costs of negative impacts from products and processes due to the operations of large corporations (including banks, ultra-produced food manufacturers, extractive industries, gambling industries) drain the public purse and externalise population health burdens.

## **Conclusion**

Unless Australia rejects the current neo-liberal direction of its policies, health inequities will continue to increase. The political will to make the required change of direction will result from concerted advocacy about the evidence on the structural determination of inequities and the societal values required to reverse economic and health inequities.

**ID42: “¿Una sola salud?”: condicionantes de la presencia de glifosato en orina en poblaciones de zonas agroindustriales de la provincia de Buenos Aires, Argentina**

**Autores:** Figar Silvana Berta; Ferloni Analía; Hough Guillermo Ernesto; Saravi Amparo; Dawidowski Adriana Ruth; Aliperti Valeria Inés; Bressán Ignacio; De Florio Florencia; Vicens Jimena; Braguinsky Golde Nahuel; Garcia Natalia Karina; Pazur Glenda; Gadano Adrián Carlos



**Filiación:** Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires

**Correspondencia:** Silvana Figar [silvana.figar@hospitalitaliano.org.ar](mailto:silvana.figar@hospitalitaliano.org.ar)

**Palabras Claves:** EPIDEMIOLOGÍA, SALUD AMBIENTAL, COMPLEJIDAD, GLIFOSATO

## RESUMEN

### Introducción:

Cada vez más comunidades rurales expresan preocupación por posible daño a la salud por los agroquímicos. A partir de conocer la presencia en el cuerpo humano de glifosato es posible confeccionar, junto a los actores locales, un modelo sistémico que evidencie los condicionantes socio-ambientales de la salud.

**Materiales y métodos:** Investigación-Acción Participativa. Muestreo probabilístico trietápico (manzanas, casas, familia) de French (Partido de 9 de Julio; Provincia Buenos Aires) para la medición de factores ambientales y autorreporte de enfermedad oncológica. Análisis de glifosato en orina por cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masa en tandem. Entrevistas en profundidad a casos positivos para determinar la vía de exposición. Confección de un modelo conceptual para el análisis de la complejidad sistémica.

**Resultados:** del total de las 46 manzanas de French, 23 manzanas fueron incluidas con muestreo sistemático y en 76 casas (50%) una persona fue seleccionada al azar. En el 21,8% de los hogares refirieron antecedentes de enfermedad oncológica. El 13% de la población (IC95% 6,5-23) presentó glifosato cuantificable en orina en Junio 2023. La exposición laboral se

descartó en todos los casos, siendo las principales fuentes autoreferidas: “la descarga de agroquímicos en el galpón cercano”, “la cerealera”, “la deriva” y “los camiones mosquitos que pasan por la calle”, variables pertenecientes a condicionantes económicos y culturales. Emergió una red de actores, a la espera de la problematización socio-política de los resultados mediada por el Honorable Concejo Deliberante y ONGs, que equilibren el sistema con fuerzas de cuidado.

**Consideraciones éticas:** Se solicitó la firma de consentimiento informado según ley de investigación en salud de la provincia de Buenos Aires (Ley 11.044). El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del MSAL de Pcia. Bs. As, ACTA-2022-32658194-GDEBA-CECMSALGP; PRIISA 8103 y fue conducido de acuerdo con los lineamientos de la declaración de Helsinki.

**Discusión:** estudio de alta validez externa. Se requiere informatizar sistemas de vigilancia

comunitarios tanto para la sospecha de exposición como de posibles enfermedades relacionadas a agroquímicos; crear circuitos de derivación de muestras a laboratorios de alta complejidad y diseñar estrategias múltiples sobre los condicionantes para cuidar de posibles daños por exposición crónica.

**Conclusión:** la presencia de glifosato en la orina se debió a exposición ambiental; expresa una vía de absorción pasiva, involuntaria y crónica de contaminantes ambientales resultante de la actividad agropecuaria de French que no es antagonizada por fuerzas de cuidado.

**ID52: Salud en el territorio. Aportes y desafíos de la epidemiología sociocultural**

**Autora:** López, Susan

**Filiación:** IETSyS- FTS-UNLP

**Correspondencia:** Susan López [gsusanlopez@gmail.com](mailto:gsusanlopez@gmail.com)

**Palabras clave:** EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL, SALUD COLECTIVA, DETERMINACIONES SOCIALES EN SALUD, FORMACIÓN DE GRADO

**RESUMEN**

**Introducción**

Desde la perspectiva de la Salud Colectiva la epidemiología sociocultural es una disciplina central para trabajar el PSEAC en el territorio porque es “en” y “con” la comunidad que habita ese espacio donde se construye la territorialidad. (Haro, 2011; Hersch, 2018) Las determinaciones sociales en salud que dan sentido a esa territorialidad singular construida por sus habitantes da cuenta de la complejidad de las relaciones entre las diferentes organizaciones sociales que se encuentran en ese territorio (Breilh, 2013; Zanotti, 2018; López, 2023).

Las investigaciones sobre esta problemática nos muestran que no puede generalizarse un único modo de trabajo en territorio sino que esto depende de cada comunidad o grupo humano que da sentido a esa territorialidad. Esto porque además están atravesadas por la interseccionalidad de distintas categorías género, etnia, cultura, saberes, haceres, cosmovisiones, etc. que es necesario tener en cuenta la hora del trabajo en territorio.

**Objetivos**

- Aportar herramientas de la epidemiología sociocultural para el trabajo en territorio en estudiantes de grado.
- Analizar fortalezas y debilidades de esta disciplina en la comprensión de las determinaciones sociales en salud presentes en ese territorio en el periodo de estudio.

### **Metodología**

Este proyecto está enmarcado en la Asignatura de Salud y Epidemiología Sociocultural de la Tecnicatura de Gestión Comunitaria de Riesgo de la FTS de la UNLP. La metodología de trabajo se enmarca en la Acción Formativa con aprendizaje colaborativo.

Tiene como destinatarios a los estudiantes de grado que cursen y realicen sus prácticas en el campo de la salud durante 2024. Está especialmente dirigido a aquellos estudiantes que realicen prácticas de centros de salud en La Plata, Berisso y Ensenada durante 2024.

### **Resultados**

La realización de un escrito, elaborado conjuntamente con los estudiantes, que muestre cuáles fueron las herramientas de la epidemiología sociocultural más relevantes en cada uno de los territorios donde se realizaron las prácticas. A su vez reportar los problemas y dificultades de la misma al momento de realizar el trabajo de campo.

### **Conclusión**

Consideramos que este relevamiento realizado en el propio territorio será de un gran aporte para mejorar y fortalecer la formación de los estudiantes de la TGCR y será insumo para el proceso de enseñanza- aprendizaje y para pensar nuevos temas para la investigación.

### **Propuesta, recomendaciones y aportes a la Salud Colectiva**

Consideramos que investigar en epidemiología sociocultural es un gran aporte para comprender los cambios que se suceden en las comunidades. Y a partir de ello comprender más profundamente la dinámica de las determinaciones sociales en salud.





# Inclusión, diversidad y género

**ID4: Hacia la expansión de derechos. Derechos reproductivos/no reproductivos desde una perspectiva bioética. Percepciones de profesionales de la salud en el Partido de General Pueyrredón**



**Autoras:** Mainetti María Marta; Echeverría Julieta

**Filiación:** Escuela Superior de Medicina, Universidad Nacional de Mar del Plata

**Mail de correspondencia:** [mmmainetti@gmail.com](mailto:mmmainetti@gmail.com)

**PALABRAS CLAVE:** BIOÉTICA, GÉNERO, DERECHOS REPRODUCTIVOS/NO REPRODUCTIVOS

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN

En el marco de una bioética con enfoque latinoamericano y de derechos humanos, sostenemos que es imprescindible incluir una perspectiva de género que visibilice y apunte a transformar las desigualdades de género que atraviesan las prácticas de salud y que producen dificultades en el acceso a la asistencia sanitaria, tratos inadecuados y, en ocasiones, vulneración de derechos, convirtiéndose en un determinante social de la salud.

Por ello, desde el grupo de investigación “Bioética, Derechos Humanos y Salud” de la Escuela Superior de Medicina de la UNMdP, nos propusimos investigar de manera cualitativa e interdisciplinaria, sobre los derechos reproductivos/no reproductivos en la salud pública (en Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina), desde la valoración de profesionales de la salud pública del partido General Pueyrredón.

### METODOLOGÍA

Es una investigación cualitativa, con diseño exploratorio descriptivo. Se realizaron entrevistas semi estructuradas a diez profesionales del sistema público de salud, que además son docentes de la Escuela Superior de Medicina de la UNMdP (seleccionados mediante un muestreo intencional). Se indagaron los ejes: valoración acerca de los nuevos derechos en salud relacionados con género; prácticas realizadas para promover derechos

reproductivos/no reproductivos; factores que favorecieron y/o vulneraron estos derechos; factores que favorecieron y/u obstaculizaron la puesta en práctica de principios bioéticos (responsabilidad social y salud, equidad, autonomía, vulnerabilidad, etc.).

## **RESULTADOS**

De acuerdo al análisis de las entrevistas, puede observarse la existencia de diversos obstáculos en las prácticas de atención de salud en territorio con perspectiva de género. Se hacen visibles las dificultades que se presentan para sostener un marco ético. Se puede dar cuenta de la existencia de factores que vulneran dichos derechos en los procesos de atención, como la falta de información acerca de los derechos y de sensibilización sobre cuestiones de género; así como algunos de factores que favorecen la puesta en práctica de principios bioéticos, como la promoción que se realiza desde las instituciones acerca de dichos derechos. Cabe preguntarse por estas cuestiones en clave de Atención Primaria de la Salud en miras de que, en la promoción y protección de la salud de la población, se puedan contemplar de manera creciente estas cuestiones éticas y de género, fortaleciendo el respeto de la dignidad y autonomía de todas las personas. Asimismo, en torno a la equidad en materia de género, se aporta a repensar y transformar las prácticas de atención para que no reproduzcan las tradicionales desigualdades de género.

## **CONCLUSIONES**

La consolidación de derechos en salud implica desafíos bioéticos, en términos de la puesta en práctica de principios éticos centrales en el respeto de derechos reproductivos y no reproductivos. Puede observarse que los determinantes de la salud relacionados con el género incluyen la falta de conocimiento sobre las nuevas leyes y derechos, así como prejuicios sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente a los riesgos para la salud y que resultan en inequidades sanitarias. Por lo que este trabajo busca visibilizar algunas de estas cuestiones, problematizarlas y aportar conocimientos contruidos interdisciplinariamente.

**ID12: Garantizando derechos desde la transdisciplinariedad. Una genealogía de la experiencia de Fundación CASA ENINSA**

**Autora:** Lic. Melina Antoniucci; Fundación CASA ENINSA;

**Filiación:** Docente de la Facultad de Humanidades; Grupo de Estudios sobre Familias, Género y Subjetividades; UNMdP; CONICET.

**Correspondencia:** Melina Antoniucci [melina.antoniucci@gmail.com](mailto:melina.antoniucci@gmail.com)

**Palabras Clave:** TRANSDISCIPLINARIEDAD-PERSPECTIVA DE GÉNERO-SALUD COLECTIVA-DERECHOS SEXUALES Y (NO) REPRODUCTIVOS.

**RESUMEN:**

El presente trabajo traza una genealogía de la experiencia y formación de la Fundación Casa Eninsa, un espacio de salud integral de la ciudad de Mar del Plata, que trabaja desde el enfoque de la perspectiva de género, la perspectiva interseccional y el paradigma de los Derechos Humanos. En Fundación Casa Eninsa influye un grupo de profesionales de la salud integrado por los campos de la medicina general, psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, la comunicación y las ciencias sociales. También con amplio recorrido y referencia en el campo de la salud y el activismo en espacios feministas y de derechos humanos en la ciudad, por lo que incorporar las visiones de la salud colectiva y la garantía de derechos.

Esta confluencia permite construir una mirada transdisciplinaria que, a diferencia de la interdisciplina donde confluyen varias disciplinas en un aspecto en común, ofrece una mirada integradora que posibilita el intercambio y diálogo entre quienes participan. Recogiendo la clásica definición de la OMS donde la salud no solo es la ausencia de enfermedad, la concepción de salud de la que parte Fundación Casa Eninsa, pone el énfasis también en promover y garantizar el derecho de adolescentes, jóvenes y personas adultas a acceder a una salud integral de calidad, con especial énfasis en los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.

De esta manera, los espacios que se ofrecen valoran la escucha activa y la construcción colectiva de los procesos de salud-enfermedad. En la apuesta y

construcción de un paradigma que rompe el modelo médico hegemónico y la concentración del saber en el profesional. Así, la experiencia de Fundación Casa Eninsa busca romper la lógica dicotómica y mutuamente excluyente de “médicx-paciente” a partir de la creación de encuentros horizontales donde el intercambio de saberes es fundamental para la co-construcción de la salud. Esto da lugar al abordaje de la salud desde una perspectiva amplia y socialmente determinada. En Fundación Casa Eninsa entiende la salud como un proceso multidimensional que abarca lo material, orgánico, biológico, emocional y social, así como también lo subjetivo, donde cada persona experimenta y enfrenta estos procesos desde su propia subjetividad y condiciones socioeconómicas, políticas, laborales y espirituales. Y desde donde el trabajo territorial, de formación y de transferencia de conocimiento forma parte integral del abordaje en el proceso de salud-enfermedad.

**ID17: La prevención de las violencias de género en la Atención Primaria en Salud: aprendizajes con las mujeres rurales en Guatavita – Colombia (2023 – 2025) (1)**

**Autoras:** Isabel Cristina Bedoya Calvo y Jenny Marcela López Gómez

**Filiación:** Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia

**Correspondencia:** Isabel Cristina Bedoya Calvo [ibedoya@unisalle.edu.co](mailto:ibedoya@unisalle.edu.co)

**Palabras clave:** PREVENCIÓN DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO, MUJER RURAL, ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

**RESUMEN**

Las mujeres que habitan la ruralidad sufren violencias basadas en género lo que las afecta en el pleno desarrollo de su libertad y sus capacidades para disfrutar de una vida saludable y armoniosa. La investigación busca dar respuesta a la pregunta, ¿Cuáles son los factores de riesgo y protección que contribuyen a la reducción de las violencias de género que viven las mujeres, niñas y niños que habitan el área rural de Guatavita-Colombia?

La investigación acoge una perspectiva aplicada con apoyo en estrategias participativas. El método es mixto, por un lado se usa el método cuantitativo para describir el comportamiento de este fenómeno en la comunidad y los actores institucionales del municipio, y por otro, se utiliza el método cualitativo, el cual se fundamenta en la teoría feminista que acoge el enfoque de la interseccionalidad porque propone tener en cuenta las opresiones que están imbricadas en la situación de violencias contra la mujer como la clase, la raza, la sexualidad y la geografía frente al género para interpretar ésta problemática desde y con las mujeres en los territorios. Se analiza la situación de las mujeres rurales al menos frente a dos brechas: a) la de género construido históricamente dentro de la matriz de dominación patriarcal y b) la brecha existente entre las mujeres rurales y urbanas.

La atención primaria en salud propone como uno de sus pilares la participación comunitaria, en este caso de las mujeres del territorio por lo cual es necesario promover escenarios y mecanismos que involucren a las

mujeres y a los hombres, de manera diferencial, en el diagnóstico de las violencias y en la co-construcción de las estrategias para prevenirlas. Debido a la complejidad de la problemática se requiere una visión integral e integrada de las violencias de género, en particular en contra de la mujer porque van en detrimento de la salud física y mental, afectan el ejercicio de la libertad y la expansión de las capacidades, debilitan las estructuras y dinámicas familiares y el tejido social y comunitario.

Algunos de los resultados que se destacan son: 1) Naturalización de las violencias de género como expresión de la cultura patriarcal y machista. 2) Importancia de diagnosticar las violencias presentes en el entorno con la participación de las mujeres. 3) Diseñar e implementar las estrategias de prevención con participación de las mujeres.

Algunas conclusiones: 1) La visibilización de las violencias y los factores asociados a su persistencias por parte de los actores institucionales y comunitarios genera un efecto favorable para la prevención. 2) La participación de las mujeres de manera individual y colectiva permite potenciar su voz y coayuda en el mejoramiento de los servicios y programas de la atención primaria en salud.

(1) Ponencia de resultados de la investigación “Factores De Riesgo Y De Protección Para La Reducción De Las Violencias De Género En Las Mujeres, Niñas Y Niños Que Habitan La Ruralidad En Guatavita –Cundinamarca. EHUES-23110”

**ID18: Un programa de promoción de la salud dirigido a cuidadoras mayores en riesgo de exclusión social**

**Autores:** Wladimir Morante García, José Miguel Rodríguez Ferrer, Anabel Chica Pérez, Ghizlan El-Abadi, José Manuel Hernández, Padilla, Cayetano Fernández Sola.

**Filiación:** Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, Almería. España. Médicos del Mundo Andalucía, Almería. España.

**Correspondencia:** Wladimir Morante García [vladimir\\_morante@hotmail.com](mailto:vladimir_morante@hotmail.com)

**RESUMEN:**

El riesgo de exclusión social entre los adultos mayores es un fenómeno alarmante que afecta considerablemente su salud y bienestar, especialmente en países desarrollados. Según estudios recientes (Gong et al., 2022; Pirrie et al., 2020; Liao et al., 2023; Gao et al., 2022), aproximadamente el 34% de los adultos mayores en estas naciones enfrentan este riesgo, lo que conlleva desafíos como acceso limitado a servicios de salud y apoyo institucional, siendo las mujeres particularmente vulnerables (Gong et al., 2022; Pirrie et al., 2020; Liao et al., 2023; Gao et al., 2022). En España, entre el 17% y el 21% de hombres y mujeres, respectivamente, se ven afectados por la exclusión social, resaltando la urgencia de abordar este problema (Instituto Nacional de Estadística, 2023).

Las mujeres mayores en riesgo de exclusión social experimentan una calidad de vida inferior a la de los hombres, en parte debido a roles de cuidado tradicionalmente asignados a ellas.

Históricamente, han asumido responsabilidades de cuidado no remuneradas, limitando su acceso a empleo y recursos financieros independientes, lo que aumenta su vulnerabilidad y perpetúa el ciclo de exclusión social (Nair et al., 2021; Bhan et al., 2020; Rexhaj et al., 2023).

Además, la exclusión social impacta significativamente la salud mental de estas mujeres, quienes pueden experimentar niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión. La falta de acceso a servicios de salud mental

adecuados agrava esta situación, resaltando la necesidad de intervenciones integrales (Allen et al., 2022; Chakraborty et al., 2023).

Se propone un estudio para diseñar, implementar y evaluar un programa de promoción de la salud y el autocuidado en mujeres mayores cuidadoras en riesgo de exclusión social. Los objetivos incluyen explorar las percepciones de las cuidadoras y agentes del tercer sector sobre sus necesidades de salud y autocuidado, diseñar e implementar un programa de intervención, y describir las experiencias de las cuidadoras con el programa.

Se empleará una metodología de Investigación-Acción Participativa (IAP), involucrando a los participantes como colaboradores activos. Se realizarán entrevistas individuales, grupos focales y talleres participativos para recopilar datos cualitativos, analizados mediante técnicas de análisis temático reflexivo. Se garantizará ética y confidencialidad, buscando la participación activa de los participantes para asegurar la validez de los resultados.

Se espera que los resultados mejoren la salud y autocuidado de las cuidadoras, y establezcan una acción social sostenible e innovadora. A nivel de generación de conocimiento, se espera la publicación en revistas internacionales prestigiosas, con un plan de difusión que incluye al menos un artículo de impacto y la organización de un congreso internacional en colaboración con Médicos del Mundo, además de participación en congresos nacionales relevantes.

**ID35: Amplifying access to tailored HIV response services in a tight legal landscape using unique delivery community models: a case study of the community health and livelihood enhancement groups (CHLEGs) model, and the drop in centre model (DiC) to serve sex workers and LGBTQI+ community in Uganda**

**Autor:** Ssemakula Michael

**Affiliation:** Alliance of Women Advocating for Change--Uganda and a member of People's Health Movement -Uganda

**Email:** [Michaelssemakula5@gmail.com](mailto:Michaelssemakula5@gmail.com)

**Key words:** DROP IN CENTRES, COMMUNITY HEALTH LIVELIHOOD ENHANCEMENT GROUPS

## **ABSTRACT**

### **Introduction**

This brief paper contends that the denial of the essential health services to marginalised populations such as the sex workers and the LGBTQI+ individuals is a form of social injustice. This denial has far reaching implications for these individuals across various aspects of their lives.

The recent past has seen the continent of Africa with evolving legal landscapes especially against the Key populations such as the LGBTQI+ community. Whilst the Passing of the Laws such as the NGO Act, Anti Pornography Act, Data Protection and Privacy Act 2023, Sexual Offences Act, 2023, Penal Code, HIV and Control ACT 2015, Anti-Money Laundering (Amendment) Act 2017, Narcotic drug and Psychotropic Substance (Amendment) Bill, 2023, and the most recent Anti-Homosexuality Act, 2023 in Uganda have taken a center stage on the continent but also one of the harshest repressive laws on the LGBTQI+ community in the World –fuelled by the political, cultural and religious fraternity (Uganda: | CNN, 2023). This also comes at the point when other African countries such as Ghana and Nigeria have moved ahead to tighten anti-gay laws (Amnesty International UK, 2018). Some African Member States that are party to the African Charter on Human

and People's Rights like Mozambique went ahead to take a bold step by decriminalizing same-sex relationships --where a colonial- era clause outlawing "vices against nature"; was dropped (Mozambique- BBC News, 2015). Whilst, despite this milestone, stigma and limitations in care still exist since the LGBTQI+ community does not feel yet integrated as it should be in the health system.

There are still no clear policies in health units on how to follow up and support people with different sexual orientation and diverse gender identities with tailored and responsive services. This implies that they do not open up and they feel marginalised.

It's important to acknowledge that such environment in Uganda characterized with heightened discrimination and stigma against the queer community and limited access to essential health services such as HIV response services (such as the LGBTQI+ Community and Sex workers), which has grossly undermined the countries' commitments towards collective health, and achieving health for everyone and adhering to the principles of universal, comprehensive Primary Health Care (PHC), envisioned in the 1978 Alma Ata Declaration and the Global AIDS Strategy, 2021-2026.

As recognized and mentioned in the People's Charter for Health , the attainment of the highest possible level of health and well-being is a fundamental human right, regardless of a person's colour, ethnic background, religion, gender, age, abilities, sexual orientation or class (Phm-Pch-English.Pdf, 2018). Whilst this has been the reverse for the key populations, such as the queer community and sex workers in Uganda.

### **Objective**

To showcase the impact of community based innovations suchs the Community Health and Livelihood enhancement Groups (CHLEGs), and Drop in Centres (DiC) in applying tailored Sexual Reproductive Health, and HIV response services in Uganda

## Interventions

Amidst this challenging terrain of walk to serve the under-served populations due to the tight legal regimes based on the moral constructs of the societies, Civil society organizations and networks such as the Alliance of Women Advocating for Change -Uganda, has come up with unique approaches to advocacy and serving the key populations as they navigate the evolving legal environment.

In a bid to promote access to essential HIV response services, the Alliance of Women Advocating for Change has uniquely capitalized on use of community service delivery models in HIV response such as the Community health and Livelihood Enhancement Groups (CHLEGs) model, and use of Drop in Centre model (DiC) to provide tailored HIV services such as prevention and linkage for Antiretroviral therapy (ART) treatment. DiC is a responsive friendly services facility located in the community where female sex workers drop by to relax, share personal stories/experiences access basic health information including pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP), Family Planning, and commodities such as HIV Testing Services (HTS), SRH services, condoms, lubricants and ART. The AWAC DiC has served over 18453 sex workers and LBQ womxn with tailored HIV and SRHR responsive services from the year of 2016 to 2023. Table below shows some of the services that have been provided through the DiC model.

**ID58: Antropología en salud: contribuciones desde la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN) en el sistema único de salud-SUS en Brasil**



**Autoras:** Oliviera Neto, Damiana Bernardo de; Oliveira, Daniel Francisco Bernardo de; Lima, Noemia de Souza; Morán, María Mercedes Bernardo; Giugliane, Sílvia; Sena, Tânia Conceição; Machado Torres, Marta Giane

**Filiación:** Movimento Saúde por los Pueblos (MSP) – Circulo Brasil

**Información del autor de correspondencia:** Damiana Bernardo de Oliveira Neto [damiana.neto4@gmail.com](mailto:damiana.neto4@gmail.com)

**Palabras clave:** DIVERSIDAD, INCLUSIÓN; ANTIRRACISMO; DISPARIDADES SOCIOECONÓMICAS EN SALUD.

**RESUMEN**

En Brasil, garantizar una vida saludable para el bienestar de todos pasa por enfrentar el racismo en la salud y las disparidades socioeconómicas en salud. Este es un tema de estudio y una estrategia política, considerando las situaciones de "racismo" identificadas durante la atención de profesionales de la salud a la población negra que utiliza los servicios de salud en Brasil. Es muy probable que esta misma situación se replique sin fronteras, dada la presencia violenta y deshumanizada de las prácticas aún en vigor en los equipos de salud destinados a la población negra. Para hacer frente a esta violación, Brasil ha invertido en acciones y políticas afirmativas y antirracistas con avances concretos en este campo, como la elaboración y aprobación de la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN) – Resolución n.º 992, de 13 de mayo de 2009, que guía las acciones de cuidado desarrolladas por los equipos de salud para la construcción de una sociedad próspera, con acceso universal, atención humanizada, equitativa en salud y de buena calidad para las personas negras. Es necesario destacar que, a pesar de estar vigente, una normativa legal es efectiva cuando sale del papel y se asume en la práctica cotidiana de los servicios, lo cual aún no se observa

de manera significativa en Brasil. Ampliando nuestras lentes para comprender y enfrentar la realidad de desamparo e inclusión de las demandas de la población negra en la Red de Atención a la Salud (RAS), buscamos el estudio cualitativo y cuantitativo realizado en el año 2022 que tuvo como objetivo verificar la importancia de la antropología en la elaboración de la PNSIPN, considerando una de las directrices que dialoga con las prácticas y la cultura de la población negra. El estudio se relaciona con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 1, 3, 5 y 10, ya que la PNSIPN contribuyó con las acciones para erradicar la pobreza, la salud y el bienestar, la igualdad de género y la reducción de las desigualdades. Enfrentar el racismo en la salud es cumplir con los ODS y alcanzar las metas de la Agenda 2030. El marco teórico para comprender los procesos que integran la salud de la población negra se apoya epistemológicamente en textos antropológicos. A partir de esto, se adoptó como metodología el análisis literario de manera concomitante. A la luz de estos textos, incorporamos la PNSIPN y, para reforzar nuestras reflexiones e interpretaciones, aplicamos un cuestionario a 180 estudiantes de posgrado en Salud Colectiva de la UnB (2021) y extrajimos información para analizar los principales puntos de interés. De los resultados, se verificó que la antropología contribuyó a la elaboración de la PNSIPN, también obtuvimos un señalamiento significativo relacionado con la importancia de los procesos sociohistóricos y culturales que incluyen los saberes tradicionales de los pueblos de religión de matrices africanas en Brasil. De esta manera, se puede afirmar que estos saberes emergen de manera complementaria al modelo biomédico, aún hegemónico en el SUS.

**ID70: Equidad en salud: “el valor de las mujeres”**

**Autoras:** Zabala Mara, Vollesten Susana, Príncipe Natalia y Barquín Andrea.

**Filiación:** Centro de Salud San Dionisio. Hospital H.I.G.A Penna

**Correspondencia:** Natalia Príncipe [nataliaprincipe163@gmail.com](mailto:nataliaprincipe163@gmail.com)



**RESUMEN:**

El siguiente trabajo narra –a la vez que analiza– el proceso de acompañamiento a usuarias de la Posta de Salud y del Centro de Salud San Dionisio de Bahía Blanca (mujeres de bajos recursos) en el acceso a la ligadura tubaria, en pos de un control voluntario de la natalidad. Dicho proyecto se encuadra en un trabajo mayor dentro del barrio Villa Caracol, por lo que tiene injerencia en aspectos sociales, económicos y políticos en sentido amplio. Del acompañamiento se constata una situación de vulnerabilidad en estos niveles, en cuanto a un menor acceso a la educación, a las oportunidades laborales y al poder de decisión con respecto al propio futuro de las mujeres alcanzadas por el programa. Así, lo que queda de relieve, desde una perspectiva interdisciplinaria, es la importancia de los derechos sexuales y reproductivos para la construcción de autonomía, en un grupo de personas que hasta ese momento desconocían una batería de herramientas disponibles para mejorar su calidad de vida. El desafío del proyecto, como se señala en el cuerpo del texto, fue realizar un seguimiento sostenido en distintas instancias que van desde la conversación personal hasta la tramitación de turnos en las instituciones involucradas (en este caso, el Hospital Interzonal José Penna y el Hospital Municipal Leónidas Lucero) pasando por instancias intermedias de socialización en la modalidad de taller. Más allá del objetivo final, que resulta en la operación en sí (es decir, en la ligadura tubaria), y que es fundamental para cambiar las condiciones materiales de las mujeres participantes, el trasfondo del proyecto es más ambicioso en el sentido de apuntar a una toma de conciencia sobre aspectos que hacen a la posición de cada una en su entorno social; entorno que, luego de todo el trayecto, también adquiere un nuevo grado de visibilidad. El

resultado, finalmente, fue positivo en un 90% de los casos, lo cual abre el horizonte a la construcción de un dispositivo permanente que sirva como recurso en una zona de vital importancia; y el trabajo de campo realizado, a la vez, puede servir como evidencia para futuros proyectos en barrios de similares características. Del desarrollo se desprende que existe una notoria desigualdad en el acceso a derechos sexuales y reproductivos, lo que hace que este tipo de abordaje cobre un relieve particular. Una hipótesis posible que atienda a esta desigualdad apunta a señalar un conflicto de intereses que obstaculiza la comunicación entre distintos agentes, generando una ineficacia en el uso de los recursos por falta de acuerdo en las prioridades a atender. En ese margen de discusión, destacando el rol estratégico del primer nivel de atención médica en el territorio, el trabajo pretende sentar posición y construir una herramienta concreta que modifique sustancialmente la realidad de las personas de bajos recursos y, con ello, que aporte a un cambio estructural desde un punto de vista socioeconómico más amplio.





# Participación comunitaria emancipadora

**ID6: “Derecho a la salud y soberanía sanitaria en Colombia y en el sur global”.  
Experiencia de la construcción participativa de la misión de soberanía  
sanitaria y bienestar social**



**Autora:** Cardona Malaver Jennifer Paola

**Filiación:** Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación-Minciencias;  
Universidad Nacional de Colombia. Asociación Latinoamericana de Medicina  
Social y Salud Colectiva -ALAMES

**Correspondencia:** Jennifer Paola Cardona Malaver [jpcardonam@unal.edu.co](mailto:jpcardonam@unal.edu.co)

**Palabras clave:** SOBERANÍA SANITARIA; DERECHO A LA SALUD; PARTICIPACIÓN  
COMUNITARIA; BIENESTAR SOCIAL; POLÍTICAS DE SALUD.

**RESUMEN:**

La Misión de Soberanía Sanitaria y Bienestar Social hace parte de una de las cinco Políticas de Investigación e Innovación Orientadas por Misiones -PIIOM del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación-Minciencias de Colombia, la cual tiene por objeto el garantizar la disponibilidad de conocimientos, tecnologías y servicios innovadores para la salud y el bienestar de toda la población colombiana, fortaleciendo las capacidades nacionales científicas, tecnológicas e industriales para desarrollar y producir tecnologías en salud de interés en salud pública, en un período de diez años.

Esta política fue diseñada, contemplando los pilares del Plan Nacional de Desarrollo - PND (2022-2026) “Colombia, potencia mundial de la vida”, las recomendaciones de la Misión Internacional de Sabios realizada en Colombia durante el 2019, y, otros documentos de política previos relacionados con la Ciencia, Tecnología e Innovación del país.

El proceso de construcción participativa se dio a partir del diseño de una hoja de ruta desarrollada en seis etapas: 1. Definición del alcance, 2. Línea base, 3. Visión y metas, 4. Rutas de innovación, 5. Rutas de política, y, 6. Aprendizaje de política; en las cuales, se dinamizó la participación de actores de la Sociedad civil, del Gobierno Nacional, del sector académico y del sector privado, con el propósito de profundizar la democracia, y, además, de fortalecer los espacios

de participación y decisión para quienes han estado relegados históricamente por las configuraciones de poder en el país. Para ello, se realizaron espacios de co-creación por zonas estratégicas a nivel nacional durante todo el 2023. Esta Misión fue diseñada desde la premisa de la garantía del derecho a la salud, y bajo el mandato del primer Gobierno progresista de Colombia, por lo cual, se encuentra estructurada para avanzar hacia la reducción de la dependencia sanitaria con el Norte global y hegemónico, buscando fortalecer la integración y cooperación desde el sur global.

Como asesora y formuladora de la política, trabajé por el reconocimiento de la garantía de la soberanía sanitaria como parte esencial para garantizar de manera equitativa, justa y oportuna el acceso a los recursos esenciales para el buen vivir de la población colombiana, entendiendo no solo el proceso de determinación social de la salud, sino la necesidad de avanzar hacia la generación de conocimiento y el reconocimiento de los saberes populares como pilar para el desarrollo científico, tecnológico e industrial. Por tanto, los encuentros con las comunidades fueron determinantes para la formulación de los ejes y proyectos de la política.

El país tiene el gran reto de consolidar la misión, y dar paso a su implementación, desde un cambio de paradigma en el modelo científico y de salud, que históricamente han contribuido a la profundización de las desigualdades; poniendo la ciencia, la tecnología y la innovación al servicio de los intereses colectivos, por encima de los intereses del capital financiero y los grandes monopolios globales.

**ID24: Participación activa de las infancias en la construcción de la salud utilizando la Alforja Educativa salud escolar y mundo microbiano**

**Autora:** Silvina Alessio.

Coordinadora de Educación y del proyecto “Alforja Educativa salud escolar y mundo microbiano” de ReAct Latinoamérica.

**Correspondencia:** Silvina Alessio: [salessio@reactlat.org](mailto:salessio@reactlat.org)

**Palabras Clave:** INFANCIAS. PARTICIPACIÓN. SALUD. EDUCACIÓN. MUNDO MICROBIANO. RESISTENCIA BACTERIANA A LOS ANTIBIÓTICOS.

**RESUMEN**

**Introducción:**

La resistencia bacteriana a los antibióticos, como aquel proceso por el cual estos microorganismos generan mecanismos para que los antibióticos no les causen efecto, es una de las amenazas más graves a la salud pública mundial. Es causante directa de 1.27 millones de muertes anuales, y si no se toman acciones concretas, para el 2050 el número podría ascender a 10 millones. Es un problema que no sólo afecta a la salud de los seres humanos, sino que se relaciona con la salud planetaria. Se vincula con el agua, el mundo microbiano y microbioma, la cría y producción de animales, agricultura, alimentación, entre otros. Es por ello necesario un abordaje desde una visión holística, relevando su determinación social, en el contexto del derecho a la salud de los pueblos.

Una de las estrategias fundamentales en la contención de la resistencia es la educación, como herramienta privilegiada para el cambio y empoderamiento comunitario. Dentro del sistema educativo, se evidencia que son temáticas ausentes o poco tratadas en los currículums escolares. Dada su trascendencia para la salud colectiva, se considera de gran importancia su abordaje en propuestas de promoción de salud entre las infancias, utilizando metodologías participativas que favorezcan procesos de aprendizaje significativo.

**Objetivo:**

Facilitar procesos de participación real de las infancias en la promoción de salud, sensibilizando a la comunidad educativa sobre la problemática de la resistencia bacteriana a los antibióticos, en su vínculo con el agua, la alimentación, la microbiota y el uso adecuado de antibióticos.

**Intervención:**

Desde hace más de 10 años, los educadores cuentan con la Alforja Educativa Salud Escolar y Mundo Microbiano para acompañar los procesos de enseñanza-aprendizaje relacionada con la promoción y el cuidado de la salud, el aprendizaje vivencial de las ciencias, el desarrollo de la conciencia ecológica y el sentido de pertenencia a la naturaleza.

La Alforja es un conjunto de materiales didácticos constituido por guías de actividades siguiendo la Metodología Niño a Niño, cuentos, videos, historias, comics. Mediante actividades vivenciales, experimentales, artísticas, lúdicas y de participación activa, las infancias pueden mejorar su salud y adquirir hábitos saludables, tomando mejores decisiones sobre su presente, con efectos en su salud futura. Pero, además, ellos se convierten en agentes de cambio y promotores de salud para otros niños y niñas en sus escuelas, sus familias y comunidades.

Utilizando la Alforja, docentes de todos los niveles educativos, niños, niñas y adolescentes han desarrollado diferentes propuestas vinculadas con el acceso al agua como derecho humano fundamental y su vínculo con las enfermedades infecciosas; la alimentación saludable y la construcción de huertos escolares para producir alimentos sanos y descubrir el mundo microbiano que se encuentra en el suelo y plantas; la elaboración de cuentos e historias para expresar y compartir lo aprendido a través de la creatividad e imaginación y, a la vez, facilitar el aprendizaje de otros niños y niñas.

En todos los espacios, utilizando la Metodología Niño a Niño, se fomenta y valora la participación infantil, creando espacios en donde sus voces sean escuchadas, con sus reflexiones, criterios, críticas y propuestas.

**Resultados:**

Diferentes grupos en Argentina, Ecuador, Brasil, Guatemala, Perú y Kenia han desarrollado propuestas comunitarias adaptadas a sus territorios utilizando los materiales de la Alforja, para difundir sus mensajes de salud.

Además, estudiantes de medicina y profesionales de la salud elaboran proyectos de intervención comunitaria, en el contexto de la formación de los futuros profesionales.

**Conclusiones:**

El empoderamiento de las infancias en temáticas de salud que los afectan, es fundamental para el presente y futuro de la salud colectiva. Visibilizar estas problemáticas, a través de un abordaje adecuado, centrado en las infancias y con experiencias de aprendizaje significativo, es parte de la construcción de la salud para todas y todos.

**ID41: Movimiento por la Salud de los Pueblos, pluralidad, diálogo: experiencias, lucha y construcción colectiva de la participación social en las conferencias libres de salud en Brasil**

**Autoras:** Torres, Marta Giane Machado; Meneses, Michele Neves; Medeiros, Jessica Farias Dantas; Pekelman, Renata; Sena, Tânia Conceição

**Filiación:** Movimento pela Saúde dos Povos - Círculo Brasil/Região Norte

**Correspondencia:** Marta Giane Machado Torres  
[martagianetorres@gmail.com](mailto:martagianetorres@gmail.com)

**Palabras clave:** CONFERENCIAS DE SALUD; SISTEMA ÚNICO DE SALUD; PARTICIPACIÓN CIUDADANA; EQUIDAD EN SALUD

**RESUMEN**

Los contextos políticos opresivos, la crisis sanitaria mundial y nacional, la crisis climática, un escenario de efervescencia y la necesidad de comprensión ciudadana fuera un contexto reciente de parte del proceso de recuperación y reconstrucción democrática en Brasil. En 2023, movimientos populares y diferentes grupos y comunidades participaron en los procesos de construcción colectiva de las Conferencias Libres de Salud, rumbo a la 17ª Conferencia Nacional de Salud (CNS), para debatir estas realidades en el Sistema Único de Salud (SUS). El objetivo de este trabajo es relatar la experiencia de articulación del Movimiento por la Salud de los Pueblos - Círculo Brasil (MSP) durante el proceso de construcción e implementación de las Conferencias Libres de Salud. Basadas en el protagonismo de la sociedad civil, las Conferencias Libres de Salud fueron una innovación en la ampliación de la participación ciudadana más allá de la ya definida en la Ley 8142/90 en el proceso de la CNS. Además, fueron nuevos dispositivos participativos apoyados por el Consejo Nacional de Salud, que reconoce que la forma tradicional de conferencias aún no representa las múltiples y plurales necesidades de salud de nuestra población. Las Conferencias Libres promovieron una enorme convergencia social y la participación de 5.816 ponentes de todas las regiones de Brasil. MSP Brasil formó parte de la

construcción e implementación de siete Conferencias Libres, que abordaron temas como: mujeres de la Amazonia; privatización de la salud; salud de los migrantes; salud de la población quilombola; educación popular en salud; pueblos de las aguas y salud de la población sin hogar. Esta actuación fue significativa para articular procesos autogestionados en los territorios a partir de redes locales de solidaridad. Así como discutir propuestas y estrategias de promoción de la salud desde una perspectiva de caminos para el Buen Vivir y con base en los saberes locales/populares y ancestrales, con comunidades vulnerabilizadas y periféricas. El Movimiento apoyó los procesos educativos de forma crítica y con equidad. Su articulación tuvo un carácter popular y multirregional, ampliando los espacios de participación social de forma dialógica, en defensa del SUS público, popular, integral, universal y equitativo. Un proceso que refuerza el compromiso del MSP Brasil con la lucha por el derecho a la salud y la valorización de múltiples saberes en cada territorio. Reconocer que la salud es democracia significa comprender la importancia de las Conferencias Libres para fortalecer la democracia en Brasil y ampliar la visión de las Conferencias Nacionales de Salud, ya constitucionalmente establecidas. También reafirma el principio de equidad en los mecanismos democráticos de participación popular en el SUS. Se recomienda que se valore cada vez más la inclusión de los movimientos sociales y populares, como el MSP Brasil, no sólo en la consolidación de la participación social en el SUS. Que los movimientos también están en la acción directa y con voz activa en propuestas para la sostenibilidad y la articulación de la defensa de las Conferencias y nuevos espacios democráticos, y para construcción de los Sistemas Universales de Salud que queremos.

**ID44: Revalorizando saberes populares y ancestrales en el sector de Angachilla: sistematización de una experiencia**



**Autoras:** Sobino Salas, Eva; Lagos Morales, Ximena; Cerda Becker, Claudia  
Cecof Los Alerces, Universidad Austral de Chile, Arpillersitas de Angachilla

**Filiación:** Centro de Comunitario de Salud Familiar Los Alerces, Arpillersitas de Angachilla

**Correspondencia:**

Eva Sobino Salas [evasobinosalas@gmail.com](mailto:evasobinosalas@gmail.com)

Ximena Lagos Morales [ximenalagos@uach.cl](mailto:ximenalagos@uach.cl)

**RESUMEN**

Se presenta la sistematización de una experiencia comunitaria del territorio de Angachilla en Valdivia, región de los Ríos, Chile. A partir de ésta, se busca dar cuenta del surgimiento y conformación de la Agrupación de Arpilleras de Angachilla, así como del trabajo que han realizado -específicamente- en pos de la transmisión de sus saberes acerca del uso y propiedades de las plantas medicinales que se encuentran en el territorio. Esta experiencia será relatada en primera persona plural (escritura militante), pues escribimos en tanto integrantes activas y, por ende, afectivamente implicadas (Álvarez 2021).

Somos un colectivo de mujeres de diversas edades, en su mayoría vecinas del Humedal Angachilla y muchas de nosotras con varios años de camino recorrido. En un inicio, comenzamos a reunirnos en el marco del Estallido Social para bordar nuestros sueños como país, así como por la defensa del Humedal Angachilla, el que se encuentra amenazado por la construcción de un puente y proyectos inmobiliarios. Hoy, cuatro años después, nos seguimos reuniendo para bordar y -a la vez- para concientizar a la comunidad escolar del territorio sobre la importancia de los Humedales, en tanto ecosistemas ancestrales, vitales para la reproducción de la vida. Tal como señala Laura

Silva, presidenta de la Agrupación que hoy tiene 85 años de edad, y que es arpillerista desde la dictadura militar, somos: educadoras incondicionales, defensoras del Humedal, de las infancias y de las mujeres.

Durante el primer año de la pandemia de COVID desarrollamos el proyecto: “Revalorización del saber ancestral: Plantas medicinales y arpilleras” que tuvo como objetivo principal favorecer el cuidado colectivo y el ejercicio de la soberanía sanitaria y territorial, articulándose sobre cuatro ejes centrales para la promoción de la salud local: el reconocimiento de las adultas mayores como sujetos de saber; la valorización y promoción del espacio micropolítico en el cual la comunidad ejerce su derecho a la alimentación nutritiva; el auto y mutuo cuidado mediante el uso de plantas medicinales como complemento a los servicios locales de salud; el fortalecimiento de los lazos comunitarios y socioafectivos. Esto a través de la utilización del bordado de arpilleras como registro visual y narrativo de experiencias.

El trabajo íntimo con las plantas medicinales nos permitió ir reflexionando críticamente acerca de diversos temas, sobre todo considerando el contexto de crisis sanitaria y económica en la que nos encontrábamos, a saber: la importancia de la soberanía alimentaria y medicinal, así como de los vínculos afectivos y comunitarios para sostenernos día a día. Se tornó evidente la relevancia del autocuidado y cuidado mutuo, no sólo hacia nosotras, sino que también hacia nuestro entorno, reafirmandose así nuestro compromiso por la defensa del Humedal Angachilla en tanto reservorio de vida, alimentación y sanación; volviéndose patente que el bienestar colectivo se encuentra indisolublemente imbricado al cuidado del territorio. En este contexto, el arte de las arpilleras no sólo nos permitió sostenernos en nuestras historias, sino que también se transformó en una herramienta política de denuncia y reivindicación del Humedal en tanto ecosistema ancestral que debe ser resguardado.

## ID48: Popular water health agents protecting the territory and community health



**Authors:** Alves Nascimento de Freitas, Priscylla<sup>1</sup>; Santana dos Santos, Mariana Olivia<sup>1</sup>; Gurbindo Flores Mariana<sup>1</sup>; Siqueira da Silva, Evelyn<sup>1</sup>; Leite Veras, Ana Catarina<sup>1</sup>; Vieira de Carvalho Santana, Laurineide<sup>2</sup> Maria; Santos, Severino<sup>2</sup>; França Neto, Cláudio Luiz<sup>1</sup>; Santos Lira, Thaynã Karen<sup>1</sup>; Pereira da Paz Neto, Egeval<sup>1</sup>; Agripino Cintra, Maria Teresa<sup>1</sup>.

### **Filiation:**

1. Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco – Brasil
2. Conselho Pastoral dos Pescadores Nordeste – Brasil

**Corresponding:** Priscylla Alves Nascimento de Freitas – [priscyllaaster@gmail.com](mailto:priscyllaaster@gmail.com)

**Keywords:** POPULAR HEALTH AGENTS; PEOPLES OF THE WATERS; HEALTH OF THE PEOPLES OF THE WATERS; ARTISANAL FISHING

### **ABSTRACT**

The aim is to strengthen popular organization and social control in order to overcome socio environmental and health vulnerabilities in artisanal fishing communities in Pernambuco and on the south coast of Paraíba. The training was put together by the Aggeu Magalhães Institute – Fiocruz/Pernambuco, in partnership with the Fishermen's Pastoral Council – CPP and the National

Articulation of Fisherwomen, as part of a project focused on the health of fisherwomen and fishermen after the crude oil spill that hit the coast of northeastern Brasil in 2019. The course took place between August and November 2023, at the Recanto do Pescador Cultural Center, CPP headquarters, in the city of Olinda, state of Pernambuco. It was divided into 4 modules that took place monthly, whose themes were: 1) territoriality and recognition as peoples of the waters; 2) body-territory: territories of existences; 3) what the Unified Health System is and what it offers to peoples of the waters; 4) building strategies to protect the health of peoples of the

waters. Each module lasted two days and the methodology was guided by the political theoretical framework of popular education in health and the pedagogy of alternation. The class was formed based on a prior selection of strategic communities, in order to take into account the territorial diversity of the state's coastline. Based on the selection, the beneficiary communities indicated their representatives. The class was made up entirely of women, totaling 20 students who completed the training process. The body-territory module was developed in the light of the Argentinian experience linked to the movement for people's health. The course was relevant to the discussion on the expressions of the social determination of the health-disease process in fishing communities, much beyond the problems arising from work (the researches use to concentrate at this dimension of social determination), as well as presenting the negative repercussions of conflicts with large enterprises on the health of communities. In addition, it was possible to identify the seriousness of the racism experienced by the communities within the unified health system, and the difficulty the Brazilian state has in recognizing the multiple traditions and ways of existing of traditional peoples, of which the fishermen are a part. In addition, the fact that the class was completely made up of women opened up space for discussion about the living conditions of fisherwomen and the challenges for their struggle. As a product of the course, a popular protocol of "what to do in the event of racism in my community" was created, as well as a community action plan to protect the health of the territories, and a map of the body-territory of the women of the coastal waters is in the process of being drawn up. The experience of bringing together the knowledge of the movements, academia and communities of the waters has been extremely important in supporting a model of care that meets the needs of the country's water communities.

**ID49: The first Free Conference on the Health of Water Peoples in Brazil**

**Autores:** Alves Nascimento de Freitas, Priscylla<sup>1</sup>; Santana dos Santos, Mariana Olivia<sup>1</sup>; Silva Gomes, Camila<sup>2</sup> Batista; João Gonçalves, Valmira<sup>2</sup>; Sousa Silva, Raquel<sup>2</sup>; Rodrigues de Lime, Maria Martilene<sup>2</sup>; Rocha do Espírito Santo, Andreia<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco – Brasil

<sup>2</sup>Conselho Pastoral dos Pescadores – Brasil

**Corresponding:** Priscylla Alves Nascimento de Freitas – [priscyllaaster@gmail.com](mailto:priscyllaaster@gmail.com)

**Keywords:** SOCIAL CONTROL; WATER PEOPLES; POPULAR PARTICIPATION; HEALTH CONFERENCE

This is the 1st Free Health Conference of the Peoples of the Waters – ICLSPA. The Free Health Conferences are spaces for debate and social participation in building the policies of the Unified Health System (SUS). Promoted by civil society, they are an integral part of the National Health Conference process, which takes place every four years as provided for in the Federal Constitution. The decision to hold the ICLSPA came about as a result of closer ties between the Aggeu Magalhães Institute – Fiocruz/Pernambuco and the artisanal fishermen's movements, following the 2019 crude oil spill that hit the entire northeastern coast of Brasil. This led to the creation of a research project focused on the health of fishing communities, which broadened the discussion that had already been started by social movements. As a result, the health debate with the water movements was rekindled and, with the resumption of democratic government in Brasil, the decision was taken to hold the ICLSPA as part of the 17th National Health Conference in Brasil, with the aim of: reflect on the health reality of fishing communities in the states of Brasil, strengthen the articulation of the movements in defense of artisanal fishing on the health agenda, expand and enhance the participation of artisanal fishermen and fisherwomen in the social control of health and contribute to the implementation of the National Policy for the Integral Health of Peasants, Forestpeople and Waterpeople – PNSIPCFA. Our objective was in line with the four thematic axes and the general theme of the conference. Successive meetings were held with representatives of the movements from three regions

of the country, and it was decided that the conference would have the theme "Building tomorrow: Protecting the fishing territory is guaranteeing the health of the peoples of the waters and of society as a whole!". The conference was divided into the following axes: health and fishing territory; workers' health; mental health in the territories; women's health; contamination by pesticides and pollutants from large enterprises; and Primary Health Care. The proposals demanded recognition by the Brazilian state of the negative impacts of the national development model, the expansion of social rights and popular participation, the implementation of the PNSIPCFA and the creation of a specific program aimed at the health of the peoples of the waters, as well as training to qualify health workers to meet the needs of the peoples of the waters of Brazil. It is considered a historic achievement for Brazilian fishing communities, and it is hoped that the proposals presented will be converted into public policies and improve the living conditions of the communities.

## **ID53: Health at the hands of the people: the Community-Based Health Program approach**

**Authors:** Berza, Katharina Anne<sup>1</sup>; Dasmariñas, Jamie Dominique, MD<sup>2</sup>



### **Filiation**

1. Council for Health and Development People's Health Movement – Philippines  
[chdmancom@gmail.com](mailto:chdmancom@gmail.com)
2. Council for Health and Development People's Health Movement – Philippines  
[jndasmariñas@gmail.com](mailto:jndasmariñas@gmail.com) / [chdfau1989@gmail.com](mailto:chdfau1989@gmail.com)

**Keywords:** PUBLIC HEALTH, COMMUNITY HEALTH WORKERS, COMMUNITY HEALTH SERVICES, SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, COMMUNITY PARTICIPATION

### **ABSTRACT**

Throughout the archipelago, varying circumstances worsen health access for many. Public services depend highly on government support, and the lack of supplies and personnel to run health facilities is a prevalent problem. Poor public services prompt most to seek out private health providers, which are often expensive, adding further financial burdens for ordinary Filipinos. Other challenges include the proximity of facilities to geographically isolated and disadvantaged areas, often a long journey from the nearest health center.

Communities thus seek alternatives to subpar health systems. One such model showcases people themselves taking matters into their own hands. Community-Based Health Programs (CBHPs) are grassroots-based, people-managed interventions, with locals at the forefront of diagnosing and resolving their communities' health problems in ways that suit the realities they face.

Backdropped by the turbulence of Martial Law in the early 1970s, when poverty was so rampant that the masses from all walks of life took to the streets, the health situation then reflected the deteriorating conditions of the Philippines. Malnutrition, diseases of poverty, epidemics -- were symptoms of the

country's ill-health. People-centered grassroots health movements have not yet sprung during this time.

This birthed the CBHP in 1973. Its goal is to empower and mobilize communities to be at the forefront of their health by setting-up people-managed health systems and training Community Health Workers amidst the socio-political and economic crises in the country.

Despite hardships during its initial development, CBHPs achieved their goals in health campaigns in *barrios* (villages) of Luzon, Visayas and Mindanao – the three main islands of the Philippines. From one pilot program in each island, CBHPs number to more than 70 to this day, with thousands of Community Health Workers (CHW) trained since 1973.

This report would like to share notable experiences from three CBHPs: 1) the Nueva Ecija-CBHP in Luzon, which aided in the recovery of militarized farming communities in the province of Nueva Ecija; 2) the Negros Island Health Integrated Program for Community Development (NIHPCD), which trained CHWs, providing health services for farming communities caught up in conflict areas in Negros Occidental in the Western Visayas; 3) the Tandag-CBHP in the Caraga region of Mindanao, which worked in aiding rural health units in controlling the local schistosomiasis outbreaks. Spearheaded by CHWs, all programs have been active in farmers' organizations, bolstering health interventions in resource-deficient settings. Interventions like community diagnosis, community clinics, herbal gardens and laboratories, and many more, were illustrated to be used by CHWs, all tailored-fit to keep in touch with the issues and struggles their communities undergo.

CHWs are cognizant that health problems cannot be resolved without addressing the root causes of poverty and disease -- foreign domination, landlessness, and monopoly of power in the Philippine setting. Although the civil, political and socioeconomic situations have since worsened in these areas where CBHPs flourished, learning about the people's experiences in overcoming difficult situations and bringing health at the hands of the people through organizing and mobilization will always serve as a guiding light in the darkest times.

**ID64: UTEP/ EVITA salud. Construyendo comunidad, integración y líneas de cuidado**

**Autorxs:** UTEP/ MOV. EVITA MARCOS PAZ. Santiago Ameigeiras- Sebastián Ameigeiras.

**Filiación:** UTEP/Movimiento Evita

**Correspondencia:** [santiagoameigeiras@gmail.com](mailto:santiagoameigeiras@gmail.com)

**RESUMEN**

**Objetivos:**

- INSTRUMENTAR LÍNEAS DE CUIDADOS EN SALUD PARA LA COMUNIDAD DE MARCOS PAZ, ESPECIALMENTE PARA LXS TRABAJADORXS DE LA UTEP.
- FORTALECER LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA Y EL PROTAGONISMO POPULAR
- CONSTRUIR UN MODELO DE ATENCIÓN CON EJE EN LA APS Y LA ARTICULACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS Y CUIDADOS.

**Descripción de la Experiencia**

- Déficit de profesionales medicxs en el Sistema Público de Salud. Dificultades en la articulación del Hospital Municipal con las comunidades en situación de mayor vulnerabilidad. Territorios fragmentados. Dificultades en el acceso a la atención sanitaria integrada e integral, especialmente de lxs trabajadorxs de la Economía Popular.
- 2021. UTEP/ EVITA. Formación de PCS con actividades prácticas en espacios socio comunitarios.
- Conformación de equipos de salud/Educación/deporte/Asistencia alimentaria/ ludotecas, prevención de consumos problemáticos, en espacios sociocomunitarios UTEP/EVITA.
- Control sanitario de trabajadorxs UTEP, personas en situación de consumo problemático en dispositivo CASA PUEBLO, familias que asisten a comedores populares.

- Jornadas de construcción colectiva de saberes. Preparados medicinales. Jardín medicinal. Producción de cartilla y materiales de promoción. Terapia Neural.
- Jornadas de Salud Comunitaria "Barrio por Barrio" y "Evita Pueblo" en comunidades con dificultades de accesibilidad geográfica y económica. Articulación con Clubes de barrio, Capillas, Centros comunitarios.
- Creación de Centro de Testeo rápido de VIH y sífilis

### **Resultados**

- Conformación de equipos territoriales en 6 espacios sociocomunitarios UTEP EVITA.
- Control sanitario de 200 trabajadorxs. Control de agudeza visual, Evaluación de RCVG, IMC, TA, Estudios de rutina. Evaluación médica. Prevención.
- Realización de 12 jornadas de salud Barrio x Barrio y Evita Pueblo con más de 2400 personas que pasan por los dispositivos de abordaje territorial.
- Relevamientos Nutricionales y atención integral de las familias que concurren a las ollas populares.
- Dispositivo Casa Pueblo para el acompañamiento, asistencia y prevención de consumos problemáticos.
- Realización de 12 "Encuentros yuyeros", jornadas de construcción colectiva de saberes y elaboración de preparados medicinales.
- Articulación con CAPS "DR HOURQUEBIE", Dirección de APS. CASA PUEBLO, CLUB La Loma, Hospital Municipal, MTE, capilla Barrio Torchiaro. Club de Fútbol Barrio el Prado, Club de fútbol Barrio Santa Catalina, Club de fútbol Belgrano, Club de Fútbol Los Aromos, Club Don Rolando, OTROS ACTORES SOCIALES Y referentes territoriales.

### **Lecciones aprendidas**

- La formación de PCS (PROMOTORXS COMUNITARIXS EN SALUD), LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA y EL PROTAGONISMO POPULAR aportan al proceso de construcción de mejores condiciones de vida y salud de las

comunidades, especialmente de lxs trabajadorxs de la UTEP/ EVITA de Marcos Paz.

**Recomendadas para la política de salud**

- La integración/articulación (Movimientos Populares, dispositivos institucionales del sistema público de salud, organizaciones de base) otorgan capilaridad a las políticas sanitarias para el territorio, ponen en tensión las estructuras burocratizadas de los diferentes estamentos del Estado municipal, provincial y nacional y aportan al mejoramiento de la red pública de servicios y cuidados.

**ID71: ¡Alzaremos las voces y serán fuertes! Hacia un taller de usos vocales saludables para la comunidad del barrio Alberdi**

**Autores:** Rivadero Luisina (1); Ramos Elizagaray Libertad (2); Mercado Dávila Iván (2).

(1) Centro de Investigaciones y estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET, UNC).

(2) Clínica Universitaria "Reina Fabiola" (UCC).

**Correspondencia:** [talleruvs@gmail.com](mailto:talleruvs@gmail.com)

**Palabras clave:** USOS VOCALES, BIENESTAR COMUNICATIVO, SALUD VOCAL, PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Nuestras voces nos permiten ser y estar en los barrios que habitamos. La voz es una forma humana de estar presentes y con otros, de transformar -cuanto menos- el aire que nos da vida y -¿una utopía?- el mundo alrededor. El cuidado de las voces que conforman una comunidad es importante para la construcción de sociedades más saludables. El estilo de vida actual se caracteriza, entre otras cosas, por la subordinación de las vidas al trabajo; trabajos que imponen cargas dañinas en los cuerpos, como puede ser la carga vocal.

Es numerosa la evidencia empírica disponible sobre las condiciones y los entornos laborales que pueden resultar nocivos para la salud vocal de usuarios ocupacionales de la voz (como docentes) y el modo en que la voz malsana afecta la calidad de vida. Entonces, ¿entregaremos nuestras voces y bienestar comunicativo al trabajo? ¿O buscaremos comprenderlas como herramientas de lucha hacia la emancipación, y a su cuidado -que involucra el reconocimiento del cuerpo y el ejercicio de prácticas cotidianas no productivas centradas en la vida- como revolucionario?

Son escasas las experiencias comunitarias que ponen la salud vocal como eje y se ocupan de reflexionar en torno a los usos vocales de forma situada. Ante ese vacío, a mediados del 2023 acercamos al Centro Vecinal del barrio Alberdi (CVA) un taller que veníamos compartiendo, hasta entonces, con estudiantes de profesorado.

Alberdi es un barrio ruidoso del centro de Córdoba. En sus plazas se hace bulla porque ahí se encuentran las murgas, se juega a la pelota, se arman ferias y festivales; y en su corazón, cerca del río, laten hinchas alentando. En el barrio hay escuelas, centros culturales y de salud, oficinas de la administración estatal, obras en construcción, comercios y un centro vecinal vivaz que teje lazos y aloja emergentes como el “Taller de Usos Vocales Saludables” (TUVS). Enraizadxs en el trabajo voluntario en apoyo escolar que hace una de las integrantes de este autogestivo equipo de fonoaudiólogxs, pusimos el programa a consideración de lxs vecinxs en asamblea y, dada la bienvenida, invitamos a encontramos semanalmente durante cuatro mañanas de octubre y noviembre. Nos reunimos en torno al objetivo general de reconocer, jerarquizar y potenciar los conocimientos y aptitudes sobre habilidades vocales para lograr usos saludables para los contextos comunicativos de desempeño individual.

Cada encuentro fue guiado por una pregunta: qué es la voz, qué siento en el cuerpo cuando la uso, cómo está y dónde la usamos. Lxs participantes fueron: una arquitecta y feriante, una psicóloga y actriz de teatro infantil, un murguista y trabajador de la huerta comunitaria del barrio y un administrativo que trabaja desde su casa y refirió interesarse por haber hecho en otra ocasión fonoaudiología.

En este relato nos centraremos en contar la experiencia compartida y reflexionar, desde una perspectiva crítica, sobre el taller como un escenario informal de educación donde la promoción de la salud vocal es posible y puede contribuir al movimiento de búsqueda de los cuerpos para ser más libres.

**ID75: El rol de la promotora de salud en pandemia en el Partido de General Pueyrredon**



**Autoras:** Sordini, Natalia; Esteban, Camila; Sordini, Ma. Victoria; Lus Kuhn, Ludmila; Macedo, Paula

**Filiación:** Escuela Superior de Medicina. Universidad Nacional de Mar del Plata.

**Correspondencia:** [nsordini@mdp.edu.ar](mailto:nsordini@mdp.edu.ar)

**Palabras clave:**

PROMOCIÓN DE LA SALUD – TRABAJO DE CUIDADO – TRABAJO COMUNITARIO – MUJERES

**RESUMEN**

El objetivo es caracterizar los modos de realizar promoción de la salud que pusieron en práctica las promotoras barriales de salud en la atención de la emergencia sanitaria en General Pueyrredon en 2020-2023. El diseño es cualitativo, se implementó la técnica de entrevista en profundidad mediante un muestreo teórico a mujeres que se desempeñan como promotoras barriales de salud entre 2020 y 2023 en el marco de los programas detectar, vacunatorio, cuidarnos y el barrio cuida al barrio. Entre los resultados obtenidos se elaboraron los de niveles de intervención de las promotoras, a saber: logística de lo macro; logística de lo micro; estrategias de comunicación; cuidado; trabajo invisible.





# **Política de formación de fuerza laboral en salud colectiva y en atención primaria en salud**

**ID 43. TÍTULO: “PELDAÑOS PARA LA PROFESIÓN”. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA DESDE LA COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

**Autores:** Flores, Cinthia; Lara, Emanuel y Severo, Carla.

**Filiación:** Coordinación de Enfermería del Primer Nivel de Atención, Secretaría de Salud del Municipio de Tigre, Región Sanitaria V, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

**Autor de correspondencia:** Carla Severo [carlajsevero@gmail.com](mailto:carlajsevero@gmail.com)

**Palabras clave:** ENFERMERÍA EN SALUD COMUNITARIA, EDUCACIÓN PERMANENTE, GESTIÓN EN SALUD, SALUD COLECTIVA, ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

**RESUMEN:**

La Coordinación de Enfermería, dependiente de la Dirección de Medicina Asistencial de la Secretaría de Salud del Municipio de Tigre, tiene a cargo la tarea de organizar y fortalecer los servicios de Enfermería del Primer Nivel de Atención (PNA) del subsistema público local. Tiene a su cargo coordinar más de 90 profesionales en veintidós (22) distintos Centros de Atención Familiar y de Salud. Enfermería, representa el 15,5% de la distribución total del plantel profesional. Según nivel formativo, de un total de 88 profesionales en actividad: 44,32% es nivel técnico profesional, el 34,09% con licenciatura y sólo el 21,59% es auxiliar.

Desde el recorrido que presenta ésta coordinación a partir del año 2018 hasta la actualidad, uno de los ejes principales que se desarrollaron fue la Formación Continua. En esa tarea, el problema principal que identificamos actualmente son las dificultades de la profesión para asociar el ejercicio desde las competencias e incumbencias profesionales con un perfil de la especialidad en Enfermería Comunitaria. Esto se asocia principalmente a una baja formación interprofesional del perfil de enfermería comunitaria relacionado con prácticas desde un modelo de atención biomédico tanto en los servicios como en otras modalidades pedagógicas. En función de ésta problemática, una de los ejes prioritarios de la gestión es la Educación

Permanente en Salud cuyo programa tiene como objetivo general promover la formación interprofesional del perfil de enfermería comunitaria con el fin de que mejoren la calidad de las prácticas desde un modelo de atención integral tanto en los servicios como en otras modalidades pedagógicas.

Las líneas de acción del programa son: implementación del Manual de Enfermería Comunitaria, acompañamiento formativo en servicio, realización de encuentros disciplinares sistemáticos, organización y participación de jornadas científicas locales, gestión de la Residencia de Enfermería Comunitaria (provincial) y coordinación de prácticas para estudiantes. El programa en ejecución se propone una evaluación continua a través de indicadores de proceso, impacto y resultado, mediante instrumentos de carácter cuali-cuantitativos. De proceso referidos a los espacios ofertados de formación y los contenidos tratados, así como la valoración de grado de satisfacción en las jornadas de capacitación; de resultados, referido a las acciones que se implementen en el territorio en función de los marcos formativos vistos y la elaboración por parte de enfermería de distintos proyectos comunitarios; de impacto, la satisfacción por parte de las personas usuarias de los servicios proveídos en la comunidad y la participación que presente Enfermería en los diferentes equipos de salud del sector.

Se resalta especialmente que una de las actividades desarrolladas con mayor innovación es la elaboración del Manual de Enfermería Comunitaria, el cual promueve unificar criterios de actuación bajo marcos históricos, éticos, políticos, normativos y epistémicos de la profesión. En conclusión, esta experiencia de gestión pretende ser una política sanitaria que aporte desde un lugar activo y protagónico disciplinar, en la calidad de los cuidados brindados por Enfermería a las personas y sus familias, con una mirada integral, desde una perspectiva comunitaria y en el marco de la Salud Colectiva.

**ID45: ¿Comunicación consciente o inconsciente? La despersonalización de la comunicación en salud**

**Autores:** De Trocchi Carla Soledad<sup>1</sup>, Lestrada Maria Florencia<sup>2</sup>

**Filiación:**

1. Hospital Municipal Dr. Héctor Cura, Facultad de Ciencias de la Salud, UNICEN
2. Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud (APS) de la Municipalidad de Olavarría, Facultad de Ciencias de la Salud, UNICEN

**Correspondencia:**

Carla De Trocchi [carla.detrocchi@salud.unicen.edu.ar](mailto:carla.detrocchi@salud.unicen.edu.ar)

Maria Florencia Lestrada [florencialestrada67@gmail.com.ar](mailto:florencialestrada67@gmail.com.ar)

**Palabras Claves:** ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, COMUNICACIÓN EN SALUD, SALUD PÚBLICA.

**RESUMEN**

El uso de la información en salud es cuestionada e interpretada por todos los sectores de la sociedad y es manifiesto que, en lugar de promover la salud de las personas, desde una concepción biopsicosocial se perjudica la conclusión del problema evaluado por el/la profesional, opacando el tratamiento eficaz por parte del paciente, quien no logra construir una decisión libre al no entender expresamente lo que se está informando.

La meta principal de este trabajo, es aportar cooperación técnica en relación con las funciones esenciales de la salud pública relacionadas con la evaluación, el desarrollo de políticas, la asignación de recursos, y el acceso; para fortalecer los sistemas de salud, en particular para prevenir, detectar, evaluar y responder a eventos que emergen permanentemente en este contexto, logrando promover la adopción de enfoques integrados y multisectoriales encaminados a fortalecer la comunicación en salud de la comunidad con los Centros de Atención Primaria (CAPS) de Olavarría, Pcia. de Buenos Aires, durante marzo a noviembre de 2024. Los objetivos generales son mejorar la calidad discursiva de los/as agentes sanitarios del primer nivel

de atención y orientar a los/as mismo/as a expresar conocimiento posible de ser interpretado por los sujetos de atención.

Intervención: De acuerdo a lo observado como profesoras de la Facultad de Ciencias de la Salud y trabajadoras de APS de Olavarría, Pcia. de Buenos Aires, a partir de la dinámica de grupos focales, nos presentaremos con una periodicidad mensual, en las reuniones de equipo donde trabajaremos desde propuestas lúdicas los objetivos, sin dejar de considerar el contexto determinado de cada uno de los 27 CAPS de la ciudad. Reconociendo las fortalezas y debilidades que cada actor/triz institucional posee en pos de deconstruir parámetros y figuras enraizados en la cultura de cada organización intentando redefinir la identidad de los servicios y la coordinación de esas identidades con la comunidad para la que trabajan, partiendo de una construcción primero individual de cada agente institucional y luego cooperativa y colaborativa promoviendo la elaboración grupal.

Como resultado de la intervención se espera: capacitar al personal de APS desde el lenguaje técnico cuando sea necesario adaptado a las necesidades y demandas poblacionales; deconstruir parámetros comunicacionales heredados; generar un proyecto de prevención y promoción institucional; fortalecer el manejo del lenguaje no verbal a la hora de observar/abordar al interlocutor efectivizando la propia expresión verbal; proponer diferentes alternativas ante las situaciones difíciles o que generan ansiedad, dando tiempo y generando espacios de diálogo y valoración conjunta; construir un protocolo compartido para aplicar en la atención diaria y favorecer el sentimiento de pertenencia con la actividad laboral y el entorno.

Se espera lograr poner en práctica y socializar experiencias de formas de trabajo participativas, que surjan desde propuestas políticas, pero que logren la legitimidad, la construcción colectiva y centrada en las necesidades tanto de los equipos de APS, como de las comunidades que allí asisten.

**ID54: Alegremia: una propuesta pedagógica para la práctica del buen vivir**

**Autoras:** Camila Giugliani y Carmen Lúcia Bezerra Machado.

**Filiación:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Movimiento para la Salud de los Pueblos. Porto Alegre, RS. y Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

**Correspondencia:** [camila.giugliani@gmail.com](mailto:camila.giugliani@gmail.com)

**Palabras-clave:** ALEGREMIA, BUEN VIVIR, EDUCACIÓN EN SALUD.

**RESUMEN**

**Descripción de la experiencia:** La Alegremia es la alegría que circula en la sangre y es percibida por las estrellas que brillan en los ojos. A partir del trabajo creado por el médico, educador popular y activista Julio Monsalvo, junto con comunidades des campesinas del norte argentino, construimos la propuesta del Taller de Alegremia. Desde 2017, semestralmente realizamos un encuentro de 3 a 4 horas con estudiantes de posgrado, en su mayoría profesionales de salud del Sistema Único de Salud. La propuesta pedagógica se construyó sobre la docencia compartida, basada en el trabajo colaborativo de dos docentes, con formación en ciencias sociales/educación y medicina/salud pública, respectivamente. El objetivo es brindar a los estudiantes experiencia en prácticas educativas basadas en los principios de la educación popular y generar reflexión sobre el buen vivir, con alegría. La actividad se desarrolla: 1º) los estudiantes son invitados a un “café educativo” organizado por las profesoras, en una mesa cuidadosamente dispuesta. El grupo se reúne alrededor de la mesa y la gente habla. 2º) lectura colectiva de la Historia de la Alegremia. 3º) clase expositiva-dialogada sobre los principios de la educación popular. 4º) Se invita a los estudiantes a jugar con palabras basándose en la pregunta “¿Qué otras palabras construyen la Alegremia?” y crear un cartel, donde todos colaboran añadiendo sus palabras. Se forma un conjunto de palabras que desencadena reflexiones: ¿Qué importancia tienen estas palabras? ¿Cuál es la relevancia de elevar la Alegremia para el buen vivir? Los estudiantes comprenden sus afinidades y diferencias, se escuchan

y debaten. 4º) se invita a los estudiantes a trabajar en pequeños grupos, a partir de la pregunta desencadenante “¿Qué me enseña la Historia de la Alegría sobre las prácticas educativas?”. Cada grupo comparte sus reflexiones con el grupo grande. 5º) el taller puede finalizar con música u otra dinámica que permita a los estudiantes sentir el poder del “hacer CON”. Si es necesario, el Taller se podrá adaptar a la modalidad online.

**Análisis:** El Taller de Alegremia ha brindado experiencias innovadoras con estudiantes de posgrado lato y estricto sensu, quienes se sorprenden de no haber imaginado nunca encontrar este tipo de “clase” en un programa de posgrado. La experiencia de lo lúdico, lo libre, lo creativo se asocia generalmente con la educación de los niños, y los estudiantes expresan un sentimiento de extrañeza, que gradualmente se disuelve a medida que se entregan a la experiencia. Los estudiantes reflexionan sobre sus vidas y prácticas profesionales, además de confrontar preguntas sobre las prácticas educativas normativas y autoritarias a las que estuvieron y aún están expuestos.

**Conclusiones:** Cada semestre, los Talleres Alegremia brindan a todos los involucrados - docentes y estudiantes - nuevos aprendizajes e ideas para continuar trabajando juntos. Aportes a la Salud Pública: Las reflexiones que surgen de esta experiencia tienen un alto potencial para transformar las prácticas de cada persona que participa, trayendo a su espacio de acción nuevas ideas, más aireadas y libres, para hacer cada vez más el trabajo y el aprendizaje más alegrémicos.

**ID85: Emociones en las prácticas de formación de estudiantes de medicina: un análisis desde experiencias creativas digitales**

Adrián Scribano<sup>1</sup> (CONICET / IIGG Universidad de Buenos Aires)



Sordini María Victoria<sup>2</sup> (INHUS-CONICET / Escuela Superior de Medicina. Universidad Nacional de Mar del Plata)

María de la Paz Scribano Parada (Universidad Nacional de Córdoba; Universidad Nacional de la Rioja)

**Correspondencia:** [adrianscribano@gmail.com](mailto:adrianscribano@gmail.com)

**Palabras clave:** EDUCACIÓN MÉDICA, JUVENTUD, ESTUDIANTES, EMOCIONES, SOCIOLOGÍA.

**RESUMEN**

La formación de jóvenes médicos ha sido, es y será uno de los pilares de la salud colectiva. Entre rituales, estudio intenso, experiencias de vida y muerte y una compleja red de emociones, jóvenes estudiantes se forman como médicos. Este artículo forma parte de nuestro proyecto "Salud, Educación y Juventud: Una mirada desde las emociones" y tiene como objetivo mostrar la conexión entre las ecologías emocionales y políticas de las sensibilidades de un grupo de jóvenes médicos en formación de 4 países latinoamericanos: El Salvador, Colombia, Brasil y Argentina. El artículo aborda uno de los tres momentos de las Experiencias Creativas Digitales que implica la realización de una fotografía que expresa lo que sintieron al atender a sus pacientes en el contexto de su formación. Aprender a curar se cruza con una política de perversión en la que el objetivo es imperativo y los recursos materiales para resolverlo son insuficientes. Fantasmas y fantasías sociales emergen en este lugar de conflicto en los cuerpos/emociones de los estudiantes.





**Salud de los pueblos  
originarios, promoción de los  
saberes ancestrales  
y populares en salud**

## **ID11 MITOS Y CREENCIAS DE ADULTOS MAYORES DEL VALLE CALCHAQUÍ-ARGENTINA, QUE INTERFIEREN CON LA ATENCIÓN DE SALUD**

**Autoras:** Nieva Solana <sup>1</sup>, Analía Ortigoza <sup>2</sup>

### **Filiación:**

1. Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional de Tucumán
2. Doctora en Ciencias de la Salud, Magíster en Salud Pública, Magister en Investigación en Ciencias de la Salud, Docente e investigadora de la Universidad Nacional de Tucumán

**Correspondencia:** Analía Ortigoza [aortigoz@eue.unt.edu.ar](mailto:aortigoz@eue.unt.edu.ar)

**Palabras Claves:** ENFERMERÍA – SALUD PÚBLICA – MEDICINA TRADICIONAL

### **RESUMEN**

**Introducción:** Existe un choque cultural entre los estilos de vida y los patrones de comportamiento en el cuidado y prácticas de salud de la población de pueblos originarios, y los servicios de salud. En las comunidades del Valle Calchaquí en el norte de Argentina, existen saberes ancestrales que fueron transmitidos de generación en generación, así como sus costumbres, cultura e identidad, y que a pesar del paso del tiempo aún siguen vigentes.

**Objetivo:** identificar los mitos y creencias presentes en los adultos mayores del Valle Calchaquí que interfieren o impiden la asistencia a los servicios de salud.

**Diseño Metodológico:** Se realizó un diseño mixto, el enfoque cuantitativo se llevó a cabo a través de un estudio descriptivo de corte transversal, con el enfoque cualitativo se estudió la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos, por las narrativas personales, las historias de vida, los relatos, las experiencias internas, vitales y por aquello que las personas piensan y por lo que ese pensamiento significa e implica en relación con la asistencia a los servicios de salud. La población bajo estudio estuvo conformada por 32 adultos mayores del Barrio Pie de la Cuesta. Se recolectaron los datos a través de una entrevista personal realizada en visitas domiciliarias durante el

segundo semestre del año 2022, se solicitó consentimiento informado y se anonimizó la información. En el enfoque cualitativo se identificaron los datos de importancia desde el punto de vista del problema de investigación, y se jerarquizaron sobre otros, se aplicaron estrategias de categorización y contextualización, que examinan relaciones de similitud y contigüidad. Se utilizó el software de código libre Iramuteq.

**Resultados:** El 50% de participantes posee entre 63 y 71 años, el 66% son mujeres, y el 87% pertenece a la comunidad indígena, el 34% no asiste a ningún tipo de servicio de salud, y siempre consulta sus problemas de salud con curanderos/sanadores. Existe una representación social de los saberes del curandero que le son propias y difieren del saber médico, identifican un conjunto de afecciones, “males” o problemas de salud como “paletilla”, “susto”, “pulso” que aquejan principalmente a los niños, y que sólo sus curanderos/sanadores pueden ver y curar. Se percibe una pérdida o disminución de personas de la comunidad Indígena que realicen estas prácticas, o la inaccesibilidad geográfica para llegar a los lugares en donde viven, los adultos mayores acuden a los servicios de salud como última opción, por imposición de la familia y no por voluntad propia.

**Conclusiones:** Existen barreras culturales muy arraigadas en la población indígena, con un reconocimiento de dones y saberes superiores de sus curanderos por sobre la medicina, la mayor proporción de los adultos mayores que asisten a los Centros de Salud lo hacen por imposición familiar, con gran resistencia a cumplir las indicaciones terapéuticas dadas. Es importante la implementación de programas de salud con enfoque intercultural que permita a los equipos de salud considerar estos resultados para implementar estrategias de intervención comunitarias efectivas.

**ID23: Relatos sobre salud en comunidades campesinas de los valles calchaquíes argentina: un abordaje a través de la palabra, las imágenes, y el paisaje sonoro**

**Autores:** Bruno Fitte<sup>1,3</sup>; Carina Basset<sup>1,2,3</sup>; Kevin Denis Steffen<sup>1,2,3</sup>; María Laura Gos<sup>1,2</sup>; Andrea Dellarupe<sup>1,3</sup>; Paula Olaizola<sup>4</sup>; María del Rosario Robles<sup>3,5</sup>; Juan Manuel Unzaga<sup>1,2</sup>



**Filiación:**

1. Laboratorio de Inmunoparasitología (LAINPA), Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad Nacional de La Plata (UNLP)
2. Cátedra de Parasitología y Enfermedades Parasitarias, Facultad de Ciencias Veterinarias, UNLP
3. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)
4. Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA)
5. Centro de Estudios Parasitológicos y de Vectores (CEPAVE), UNLP/ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

**Correspondencia:**

Bruno Fitte [fittebruno@gmail.com](mailto:fittebruno@gmail.com)

Carina Basset [cmbasset@gmail.com](mailto:cmbasset@gmail.com)

**Palabras claves:** COMUNIDADES CAMPESINAS - SABERES ANCESTRALES - SALUD - BUEN VIVIR - ARTE-CIENCIA

**RESUMEN**

**Fundamentación.** Esta propuesta tiene como objetivo compartir experiencias vividas en el marco del proyecto "Promotorxs del Buen Vivir", llevado adelante en diferentes comunidades campesinas de los Valles Calchaquíes, Salta, Argentina, a partir del trabajo conjunto entre la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), la Agencia de Extensión Rural Seclantás del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), la Red Valles de Altura, y las Comunidades Unidas de Luracatao. El proyecto tuvo como objetivo la formación técnica de productores campesinos/as en el área de las parasitosis con importancia sanitaria, bajo las perspectivas de Una Salud y el Buen Vivir. Durante su

ejecución, fueron muchos los saberes y las prácticas ancestrales ligadas a la salud que han sido compartidas y discutidas por los/as participantes, incluyendo conceptos con finalidad diagnóstica, métodos de prevención y/o tratamientos. Así, la finalidad de esta propuesta es, a partir de la sinergia entre lenguajes artísticos y relatos testimoniales, visibilizar y poder reflexionar acerca de estas acciones y cosmovisiones que tienen consecuencias concretas en las dinámicas productivas y sociales vinculadas a la salud dentro y entre las comunidades.

**Descripción de la propuesta.** Esta propuesta intenta poner en valor parte del material recopilado durante los años del proyecto, a través de la utilización de la palabra, las imágenes, y el paisaje sonoro. Para ello, a partir de un relato poético, se abordarán diferentes experiencias ligadas a la salud compartidas en el territorio: el corazón de una calandria como tratamiento de un niño que no habla; el cuidado de las productoras caprinas para evitar pastar con sus animales encima del Antigal, ya que esa memoria territorial les genera abortos y malformaciones; las Bolsitas de agua y las Hojas de coca encontradas durante las faenas (que dentro de la academia y el sistema de salud formal son conocidas como las larvas del parásito de la hidatidosis, y el parásito *Fasciola hepatica* respectivamente), etc. Acompañando al relato, se ejecutará en vivo un paisaje sonoro utilizando guitarras, flautas (traversa, quena) y dispositivos de grabación de bucles rítmicos y melódicos. Asimismo, en una pantalla se estarán proyectando fotos sobre las experiencias relatadas y sus paisajes.

**Propuestas, recomendaciones y aportes a la Salud Colectiva.** Del intercambio y construcción colectiva de saberes se abre la posibilidad a reflexionar sobre perspectivas e interpretaciones comunitarias. Para el caso de conceptos y prácticas que tienen que ver con observaciones concretas de problemáticas en salud en la región, esta experiencia aporta a la discusión sobre la manera en la cual entendemos se deben abordar estas temáticas en cada territorio. Es necesario un abordaje situado de las problemáticas ligadas a la salud, ya que en cada territorio quedan incluidos factores transversales que son parte de la cultura de cada pueblo, como por ejemplo los ligados a la espiritualidad. A su vez, creemos que este tipo de experiencias nos invitan a acercarnos a

estos temas desde la sensibilidad y el respeto, haciendo a un lado los prejuicios y preconceptos, y resaltando los aportes tanto intelectuales como emocionales que generan estos proyectos interculturales.

**ID27: Interculturalidad y salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas del NOA: aportes a la formación en medicina desde una perspectiva bioética y de género**

**Autores:** Victor André Martins de Miranda; Maria Marta Mainetti; Julieta Echeverria



**Filiación:** Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata

**Correspondencia:** Victor André Martins de Miranda  
[victorandremm@gmail.com](mailto:victorandremm@gmail.com)

**Palabras clave:** INTERCULTURALIDAD- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA- MUJERES INDÍGENAS DEL NOA

**Resumen**

La Escuela Superior de Medicina (ESM) de la Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina), por medio del Campamento Sanitario, interactúa con comunidades originarias - Qom, Wichi, Diaguitas-, en provincias del noroeste argentino (NOA). Este campamento es una instancia de práctica comunitaria en el último año de formación. Dentro de las actividades de promoción y prevención a la salud llevadas a cabo, está la provisión de métodos anticonceptivos y consejería respecto de la salud sexual y reproductiva. Estas actividades, como otras, son atravesadas por dinámicas complejas que incluyen la atención en contexto intercultural. Las dinámicas de género en dichas comunidades poseen particularidades propias, así como los sentidos de la práctica reproductiva. Ofrecer atención en salud sexual y reproductiva a las comunidades indígenas requiere el conocimiento de sus percepciones, demandas y dinámicas de poder vinculadas al rol de género. Este trabajo presenta el proyecto que obtuvo una beca de investigación de la Universidad Nacional de Mar del Plata en la carrera de Medicina. La investigación busca explorar los aspectos bioéticos de la salud sexual y reproductiva en general y del acceso a métodos anticonceptivos en particular, de mujeres de comunidades que participan de las actividades del Campamento Sanitario. Desde el punto de vista teórico, se indagará desde una perspectiva bioética

con enfoque latinoamericano, de género e intercultural, que considera las desigualdades. Desde el aspecto metodológico, se trata de una investigación cualitativa con diseño exploratorio-descriptivo. Se realizarán entrevistas en profundidad a las mujeres que participan de las actividades realizadas por el Campamento Sanitario y entrevistas semi-estructuradas a estudiantes avanzados de la ESM; comprendiendo que la atención en contexto intercultural es un encuentro, es necesario también observar y entender las narrativas de los estudiantes respecto de su práctica.

Dado que las comunidades indígenas son consideradas por diversos documentos de ética de la investigación como vulnerables, se tendrán en cuenta especialmente todos los recaudos éticos en la interacción con las mujeres de estas comunidades. Asimismo, la ética de la investigación debe ir más allá del cuidado de los sujetos individuales, protegiendo al conjunto de la comunidad frente a posibles daños. Tanto más en los pueblos originarios cuya identidad tiende a ser colectiva, y por eso sus miembros se encuentran muy unidos en torno a sus ideales y valores ancestrales. Por lo tanto, si así se requiriera, se realizará un consentimiento informado con quienes sean responsables de la comunidad. A través de los relatos de las mujeres y de los estudiantes se indagará en el acceso, los obstáculos y los determinantes socio-culturales de la salud sexual y reproductiva de las comunidades. Se espera que la investigación contribuya en la comprensión de los aspectos interculturales en juego en la atención a las comunidades originarias. Asimismo, que construya herramientas para una atención en salud intercultural crítica, con una perspectiva bioética y de género consciente de las particularidades locales de las mujeres indígenas, y que esto constituya un aporte para la formación en Medicina y para los servicios de salud que brindan atención a estas comunidades.

**ID59: "Chama de alegría - 20 años centro espiritual pachamama": reportando la sistematización de experiencia de dos décadas de buen vivir en la espiritualidad**

**Autores:** Friedrich, Neidi Regina; Meneses, Michele Neves; Willig, Caroline Luiza; Kirsch, Rosana; da Silva, Rômulo; Eduardo Martins Garcia; Giuliatti, Bruna Tonello; Rùhee, José Thiago Lemes

**Filiación:** Centro Espiritual Pachamama (CEPAMA)

**Correspondencia:** [centroespiritualpachamama@gmail.com](mailto:centroespiritualpachamama@gmail.com)

**Palabras clave:** ESPIRITUALIDAD; BUEN VIVIR; SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA; CORTOMETRAJE.

**RESUMEN**

**Descripción de la experiencia:** En este relato presentamos la sistematización de experiencia de los 20 años del Centro Espiritual Pachamama (CEPAMA), culminando en la producción de un corto documental y un álbum de canciones. CEPAMA es una institución de espiritualidad universal que opera en Rio Grande do Sul/Brasil, que se organiza en base a la economía solidaria y la autogestión, ejerciendo la no mercantilización de medicinas sagradas y prácticas espirituales. Realizamos actividades que incluyen Ceremonias de Medicina, Ruedas de Sanación, Ruedas de Aruanda, Yoga, Reiki, festividades, Ferias de Arte y Cultura, encuentros para el cultivo del jardín de plantas sagradas.

**Análisis:** La sistematización de esta experiencia se da a través de imágenes, música y testimonios. También se registrará la forma de ayahuasca, cuya producción permite compartir conocimientos sobre esta práctica ancestral, que involucra la fuerza de la producción colectiva en el cuidado de la chacrona y el jagube, la construcción de la cocina y la preparación de la medicina, producida por CEPAMA desde 2019. En Brasil, la ayahuasca está regulada desde la década de 1980 y cuenta con el respaldo de la ciencia para ayudar a tratar la depresión, ansiedad, dependencia química, traumas, entre otros. Un foco de sistematización es el liderazgo de los guardianes de CEPAMA

y del colectivo de integrantes que forman la “Familia Pachamama”. El posicionamiento político es otro punto importante en la trayectoria, permeando su acción solidaria y no comercial, la lucha anticolonial con la defensa de la naturaleza, la economía solidaria, los pueblos originarios y de origen africano y la preocupación por acoger a las minorías.colectivos, contra cualquier tipo de discriminación y prejuicio étnico, racial, de género o de clase. El desarrollo artístico y especialmente musical comprende el aprendizaje individual y colectivo en CEPAMA.

**Conclusiones:** Como parte de la sistematización, organizaremos la partitura musical del documental y produciremos un álbum de canciones. Entre las canciones creadas por los miembros de la Familia se encuentra “Chama da Alegria”, un himno de CEPAMA que dará título al cortometraje y álbum. Mostrar la llama de la alegría que se enciende en CEPAMA y desde allí es objetivo de esta recuperación de la trayectoria de 20 años. El cortometraje junto con las canciones, frutos de la sistematización, son financiados por la Lei Paulo Gustavo, una política pública de fomento del Gobierno Federal mediante desembolso del Municipio de Novo Hamburgo/RS que fue creada debido a la crisis económica que vive el sector cultural en el contexto de la pandemia del Covid-19 y el abandono del gobierno de Bolsonaro. CEPAMA entiende la espiritualidad como parte de la cultura y mantuvo sólo actividades virtuales durante la pandemia, sintiendo los impactos generados por la negligencia del gobierno hacia la vida y la cultura brasileñas.

**Propuestas:** Un gran desafío es el diálogo entre los saberes populares/ancestrales y académicos. En este sentido, la inclusión de la espiritualidad como tema importante en la salud colectiva puede ayudar a construir posibilidades de una salud integral y caminos para el buen vivir.

**ID68: Diálogo de saberes en torno a modelos de atención en salud en el territorio de Cayumapu, región de los Ríos, aproximaciones para una atención farmacéutica con enfoque comunitario e intercultural**



**Autora:** Manríquez Manquehual, María Belén

**Filiación:** Universidad Austral de Chile

**Correspondencia:** María Belén Manríquez Manquehual.  
[belenbelenu.u@gmail.com](mailto:belenbelenu.u@gmail.com)

**Palabras claves:** ATENCIÓN FARMACÉUTICA COMUNITARIA, MEDICINA TRADICIONAL, AUTOATENCIÓN EN SALUD, PLURALISMO ASISTENCIAL.

**RESUMEN**

En nuestro país se observa una diversidad de culturas, que resulta en diferentes prestaciones de servicios de salud, diferentes del modelo de salud biomédico, lo que requiere considerar enfoques más amplios y diversos en cuanto a la atención sanitaria, siendo el Químico Farmacéutico un profesional especialista en medicamentos y productos con actividad biológica, capacitado para participar en la integración de estos modelos de atención propuestos por Menéndez. Al trabajar en la integración de las culturas y los modelos de atención, este profesional puede contribuir a promover una atención farmacéutica centrada en las personas más humanizadas, consciente de las necesidades y sus contextos culturales, brindando una atención más integral y efectiva hacia las personas. El objetivo principal de la presente investigación se centra en comprender experiencias respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, desde un diálogo de saberes en torno a los modelos de atención en salud en personas que presenten enfermedades crónicas no transmisibles y sean usuarias de modelos de atención en salud hegemónica y/o tradicional o alternativa, con el fin de integrar estos saberes y conocimientos para un enfoque de salud familiar y comunitaria, e intercultural. Esta corresponde a una investigación cualitativa centrada en un paradigma participativo, con un diseño metodológico de investigación acción participativa, realizada mediante

observación participante en un diagnóstico participativo, y entrevistas semiestructuradas que permitieron obtener información mediante un diálogo de saberes, en torno a modelos de atención en salud relevantes en el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención. Esta investigación está centrada en la localidad de Cayumapu, situada en la región de los Ríos, la cual posee una gran influencia de cultura mapuche y conciencia medioambiental debido al lugar en el cual está inserta la comunidad. Dentro de los principios éticos de la investigación, la misma está centrada en los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, en el cual los participantes firmaron un consentimiento informado en donde se detalla la información general de la investigación, siendo aprobado por el Comité Ético Científico de los Ríos. Los resultados fueron expresados de acuerdo con las dimensiones de análisis como las necesidades de atención en salud, terapias farmacológicas y autoatención, y conocimiento sobre medicina tradicional y occidental como estrategias de autoatención. En el marco de la discusión se hace énfasis en la construcción de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención que tienen las personas. Además de la importancia que se le asigna al entorno donde viven, ya sea familiar, social o territorial. Finalmente, la influencia que presenta la medicina tradicional en cómo se entiende el concepto de salud en las comunidades, mediante estrategias de autoatención y uso de plantas medicinales. Dentro de los hallazgos relevantes destaca la importancia de la integración de los modelos de atención en salud para poder lograr una atención farmacéutica centrada en las personas con una perspectiva más holística e integral, haciendo hincapié en el cambio de paradigma del rol como Químico Farmacéutico.





# Salud mental comunitaria

**ID7: The impact of collaboration between traditional healers and biomedical practitioners on mental health treatment in Uganda**

**Author:** Bukenya; Denis Joseph



**Filiation:** Executive Director Human Rights Research Documentation Centre (Huric-Uganda)

**Corresponding author:** [denisbukenya@gmail.com](mailto:denisbukenya@gmail.com)

**ABSTRACT**

**Conclusion**

The results show the reality of traditional healers playing an integral role in treatment of mental health problems. They are an important resource towards the provision of primary mental health services. However, the project has also assisted traditional healers to recognise their limitations in treatment for a diverse range of medical conditions and has also encouraged them to refer severe cases to health workers at an early stage. As a matter of preposition, the need for Improved supervision of traditional healers' works in primary health care and health worker practitioners is necessary. It is also encouraged that traditional healers work side-by-side creating a favorable model where medical workers and traditional healers refer each other patients. Some practices of the traditional healers should be eradicated regardless of the associated. This programme encouraged training of primary health care workers in the techniques and good practices of the traditional healers. The Ugandan healers' ability to deal with mental disorders and these divine powers should be harnessed to produce effective outcomes.

It is of utmost importance that the traditional healers are helped to acknowledge their limitations in the treatment of the diverse range of medical conditions and to be encouraged to refer severe cases to health workers at an early stage. The Reflection and new challenges established in this programme was with medical pluralism where the patient majority concurrently seek both traditional and allopathic treatment.

**ID16: “La capacidad de amar(se)”: transformaciones (re)subjetivantes en el Programa Municipal de Atención en Adicciones de Pinamar**

**Autores:** Frisoli, Luis; González, Luciano; Roda Zoppi, Alejandro; Altamirano Raminger, Cintia.



**Filiación:** CAPS Valeria del Mar, Partido de Pinamar, Provincia de Buenos Aires. Calle Guanca y El Cano.

**Correspondencia:** [csaltamiranoraminger@gmail.com](mailto:csaltamiranoraminger@gmail.com)

**PALABRAS CLAVE** TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS (ADICCIÓN), ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, TERAPIA PSICOANALÍTICA, TERAPIA DE GRUPO, PSICODRAMA.

**RESUMEN**

En un escenario donde la comunidad buscaba ser escuchada, un grupo de profesionales se encuentra para alojar el pedido de ayuda: nace así, desde el Primer Nivel de Atención, el Programa Municipal de Atención en Adicciones, conocido como 'PMA'. ¿Qué transformaciones (Re) subjetivantes expresan las personas que participan del entramado pluriterapéutico que ofrece el PMA del Municipio de Pinamar, entre los años 2020 y 2023? Sentimos la necesidad de dar cuenta de nuestra práctica, que innova en cuanto al escenario terapéutico (el territorio, 'lo ambulatorio', 'lo cotidiano' no escindiendo a la persona de su contexto real) y al entretejido singular y grupal de 'lo terapéutico'. Nos propusimos desde un estudio de caso intrínseco, caracterizar dichas transformaciones, profundizando en los movimientos subjetivantes que pueden reconocerse desde las evocaciones y en los registros –singulares y grupales producidos por las personas padecientes, familiares y terapeutas que integran el PMA. A medida que profundizamos en el caso, encontramos que cada persona que transita el PMA, sea familiar, terapeuta o padeciente se mueve. Las historias de transformación se suceden, se recuperan en sus capacidades de amar(se). ¿Por qué el PMA lo logra? porque el entramado terapéutico ofrece la complejidad que cada persona necesita, en el lugar donde las personas habitan.





# Salud y derechos humanos

**ID9: Reflexión del trabajo médico asistencial en una comunidad WICHI con metodología fotovoz**

**Autoras:** María Rezzonico; Daniela Epstein; Judith Estremero; Celia Iñurrategui; Teresita Reboa; Vilda Discacciati

**Filiación:** Instituto Universitario de Hospital Italiano de Buenos Aires

**Correspondencia:** Vilda Discacciati [vilda.discacciati@hospitalitano.org.ar](mailto:vilda.discacciati@hospitalitano.org.ar)

**Palabras clave:** INTERCULTURALIDAD, FOTOVOZ; INVESTIGACIÓN CUALITATIVA; PROMOCIÓN DE LA SALUD; SALUD INDÍGENA; SALUD PÚBLICA.

**RESUMEN**

Trabajo de reflexión de una comitiva sanitaria del programa sociosanitario educativo, sobre la atención médica en una comunidad wichi en Santa Victoria Este, provincia de Salta. Se realizó con metodología de foto voz. Las autoras ponen en relieve elementos de interculturalidad con marco de perspectiva de derechos humanos.

La población originaria representa el 2,38% del total de la población argentina y conforman 31 pueblos indígenas distribuidos en el territorio nacional según el censo 2010. El instituto Universitario del Hospital Italiano cuenta con un programa sociosanitario educativo (ISTHAT) orientado a formar profesionales en medicina social e intercultural. La comitiva de seis profesionales que participaron del programa en junio de 2023, realizó un trabajo de reflexión sobre la actividad asistencial en una comunidad Wichi. Los objetivos específicos fueron reconocer elementos de interculturalidad, a través de la metodología de foto voz, para identificar a través de la imagen qué aspectos son valorados o puestos en cuestionamiento según las biografías y creencias de las participantes. Los puntos sobresalientes fueron repensar los límites del respeto a otra cultura en escenarios de potencial riesgo a la salud, el lenguaje como elemento identitario y principal barrera, la mirada del poder en la comunidad con lente de género y, se hicieron tangibles los derechos más básicos vulnerados como el acceso al agua segura y disponer del territorio. Las fotografías fueron una herramienta valiosa para analizar la experiencia en

terreno en el marco de la interculturalidad. Los temas que surgieron resultaron relevantes y ofrecen una oportunidad para pensar estrategias que acerquen al equipo de salud.

**ID26: Derechos sexuales y reproductivos y ejercicio de ciudadanía entre las mujeres del oeste de La Pampa**

**Autora:** Galende Villavicencio, Pilar \*

**Filiación:** Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de La Pampa (UNLPam).

**Correspondencia:** [pilargalende@gmail.com](mailto:pilargalende@gmail.com)

**Palabras clave:** GÉNERO; DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS; CIUDADANÍA; INTERSECCIONALIDAD.

**RESUMEN**

Este trabajo busca indagar en las tensiones que operan entre el status jurídico de los derechos sexuales y reproductivos y su ejercicio efectivo por parte de las mujeres del oeste pampeano desde un análisis interseccional y situado en el paraje rural Chos Malal de La Pampa, cuyos/as pobladores/as concentran los peores indicadores de desarrollo económico y social de la provincia. Como objetivo, se propone analizar los factores que atraviesan la brecha entre ciudadanía formal y real en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos entre las mujeres puesteras del Paraje Chos Malal desde una perspectiva de género e interseccional. Metodológicamente, el trabajo se enmarca en un abordaje cualitativo para recuperar las experiencias de profesionales de salud que asisten la zona, recopiladas mediante observación participante en terreno y entrevistas en profundidad durante los años 2021, 2022 y 2023. Como fuentes secundarias, se recurrieron a datos estadísticos y entrevistas brindadas por el Programa provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable. Como anclaje temporal, se toma como referencia el surgimiento de dicho programa en el año 2002, como momento bisagra en el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como política pública de Estado. Entre los resultados, puede afirmarse que si bien los avances en estos marcos normativos representan una ampliación de derechos ciudadanos, su goce efectivo por estas mujeres se encuentra condicionado por la intersección de factores vinculados al género, la

ruralidad, la pertenencia cultural y su posición de clase. Las condiciones de reproducción social que supone para las mujeres habitar el espacio rural tienen un impacto directo en términos de oportunidades y acceso a derechos. La economía familiar de subsistencia depende en gran parte de las labores femeninas productivas y reproductivas con una marcada división sexual del trabajo. Las relaciones de género al interior de los puestos impactan en sus posibilidades de tomar decisiones autónomas sobre su sexualidad y sus pautas reproductivas, lo cual sumado a la escasa presencia del Estado en servicios médicos y al factor territorial, conforman una situación de extrema vulnerabilidad para la salud de estas mujeres. En conclusión, la conquista de la ciudadanía formal ha sido necesaria pero no suficiente para garantizar la salud sexual y reproductiva de todas las ciudadanas pampeanas.

\*Integrante del proyecto de investigación “Políticas públicas y acciones colectivas en contextos de avance de fronteras. Estudios de caso en la provincia de La Pampa”

**ID29: Adaptación y aplicación del código de comercialización de sucedáneos de la leche materna en la Argentina utilizando la herramienta NETCODE.**

Experiencia piloto en el Municipio de Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires

**Autores:** Alderete Mariela; Benítez Natalia; Salgado Pablo; Mercer Raúl.

**Filiación:** Programa de Ciencias Sociales y Salud. FLACSO, Argentina

**Correspondencia:** [marielaalderete23@gmail.com](mailto:marielaalderete23@gmail.com)

**Palabras claves:** LACTANCIA MATERNA, SUSTITUTOS DE LA LECHE HUMANA, VIGILANCIA DE PRODUCTOS COMERCIALIZADOS.

**RESUMEN**

El Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna (CICSLM) fue adoptado en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud en 1981 con el fin de proteger la lactancia materna, asegurando el correcto uso y comercialización de sus sucedáneos. Es una herramienta destinada a regular las estrategias de marketing de las corporaciones que elaboran alimentos para bebés y preservar los derechos de la niñez a la leche humana.

En 1997, una resolución del Ministerio de Salud de la Nación Argentina aceptó al CICSLM en todos sus términos y modificaciones posteriores y lo incorporó al Código Alimentario Argentino (CAA). En el año 2015 mediante la reglamentación de la ley de Promoción y Concientización Pública de la Lactancia, se especuló que el cumplimiento de este debe realizarse hasta los 2 años de vida del lactante.

El objetivo del trabajo fue revisar y adaptar los instrumentos de la metodología NETCODE y evaluar el nivel de cumplimiento de las disposiciones establecidas en el CICSLM.

Para llevar a cabo el estudio se conformó una mesa técnica compuestas con referentes de las organizaciones que trabajan en la promoción de la lactancia y cuidado de la salud de la niñez (OPS, UNICEF, FLACSO) quienes fueron los

encargados de realizar la adaptación de la metodología NETCODE, propuesta por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF para el monitoreo del cumplimiento del CICSLM.

La aplicación de los instrumentos adaptados fue llevada a cabo en el Municipio de Malvinas Argentinas, provincia de Buenos Aires, en los centros de atención primaria de la salud, el hospital pediátrico y la maternidad. Los destinatarios fueron las madres y padres que concurren al control de niños y niñas sanos menores de 24 meses y profesionales de la salud pertenecientes a los establecimientos sanitarios mencionados.

Además, se evaluó la presencia de material promocional de SLM dentro de los centros de atención y puntos de ventas cercanos a cada uno de los centros de salud con el propósito de realizar un relevamiento de la oferta y promociones de SLM. También se relevó el marketing digital de las empresas de SLM.

Los principales logros consistieron en la adaptación de los instrumentos y su aplicación en el trabajo de campo.

Hubo logros vinculados con el proceso de adaptación que consistió en la digitalización de los instrumentos propuestos para la evaluación de madres y profesionales. En lo referido a la evaluación del punto de venta se registraron las violaciones a través de registro fotográfico. Sobre el componente digital, se pudo observar cómo las empresas de SLM utilizan diferentes recursos para promocionar sus productos a través de estrategias de marketing engañosas.

A partir de la adaptación del protocolo NETCODE al contexto local se considera necesario realizar evaluaciones periódicas del cumplimiento del CICSLM con el fin de proteger la lactancia humana de las prácticas inadecuadas de promoción y venta de SLM.

### **ID 31. Los trabajadores de la salud pública argentina en la post-pandemia.**

**Autor:** Jorge Yabkowski

**Filiación:** FESPROSA (Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina)

**Contacto:** [jorgeyaco@gmail.com](mailto:jorgeyaco@gmail.com) [fesprosa@gmail.com](mailto:fesprosa@gmail.com)

#### **RESUMEN**

Argentina cuenta hoy con 1.700 hospitales y 6.000 unidades sanitarias donde trabajan medio millón de profesionales técnicos junto a personal de apoyo. En la pandemia hubo un simulacro inicial de reconocimiento social que luego se fue diluyendo instalándose un manejo técnico burocrático y vertical por parte de las autoridades estatales que impidió toda opinión de los trabajadores en la gestión de este grave evento sanitario. Murieron más de 600 sanitarios y más de 100.000 fueron infectados. Muchos sufrieron secuelas que aún hoy están pendientes de evaluación. Las condiciones de vida y materiales de los trabajadores de la salud empeoraron al finalizar la pandemia al igual que las condiciones de vida del resto del pueblo argentino. La pobreza alcanzó al final del gobierno de Alberto Fernández al 45% y hoy con las medidas de ajuste del presidente ultraderechista Javier Milei saltó al 57%.

Presentamos en este breve trabajo nuestra visión de sindicalismo ciudadano y comunitario comprometida con los derechos de sus representadas y representados así como de los usuarios y usuarias del sistema público de salud. La Federación que representamos nuclea a 30.000 trabajadores de más de 20 provincias y tiene como objetivo la defensa no sólo de las condiciones materiales y laborales sino también el de aportar a una nueva visión de salud pública universal e inclusiva. Participó activamente del movimiento multisectorial de los 15 puntos por el derecho a la salud y a nivel internacional es fundadora de la Federación Interamericana de Trabajadores de Salud en el marco de la Internacional de Servicios Públicos, uno de cuyos objetivos centrales es influir sobre el tratado de pandemia hoy en discusión, en el cual no contempla los derechos de los países dependientes y de los trabajadores de salud.

**ID33: Mental health, nursing at the forefront: assistance during the COVID-19 pandemic in villages in the heart of the Amazon**

**Autoras:** Sena, Tânia Conceição<sup>1</sup>; Torres, Marta Giane Machado<sup>2</sup>; Medeiros, Jessica Farias Dantas<sup>3</sup>; Trevisan, Inês<sup>4</sup>

**Filiation:**

1. Worker at the Distrito Sanitário Especial indígena (DSEI Altamira). Militant of social movements and women's in defense of human rights and people's health.
2. State public servant in specialized assistance in HIV/AIDS-UREDIPE/SESPA. Member of the Women's Forum of the Amazon of Pará and the Movement for People's Health.
3. Activist of the Movement for the Health of the People Circle Brazil.
4. Professor at the Department of Biological Sciences at the Universidade do Estado do Pará. Activist for scientific literacy in the Amazon. Programa de Pós-graduação em Educação e Ensino de Ciências na Amazônia (PPGEECA/UEPA).

**Correspondence:** Tânia Sena Conceição [tsena01@gmail.com](mailto:tsena01@gmail.com)

**Keywords:** HEALTH IN THE AMAZON; MENTAL HEALTH; NURSING

**ABSTRACT**

This summary aims to report situations that I experienced as a nurse at the Special Indigenous Health District (DSEI) in the municipality of Altamira - Pará on a trip to treat cases of Covid-19, to the indigenous people of the Ita'aka village in the Kwatinemo Indigenous Land, region of the Middle River Xingu, Amazon. On 09/15/2021, I was informed about the assigned mission and promptly organized my personal belongings and work materials to respond to the unexpected call. The chief informed that the vessel (voadeira) would leave shortly after lunch the following day, taking indigenous people and nurses to other villages. My work was located in the Ita'aka village, one kilometer from the port/beach and we would arrive in the afternoon. At around 6pm on the sixteenth, the pilot stopped the vessel on the bank of the Xingu River, informing that he could only get there, as the village was nearby and he needed to

continue the journey with the others. He instructed me to follow the footprints on the ground to the village without taking any belongings: equipment, medicines, gas cylinders and food, as the indigenous people could pick them up later. I followed the footprints in the sand facing obstacles until they disappeared. Lost and confused, I looked ahead and saw an arm of the river, I followed its bank for approximately thirty minutes, until I saw boats on the other side, with signs indicating the presence of a community and roofs among the dense vegetation. Relieved, I imagined that I had arrived at the village, I called and shouted, without any response. It was already night and I was alone in the forest, fearing contracting diseases such as malaria and yellow fever. Given the circumstances, the risk was increasing, as venomous animals and mammals move to the banks to drink water. I abandoned my backpack containing rapid Covid-19 tests and swam across the river, walked on the rocks, approached the boats and headed towards the old houses in the middle of the forest. Again I cried for help with no response. I looked around and saw a path, I continued for more than a kilometer in the darkness, when I finally found the village. I reported what happened to an indigenous woman who sent me to the village's Nursing Technician's house, being surprised, as she had not received notification of my departure, making it impossible for her to notify the indigenous people to meet me at the port. After the embarrassment, the indigenous people promptly searched for my belongings that were on the port where I had left them, in addition to recovering my backpack on the river bank. Only then did I notice the lack of a bag, which contained: personal hygiene items, a hammock and clothes, which had continued on the journey alongside the vessel. Today, I realize that due to my determination and also luck, I managed to find the Ita'aka village, guaranteeing my physical integrity, but it triggered profound trauma resulting in incapacity for work that led to my being away for nine months, due to the profound shock, causing anxiety disorder and depression, affecting my professional, social, emotional life and mental health. The event in question portrays the risks experienced by health workers in the Brazilian Amazon, especially in the context of the Covid-19 pandemic.

**ID34: Foro Aborto Legal del Rio Grande do Sul: intercambio de una experiencia de articulación intersectorial**

**Autoras:** Camila Giugliani<sup>1</sup>, Angela Ester Ruschel<sup>2</sup>, Renata Teixeira Jardim<sup>3</sup>

**Filiación:**

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Movimento Salud de los Pueblos Brasil.
2. Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. Porto Alegre, Brasil. Gregório Corrêa Patuzzi. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre, Brasil.
3. Foro Aborto Legal de Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Cláudia Rejane Barros Prates. Foro Aborto Legal de Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Maura Carolina Belomé da Silva. Secretaria Estadual de Salud de Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

**Correspondencia:** [camila.giugliani@gmail.com](mailto:camila.giugliani@gmail.com)

**Palabras clave:** ABORTO LEGAL; DERECHOS DE LA MUJER; SALUD PÚBLICA; COLABORACIÓN INTERSECTORIAL; ORGANIZACIÓN SOCIAL.

**RESUMEN**

**Descripción de la experiencia:** el Foro Aborto Legal de Rio Grande do Sul (RS) es una organización interdisciplinaria e intersectorial compuesta por representantes de diferentes sectores de la sociedad (academia, movimientos sociales, servicios y gestión de salud) y diferentes campos del conocimiento (salud, ciencias jurídicas, sociales y educación). Surgió en 2016, en Porto Alegre, sur de Brasil, a partir de una acción de extensión de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul - proyecto Mujeres en Universidad y en la Salud (MUSAs) - que, en una serie de debates, identificó la necesidad de formar un grupo de trabajo para tratar cuestiones relacionadas con la interrupción del embarazo prevista en ley. Su objetivo es desarrollar acciones concretas para hacer más accesible y calificada la atención a las mujeres y personas con posibilidad de embarazo que buscan un aborto previsto en ley en nuestra región. Para la organización, desarrollo y evaluación de las acciones realizadas por el Foro se realizan reuniones plenarias mensualmente. Análisis

e interpretación de la experiencia desarrollada: se realizaron las siguientes acciones: 1) discusión y capacitación sobre el tema del aborto y el marco legal brasileño; 2) estrategias de coordinación con los servicios y gestores del sector salud; 3) inserción de contenidos relativos a los derechos sexuales y reproductivos y al aborto previstos en ley en los estudios de pregrado y posgrado; 4) acciones de difusión e información para la población y profesionales; 5) celebración de eventos regionales; 6) desarrollo de producciones científicas; y 7) desarrollo de proyectos para financiar las acciones del Foro. Como resultados tenemos: 1) progresiva ampliación del Foro y articulación con otros movimientos sociales; 2) reuniones entre miembros del Foro y representantes de servicios de salud capacitados para brindar atención al aborto legal; 3) inserción de contenidos y prácticas sobre el aborto legal en variados espacios de formación; 4) distribución de materiales informativos (folletos, carteles, videos); 5) realización de cinco Coloquios regionales sobre Aborto Legal; 6) investigaciones y publicaciones de libros y artículos científicos; 7) ampliación de la visibilidad del Foro, con un sitio web y redes sociales; 8) proyecto Fortalecimiento de Redes, que reunió a personas e instituciones involucradas en el acceso al aborto legal en cuatro ciudades del RS. Conclusiones: el Foro Aborto Legal RS ha sido un espacio importante para reunir a personas e instituciones comprometidas con garantizar el derecho al aborto legal, y ha logrado construir una plataforma de estrategias para avanzar en el abordaje de la falta de acceso a este derecho. Propuestas, recomendaciones y aportes a la Salud Pública: el fortalecimiento de redes intersectoriales ha demostrado ser una estrategia poderosa para abordar las barreras de acceso y mejorar la atención del aborto legal. Por otro lado, es urgente actualizar las normas y reglamentos técnicos de los servicios para que amplíen su actuación más allá de la violencia sexual en el primer trimestre. La articulación del Foro con el Movimiento por la Salud de los Pueblos se ve como otra forma de fortalecer el trabajo realizado.

**ID36: Hidden in plain sight: coercion and conditionality in the provision of long-acting reversible contraception**

**Authors:** Limmer, Mark; Mercer, Raul; Ramierez, Carlota; on behalf of the Global LARC Research Collaboration\*.

**Affiliations:** Mark Limmer (Lancaster University, UK); Raul Mercer, Carlota Ramierez (FLACSO, Argentina)

**Corresponding Author:** Mark Limmer, Lancaster University  
[m.limmer@lancaster.ac.uk](mailto:m.limmer@lancaster.ac.uk)

**Key Words:** CONTRACEPTION; REPRODUCTIVE RIGHTS; COERCION; WOMEN'S HEALTH

**ABSTRACT**

This paper is based on the work of the Global LARC (long-acting reversible contraception) Rights Collaboration a group of activists, community organisations and academics from the UK, Argentina, Nepal, Uganda, Mexico and USA. The collaboration grew from a shared concern relating to the spread of legislative and social actions that undermine the right to sexual and reproductive health through policies and practices that inhibit informed consent, impose conditions of access and embed assumptions of fit parenthood culminating in increased inequalities and marginalisation of particular social groups.

In 2023 the GLRC published a systematic review of the international literature on coercive and restrictive policies and practices relating to LARC <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002131>. The review revealed a continuum of such practices from those operating at an individual level (non-consent, abuse or intimidation); at an organisational or institutional level (conditionality, directive counselling and incentives); through to structural level practices (restrictive laws, investment and supply). Across the continuum these practices were underpinned by a focus of groups of people who challenge normative images of fit parenthood.

The GLRC is using this continuum to analyse data that we had previously collected through country case studies in Nepal, Uganda, Argentina, UK and USA to explore the ways in which this framework operated in the different countries with a specific focus on understanding the overarching social and political forces that enable and maintain the practices. The findings from this process will be shared through the presentation.

Whilst the manifestations of the continuum varied from country to country it was evident that we shared common experiences of forces that were consistently pushing back at the provision of rights-based access to LARC and to wider sexual and reproductive health. Combinations of conservative, neo-liberal and religious forces were evident in all of the case studies with their impacts reflected in the legal frameworks, normative assumptions, policies and practices currently enacted.

The work of the collaboration to date emphasises the need to reinforce national and international interdisciplinary networking processes. Consequently, our presentation will report and reflect on this work and will conclude with a call for individuals and organisations interested in joining the collaboration to develop strategies to oppose these creeping encroachments on sexual and reproductive health rights.

*\*Raul Mercer, Carlota Ramirez, Lara Crystal-Ornelas (Argentina); Ximena Quintero (Mexico); Lhamo Sherpa, Manju Maharjan, Mingmar Sherpa, Kedar Baral (Nepal); Peter Ibembe, Lawrence Muhungi - Reproductive Health (Uganda); Mark Limmer, Rachael Eastham, Sophie Patterson, Vicky Boydell (UK); Kelsey Holt, Celia Carp (USA)*

**ID47: Unveiling inequities: a qualitative study on health and human rights**

**Authors:** Singh Satnam<sup>1</sup>; Kusum<sup>2</sup>

**Filiation:**

1. Associate Professor, Amity School of Communication, Amity University Haryana – 122413, Haryana, India

2. Assistant Professor, Deptt. of Samhita and Siddhant, Gangaputra Ayurvedic Medical College and Hospital, Kaithal Road, Jind – 126125, Haryana, India

**Correspondencia:** 1. [snstewari@gmail.com](mailto:snstewari@gmail.com) 2. [drkusumalik@gmail.com](mailto:drkusumalik@gmail.com)

**Keywords:** HEALTH, HUMAN RIGHTS, MARGINALIZED COMMUNITIES, HEALTH RIGHTS

**ABSTRACT**

**Introduction:**

This qualitative research delves into complex relationship between human rights violations and health outcomes, focusing on marginalized communities in Haryana, India. Based on the social justice paradigm, this study aims to answer the question: How do violations of human rights impact health, particularly in vulnerable populations?

**Methodology:**

Lived experiences are investigated through media-reported cases, using thematic content analysis to find themes and narratives. The media cases' sources are mentioned in detail, as are the selection procedure and timeline. Thematic content analysis was chosen because of its appropriateness for investigating complicated narratives.

**Results:**

The findings demonstrate the substantial consequences of human rights violations on health, with themes including discrimination, a lack of access to healthcare, relocation, and poverty. Each theme is illustrated with quotes from the data.

**Discussion:**

The practical implications of the findings for policy, advocacy and activism are underlined, with recommendations directly related to the identified themes. The limitations, such as biases in media reporting, are acknowledged. The recommendations for policy reforms and advocacy are thoroughly discussed.

**Conclusion:**

This study emphasizes the need for action at the intersection of health and human rights, making specific suggestions for legislative reforms and advocacy interventions. The research promotes a rights-based approach to healthcare and contributes to the topic of Collective Health. It encourages additional research into this vital topic, perhaps influencing future studies and policies in India and other comparable situations.

---

\*Corresponding author

Associate Professor, Amity School of Communication,  
Amity University Haryana – 122413, Haryana, India  
Email - [snstewari@gmail.com](mailto:snstewari@gmail.com)

## ID50: Estrategias comunitarias y derecho a la salud en Argentina

**Autora:** Alonso, Valeria

**Filiación:** Instituto Nacional de Epidemiología (INE/ANLIS)–  
Universidad Nacional de Mar del Plata



**Correspondencia:** [valeria.alonso@gmail.com](mailto:valeria.alonso@gmail.com)

**Palabras clave:** DERECHO A LA SALUD; ORGANIZACIÓN SOCIAL; INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

### RESUMEN

**Introducción:** El derecho a la salud fue afectado por la crisis económica y social durante la pandemia. Organizaciones sociales y redes comunitarias conformadas por mujeres en su mayoría gestionaron el acceso a la alimentación y la salud en articulación con el estado. Nos preguntamos cómo operan las estrategias comunitarias para recuperar el derecho a la salud según las intersecciones de género, étnicas y de clase social, con el objetivo de analizar estas estrategias en los niveles locales de distintas regiones de Argentina.

**Materiales y métodos:** Con una aproximación metodológica cualitativa de enfoque etnográfico colaborativo, combinamos entrevistas y observación participante con cartografías sociales realizadas durante 2023. Trabajamos con las organizaciones y movimientos sociales, comedores barriales, sociedades de fomento, asambleas, grupos religiosos, colectividades migrantes, comunidades indígenas y partidos políticos de barrios periurbanos y zonas rurales de localidades de las regiones pampeana, metropolitana de Buenos Aires, centro, noreste, noroeste y patagonia de Argentina.

**Análisis de los datos:** Realizamos un análisis hermenéutico de las narrativas y una sistematización de las categorías emergentes de las cartografías sociales. La estrategia es colaborativa, incluye la devolución y discusión de resultados con las organizaciones sociales y redes comunitarias.

**Consideraciones éticas:** El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de INE/ANLIS. Tomamos consentimiento informado a las/los referentes comunitarios.

**Resultados:** Las organizaciones sociales expresan su preocupación por la violencia institucional, discriminación y desigualdad de géneros, escasez de alimentos y problemas del medioambiente. Las mujeres realizan un trabajo voluntario e invisibilizado. La mayoría experimentó violencia de género, abandono, pobreza. La precarización laboral, emergencia alimentaria, violencia de género, salud sexual y reproductiva, abuso sexual intrafamiliar, alcoholismo y otras formas de consumo son problemáticas que fueron atendidas por las redes comunitarias en articulación con áreas del estado.

En las zonas rurales, las organizaciones producen información valiosa sobre agrotóxicos en el territorio y la contaminación del agua, con consecuencias graves para la salud pública como enfermedades respiratorias, problemas visuales y neurológicos. En las comunidades indígenas, el rescate de conocimientos y prácticas y el uso de hierbas medicinales son la base de las estrategias comunitarias para ejercer el derecho a la salud. Están vinculadas con la recuperación de la lengua materna, el derecho consuetudinario, la medicina y ceremonias ancestrales, con una participación mayoritaria de lideresas indígenas.

**Conclusiones:** La exclusión de las dimensiones históricas, sociales y culturales de la pandemia por el biologicismo que orientó las políticas y acciones de salud pone de manifiesto la necesidad de recuperar el contexto social e histórico del proceso de salud, enfermedad, atención-cuidado. Ello conlleva nuevas conceptualizaciones de la salud que incluyan los efectos de las problemáticas ambientales, la violencia de género, la discriminación étnica y las desigualdades de clase.

**Propuestas, recomendaciones y aportes a la Salud Colectiva:** Las etnografías colaborativas contribuyen a generar puentes entre la producción académica, los movimientos y organizaciones sociales y las políticas de salud, para reclamar el acceso a derechos en las nuevas realidades socio epidemiológicas. La integración del enfoque interseccional en la salud

colectiva permite revisar el modelo hegemónico en epidemiología y salud pública con perspectiva feminista.

**ID61: Acceso a la salud sexual y reproductiva de las personas migrantes en AMBA. Trabajo de articulación comunitaria para el acceso al testeo de VIH en territorio**

**Autores:** Gutiérrez Marcelo; Lupi Constanza; Valeriano Cecilia



**Filiación:** Fundación Huésped

**Correspondencia:** Gutiérrez Marcelo [marcelo.gutierrez@huesped.org.ar](mailto:marcelo.gutierrez@huesped.org.ar)

**Palabras clave:** PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD – SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – PERSONAS MIGRANTES

**RESUMEN**

La vulnerabilidad a la que están expuestas las personas migrantes acrecienta las barreras frente al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y dificulta el ejercicio de sus derechos humanos. Particularmente en lo que respecta a la epidemia de VIH, la construcción de una respuesta eficaz requiere contemplar la activa participación comunitaria y el enfoque de derechos como presupuestos insoslayables.

Desde Fundación Huésped, con apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) buscamos brindar herramientas a las personas migrantes y sus organizaciones sociales para fortalecer la promoción de derechos sexuales y reproductivos y la prevención de VIH.

El objetivo de nuestro proyecto es fortalecer el acceso a la SSR de las personas migrantes que viven en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Esto supone una serie de actividades formativas en VIH desde una perspectiva de derechos humanos, así como la planificación e implementación de jornadas territoriales y comunitarias de testeo en VIH acompañando propuestas lúdicas y promocionales de la salud. En este sentido resulta fundamental fomentar el establecimiento de una red de colaboración entre efectores de salud y referentes de organizaciones sociales a los fines de fortalecer los servicios que se brindan a las personas migrantes en el AMBA. Asimismo, también es de importancia realizar un trabajo de campo que produzca datos respecto a las dificultades que condicionan el acceso a la SSR.

En relación a los resultados, el proyecto se encuentra en plena etapa de implementación. No obstante, se aspira a generar resultados en tres sentidos.

- Transferir capacidades y conocimientos a 60 personas, entre efectores de salud y referentes de organizaciones sociales, para la debida implementación de un dispositivo comunitario de prevención y promoción de la SSR de personas migrantes, con énfasis en el diagnóstico de VIH.
- Promover el acceso al testeo de VIH entre personas migrantes en el marco de jornadas en territorio mediante su planificación e implementación conjunta con organizaciones sociales que nuclean a personas migrantes.
- Conocer desde la propia experiencia de las personas migrantes, las barreras que enfrentan en cuanto al ejercicio de derechos con foco en el acceso a servicios de SSR.

Una perspectiva de la participación social en salud supone un enfoque comunitario, donde el saber no se concentra exclusivamente en el conocimiento biomédico, sino que busca la construcción de abordajes integrales que contemplen la interdisciplina y el conocimiento comunitario sobre las necesidades, oportunidades y características culturales de cada comunidad. Esto es fundamental para diseñar políticas e intervenciones que brinden una mejor respuesta en lo que refiere a la atención integral del VIH y la SSR. Desde aquella mirada, se reconoce y se parte del conocimiento de las necesidades sufridas por la comunidad generando instancias de escucha activa, diagnóstico y planificación de las estrategias de prevención y promoción más adecuadas para esa comunidad, promoviendo un proceso de intercambio, desarrollo de conocimiento y fortalecimiento del entramado socio-comunitario.

**ID66: Asociación por los derechos en salud mental - ADESAM: experiencias de lucha por los derechos de las personas con padecimiento mental en Argentina**

**Autoras:** Cáceres, Carmen Mercedes<sup>1</sup>; Granja, Guadalupe<sup>2</sup>

**Filiación:**

1. Socia fundadora de ADESAM. Responsable de capacitación en Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A. – Hospital Esteves, Temperley, Buenos Aires, Argentina).

2. Miembro de ADESAM. Psicóloga de planta en Centro de Salud Mental Nro 1 “Dr. Hugo Rosarios” (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina).

**Correspondencia:** Guadalupe Granja / Carmen Cáceres:  
[adesam@adesam.org.ar](mailto:adesam@adesam.org.ar)

**Palabras Clave:** SALUD MENTAL – DERECHOS HUMANOS – ASOCIACIÓN CIVIL

**RESUMEN:**

Descripción de la experiencia de trabajo de ADESAM, Asociación Civil sin fines de lucro fundada en Buenos Aires, Argentina, en el año 2004, con el objetivo de incidir para que el Estado promueva, desarrolle y garantice políticas públicas en Salud Mental, que eleven la calidad de vida de las personas y el bienestar colectivo de los ciudadanos. Algunos de los temas que abordaremos serán los siguientes: Análisis de los avances promovidos por la Ley Nacional de Salud Mental y el nuevo Código Civil y Comercial en Argentina, vigente desde 2018, en los derechos de las personas con padecimiento mental, y dificultades y resistencias a su implementación. Visibilización de experiencias que demuestran su factibilidad. Promoción del paradigma de derechos en Salud Mental: capacidad jurídica, consentimiento informado y derecho a la vida en comunidad. Realizamos acciones de difusión de derechos y lucha contra el estigma y la discriminación: Uno de los ejes de nuestro trabajo es ayudar a la toma de conciencia en la sociedad sobre los efectos de la estigmatización como fuerte obstáculo para la recuperación de las personas con padecimiento mental y su plena inclusión comunitaria. En

ese mismo terreno, trabajamos en la ampliación de la participación activa de las personas en su propio proceso y en el de sus pares, es decir en su colaboración activa en procesos de ayuda mutua en colaboración con los equipos profesionales interdisciplinarios. Participamos de la Red del Encuentro “Patás Arriba” y de la promoción de redes de salud mental comunitaria. Promovemos la incidencia política desde la Sociedad Civil en espacios de participación tales como el Consejo Consultivo Honorario de la Sociedad Civil. Ofrecemos apoyo a emprendimientos socioproductivos. Elaboramos textos de difusión en lenguaje accesible. Participamos en proyectos de incidencia e investigación. Llevamos adelante actividades de docencia y difusión.

**ID69: Apoyo institucional y una nueva mirada a las redes de políticas informadas por evidencias: aportes desde la salud colectiva en las directrices de articulación del Hub de evidencias de América Latina y el Caribe**

**Autoras:**

Medeiros, Jessica Farias Dantas<sup>1</sup>; Boeira, Laura dos Santos<sup>2</sup>; Bustamante, Duber Osorio<sup>3</sup>; Cerqueira, Raquel<sup>4</sup>

**Filiación:**

1. Activista del Movimiento por la Salud de los Pueblos y articuladora de redes del Hub de Evidencias de Latinoamérica y el Caribe (Hub LAC)
2. Directora Ejecutiva del Instituto Veredas. Codirectora del Hub de Evidencia de América Latina y el Caribe (Hub LAC) y miembro del Comité Directivo Mundial de EVIPNet de la OMS.
3. Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia (U de A)-Colombia, Universidad de São Paulo (USP)-Brasil. Investigador-Coordinador en el Hub de Evidencias de Latinoamérica y el Caribe-Hub LAC. Investigador en la Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de decisiones (UNED).
4. Comunicadora del Hub de Evidencias de Latinoamérica y el Caribe (Hub LAC)

**Correspondencia:** Jessica Farias Dantas Medeiros

[farisjessicad@gmail.com](mailto:farisjessicad@gmail.com)

**Palabras clave:** SALUD COLECTIVA; PARTICIPACIÓN CIUDADANA; POLÍTICA INFORMADA POR LA EVIDENCIA, COLABORACIÓN INTERSECTORIAL

**RESUMEN**

El Hub de Evidencias de Latinoamérica y el Caribe (Hub LAC) fue creado en 2022 y se constituyó en una comunidad de intercambio de saberes, prácticas, apoyo y oportunidades para una cultura de Políticas Informadas en Evidencias (PIE). El Hub reconoce que hay muchos tipos de evidencia además de la prueba científica, cómo las experiencias de vida de los ciudadanos y los conocimientos de las comunidades locales. El Hub adapta las herramientas de apoyo institucional desde el ámbito de la Salud Colectiva para promover

el uso de evidencias en otros sectores de políticas. Para la construcción de objetivos comunes, aplica la metodología dialéctica, combinando ofertas externas con las demandas del grupo apoyado; construye ruedas y espacios colectivos dirigidos a la interacción intersubjetiva en el análisis crítico para la toma de decisiones, incluyendo las relaciones de poder, los afectos y la circulación del conocimiento; y promueve la capacidad de pensar y hacer junto con las personas y no en su lugar. El equipo de articulación del Hub apoyó el desarrollo de 7 talleres con metodologías participativas y de un evento regional sobre barreras y facilitadores de los ecosistemas de evidencias en la región. Los talleres contarán con la participación de actores del gobierno, academia y sociedad de 11 países, con destaque para las áreas de salud y políticas públicas. El equipo también elaboró directrices para un mapeo exploratorio en los sitios web para construir un banco de datos con más de 260 profesionales y 200 organizaciones de diversas áreas de interés en PIE, en la región LAC y el mundo. Adaptando las herramientas de apoyo institucional del campo de la Salud Colectiva al ámbito de las PIE, el equipo de articulación asumió el papel de productores de conexiones con las organizaciones mapeadas y movilizadas para los talleres del Hub. Los articuladores fueron educadores, observadores, facilitadores y negociadores, aprendiendo y enseñando a medida que se creó e implementó la red, con una escucha activa en los espacios colectivos. Fue mediada la formulación de acuerdos y proyectos comunes, respetando las políticas, valores y culturas de los participantes, y destacando las fortalezas colectivas tanto de la diversidad de los participantes. Sin embargo, aún existe una subrepresentación de áreas distintas a la salud en el campo de las PIE, y una concentración de organizaciones de Brasil, Chile y Colombia. El uso de nuevas perspectivas sobre las evidencias para informar las políticas públicas puede contribuir a la efectivización de los derechos y a la importancia de la acción conjunta entre gobierno, investigadores y sociedad. Adaptando las herramientas de la Salud Colectiva, la función de apoyo institucional en diálogo con las PIE puede reforzar un ecosistema de evidencias que entienda la importancia de la democracia institucional para construir redes de

evidencias más emancipadoras desde el sur global, rompiendo la distancia entre la investigación y la realidad social.





# Soberanía alimentaria

**ID13: Aportes a la soberanía alimentaria en el sudeste bonaerense: potencialidades y limitaciones de experiencias productivas con bases agroecológicas**

**Autoras:** Zulaica, María Laura<sup>1</sup>; Cendón, María Laura<sup>2</sup> Molpeceres, María Celeste<sup>1</sup>; Rouvier, Silvia Marisa<sup>3</sup>; Barral, María Paula<sup>2</sup>

1. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) / Instituto del Hábitat y del Ambiente (IHAM), Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño (FAUD), Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP).

2. Instituto de Innovación para la Producción Agropecuaria y el Desarrollo Sostenible (IPADS, Balcarce, INTA - CONICET).

3. Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) Agencia de Extensión Mar del Plata.

**Correspondencia:** Zulaica, María Laura [laurazulaica@conicet.gov.ar](mailto:laurazulaica@conicet.gov.ar)

**Palabras clave:** SOBERANÍA ALIMENTARIA; AGROECOLOGÍA; PRODUCCIÓN SUSTENTABLE; AGROQUÍMICOS

**RESUMEN**

Frente a los cuestionamientos del modelo productivo imperante, la región del Sudeste Bonaerense en general y el partido de General Pueyrredon en particular, asisten un proceso de reconversión hacia modelos productivos más sostenibles basados en la soberanía alimentaria, como es la agroecología. Se trata de un enfoque integrado que aplica simultáneamente conceptos y principios ecológicos y sociales al diseño y la gestión de los sistemas alimentarios y agrícolas para lograr un sistema alimentario más justo y sostenible. Este proceso se observa particularmente en el periurbano de Mar del Plata y en las zonas de interfaz urbano-rural de partido, especialmente en la producción hortícola. Estudios previos realizados en General Pueyrredon identificaron y caracterizaron 30 experiencias agroecológicas intensivas a escala comercial y unas 50 en la región del sudeste bonaerense (partidos de Necochea, General Alvarado y Balcarce). Estas iniciativas dan cuenta de la heterogeneidad de modalidades

productivas, prácticas de comercialización y organización social, como así también de los problemas que enfrentan. El presente trabajo analiza las potencialidades y limitaciones -en términos de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas- de las experiencias agroecológicas relevadas a fin de aportar insumos que contribuyan con el diseño de políticas públicas.

Para ello, partiendo de los elementos que definen la agroecología, se realizaron entrevistas a productores/as y referentes en el marco de diferentes instancias de investigación. Entre las principales fortalezas se destacan los valores sociales y humanos, mientras que entre las oportunidades se distingue el impulso y desarrollo de insumos, técnicas y prácticas productivas agroecológicas, el crecimiento del número de experiencias y las vinculaciones institucionales. Como contrapartida, entre las amenazas se mencionan la predominancia de la producción hortícola convencional, así como los conflictos socioambientales vinculados con la aplicación de agroquímicos. Asimismo, la escasa articulación entre los distintos ámbitos gubernamentales conforma una amenaza, así como la superposición de funciones y la escasez de datos actualizados y sistematizados para acompañar los procesos productivos. Por parte del sector productivo, se señalan como debilidades las dificultades asociadas con el acceso a la tierra, las condiciones de arrendamiento y algunas cuestiones técnicas relativas a la disponibilidad de maquinarias e insumos para la transición a la agroecología.

Respecto de la comercialización de productos agroecológicos en la escala local, las incipientes organizaciones aún carecen de estructuras y dinámicas de trabajo consolidadas. El escaso conocimiento local en torno a la cantidad de producciones, superficies producidas y prácticas asociadas se presenta como otra debilidad. A pesar de ello, la existencia de una Red de Municipios Agroecológicos y la presencia territorial de organismos nacionales y provinciales en el sostenimiento de diferentes iniciativas brindan oportunidades para la consolidación de estas experiencias.

Conocer y visibilizar las potencialidades y limitaciones de estas producciones permite contribuir con el diseño de estrategias tendientes a reducir las

debilidades, evitar el riesgo de amenazas, aprovechar las oportunidades y acompañar las fortalezas. En esta línea, consideramos fundamental promover y potenciar experiencias que apunten hacia modelos sostenibles a través de políticas que promuevan el desarrollo rural desde una perspectiva multifactorial y multidimensional basada en la soberanía alimentaria.





# Territorios de salud y APS

**ID14: Enfermería amazónica en el contexto de la descentralización del tratamiento del VIH/SIDA: relato de vivencia a partir de las islas de Belém.**

**Autoras:** Torres, Marta Giane Machado<sup>1</sup>; Serrão, Tatiane Saraiva<sup>2</sup>



**Filiación:**

1. Servidora pública estatal en la asistencia especializada en VIH/SIDA- UREDIPE/SESPA. Orgánica del Foro de Mujeres de la Amazonia Paraense y del Movimiento por la Salud de los Pueblos.

2. Preceptora del Curso Salud con la gente-UFRGS-2022/23. Tutora de la UAPI por la SESMA/UNICEF-2022/23/24. Preceptora PET-Saúde-SESMA/UFPA-2021. Enfermera asistente y gerente en la ESF Combú; Técnica de enfermería asistencia SESPA en el HUIBB/UDM.

**Correspondencia:** Marta Giane Machado Torres  
[martagianetorres@gmail.com](mailto:martagianetorres@gmail.com)

**Palabras claves:** DIVERSIDAD, EQUIDAD E INCLUSIÓN; ACCESO A ATENCIÓN PRIMARIA; TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ALTAMENTE ACTIVA; ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

**RESUMEN**

**Descripción de la experiencia:** Políticas públicas, salud de las Poblaciones del Campo, Selva y Aguas. Territorio amazónico. Belém, capital Pará (144 municipios). Región Norte/Brasil. Concentra 09 equipos de salud en VIH/SIDA (01 D'agua). Dos de estos comportan especificidades. El Centro de Atención de Salud Enfermedades Infecciosas Adquiridas/CASADIA cubre Belém, incluyendo las islas. E Unidad de Referencia Especializada Enfermedades Infecciosas Parasitarias Especiales/UREDIPE, asiste a todos los municipios paraense. El sitio web de SICLOM GERENCIAL destaca actualizaciones sobre unidades de salud registradas y activas. Consta 33 municipios en el tratamiento al enfermo provocado por el VIH. Descripción de la experiencia: De este universo que abarca gestión y asistencia a las PVHA (Personas Viviendo con VIH y SIDA) presentamos la vivencia de dos enfermeras trabajadoras de la salud (UREDIPE y APS). Conexiones, convivencia, interacción

entre sociedad, enfermería y dimensionamiento de la práctica social de esta profesión en la Amazonia. Reflexiones referentes a la implementación de políticas públicas a partir de los agentes involucrados. Políticas de enfrentamiento al VIH/SIDA, por ejemplo, en una perspectiva de interseccionalidad de raza/etnia, clase social, localización geográfica. Sobre todo frente a los desafíos marcados por el cotidiano urbano/periurbano y rural. Observaciones oriundas en las prácticas/procesos, estreses diarios, fragilidades de las redes comunitarias, restricciones de acceso, en las desigualdades e inequidades del cuidado y asistencia. Análisis e interpretación de la experiencia desarrollada: Dirimiendo aspectos del proceso de descentralización del tratamiento del VIH/SIDA para un servicio de Estrategia Salud de la Familia ribereña. La ESF Combú acompaña cerca de 03 mil ribereños. Entre los servicios de salud recientemente fue incluida la Terapia Antirretroviral/TARV para el tratamiento de 05 PVHA residentes de la isla. Debido a la dificultad financiera y de transporte para llegar a CASADIA y UREDIPE en Belém 04 de estas personas habían abandonado el tratamiento. Otra (52años), debido apoyo logístico de la familia (transporte fluvial/urbano) siempre tuvo buena adhesión a los medicamentos y asistencia a las consultas/exámenes. Hace 15 meses, sin embargo, las personas (de edad entre 29 años y 45 años) reanudaron el tratamiento en su lugar de residencia y cruzando el río ya realizan los exámenes control CV/CD4 en la UMS Guamá (distrito D'AGUA). Hecho ese que transformó la ESF Combú en la primera Atención Primaria de la Salud/APS de Belém a descentralizar dispensación de la TARV. Conclusiones: Marco afirmativo para el cuidado de estas personas. Señalando que hace 08 meses la persona de 45 años se encuentra indetectable y en unión estable nuevamente. Proceso que incorporó importante servicio en la isla apunta perspectiva de vida con calidad. Que pasaron a tener bajo costo financiero y seguimiento más completo en la APS. Propuestas, recomendaciones y aportes a la Salud Colectiva: Hay PVHA que optó por continuar en Belén. Teme violación del secreto en cuanto a su serología para VIH. Registra a la enfermera asistente y gerente de dicho servicio. Adhesión a la TARV y su impacto en la prevención del VIH. Se

vislumbra control y erradicación de la epidemia. ¡La enfermería tiene importante participación en esta lucha!

**ID28: (Re) existindo desde a agroecologia: práticas de vigilância popular em saúde em um assentamento da reforma agrária no extremo sul do Brasil**

**Autores:** Meneses, Michele Neves<sup>1</sup>; de Almeida, Graciela Stornini<sup>2</sup>; de Almeida, José Carlos<sup>3</sup>; Machado, Jorge Mesquita Huet<sup>4</sup>; Pekelman, Renata<sup>5</sup>; Carneiro, Fernando Ferreira<sup>6</sup>; Torres, Marta Giane Machado<sup>7</sup>; Medeiros, Jessica Farias Dantas<sup>8</sup>; Rocha, Cristianne Maria Famer<sup>9</sup>



**Filiación:**

1. Membro do Movimento Popular de Saúde (MOPS), da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS), do GT de Educação Popular da ABRASCO e do Movimento pela Saúde dos Povos; Participatório de Ecologia de Saberes e Saúde - Vigilância Popular - Fiocruz.
2. Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra.
3. Professor da rede municipal de Nova Santa Rita - Rio Grande do Sul; Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais Sem Terra.
4. Trabalhador do SUS; Fundação Oswaldo Cruz; Programa de Saúde Coletiva da UFMT; Coordenador do Programa de Promoção da Saúde Ambiente e Trabalho da Fiocruz DF.
5. Trabalhadora do SUS; UFRGS; Membro do GT de Educação Popular da ABRASCO e do Movimento pela Saúde dos Povos.
6. Pesquisador Fiocruz Ceará; GT de Saúde e Ambiente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva- ABRASCO do Participatório de Ecologia de Saberes e Saúde - Vigilância Popular.
7. Servidora pública estadual na assistência especializada em HIV/AIDS- UREDIPE/SESPA; Orgânica do Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense e do Movimento pela Saúde dos Povos.
8. Ativista do Movimento pela Saúde dos Povos círculo Brasil.
9. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFRGS) e Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEDU/UFRGS); Líder do GEPS - Grupo de Estudos em Promoção da Saúde.

**Correspondencia:** Michele Neves Meneses - [michelemeneses22@gmail.com](mailto:michelemeneses22@gmail.com)

**Palabras clave:** AGROTÓXICOS; PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD; AGROECOLOGÍA; VIGILANCIA POPULAR DE LA SALUD.

## RESUMEN

**Introducción:** Los asentamientos de la Reforma Agraria en Brasil son espacios de reproducción social y de acceso a la tierra para las familias campesinas. El Asentamiento Santa Rita de Cássia (SRC) II es representativo en la búsqueda de un modo de vida articulado con el Buen Vivir. No obstante, debido al modelo hegemónico de agricultura operado por los cultivos que lo rodean, viene sufriendo la deriva de plaguicidas a través de las fumigaciones aéreas en la región. En este sentido, la organización del asentamiento se encuentra en un camino de lucha y resistencia en defensa de un territorio libre de pesticidas y de su modo de vida.

**Objetivo:** Describir y analizar la experiencia de las prácticas de Vigilancia Sanitaria Popular asociadas a la lucha por un modo de vida vinculado al Buen Vivir.

**Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo de inspiración cartográfica, que abarca la producción de datos en el período 2022 y 2023. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana por el dictamen CAEE 47591021.9.0000.8145/2022.

**Análisis de los datos:** Narrativas de inspiración cartográfica. Resultados: Impactos socioambientales y en la salud resultantes de la deriva de plaguicidas que afectan a las familias asentadas y su producción agroecológica con la pérdida de su producción de alimentos. Monitoreo ambiental participativo utilizando tecnologías sociales con el uso de cuadernos de campo agroecológicos que registran todos los datos - utilizados para la certificación orgánica - registros fotográficos y de vídeo de todas las situaciones de daño o amenaza para la vida y comunicación a través de grupos virtuales de mensajería instantánea. Movilización del conocimiento experto a través de experiencias que van desde observar una

hoja de maracuyá retorcida con crecimiento anormal hasta sufrir una intoxicación aguda por plaguicidas.

**Consideraciones:** El conocimiento de la dinámica del lugar se produce a través del conocimiento popular del territorio. La Vigilancia Popular de la Salud es una práctica de información y comunicación popular que problematiza situaciones que generan políticas públicas efectivas basadas en la lucha en defensa del modo de vida y contra los agrotóxicos, en oposición al modelo de producción agrícola hegemónico y dominante practicado por el agronegocio, proponiendo la preservación de la vida con la Vigilancia Popular de la Salud desde la perspectiva del Buen Vivir.

**Aportes a la Salud Colectiva:** La Vigilancia Popular de la Salud fortalece la integración de la vigilancia de la salud con la atención primaria de salud, activando la movilización y el protagonismo popular.

**ID 51. "Territorios saludables para garantizar los derechos reproductivos"**

**CARACTERIZACIÓN PRELIMINAR DE LAS GESTAS DE MUJERES RESIDENTES EN ZONAS "EXPUESTAS" Y "NO EXPUESTAS" A AGROQUÍMICOS EN EL PARTIDO DE GENERAL PUEYRREDON**

Etchegoyen María Agustina<sup>1,2</sup>; Albani Clara<sup>1,3</sup>; Samarco Elizabeth<sup>1,4</sup>, Fabregas Lengard Silvina<sup>1,4,5</sup>, Vallo Fernada<sup>1,5</sup>; Cesari Andreina<sup>1,6</sup>; Dopchiz Marcela<sup>1,3</sup>; Lavallén Carla<sup>1,3</sup>

1. Escuela Superior de Medicina, UNMdP
2. Centro de Investigaciones de Medio Ambiente, UNLP
3. Instituto de Investigaciones en Producción Sanidad y Ambiente (IIPROSAM CONICET-UNMdP)
4. Programa "Salud y Agroquímicos", Secretaría de Salud, MGP
5. Centro atención Primaria de la Salud Félix U. Camet (Secretaría Salud-MGP)
6. Instituto de Investigaciones Biológicas (IIB- CCT CONICET, MdP)

**Autora de correspondencia:** Etchegoyen María Agustina;  
[agustinaetchegoyen@gmail.com](mailto:agustinaetchegoyen@gmail.com)

**Palabras claves:** GESTAS, ABORTOS, CORDÓN FRUTIHORTÍCOLA, AGROQUÍMICOS, ZONAS EXPUESTAS.

**RESUMEN**

El cinturón frutihortícola del Partido de General Pueyrredon (PGP) desarrolla una actividad intensiva, con importancia social debido a su contribución a la alimentación, a la predominancia de producciones familiares y la alta generación de empleo. Asimismo existen zonas linderas al periurbano con cultivos extensivos de cereales y oleaginosas. Estas actividades conllevan problemas de contaminación vinculados a los agroquímicos utilizados. Aunque las manifestaciones atribuidas a su exposición son inespecíficas, se ha descrito una asociación con el aumento en las frecuencias de abortos espontáneos, malformaciones congénitas, enfermedades degenerativas y neoplasias en comunidades expuestas a los plaguicidas. En el PGP hasta el momento no se han desarrollado trabajos que analicen integralmente

problemáticas de salud en la población aledaña a las zonas de cultivo. El objetivo del presente estudio fue caracterizar las gestas en mujeres habitantes de zonas “expuestas” y “no expuestas” a agroquímicos en el PGP.

La información se recopiló en una encuesta estructurada que fue aprobada y validada. La misma indagó aspectos de la salud reproductiva y características socioambientales. En el estudio se incluyeron mujeres entre 18 y 35 años con al menos un año de residencia en el lugar antes de la gesta. Dicho lugar fue caracterizado como “expuesto” (E) y “no expuesto” (NE) en base a estudios que han establecido como zonas expuestas a las que se encuentran a menos de 3000 mts de campos donde se aplican agroquímicos. Las mujeres participantes respondieron la encuesta luego del proceso de Consentimiento Informado. Hasta el momento se relevaron 102 gestas correspondientes a 50 mujeres encuestadas, de las cuales 92,2% (94/102) cursaron sus embarazos en zonas E y 7,8% (8/102) en zonas NE. Del total de las gestas registradas la frecuencia de embarazos finalizados en aborto fue del 14,9% (14/94) y 12,5% (1/8) en las zonas E y NE respectivamente. En relación al consumo de agua durante la gestación, el 100% de las mujeres NE (8/8) consumieron agua de red, mientras que en las mujeres de zonas E se relevó que el 38,3%; 38,3%; 14,9% y 7,4% consumieron agua de red, pozo, envasada y de tanque comunitario respectivamente. En cuanto al consumo de frutas y verduras la mayoría de las encuestadas (92,6%) realizaba sus compras en comercios, verdulerías e hipermercados. Solo un 7,4% consumía de quintas o frutales (propios, familiares, comunitarios) o de ferias agroecológicas, y este subgrupo corresponde en su totalidad a la zona E. Por último, más de la mitad de las mujeres expuestas (56,4%) vive a menos de 500 metros de campos extensivos, granjas y/o invernáculos, lo que *a priori* resulta preocupante en cuanto a los potenciales escenarios de exposición a agroquímicos. A futuro se espera alcanzar un número representativo de encuestas en ambas zonas que permitan por un lado profundizar la caracterización y posteriormente realizar un análisis comparativo, de manera de estudiar el impacto del uso de agroquímicos en la Salud Reproductiva en el PGP.

**ID67: “La salud colectiva y la comunidad: la comunicación positiva para deconstruir informaciones falsas e incentivar la vacunación en los territorios periféricos del distrito federal en Brasil”**



**Autores:** Oliviera Neto, Damiana Bernardo de<sup>1</sup>; Leal Costa, Claudia Spinola<sup>2</sup>; Oliveira, Daniel Francisco Bernardo de<sup>3</sup>; Lima, Noemia de Souza<sup>4</sup>; Morán, Maria Mercedes Bernardo<sup>5</sup>; Jesús, Elisabete Lima de<sup>6</sup>; Giugliane, Sílvia<sup>7</sup>

**Filiación:**

1. Miembro del Movimiento Salud por los Pueblos – Círculo Brasil. Coordinadora General de la Acción de Mujeres por la Equidad.
2. Coordinadora do Núcleo do Distrito Federal da Organização Ação de Mulheres pela Equidades – AME
3. Miembro de la Organización Acción de Mujeres por la Equidad.
4. Miembro de la Organización Acción de Mujeres por la Equidad. FIOCRUZ
5. Miembro de la Organización Acción de Mujeres por la Equidad – AME.
6. Miembro de la Organización Acción de Mujeres por la Equidad – AME.
7. Miembro del Movimiento de Salud Popular Círculo Brasil.

**Correspondencia:** Damiana Bernardo de Oliveira Neto  
[damiana.neto4@gmail.com](mailto:damiana.neto4@gmail.com)

**Palabras clave:** ACCESO A ATENCIÓN PRIMARIA, DIVERSIDAD, EQUIDAD E INCLUSIÓN, EFICACIA COLECTIVA, COMUNICACIÓN EN SALUD.

**RESUMEN**

Las organizaciones de base comunitaria brasileñas tienen un papel fundamental para contribuir al mayor acceso de la población a la Atención Primaria de Salud y la prevención de enfermedades. En este contexto, la Acción de Mujeres por la Equidad (AME), que trabaja en la promoción de los Derechos Humanos y la reducción de las desigualdades de género y raza en las políticas públicas, ha estado desarrollando acciones durante años para contribuir a la Política Pública de Salud a través de acciones de comunicación. De esta manera, las acciones de base comunitaria han contribuido al acceso

a la inmunización mediante la deconstrucción de la información manipulada que distorsionaba la eficacia de las vacunas en la protección y promoción de la salud, especialmente entre las mujeres pobres, periféricas y negras. Estas acciones se enmarcan en los Objetivos de Desarrollo Sostenible - 3, principalmente en el objetivo 08 de los ODS-3. Hace cinco años, el Sistema Único de Salud sufrió una serie de ataques que debilitaron la Política Nacional de Inmunización (PNI) en Brasil, considerada una referencia mundial. El desequilibrio sanitario fue evidenciado por el negacionismo del Presidente de la República frente a la pandemia de COVID-19, desacreditando la efectividad de la vacuna contra el COVID y generando desconfianza en toda la PNI, reconocida por la protección efectiva contra enfermedades prevenibles. El Ministerio de Salud reveló en 2022 índices de cobertura vacunal que llegaron al 97% en 2015, cayendo al 75% en 2020. Para combatir esta situación, la AME llevó a cabo un proyecto con líderes comunitarios, en su mayoría mujeres negras y de bajos ingresos, en dos regiones del Distrito Federal, trabajando en la importancia de las vacunas como promoción y prevención de la salud, y desarrollando estrategias de comunicación para combatir la desinformación en las redes sociales, elaboradas por los propios líderes. Ampliando el alcance de la acción, basándose en la Educación Popular en Salud, se realizaron talleres de Comunicación Positiva, proponiendo reflexiones, discusiones y cambios de actitudes y prácticas. Los líderes comunitarios fueron protagonistas en la defensa de la vacunación como prevención de enfermedades y promoción de la salud. A través del celular, los líderes participantes de los talleres produjeron y difundieron materiales en las comunidades, destacando la importancia de la vacunación e invitando a la población a ser multiplicadora de información veraz. Durante esta acción se produjeron 20 piezas de comunicación, que alcanzaron a más de 600 personas en las redes sociales, y gracias a la información recibida de manera clara y objetiva, se logró un cambio de comportamiento respecto al cumplimiento de los calendarios de vacunación, lo cual incide en el bienestar de la salud. Con estos talleres se percibió la participación activa de la comunidad y la necesidad de realizar trabajos colectivos que permitan reflexiones y debates, interviniendo y mejorando la percepción sobre la

importancia de la vacunación como promoción de la salud y prevención de enfermedades prevenibles. La comunidad informada comprendió su derecho a la atención y acudió a las Unidades Básicas de Salud de su territorio de residencia para regularizar su inmunización. La comunicación realizada directamente con la población desde su territorio de residencia tiene la capacidad de interactuar con todas las áreas de atención de la salud. La salud como derecho es una conquista que debe ser asegurada.

**ID84: Experiencia de medicina rural y docencia como integrante de una comunidad originaria**

**Autora:** Quinteros Nelle María Eugenia



**Filiación:** Comunidad Indígena Amaicha del Valle - UNT y UNMDP - Área operativa Valles Calchaquíes

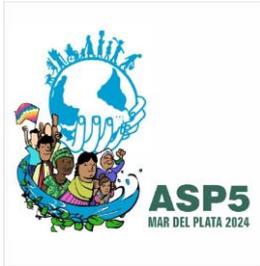
**Correspondencia:** [me.quinterosnelle@fm.unt.edu.ar](mailto:me.quinterosnelle@fm.unt.edu.ar)

**RESUMEN**

Las actividades en un contexto de ruralidad, dentro de una comunidad campesino - indígena y en el marco de la APS se proponen desde una perspectiva de interculturalidad, transmitiendo al equipo de salud y sobre todo, a futuros profesionales, el sentido de pertenencia, identidad y lucha por el territorio.

Las actividades de la Pasantía Rural de la facultad de Medicina de la UNT y del Campamento Sanitario de la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP se encuentran profundamente atravesadas por el compromiso social y comunitario, respetando la cosmovisión y cosmovivencia propias de la comunidad y con el apoyo del Gobierno Ancestral local. Es así en cada encuentro en consultorio, en los distintos talleres de prevención, en el trabajo en equipo con el personal de salud del SiProSa, en los trabajos de investigación epidemiológica tienen la intención de ser situados en contexto y con el consentimiento individual y comunitario. Mientras se afianzan los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, se crece dentro de los valores de la interculturalidad.





Salud para Todos y Todas Ahora.  
**Movimiento para la Salud  
de los Pueblos**



Escuela Superior de  
**MEDICINA**  
Universidad Nacional de Mar del Plata



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
de MAR DEL PLATA**  
.....



ISBN 978-987-811-194-0



9 789878 111940