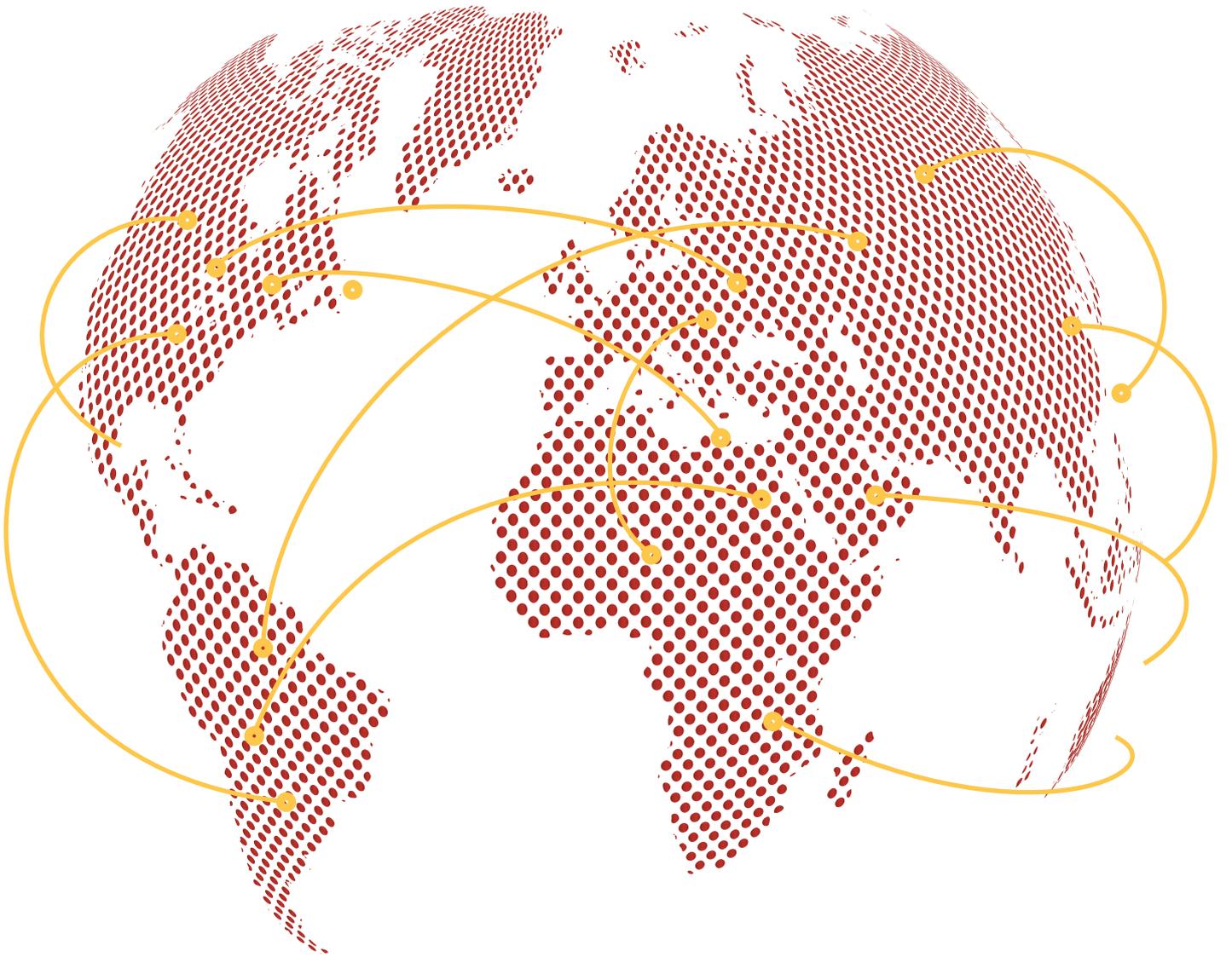


DIAGNÓSTICO TERRITORIAL MULTICÉNTRICO
de Desigualdades Sociales e Inequidades
en Salud a través de la aplicación de
Tecnología Social

2024



RESUMEN

1. ANTECEDENTES, página 04
2. EL PRINCIPAL DESAFÍO, página 05
3. OBJETIVO DEL PROYECTO, página 06
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS, página 06
5. ACTIVIDADES (FIOCRUZ), página 07
6. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN, página 09

7. RESULTADOS, página 10
 - 7.1 - Argentina, página 11
 - 7.2 - Colombia, página 13
 - 7.3 - El Salvador, página 15
 - 7.4 - México, página 17
 - 7.5 - Paraguay, página 19

8. BIBLIOGRAFIA, página 21

9. AGRADECIMIENTOS, página 21

- ANEXO 01 - AGENDA DE CAPACITACIÓN, página 22

- ANEXO 02 - VISITAS IN SITU, página 24
 - A2.1 - Argentina, página 25
 - A2.2 - Colombia, página 29
 - A2.3 - El Salvador, página 32
 - A2.4 - México, página 36
 - A2.5 - Paraguay, página 39

- ANEXO 03 - REUNIÓN DE EVALUACIÓN FINAL, página 42
 - A3.1 - Orden del Dia, página 43
 - A3.2 - Resumen Informe Ejecutivo, página 44
 - A3.3 - Agradecimientos, página 46

1 ANTECEDENTES

En el reciente seminario sobre inequidades en salud realizado durante la Reunión Anual de IANPHI en Kigali, Ruanda, el 8 de febrero de 2024, los participantes coincidieron en que se ha agotado el tiempo para demostrar que las desigualdades sociales son responsables de las inequidades en salud, reflejadas en una diferencia de 20 a 30 años en la esperanza de vida e impactos significativos en la calidad de vida, el bienestar y los derechos humanos. Desde el trabajo pionero de John Snow (Snow, 1854) sobre la epidemia de cólera hace 200 años, pasando por investigadores latinoamericanos en la década de 1970 (Laurell, 1982; Breihl, 1988), hasta los múltiples trabajos de Michael Marmot (Wilkinson & Marmot, 2003), entre muchos otros, esta relación ha sido ampliamente demostrada. Ha llegado el momento en que el sector salud, junto con otros sectores del gobierno y las organizaciones sociales y comunitarias, debe actuar de manera efectiva para transformar la realidad de los territorios, reconociendo y eliminando estas inequidades.

Las inequidades en salud han sido una de las principales preocupaciones de la Red Latinoamericana de Institutos Nacionales de Salud Pública de IANPHI (LatAm-IANPHI) desde su creación, y el objetivo de su Taller de Equidad en Salud, realizado del 21 al 23 de agosto de 2023, en Petrópolis, Río de Janeiro, Brasil, con la participación de los directores o sus representantes e investigadores de los Institutos Nacionales de Salud Pública de Argentina (ANLIS); Brasil (FIOCRUZ); Costa Rica (INCIENSA); Chile (ISPCH); El Salvador (INS); México (INSP); Perú (INS) y Venezuela (INHRR), así como representantes del Secretariado de IANPHI – Emory, Atlanta y de los Programas Subregionales Sudamericanos de la Organización Panamericana de la Salud – SAM/OPS.

El Taller de Equidad en Salud, llevado a cabo en octubre de 2022, en la sede del Instituto Nacional de Salud Pública de México en cumplimiento de las recomendaciones de la Reunión Ordinaria de LatAm-IANPHI, declaró, entre otros asuntos, que *"Priorizar la reducción de las inequidades en salud permitirá una rápida recuperación de los recientes retrocesos en el desarrollo global; el fortalecimiento de sus sistemas de apoyo social y económico; y fortalecer los sistemas de atención primaria para los más afectados... Esto se aplica a todos los niveles de acción, incluidas las comunidades locales; acciones intersectoriales; la evaluación del impacto en la salud y la formulación de políticas de salud pública para que las poblaciones y los territorios sean resilientes para resistir las amenazas actuales y futuras"*.

Estos eventos se inspiraron y atienden a las conclusiones de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes de la Salud (2011) que reafirmó *"...que las inequidades en materia de salud dentro de los países y entre ellos son política, social y económicamente inaceptables, así como injustas y en gran medida evitables, y que la promoción de la equidad en salud es esencial para el desarrollo sostenible y para una mejor calidad de vida y bienestar para todos, lo que, a su vez, puede contribuir a la paz y la seguridad"*.

La Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública – IANPHI, ha asumido este mandato en su reunión anual, celebrada en diciembre de 2021 de forma virtual, debido a la pandemia por COVID-19; en ella instó a las organizaciones miembro a privilegiar la promoción de la equidad en salud en el epicentro de sus planes de acción, en su declaración final *"El papel de los Institutos Nacionales de Salud Pública en el abordaje de las inequidades en salud"*.

De esta forma, la propuesta del proyecto multicéntrico se alinea con las declaraciones globales para abordar las desigualdades sociales e inequidades de salud en la región de las Américas.

2 EL PRINCIPAL DESAFÍO

En la actualidad, se dispone de abundantes datos que demuestran claramente que las desigualdades sociales, económicas y ambientales entre los países y dentro de ellos, son responsables de las inequidades en salud. Éstas se reflejan en indicadores como la esperanza de vida, los años de vida sana o en la respuesta a eventos catastróficos como la exposición a pandemias y otros desastres, el acceso a los servicios de salud, la seguridad alimentaria y cualquier otro bien posible para la salud y el bienestar. No es necesario reunir más evidencias, ha llegado el momento de actuar sobre esta realidad en los territorios modificando sus determinantes y sus consecuencias. De hecho, esto fue un consenso durante la última reunión anual de IANPHI. El reto es cómo actuar sobre las causas estructurales de estas desigualdades, que son extremadamente complejas, de un gran nivel de incerteza y variabilidad y muy duraderas.

Para ello, inicialmente, hay que tener en cuenta, al menos, cuatro premisas básicas:

- a)** El impacto de los determinantes estructurales se manifiesta en poblaciones vulnerables específicas, en sus ámbitos territoriales.
- b)** Los determinantes sociales, económicos y ambientales sólo pueden ser enfrentados a través de un enfoque intersectorial.
- c)** No será posible construir una solución duradera sin la participación activa de las comunidades involucradas.
- d)** Cualquier propuesta que apunte a cambiar las realidades estructurales, incluso a nivel local, no se alcanzará a corto plazo.

El Foro Itaboraí: Política, Ciencia y Cultura en Salud, programa especial de la Presidencia de Fiocruz, viene desarrollando y aplicando herramientas de la Tecnología Social, que incorporan el Diagnóstico Rápido Participativo (DRP), la Carto-

grafía Participativa (CP) y el Teatro del Oprimido (TO) mediante acciones integradas con unidades de Atención Primaria de la Salud – APS, y comunidades del Municipio de Petrópolis, en el Estado de Río de Janeiro, Brasil. Dichas acciones objetivan identificar y caracterizar territorios de alta fragilidad social y desarrollar, conjuntamente, propuestas de intervención destinadas a modificar los determinantes estructurales que, a largo plazo, reduzcan de manera sostenible las inequidades en salud prevalentes en estos territorios. Este trabajo ha sido objeto de convenios de cooperación entre la Fiocruz y el Gobierno Municipal de Petrópolis y actualmente abarca 17 territorios con una población aproximada de 70 mil habitantes (Rosenberg et al, 2020), donde se están creando y fortaleciendo Foros Comunitarios y Consejos Locales Intersectoriales de Salud.

Esta experiencia ha inspirado la recomendación del Taller de Inequidades en Salud de LatAm-IANPHI de reproducir la referida metodología a través de proyectos piloto multicéntricos, donde se puedan comparar diferentes realidades nacionales y territoriales, con la perspectiva de evaluar y validar su posible introducción como una práctica territorial en el ámbito de la APS, integrada intersectorialmente a nivel local y capaz de actuar efectivamente sobre las inequidades en poblaciones de alta vulnerabilidad ambiental, social y económica.

3 OBJETIVO DEL PROYECTO

Desarrollar una estrategia multicéntrica internacional, a través de la implementación de experiencias piloto de tecnología social, para la transformación territorial de las desigualdades estructurales como determinantes de las inequidades en salud.

3.1 – CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO

El objetivo del proyecto se ha cumplido a cabalidad. La implementación piloto de herramientas de Tecnología Social en cinco sitios de cinco países diferentes ha demostrado que la metodología, aplicada por las instituciones participantes, en asociación con los equipos de Atención Primaria de Salud, tiene un gran potencial para identificar y enfrentar las desigualdades estructurales como determinantes de las inequidades en salud a nivel territorial. La estrategia multicéntrica ha demostrado la vigencia del método aplicado independiente de los diferentes resultados obtenidos, dada las características propias de cada territorio y la experiencia local. Enriqueció aún más la metodología, en particular a través de dos de las experiencias desarrolladas juntamente con instituciones académicas. El resultado más importante del proyecto es el compromiso de expansión de la metodología a nivel nacional por parte de todas las instituciones participantes.

4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.1 - EVALUAR CAPACIDADES LOCALES EXISTENTES, TALES COMO MEDIOS INSTITUCIONALES, VÍNCULOS CON LAS AUTORIDADES GUBERNAMENTALES LOCALES (INCLUIDA LA APS) Y ORGANIZACIONES COMUNITARIAS IDENTIFICADAS, EN CINCO SITIOS CANDIDATOS A PARTICIPAR EN EL PROYECTO.

4.1.1 - Cumplimiento del Objetivo:

Ocho institutos miembros de LatAm – IANPHI más dos grupos académicos fueron invitados a participar en el proyecto. Cuatro Institutos Nacionales de Salud: ANLIS, Argentina; INS-Colombia; INS-El Salvador e INSP-México más el equipo de FLACSO en Paraguay fueron evaluados durante el mes de marzo de 2024 como aptos y disponibles para participar en el proyecto.

4.2 - CAPACITAR A LOS SITIOS PARTICIPANTES EN LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARTICIPATIVO (DRP) Y LA CARTOGRAFÍA PARTICIPATIVA (CP), EN COOPERACIÓN CON LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) Y LAS COMUNIDADES ORGANIZADAS.

4.2.1 - Cumplimiento del Objetivo

Durante el período del 3 al 7 de junio, se realizó la capacitación presencial, en Petrópolis, Río de Janeiro de dos profesionales de Argentina, El Salvador, México y Paraguay. El equipo de Colombia participó virtualmente en las actividades de capacitación teórica y de evaluación (3 y 7 de junio).

4.3 - MOVILIZAR A ORGANIZACIONES COMUNITARIAS PARA QUE PARTICIPEN EN EL RECONOCIMIENTO DE SU REALIDAD TERRITORIAL CON RESPECTO A LAS CONDICIONES DE SALUD Y BIENESTAR.

4.3.1 - Cumplimiento del Objetivo

Participaron organizaciones comunitarias en los territorios de las experiencias piloto en Argentina, El Salvador y Colombia (los detalles se presentan en la sección 7). En El Salvador, el proyecto pudo movilizar a la asociación "ADESCO" en torno

a la unidad de salud local. En Guasca, Colômbia, la Asociación Comunitaria "El Salitre" participó activamente en la preparación de las visitas al sitio y movilizó a un gran número de miembros de la comunidad en la capacitación local impartida en la Unidad de Salud.

4.4 - LLEVAR A CABO EL DRP Y LA CP EN TERRITORIOS MUNICIPALES EN CINCO SEDES.

4.4.1 - Cumplimiento del Objetivo

En los cinco sitios se llevó a cabo el DRP / CP (los detalles se dan a continuación, en la [sección 7](#)).

4.5 - ELABORAR UN CONJUNTO DE PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN INTEGRADA Y MULTISECTORIAL PARA ABORDAR LAS INEQUIDADES EN SALUD IDENTIFICADAS A NIVEL LOCAL.

4.5.1 - Cumplimiento del Objetivo

El tiempo no fue suficiente para elaborar un conjunto completo de propuestas. Sin embargo, algunas ideas iniciales se describen en el **Anexo 02** – visitas a los sitios.

4.6 - DIVULGAR LA EXPERIENCIA PARA UNA POSIBLE EXPANSIÓN A OTROS TERRITORIOS.

4.6.1 - Cumplimiento del Objetivo

Se está construyendo una estrategia amplia de divulgación de los resultados por diversos medios. Mientras tanto, la directora del INS de El Salvador se ha comprometido a capacitar en las herramientas de DRP / CP a todos los agentes de APS que actúan en el país (aproximadamente 3.000). Los otros cuatro sitios irán implementando la metodología de manera gradual, de acuerdo con sus posibilidades.

4.7 - CREAR UNA RED DE EXPERIENCIAS TERRITORIALES DE ENFRENTAMIENTO A LAS INEQUIDADES EN SALUD, ABIERTA A TODOS LOS MIEMBROS DE IANPHI. (RED TEFHI).

4.7.1 - Cumplimiento del Objetivo

Se implementará a través del Comité de Desigualdades Sociales e Inequidades en Salud Pública de IANPHI.

5 ACTIVIDADES (FIOCRUZ)

5.1 - CONSULTAR A LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y SIMILARES DE LA REGIÓN SOBRE SU POSIBLE INTERÉS EN PARTICIPAR EN EL PROYECTO.

Los ocho países miembros de la Red LatAm – IANPHI fueron consultados. Siete instituciones de seis países respondieron interesadas en participar en el proyecto.

5.2 - ELABORAR UNA GUÍA/MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL DRP / CP CON LA PARTICIPACIÓN DE LAS UNIDADES MUNICIPALES DE APS.

La Guía fue preparada, editada en español, portugués e inglés y distribuida a los participantes y patrocinadores por el Fórum Itaboraí.

5.3 - SELECCIONAR LOS SITIOS PARTICIPANTES, IDENTIFICANDO LA FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTAR EL PROYECTO A TRAVÉS DE UNA REUNIÓN VIRTUAL DE TODAS LAS INSTITUCIONES INTERESADAS PARA RESOLVER DUDAS Y POSIBLES SOLUCIONES A LAS BARRERAS IDENTIFICADAS.

El 25 de abril se llevó a cabo una reunión preparatoria virtual. Se identificaron dudas, barreras y soluciones. Participaron, además del Fórum Itaboraí / Fiocruz, ANLIS - Argentina; INS – Colombia; INS - El Salvador; INSP – México y FLACSO – Paraguay.

5.4 - REALIZAR TALLERES VIRTUALES MENSUALES PARA EL INTERCAMBIO ENTRE LOS PROYECTOS Y EL SEGUIMIENTO DE LAS EXPERIENCIAS.

Después de la primera reunión del 25 de abril, se llevaron a cabo varias reuniones generales y bilaterales virtuales preparatorias, de seguimiento y evaluación con los participantes.

5.5 - REALIZAR LA FORMACIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA DE LOS RESPONSABLES EN CADA INSTITUCIÓN SELECCIONADA, EN LA SEDE DEL PALACIO ITABORAÍ, PETRÓPOLIS, RJ Y EN DOS PROYECTOS COMUNITARIOS EN PETRÓPOLIS.

La capacitación tuvo lugar del 3 al 7 de junio. La agenda se presenta en el **Anexo 01**. Los participantes colombianos no recibieron autorización de viaje. Pudieron participar virtualmente durante las actividades del primer y último días.

5.6 - VISITAS DE SEGUIMIENTO IN SITU PARA EVALUAR Y SUGERIR POSIBLES ACCIONES CORRECTIVAS DURANTE LA EJECUCIÓN DE CADA PROYECTO EN CADA TERRITORIO. LAS VISITAS TAMBIÉN INCLUIRÁN CHARLAS PARA EL PERSONAL DE SALUD LOCAL Y ORGANIZACIONES COMUNITARIAS.

Los cinco sitios fueron visitados por dos o tres (Colombia) profesionales del equipo del Forum Itaboraí durante julio – agosto de acuerdo con el siguiente cronograma:

Colombia: 22 al 26 de julio. El equipo estuvo compuesto por Sônia Carvalho (Asistente Social, líder del equipo); Marcelo Mateus (Asistente Social); y Caiett Genial (Geógrafo).

México: 22 al 26 de julio. El equipo estuvo compuesto por Bruno Cesar (geógrafo) y Marina Rodríguez (asistente social).

El Salvador: 29 de julio al 2 de agosto. El equipo estuvo compuesto por Bruno Cesar (geógrafo) y Marina Rodríguez (asistente social).

Paraguay: 5 al 9 de agosto. El equipo estuvo compuesto por Caiett Genial (geógrafo) y Marcelo Mateus (asistente social).

Argentina: 12 al 16 de agosto. El equipo estuvo compuesto por Caiett Genial (geógrafo) y Marcelo Mateus (asistente social).

En el **Anexo 02** se presentan informes resumidos de las actividades de cada visita al terreno.

5.7 - REALIZAR UNA ÚLTIMA REUNIÓN PRESENCIAL CON EL OBJETIVO DE INTERCAMBIAR BUENAS PRÁCTICAS E IDENTIFICAR BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA Y EL ESFUERZO REQUERIDO DE CONTEXTUALIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN DE LA EXPERIENCIA.

La reunión se llevó a cabo en la sede del Palacio Itaboraí, Petrópolis del 16 al 18 de septiembre. Dos miembros de cada proyecto estuvieron presentes, a excepción de Colombia, que participó virtualmente porque su autorización gubernamental fue recibida fuera de tiempo para los arreglos de viaje necesarios. La agenda de la reunión, un informe resumido y los enlaces de las presentaciones individuales en español de cada país participante figuran en el **Anexo 03**.

5.8 - LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO PILOTO SE COMPARTIRÁN EN UN FORO VIRTUAL DE LATAM IANPHI, JUNTO CON MIEMBROS DEL COMITÉ DE INEQUIDADES EN SALUD DE IANPHI, PARA DISCUTIR EL ALCANCE Y POSIBLES ACCIONES FUTURAS, CON EL OBJETIVO DE AMPLIAR ESTA METODOLOGÍA A OTRAS COMUNIDADES.

Cada proyecto presentó un breve informe durante la reunión virtual del Comité de Inequidades en Salud de IANPHI celebrada el 19 de agosto. Después de las presentaciones hubo extensos debates con los miembros del Comité.

5.9 - ELABORAR UN INFORME EXHAUSTIVO, QUE INCLUYA LOS RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA DE CADA SITIO, SUS RESPECTIVAS PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN Y LOS REQUISITOS PARA ESCALAR LA METODOLOGÍA EN LA REGIÓN.

Relatado en el presente Informe.

5.10 - PRODUCIR UN ARTÍCULO PARA EL IANPHI INSIDER.

Pendiente.

5.11 PRODUCIR UN ARTÍCULO DE PUBLICACIÓN EN UNA REVISTA CIENTÍFICA. (*)

Los equipos de El Salvador y México se han comprometido a publicar sus experiencias en el sitio en sus revistas científicas. ANLIS, Argentina planea publicar en una revista científica nacional. Se elaborará y enviará una descripción completa del proyecto para su publicación a principios de 2025.

5.12 - PRODUCIR MATERIAL DIDÁCTICO, INCLUYENDO ANTECEDENTES CONCEPTUALES SOBRE LAS INEQUIDADES EN SALUD Y MÉTODOS EN TECNOLOGÍA SOCIAL APLICADOS PARA ENFRENTAR LAS DESIGUALDADES SOCIALES A NIVEL LOCAL. (*)

() Estas actividades se llevarán a cabo una vez finalizado el proyecto con fondos complementarios de otras fuentes.*

6 CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

El cronograma programado se cumplió con ligero atraso debido a demoras burocráticas en la liberación de fondos. Sin embargo, fue finalizado en el plazo establecido.

7 RESULTADOS

7.1 - Argentina / Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemo-epidemias – CeNDIE / ANLIS – Malbrán

7.1.1 - EQUIPO DEL PROYECTO “DOCK SUD”:

Mariana Manteca Acosta

Directora, CeNDIE / ANLIS – Malbrán

Laura Recoder

Coordinadora Área Social, CeNDIE / ANLIS – Malbrán. Directora del Proyecto “Dock Sud”

Gisela Gagliolo

Co-coordinadora del Proyecto “Dock Sud”

Florencia García

Investigadora, Proyecto “Dock Sud”

Juan José Gregoric

Investigador, Proyecto “Dock Sud”

Lic. Javier Danio

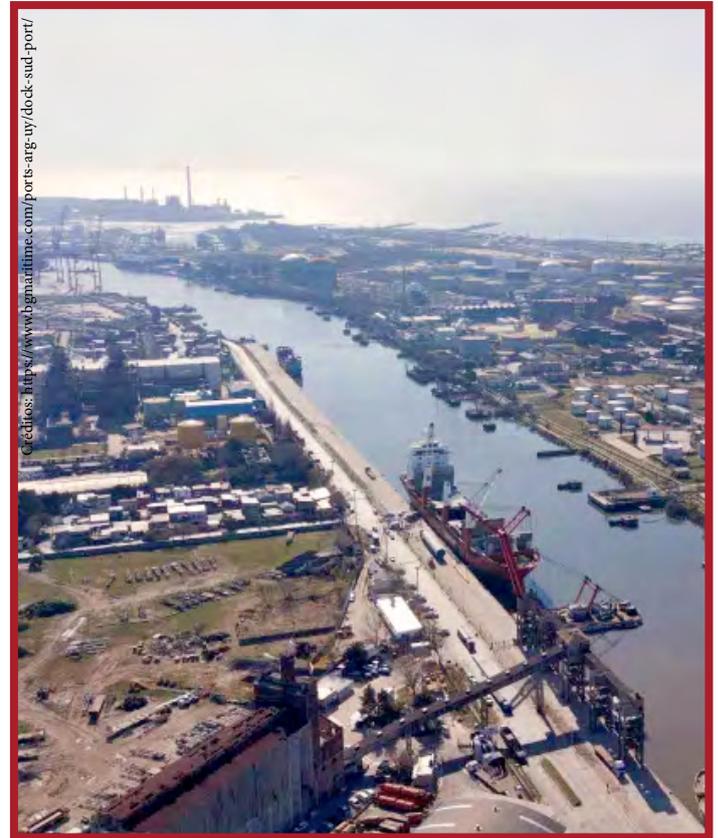
Investigador, Proyecto “Dock Sud”

Romina Etchevese

Investigadora, Proyecto “Dock Sud”

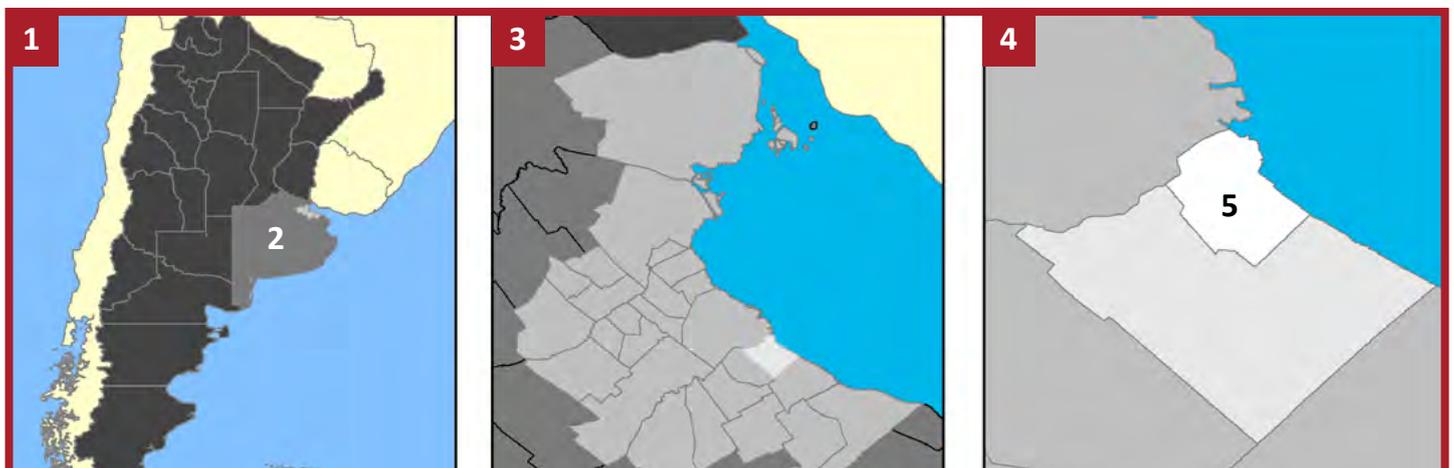
Corina Tolosa

Investigadora, Proyecto “Dock Sud”



7.1.2 - SITIO DEL PROYECTO:

Provincia de Buenos Aires / Municipalidad de Avellaneda / Territorio de Dock Sud. 30.318 habitantes. Concentra 7 asentamientos informales y barrios populares donde viven aproximadamente 5.000 familias (cerca de la mitad de las familias en condiciones socio-sanitarias precarias). Una de las principales características de la localidad son las problemáticas ambientales vinculadas a la contaminación industrial.



1) Argentina, 2) Estado de Buenos Aires, 3) Región Metropolitana de Buenos Aires, 4) Avellaneda y 5) Dock Sud.

7.1.3 - PERCEPCIONES GENERALES DE LA COMUNIDAD:

- En el pasado (años 50 y 60, auge del desarrollo productivo nacional), las actividades industriales y portuarias locales generaban puestos de trabajo y organizaban la vida social del barrio; actualmente, tienen un impacto negativo en la salud y el medio ambiente.
- Las nuevas migraciones desde América Latina, en contraste con migrantes europeos de finales del siglo XIX y principios del siglo XX que se asentaron en la zona, han alterado la forma de vida en el barrio, redefiniendo algunos lazos sociales.
- Algunos parques fueron identificados como lugares donde pueden relajarse, pensar y pasar un buen rato con la familia y los amigos. No obstante, también se mencionaron los problemas de inseguridad que muchas veces les impide utilizar el espacio público.
- Reconocen la capacidad organizativa y solidaria de la población del barrio ante diversos desastres como incendios, inundaciones e inclusive crisis económicas como la que se está atravesando en la actualidad.
- Las instituciones artísticas y educativas locales son percibidas como muy importantes para los jóvenes.

7.1.4 - PERCEPCIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SOBRE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO:

Fortalecimiento regional:

Permitió a ANLIS hacerse conocer entre los otros institutos nacionales de salud y reflexionar juntos sobre los temas de salud pública de cada país.

Fortaleció el vínculo entre los institutos nacionales de salud en la práctica y aplicación de la tecnología social para la salud en la región.

Fortalecimiento institucional:

La capacitación en esta metodología por parte de FIOCRUZ, institución de salud líder en la región, permitió la incorporación de nuevas capa-

idades al equipo institucional, que también se trasladaron al resto del equipo sanitario y universitario local.

Fortalecimiento local:

Permitió la vinculación entre diferentes niveles de jurisdicción, integrando a la comunidad desde el inicio y de manera participativa en este proceso.

Se fortalecieron las redes territoriales existentes, que son cruciales para abordar las inequidades.

El CeNDIE planea expandir el proyecto a otros municipios de las provincias de Buenos Aires y Santa Fe en 2025.

Los detalles de los hallazgos territoriales se pueden encontrar en el **Anexo 02**.

Una explicación detallada del proyecto en Argentina está disponible en español en: [Apresentação Argentina](#).

7.2 - Colombia – Instituto Nacional de Salud – INS – Colombia

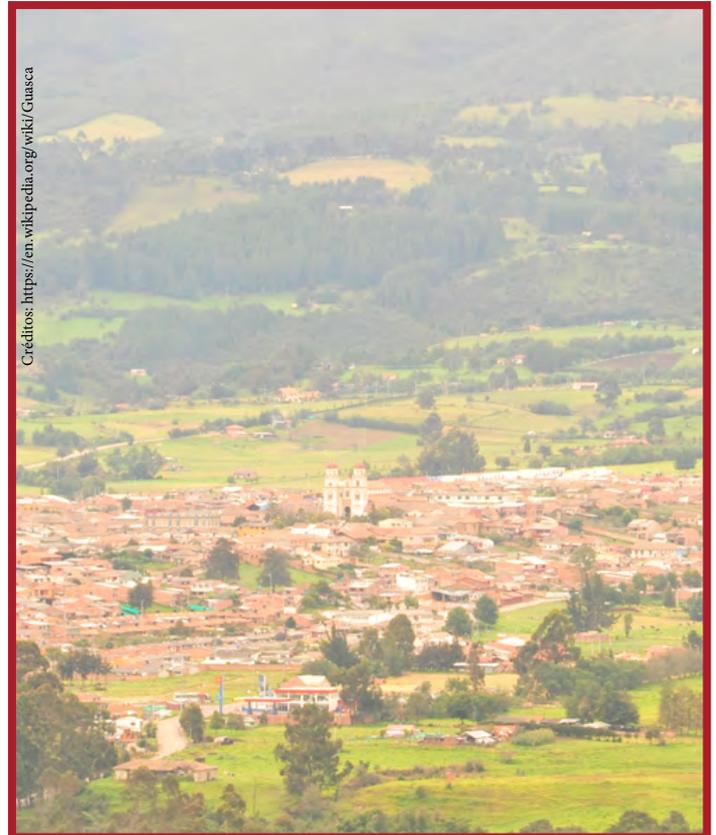
El proyecto es implementado por el Instituto Nacional de Salud – INS/Colombia a través de su Observatorio Nacional de Salud – ONS, encabezado por el Dr. Carlos Castañeda.

7.2.1 - EQUIPO DEL PROYECTO:

El equipo de campo estuvo compuesto por las funcionarias de la ONS-INS Karol Cotes Cantillo, Diana Díaz Jiménez y Sonia Garzón, funcionaria de la Alcaldía de Guasca; además, funcionarios de la administración de Guasca; estudiantes de dos escuelas, un grupo de mujeres, funcionarios de diferentes dependencias de la Alcaldía, promotores de salud y profesionales.

7.2.2 - SITIO DEL PROYECTO:

El territorio de Guasca, con 18 mil habitantes, ubicado a 44 km de Bogotá.



7.2.3 - PERCEPCIONES GENERALES DE LA COMUNIDAD:

- Recursos limitados para una población creciente y desconfianza en los "extranjeros".
- Crecimiento poblacional acelerado, reconfiguración del territorio.
- Cambios en las actividades económicas. De un cultivo campesino a empresas de cultivo en gran escala de flores, arándanos y fresas.
- La llegada de migrantes venezolanos y poblaciones étnicas del norte del país en busca de trabajo es vinculada a la inseguridad y al aumento de la demanda de atención para las poblaciones vulnerables.



1) Colombia, 2) Cundinamarca y 3) Guasca.

- Inmigración de las clases altas en busca de un lugar donde descansar ha sido responsable de la urbanización de las zonas rurales.
- Infraestructura sanitaria limitada para las poblaciones urbanas y rurales.
- Aumento de los vertederos y la potencial contaminación de los recursos hídricos asociada a los megacultivos.
- Problemas de salud mental: Aumento de trastornos de ansiedad, autolesiones, ideación suicida.
- Las restricciones de las carreteras terciarias dificultan la salida de las zonas rurales remotas.
- Pocas oportunidades para fomentar las expectativas de la población joven y escaso espacio de entretenimiento. A pesar del sentido de pertenencia, no planean quedarse a vivir allí.

7.2.4 - PERCEPCIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SOBRE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO:

("Estimulante, reconfortante y esperanzador")

- La tecnología social basada en investigación cualitativa aplicando DRP y CP será incorporada al Observatorio Nacional de Salud – ONS de las estrategias INS-Colombia.
- Acercarse a la comunidad con metodologías con base teórica orientadas a comprender y abordar las desigualdades en salud.
- Importante espacio para que la comunidad sea escuchada libremente.
- Practica la escucha imparcial.
- Vínculos y oportunidades para trabajar con los territorios: INS en busca de presencia territorial.
- Interés de las autoridades públicas locales en utilizar las metodologías para la formulación de políticas.

Los detalles de los hallazgos territoriales se pueden encontrar en el **Anexo 02**.

Una explicación detallada del proyecto en Colombia está disponible en español en: [Apresentação Colombia](#).

7.3 - El Salvador – Instituto Nacional de Salud

INS - El Salvador

El proyecto es ejecutado por el Instituto Nacional de Salud a través de la Unidad de Gobernanza y Gestión del Conocimiento que dirige el Dr. Carlos Hernández.

7.3.1 - EQUIPO DEL PROYECTO:

El equipo de campo estuvo compuesto por Cesar Mateo Gavidia, Zaida Ivette Álvarez y otros miembros del personal del Instituto.

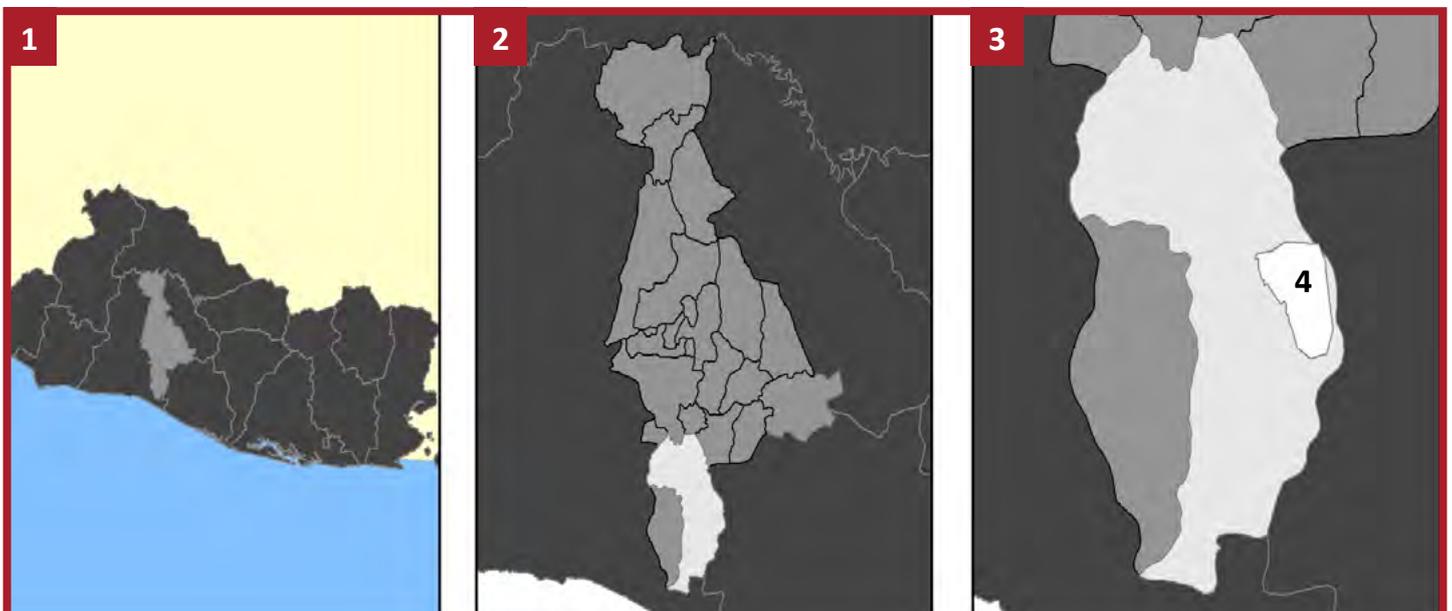
7.3.2 - SITIO DEL PROYECTO:

El sitio del proyecto es Panchimalquito, ubicado en el departamento de San Salvador, Municipio: San Salvador Sur, Distrito de Panchimalco, con una población aproximada de 1.000 habitantes.



7.3.3 - PERCEPCIONES GENERALES DE LA COMUNIDAD:

- La comunidad elogia la existencia de suelos fértiles, la ausencia de riesgos sociales y la belleza de los paisajes.
- Los principales desafíos incluyen la falta de organización comunitaria, la fragilidad de las vías de acceso y la gran acumulación de desechos y basura.
- Las intervenciones territoriales deseadas incluyen la disponibilidad de parques de ocio, espacios culturales y una mejor señal de internet.



1) El Salvador, 2) San Salvador, 3) Panchimalco y 4) Panchimalquito.

7.3.4 - PERCEPCIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SOBRE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO:

- Impacto en la percepción y visualización de la comunidad.
- Fortalecimiento del sistema de salud.
- Impacto en la realidad de las personas, empoderándolas y visibilizando sus demandas.
- Los próximos pasos inmediatos del INS cubrirán el seguimiento de la primera cohorte de promotores capacitados en DRP / CP; implementación de un Segundo Taller de DRP/CP para 30 promotores de salud.
- La Dra. Xochitl Sandoval, directora del INS, ha comprometido la planificación de un programa de capacitación para cubrir a los 3,000 promotores de salud en funciones en el país.

Los detalles de los hallazgos territoriales se pueden encontrar en el **Anexo 02**.

Una explicación detallada del proyecto en El Salvador está disponible en: [Apresentação El Salvador](#).

7.4 - México – Instituto Nacional de Salud Pública

INSP – México

El proyecto es implementado por el Instituto Nacional de Salud Pública – INSP-México, a través del Centro de Investigación en Salud Poblacional, encabezado por el Dr. Tonatiuh Barrientos.

7.4.1 - EQUIPO DEL PROYECTO:

El equipo de campo del INSP estuvo compuesto por Urinda Álamo y Leith León.

7.4.2 - SITIO DEL PROYECTO:

El sitio del proyecto es la comunidad de Atlacholoaya, con aproximadamente 5,000 habitantes en el municipio de Xochitepec, Estado de Morelos, acerca de 40 Km del INS-México.



7.4.3 - PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD PERCIBIDOS POR LA COMUNIDAD:

- Cáncer de la mujer (cáncer de mama y cáncer de cuello uterino)
- Dengue
- Diabetes
- Picadura de escorpión
- Embarazo adolescente
- Violencia de género (abuso sexual infantil, violencia económica)
- Contaminación fluvial
- Falta de infraestructura en las escuelas (falta de agua)
- Maltrato por parte de los médicos



1) México, 2) Morelos, 3) Xochitepec y 4) Atlacholoaya.

- Alcoholismo
- Toxicomanía
- Trabajo infantil
- Desnutrición infantil
- Falta de médico, hospital y medicamentos

7.4.4 - PERCEPCIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SOBRE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO:

- Potencial para integrar la tecnología social en los programas de formación de estudiantes y futuros líderes de Salud Pública en México y América Latina, como herramienta de transformación social en los territorios.
- Potencial para brindar apoyo técnico y metodológico y fortalecimiento de capacidades para orientar el proceso de transformación en los territorios.
- Potencial para el fortalecimiento de capacidades y apoyo al componente comunitario modelo IMSS-BIENESTAR*, a nivel local, municipal y estatal a través de planes de acción territoriales basados en tecnología social.
- Asegurar financiamiento destinado a apoyar la orientación técnica y metodológica, junto con el desarrollo de capacidades, para integrar y posicionar la tecnología social dentro de las comunidades de manera efectiva.

Los detalles de los hallazgos territoriales se pueden encontrar en el **Anexo 02**.

Una explicación detallada del proyecto en México está disponible en: [Apresentação México](#).

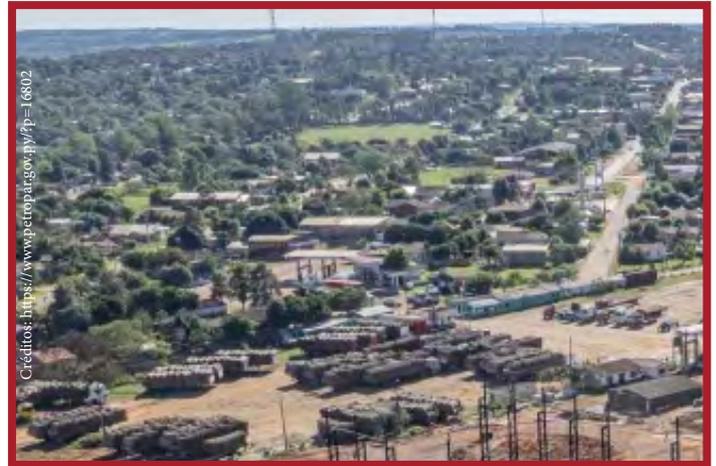
() El IMSS-BIENESTAR es un modelo de gobierno enfocado en las personas, las familias y sus comunidades, busca entender las necesidades de la población y sus determinantes. Es una herramienta para la implementación de la política pública de salud en el país y es el primer modelo que integra a todo el sector salud.*

7.5 - Paraguay – FLACSO

El proyecto es implementado por el Laboratorio de Políticas Sociales (LabSo) de FLACSO Paraguay, unidad de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

7.5.1 - EQUIPO DEL PROYECTO:

El equipo de FLACSO estuvo compuesto por Patricia Lima, Evelyn Mendonça, Panambi Scalamongna, María de Jesus Ritter, Marcela Aquino, Pedro Gabriel Pérez Quintana, Beatriz Agüero.



7.5.2 - SITIO DEL PROYECTO:

Las actividades se realizaron en el municipio Mauricio José Troche, ubicado a 131 km de la capital, Asunción, con una población aproximada de 11.300 habitantes.

El trabajo en el territorio se implementó con los Equipos de Salud de la Familia de dos Unidades de Salud de la Familia y con miembros de la comunidad. Comenzó con un ejercicio de mapeo social participativo en la comunidad de Troche, diseñado para revelar los contextos sociales, económicos y políticos locales que producen salud y enfermedad, tal como los perciben los actores locales.

7.5.3 - PERCEPCIONES GENERALES DE LA COMUNIDAD:

Los miembros de la comunidad han señalado diferentes expresiones de desigualdad en las relaciones de género; en las organizaciones territoriales y políticas. También indicaron la existencia de desigualdades entre las personas que hablan español y las que hablan guaraní (lengua indígena también utilizada por los campesinos). Existen desigualdades entre las personas que viven en zonas con servicios básicos y las que viven en áreas de ocupación informal.



Una fábrica que destila alcohol combustible a partir de la caña de azúcar ("guarapo"), se manifiesta como un igualador social; a pesar de diferentes situaciones que colocan a unos en condiciones más o menos adversas que otros: jóvenes con respecto a los adultos; las mujeres con respecto a los hombres; campesinos con respecto a los obreros de las fábricas, todo el mundo lo sufre, todo el mundo lo siente. El "guarapo" también se manifiesta como un diferenciador social: porque todo el mundo lleva su olor a todas partes, como una marca. Cuando salen del pueblo, quedan marcados por el olor que llevan en la piel.

Aunque la aldea es pequeña, las distancias para acceder y depender de los servicios de salud son largas.

7.5.4 - PERCEPCIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SOBRE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO:

El Laboratorio de Política Social (LabSo) de FLACSO Paraguay se dedica a identificar las barreras para el desarrollo social, desarrollar y probar empíricamente soluciones novedosas y transferir conocimientos a los componentes de la sociedad civil, los movimientos sociales y el sector público para mejorar la formulación de políticas basadas en evidencia. LabSo se centra en cuatro áreas entrelazadas: Género y Reproducción Social, Trabajo y Empleo, Sistemas Agroalimentarios y Sistemas de Salud.

El proyecto multicéntrico de tecnología social, llevado a cabo en colaboración con la Fundação Oswaldo Cruz (Brasil), tiene como objetivo desarrollar intervenciones y herramientas de investigación para los trabajadores de primera línea en las Unidades de Salud de la Familia del Ministerio de Salud de Paraguay para hacer más participativa la planificación e implementación de la atención primaria de salud basada en la comunidad.

Esta metodología permitió al equipo descubrir instancias de diálogo y escucha; de tomar conciencia de los problemas comunes. Pero también, en cada "agente comunitario" que trabaja en las

unidades de salud, el equipo descubrió posibilidades para reformar los servicios de salud. En cada travesía, los agentes comunitarios, que también son residentes de los barrios periféricos, han demostrado que conocen los problemas de la comunidad y de las personas que los padecen.

Las medidas futuras consistirán en repetir el ejercicio en otras comunidades para codificar la metodología de mapeo y elaborar un prototipo de conjunto de herramientas y un módulo de capacitación para los trabajadores comunitarios de la salud. A esto podría seguirle un experimento para probar la eficacia del módulo de capacitación y la metodología de mapeo sobre el contenido y la implementación de los planes locales de atención primaria de salud.

Los detalles de los hallazgos territoriales se pueden encontrar en el **Anexo 02**.

Una explicación detallada del proyecto en Paraguay está disponible en: [Apresentação Paraguai](#).

8 BIBLIOGRAFIA

8.1 – Snow, J. On the Mode of Communication of Cholera. 2nd. Ed. Much Enlarged. LONDON JOHN CHURCHILL, NEW BURLINGTON STREET. Af. DCCC.IV.

8.2 – Laurell, AC. La salud-enfermedad como proceso social". Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982.

8.3 – Breihl,J. Epidemiologia, Economia, Medicina y Política. 4a ed. México: Fontamara, 1988.

8.4 – Wilkinson,R and Marmot, M. Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd Ed. WHO, 2003

8.5 - IANPHI – Rio de Janeiro Statement on the Role of National Public Health Institutes in Facing Health Inequities, 2022. <https://www.ianphi.org/news/2022/rio-statement-healthequity.html>

8.6 - Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Rio de Janeiro, Brasil. 2011

8.7 - Rosenberg, F et al. Atención Primaria en Salud y Gestión Urbana en Comunidades Sujetas a Elevada Fragilidad Socioeconómica y Ambiental. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(2):350-5.

9 AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración esencial para el éxito del proyecto de la Asociación Internacional de los Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI) y de la Fundación de Apoyo a la FIOCRUZ (FIOTEC).

ANEXO 01

ETAPA 01 CAPACITACIÓN

ETAPA 1: Capacitación en herramientas para el Diagnóstico Rápido Participativo – DRP y Cartografía Participativa – CP

A1 - AGENDA:

19/05:

Encuentro en el aeropuerto de Galeão y traslado a Petrópolis

20/05:

08h30: Salida del hotel

09h – 12h30: Aulas teóricas (Conceptos de Determinación Social de la Salud, Desigualdades sociales e Inequidades en Salud, ODS y Agenda 2030; Atención Primaria de Salud e Intersectorialidad)

12h30 – 13h30: Almuerzo

13h30 – 17h: DRP y CP, conceptos y herramientas

17h: Regreso al hotel

21/05 al 23/05:

08h30: Salida del Hotel para visitar comunidades de Petrópolis donde se realizarán acciones de DRP y CP en conjunto con profesionales del Foro Itaborai y el Equipo de Estrategia Local de Salud de la Familia (dos Grupos). Almuerzo durante la visita

16h30: Regreso al hotel

24/05:

08h30 – Salida del hotel

09h – 10h30: Presentación de las características de los territorios participantes

10h30 – 12h30: Preparación, presentación y discusión de los informes de las visitas

12h30 – 13:30: Almuerzo

13h30 – 17h: Discusión de aspectos logísticos para la realización de los trabajos en los respectivos territorios participantes

25/05:

Traslado al aeropuerto

ANEXO 02

ETAPA 02: VISITAS IN SITU

ETAPA 2: VISITAS IN SITU – ARGENTINA

Fecha: 12 al 16 de agosto de 2024



PARTICIPANTES:

Forum Itaborá / FIOCRUZ:

Caiett Genial y Marcelo Mateus

CeNDIE / ANLIS:

Mariana Manteca Costa (directora CeNDIE); Maria Laura Recorder, (coordinadora del estudio, Antropóloga); Florencia García, (Investigadora, socióloga)

Universidad Tecnológica Nacional – Avellaneda:

Gisela Gagliolo (Co-cordinadora, antropóloga)

Secretaría de Salud de la Municipalidad de Avellaneda:

Juan Gregoric (investigador, antropólogo) Javier Danio (director de Centro de Salud, investigador, sociólogo)

Dirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires:

Romina Etchevese (investigadora, psicóloga); Corina Toloza (investigadora, trabajadora social)

ACTIVIDADES:

Los trabajos se realizaron en Dock Sud, ubicado en la comuna de Avellaneda, uno de los 135 municipios de la Provincia de Buenos Aires. El municipio de Avellaneda cuenta oficialmente con 3 localidades (Gerli, Piñeyro y Villa Domínico), y 4 ciudades (Sarandí, Wilde, Dock Sud y Avellaneda, capital del municipio). Dock Sud se encuentra en una zona que limita con el Río de la Plata, el arroyo Sarandí, la cuenca Matanza-Riachuelo y el Canal Dock Sud, caracterizado por ser un espacio con varios asentamientos precarios y villas que son atravesadas por problemáticas sociales y ambientales históricas.

Como primera estrategia de aproximación al territorio, el equipo del CeNDIE recuperó datos secundarios que fueron esenciales para apoyar las actividades de campo. Esta investigación contribuyó a la elaboración de documentos orientadores que facilitaron la sistematización y adaptación de las metodologías a la realidad argentina.

Debido al tamaño del área y a la densidad poblacional (38.318 habitantes), se decidió seleccionar una pequeña porción de la localidad de Dock Sud, aquella que se correspondía con el área programática del centro de salud de referen-

cia para nuestro estudio. A su vez esa área se dividió en 5 sectores para planificar las actividades de campo.

Como estrategia inicial para acercarse a los actores locales e indagar sobre las dinámicas territoriales y las estrategias sanitarias, se realizaron entrevistas a profesionales de la salud de las cinco unidades sanitarias presentes en el territorio y a todo el equipo de salud de la unidad sanitaria seleccionada para realizar el proyecto (en total 22 personas entrevistadas). El equipo de salud de la unidad sanitaria que participó del estudio se incorporó en el primer momento en el proyecto, posibilitando su participación en cada una de las actividades propuestas. Tras la llegada del equipo del Foro Itaboraí / Fiocruz, se estableció una agenda de trabajo centrada en las actividades en las que el equipo del CeNDIE tenía mayores dificultades para ser realizadas, en particular las relacionadas con la aplicación de la CP. Esta agenda consistió en tres talleres de CP, dos círculos de conversación y cuatro travesías por el territorio (recorridos), además de una charla conceptual para profesionales del CeNDIE, del Departamento Municipal de Salud y profesionales de la salud que trabajan en Dock Sud:

12/08: Asamblea general en la Unidad de Salud de Isla Maciel (Dock Sud); conferencia sobre DRP y Territorio; taller de CP con profesionales de la salud de Dock Sud; planificación de la semana con el equipo de CeNDIE.

13/08: Círculo de Conversación con profesionales de la unidad sanitaria “Manzini” (Dock Sud); taller de CP en la unidad sanitaria “Manzini”; travesía con el equipo del CeNDIE en Dock Sud; evaluación de las actividades del día y preparación de las actividades del día siguiente.

14/08: Conversación con referentes comunitarios y recorrido por el barrio “Las Torres” e “Inflamable”; círculo de conversación con personas mayores; recorrido de los sitios de referencia de la comunidad de Dock Sud y visita a la sede de la Sociedad de Socorros Mútuos Unión Caboverdeana

en Dock Sud.

15/08: Taller de CP y Memoria Social en el Centro Cultural Eva Perón con residentes; recorrido a través de diferentes áreas del Dock Sud.

16/08: Encuentro (en el edificio del CeNDIE) con todo el equipo de investigación, evaluación de las actividades realizadas y planificación de las etapas próximas del proyecto.

PRINCIPALES HALLAZGOS:

Principales desafíos:

- Creciente violencia urbana, producto de históricas rivalidades vinculadas a determinados barrios e hinchadas de fútbol y también disputas por el territorio para la venta de drogas.
- La crisis económica, la falta de trabajo y el apoyo alimentario a las familias más vulnerables emerge como una problemática importante en el barrio. Se mencionó la creciente apertura de restaurantes populares y cocinas comunitarias (a cargo de organizaciones comunitarias) para que algunas familias puedan comer al menos una comida al día. Se ha reportado una disminución del apoyo del gobierno nacional en la compra de alimentos para auxiliar a este tipo de iniciativas, lo que ha llevado a una disminución en la oferta de alimentos a la población más vulnerable.
- El problema ambiental de Dock Sud es histórico, especialmente después de la llegada de la refinería Shell y otras empresas del Complejo Petroquímico Dock Sud. Hay contaminación del suelo y de los ríos (el río Matanza-Riachuelo es considerado uno de los más contaminados del mundo). Donde se percibe el mayor problema es en la localidad de “Villa Inflamable”, compuesta por asentamientos precarios en las laderas de los ríos.
- Ha habido muchos informes de desempleo y disminución de ingresos por parte de los residentes de Dock Sud en los últimos años. También hay un cambio en el perfil laboral, con el despido de trabajadores formales en la industria, y la inserción de alguno de estos trabajadores en empleos informales. La informalidad se visualiza por ejemplo

en los vendedores ambulantes y en los puestos de comida callejera en varios de los barrios de la localidad.

- Hay muchos problemas relacionados con la circulación de camiones que transportan contenedores y combustible tanto al puerto como al polo petroquímico. Las vibraciones, la rotura de cables, el ruido ambiente y los accidentes son algunas de las problemáticas mencionadas. En algunas calles, la población construyó barreras de hormigón en medio de la calle para impedir el paso de vehículos de alto porte.
- La discriminación racial y la invisibilización de las comunidades afrodescendientes que habitan la localidad fue una problemática desplegada y enfatizada por una referente de la comunidad caboverdiana de Dock Sud. La gran invisibilización ejercida incluso por otros líderes comunitarios dificulta la construcción de estrategias comunes.

Oportunidades territoriales:

- Existencia de muchos establecimientos de salud en el territorio, con seis unidades sanitarias solo en la localidad de Dock Sud. Cada una de ellas compuestas por profesionales de diferentes disciplinas.
- Zona de ocupación histórica (desde fines del siglo XIX), y de estructura industrial, y que, por lo tanto, cuenta con una considerable estructura urbana con calles regulares, vías de acceso al centro de Avellaneda y Buenos Aires.
- Los clubes de fútbol, especialmente el Club A. San Telmo (en Isla Maciel) y el Sportivo Dock Sud, son referentes culturales muy importantes para los pobladores, donde las canchas son percibidas como lugares de entretenimiento y unidad comunitaria.
- Existe una percepción positiva en relación con la acogida de la comunidad y el sentido de pertenencia de los residentes.
- Existe una gran concentración de organizaciones sociales, vinculadas o no a partidos políticos, que realizan una labor social continua en la comuni-

dad, alguna de ellas vinculadas al mantenimiento de los comedores, principalmente en los tiempos actuales. Estas instituciones fueron percibidas como representativas y que forman parte del potencial organizativo histórico del Dock.

- Algunas de las unidades sanitarias fueron muy elogiadas por los miembros de la comunidad, representando un espacio de contención, cuidado y atención cotidiana.
- Hay acciones de "ayuda mutua" en varias de las organizaciones locales, por ejemplo, la Sociedad Caboverdiana, que distribuye donaciones de alimentos, ropa y artículos básicos entre los afro-argentinos que viven en el Dock.
- Las diferencias de identidad asociadas a los diferentes barrios dentro de la localidad producen por un lado tensión e inclusive episodios de violencia entre barrios, pero por otro lado fuertes lazos de solidaridad entre quienes habitan cada barrio. La solidaridad fue la característica barrial más nombrada por las personas conocidas.

Los aspectos relacionados con la salud y sus determinantes se pueden resumir de la siguiente manera:

- Inseguridad alimentaria.** La inseguridad alimentaria aparece como uno de los principales problemas en parte del territorio, con residentes que no pueden comer todas sus comidas al día y no tienen acceso a alimentos más asequibles, haciendo uso de "comedores" para asegurar la cena o el almuerzo.
- Contaminación ambiental.** Los problemas ambientales son otros de los problemas reportados. Los residentes describen patologías de la piel (alergias, manchas corporales), problemas respiratorios, cáncer y muerte de animales domésticos. La población ha logrado judicializar el tema y permanentemente solicita las respuestas de saneamiento y la atención específica de la salud. El éxito de estas demandas judiciales y reclamos es bastante relativo, siendo insuficiente en la mayoría de las ocasiones.
- Desempleo e informalidad.** La cuestión laboral

es uno de los principales aspectos relacionados con las inequidades sociales. Debido a los problemas de desempleo y trabajo precario, muchos residentes de Dock Sud tienen bajos ingresos y no pueden pagar sus gastos diarios, principalmente reportando no poder comer todas las comidas del día y comprar artículos básicos, como los de higiene personal. Además, se quejan de los precios de los alimentos en el propio Dock Sud, lo que agrava la situación.

d. Violencia urbana. Se reporta como un problema creciente, especialmente en parte de Isla Maciel y Las Torres. Se escucharon varios relatos sobre enfrentamientos entre pandillas rivales, con homicidios y personas atacadas, lo que representa un grave riesgo para la salud física y mental de los residentes.

e. Salud mental. Este fue un tema muy recurrente en la conversación con los profesionales de la salud que trabajan en Dock Sud. Durante una de las actividades de la CP, una vecina afirmó que le gustaría "borrar su casa del mapa", porque allí pasó por muchos momentos difíciles, relacionados con la violencia urbana, los problemas familiares y el hambre. Los profesionales manifestaron que situaciones como esa son muy recurrentes y que necesitan construir estrategias para promover la salud mental en el territorio, junto con los pobladores.

ETAPA 2: VISITAS IN SITU – COLOMBIA

Fecha: 22 al 26 de julio de 2024



PARTICIPANTES:

Forum Itaboraí / FIOCRUZ:

Sônia Carvalho, Marcelo Mateus and Caiett Genial

Participantes locales:

Karol Cotes Cantillo, Diana Díaz Jiménez, INS-Colombia; Sonia Garzón, Alcaldía de Guasca.

Otros participantes:

Secretario de Desarrollo Social de Guasca; Coordinación y profesionales de la Atención Primaria de Salud de Guasca; Presidente de la Asociación de Vecinos de Vereda Salitre

ACTIVIDADES:

22/07: Reunión informativa en la sede del INS - Colombia, donde se presentó el marco conceptual del proyecto a un grupo de profesionales y se diseñó el plan de trabajo de campo.

23/07 – 25/07: Trabajo de campo en el territorio de Guasca, con 18 mil habitantes, ubicado a 44 km de Bogotá. Se realizaron visitas al centro de salud, colegios, asociaciones, así como círculos de conversación con diferentes grupos etarios y una au-

diencia con el alcalde. El equipo también participó en un programa de radio local para dar a conocer el Proyecto Multicéntrico. Se identificaron potencialidades y desafíos en el área urbana y en la comunidad rural de El Salitre.

26/07: Reunión de retroalimentación y evaluación en la sede del INS-Colombia.

PRINCIPALES HALLAZGOS:

Existe una fuerte relación entre la salud de la población de Guasca y sus recursos naturales, el turismo y la cultura. Estudiantes, adultos, ancianos y profesionales consultados destacaron cómo la rica biodiversidad, las lagunas, las aguas termales y los barrancos contribuyen a una buena calidad de vida, brindando tranquilidad y bienestar. La percepción por parte de la población, observada por la apreciación de monumentos religiosos, fauna y flora, pinturas rupestres y el propio turismo cultural reveló una percepción positiva del territorio, lo que impacta directamente en el sentimiento de pertenencia y buen vivir de la región. El apoyo gubernamental a las actividades culturales refuerza esta relación, mostrando cómo el contac-

to con la naturaleza y la preservación del patrimonio histórico-cultural contribuyen a un estilo de vida saludable y equilibrado.

Las principales actividades económicas están relacionadas con la producción agrícola (frutillas, sandías, papas, frijoles, maíz) y el cultivo intensivo de flores. La ganadería y la producción de leche complementan la riqueza local. Además de dinamizar la economía, la oferta de trabajo en este universo agropecuario impacta directamente en las condiciones nutricionales y de satisfacción de las familias, las cuales son unánimes en mencionar su importancia.

Sin embargo, existen dificultades como el costo de los insumos para el mantenimiento del cultivo y el mayor interés de los hijos de los agricultores en las oportunidades en las zonas urbanas, lo que llevó a muchos a vender o arrendar sus propiedades, especialmente a empresas de floricultura. Esto ha generado un importante impacto socioeconómico en la región. Además, la precariedad de las relaciones laborales y los bajos salarios son factores críticos que afectan el bienestar de la población.

Estos desafíos económicos y laborales comprometen tanto la salud física, debido a la exposición a productos químicos, como la salud mental, debido al estrés relacionado con la inseguridad laboral y la pérdida de tierras familiares.

Los estudiantes destacan la biodiversidad, los espacios de ocio y la tranquilidad como aspectos que promueven el bienestar físico y mental. La cancha polideportiva, por ejemplo, se considera esencial para las actividades que proporcionan una vida saludable y un espíritu comunitario. Sin embargo, la preocupación por la contaminación, el uso de plaguicidas y la eliminación inadecuada de la basura genera advertencias sobre el impacto ambiental en la salud de los jóvenes. Además, la falta de transporte adecuado y el deseo de muchos jóvenes de salir de Guasca en busca de mejores oportunidades ponen de manifiesto desafíos sociales que pueden afectar el equilibrio emocional y la salud mental. Problemas como las drogas, la delincuencia, el embarazo precoz e incluso los casos de suicidio también son señalados como factores de riesgo social y de salud, lo que revela

la necesidad de más espacios de expresión y apoyo para estos jóvenes.

Los profesionales de la salud destacaron que el uso intensivo de plaguicidas, especialmente en la floricultura, es una fuerte amenaza para la salud de los trabajadores y residentes, además de degradar el medio ambiente. La exposición continuada a estos productos químicos ha provocado problemas respiratorios, enfermedades de la piel y otros impactos negativos para la salud, además de perjudicar la calidad de los alimentos y el agua. Un desafío considerable es la resistencia a la integración de la población venezolana, que a menudo genera conflictos y episodios de violencia, agregando una capa de estrés y presión al trabajo de los profesionales de la salud. Los problemas logísticos, como el acceso de profesionales a las zonas rurales, agravan la situación, obligando a ajustes en los horarios y soluciones improvisadas, lo que aumenta la carga de trabajo y las dificultades en el día a día de los equipos. La alta rotación de profesionales también dificulta la continuidad de la atención médica, afectando la calidad de los servicios prestados.

Un segmento importante de la población está conformado por ancianos que aprecian y participan en iniciativas lúdicas y culturales promovidas por la administración municipal, como el programa "Adulto Mayor/Semillas de Amor". También cabe destacar el programa de seguimiento a mujeres embarazadas y personas con discapacidad.

El crecimiento de la violencia doméstica y el aumento del consumo de alcohol en Guasca han tenido impactos directos en la salud de la población, afectando tanto la vida social como la familiar. Estos problemas se ven agravados por el aumento de los robos y el uso de armas, generando inseguridad entre los residentes, quienes ahora temen salir de sus casas por la noche debido a la presencia de personas desconocidas o recién llegadas.

La pandemia ha traído un aumento significativo de la ansiedad y otros trastornos, intensificando la necesidad de intervenciones de salud mental, incluido el uso de medicamentos. En res-

puesta, el municipio ha intensificado su enfoque de la salud mental, pero enfrenta desafíos con la rotación de profesionales, lo que compromete la continuidad de la atención y el vínculo con los pacientes. A pesar de esto, el trabajo de los promotores de salud es ampliamente aceptado por la comunidad, lo que refleja la importancia del apoyo continuo en la promoción de la salud y la prevención de problemas psicológicos.

Lugares con alcantarillado abierto, transporte precario, falta de espacios de ocio y desigualdad socioeconómica favorecen un ambiente propenso a enfermedades y estrés, comprometiendo la salud física y mental de la población. La inseguridad provocada por perros agresivos y el crecimiento desordenado de la zona intensifican el sentimiento de descontento y aislamiento de una parte de los residentes, especialmente en el casco urbano.

Los aspectos relacionados con la salud y sus determinantes se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Participación del gobierno: La colaboración activa del gobierno local a través del trabajador social y del Secretario de Desarrollo Social y Salud, es crucial para el éxito de las iniciativas de salud. Este compromiso institucional es un determinante importante, ya que refleja la priorización de la salud en la agenda pública

2. Desafíos de la infraestructura de salud: La frágil situación en el Centro de Salud de Guasca ilustra cómo el crecimiento de la población y la limitada infraestructura de salud generan presión sobre los servicios.

3. Impacto de la inmigración y la inclusión: Los desafíos que enfrentan los ciudadanos venezolanos y miembros de comunidades étnicas del norte del país que han inmigrado a la región, junto con la resistencia local, indican la necesidad de políticas de salud que aborden la inclusión y aceptación intercultural. La hostilidad percibida entre los grupos pone de relieve la importancia de fomentar un entorno social acogedor

4. Mediación de conflictos: La necesidad de estrategias para la mediación de conflictos y el fortalecimiento de los lazos comunitarios refleja cómo las dinámicas sociales y culturales impactan en la

salud. El sistema de salud debe ser sensible a estos temas, considerando que la salud no es solo una cuestión técnica, sino también social, económica y cultural.

5. Intersectorialidad: La sobrecarga del sistema de salud no se limita a los recursos y la infraestructura, sino que la intersectorialidad es vital. La salud debe integrarse con otras áreas, como la educación, la asistencia social y la cultura, para atender de manera integral las necesidades de la población. Esta integración colaborativa es un determinante esencial para mejorar la calidad de vida.

6. Participación juvenil: La diversidad de opiniones de los jóvenes sobre la comunidad pone de manifiesto la importancia de su inclusión en las discusiones sobre el futuro de la región. La participación activa de los jóvenes es clave para construir soluciones que reflejen sus necesidades y preocupaciones.

7. Actividades comunitarias: Las iniciativas comunitarias culturales y de limpieza son ejemplos positivos que fortalecen el sentido de pertenencia y unión, contribuyendo a la salud mental y la cohesión social. Sin embargo, problemas como las drogas, la violencia y la discriminación requieren atención inmediata, ya que afectan la seguridad y la salud de la población.

8. Conciencia ambiental: La preocupación de los estudiantes por los problemas ambientales muestra que los factores ecológicos son determinantes de la salud. Valorar los aspectos positivos de la comunidad, junto con la conciencia de los problemas ambientales, es esencial para desarrollar estrategias que promuevan un equilibrio entre el desarrollo sostenible y la salud pública.

9. Recursos limitados: El crecimiento poblacional acelerado y los limitados recursos del municipio para proveer el equipamiento y servicios necesarios para responder a las necesidades, requieren un trabajo intersectorial, pero también una mirada regional de los procesos de planeación y ubicar al municipio en una clasificación que permita mayor transferencia de recursos.

ETAPA 2: VISITAS IN SITU – EL SALVADOR

Fecha: 29 de julio al 2 de agosto de 2024



PARTICIPANTES:

Forum Itaboraí / FIOCRUZ:

Marina Rodrigues de Jesus y Bruno Cesar dos Santos

Participantes del INS-El Salvador:

Cesar Mateo Gavidia, Zaida Ivette Álvarez y otros

Otros participantes locales:

Promotores de Salud; representantes de la Escuela El Cantón; liderazgos comunitarios

ACTIVIDADES:

El territorio escogido por el INS-El Salvador para implementar el proyecto fue Panchimalquito, distrito de Panchimalco, a 26.5 km del centro de San Salvador (1 hr y 10 min) con una población aproximadamente. 1.000 habitantes en 198 viviendas y 202 familias. Se incluyeron cinco case-ríos: El Centro, El Limón, Bajillo, Conacaste y Tira-gran.

En la semana previa a la llegada del equipo del Foro Itaboraí / Fioacruz, el equipo del INS realizó actividades de capacitación de los promotores de salud en DRP/CP, para la apropiación de esta herramienta de tecnología social. Este proceso tuvo como objetivo asegurar que la metodología se adaptara a las realidades locales, promoviendo una práctica que evidenciaba inequidades y fortalecía el proceso de trabajo de los profesionales y su lectura territorial y la participación activa de la comunidad.

29/07: Llegada del equipo del Foro Itaboraí al país. Planificación colaborativa de los trabajos incluyendo una reunión con la directiva del INS para discutir las actividades realizadas en la semana anterior, como la capacitación de Promotores de Salud.

30/07: Recorrido por las localidades de El Limón y Conacaste y círculo de conversación con profesionales del INS, promotores de salud, representantes de la Unidad de Salud de Pachimalquito, representantes de la escuela pública El Cantón y líderes comunitarios.

31/07: Recorrido; círculo de conversación con líderes, promotores de salud y líderes comunitarios y Taller de Cartografía con adolescentes de la escuela pública.

01-02/08: Reunión con técnicos del INS para sistematizar información y reflexionar sobre la experiencia de campo.

RESULTADOS:

A. POTENCIALIDADES DEL TERRITORIO

Estructura local de salud: La figura del promotor de salud es valiosa. Con conocimiento local y un fuerte vínculo con la comunidad, estos profesionales actúan como referentes y facilitadores del acceso al sistema de salud y establecen conexiones intersectoriales. La recién inaugurada unidad de Atención Primaria de Pachimalquito es vista por los pobladores como un logro, resultado de la lucha del comité de salud, que hoy está compuesto por cinco pobladores que se organizaron con las autoridades públicas para la implementación de la unidad, que cuenta con un equipo mínimo de profesionales y con una buena estructura para atender a la población.

Líderes comunitarios: Hay un compromiso significativo de los líderes locales con los comités y el consejo de educación y el grupo de mujeres que se organizan en la Iglesia Católica. Estos grupos son embriones de un proceso de organización comunitaria.

Potencial para la agroecología y la autosuficiencia alimentaria: La comunidad está preocupada e interesada en recuperar los conocimientos ancestrales de manejo de la tierra de manera agroecológica, un recurso importante para mitigar el uso de plaguicidas y estimular la soberanía alimentaria.

Acceso al agua: La implementación de cisternas y represas que mejoraron el acceso de las familias a los recursos hídricos. Anteriormente, recorrían largas distancias para tener acceso al agua.

Cultura e identidad comunitaria: El vínculo cultural de la comunidad, especialmente en la preservación de la vestimenta y las tradiciones, fortalece la cultura y la cohesión social y puede ser base

para acciones que fortalezcan la identidad con la valoración y rescate de los conocimientos locales, como la lengua náhuatl y la práctica de los historiadores.

Comités populares de participación: La existencia de comités locales, como los consejos de salud y escolares, muestran una estructura organizativa mínima para el ejercicio del control social. La comunidad se abrió a diálogos sobre la salud ampliada, pudiendo promover asambleas y mesas de diálogo para planificar acciones conjuntas. El consejo escolar, que recientemente adquirió tierras para prácticas agroecológicas, demuestra una fuerte capacidad organizativa y un deseo de promover la educación inclusiva.

B. ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS DESAFÍOS TERRITORIALES EN SALUD Y SUS DETERMINANTES

Movilidad y estructura sanitaria local: La comunidad rural se enfrenta a importantes obstáculos para acceder a los servicios esenciales de salud y educación. Debido a la larga distancia que separa a la comunidad de los servicios y los altos costos de transporte, muchos residentes hacen recorridos agotadores a pie. Algunas familias reportan caminar hasta tres horas para llegar al servicio de salud más cercano, mientras que los niños y adolescentes caminan alrededor de una hora y media para llegar a la escuela comunitaria. Además, el acceso al comercio y a los espacios culturales también se ve obstaculizado por la ausencia de transporte accesible.

A pesar de que existe una Unidad de Salud de Atención Primaria en la región, los residentes señalan que la atención ofrecida es limitada e irregular. Los promotores comunitarios de salud desempeñan un papel importante en el apoyo a la población mediante la realización de visitas domiciliarias y la cobertura de grandes distancias a pie. Sin embargo, se enfrenta a serias limitaciones, ya que no cuentan con un soporte adecuado para su desplazamiento, lo que reduce el número de visitas semanales que puede realizar.

Condiciones ambientales y saneamiento: la comunidad tiene un servicio de saneamiento irregular, lo que se traduce en riesgo de contaminación y acumulación de desechos sólidos. También el acceso a servicios básicos, disposición de desechos sólidos y tratamiento de aguas residuales contribuye y aumenta la exposición de la población a factores de riesgo que pueden generar enfermedades. Parte de estos problemas se ven influenciados por riesgos ambientales como derrumbes en las vías de acceso, los cuales están siendo intervenidos por las autoridades en la actualidad.

En las escuelas, la situación sanitaria es precaria, con ausencia de sistemas de saneamiento adecuados y baños en mal estado, lo que genera preocupación por la salud de los niños. La alimentación escolar es organizada por las madres y tutores, quienes carecen de un espacio adecuado para preparar los alimentos. El consejo escolar ha actuado con el fin de organizarse en busca de acciones mitigantes.

Condiciones de la vivienda y riesgos geológicos:

La mayoría de las residencias son autoconstrucciones muy sencillas, algunas de tierra apisonada y con poca ventilación, sin agua corriente y con electricidad limitada. En períodos lluviosos, la comunidad enfrenta peligros geológicos, como deslizamientos de tierra, que pueden dejar áreas aisladas. La falta de vías de evacuación y de medidas preventivas adecuadas pone en riesgo la seguridad de los residentes.

Problemas de salud/enfermedad: Por el análisis de datos epidemiológicos previos se identificó las enfermedades diarreicas como una de las primeras cinco causas de consulta; en la comunidad existen factores que pueden favorecer el apareamiento de estas enfermedades. Los residentes han señalado la presencia de mosquitos que podrían contribuir a propagación de enfermedades como el dengue. Además, las condiciones de saneamiento en la comunidad son irregulares y hay dificultades para acceder a agua potable para toda la comunidad, así como una falta de infraestruc-

tura adecuada para la eliminación de desechos sólidos. Los residentes informan que han notado un aumento en la presencia de mosquitos en los últimos años, lo que incrementa la preocupación por la salud comunitaria.

Los niños pequeños sufren problemas respiratorios y diarreicos, mientras que los ancianos tienen casos de hipertensión y diabetes y problemas cardíacos. También se señala la salud mental, especialmente entre las mujeres, que reportan sentimientos de tristeza y depresión, en parte debido a las secuelas sociales históricas de la guerra civil entre pandillas que marcó la historia de la población.

En cuanto a la atención de mujeres embarazadas y puérperas, se ve afectada por factores ambientales como derrumbes en calles de acceso debido a la geografía de la zona. A pesar de esto, el primer nivel de atención (Unidad de Salud) en coordinación con el nivel central del Ministerio de Salud de El Salvador, genera acercamientos comunitarios para poder brindar la atención y control de estas poblaciones especiales. Uno de los factores de riesgo identificados fue el largo y costoso trayecto que deben recorrer estas poblaciones para poder salir de sus viviendas, y la irregularidad del acceso a transporte que afecta tanto al transporte público como al de la Unidad de Salud para el traslado a casas de espera materna.

El largo y costoso trayecto hasta el lugar de parto aumenta los riesgos para las mujeres embarazadas y puérperas, poniéndolas en situaciones vulnerables. A pesar de que existe una casa de partos en el municipio de Pachimalco, el transporte de los servicios de salud pública no está disponible y en algunos lugares no hay acceso para vehículos.

Condiciones de ingresos y seguridad alimentaria:

La economía de la comunidad se basa en la agricultura de subsistencia, que enfrenta un uso intensivo de plaguicidas y una baja productividad debido al cambio climático y la pérdida de las prácticas agroecológicas tradicionales.

Una parte importante de los residentes se ve obligada a abandonar la comunidad en busca de oportunidades laborales, muchos de los cuales se dedican al comercio y al servicio doméstico. Aquellos que tienen educación superior tienden a abandonar la comunidad para procurar mejores oportunidades de empleo fuera de ella. La dependencia de subsidios, la falta de intervenciones sociales como cisternas y proyectos avícolas, sumado a la migración de la población por acceso a oportunidades laborales a Panchimalco o a la capital, San Salvador, afecta la capacidad resolutive de Panchimalquito y genera dificultades financieras en el territorio. Algunas mujeres complementan sus ingresos vendiendo alimentos, como pupusas, huevos y productos de sus huertos domiciliarios.

A partir de los resultados obtenidos, se elaboraron las siguientes propuestas de intervención por parte del INS:

1. Implementar un programa de capacitación en DRP/CP en salud para más de 3.000 profesionales de promoción de la salud en el país, cubriendo conceptos básicos de la Determinación Social de la Salud y Epidemiología Crítica. Con ello se pretende cualificar la praxis profesional y reforzar la participación popular en salud para incorporar esta tecnología en los procesos de trabajo de los promotores.
2. Publicar el proyecto en la revista científica de Salud Pública del Instituto.
3. Posibilidad de integrar en el Instituto profesionales de otras áreas del conocimiento para promover una visión multidisciplinar en los análisis territoriales.
4. Crear observatorios para monitorear y evaluar el proceso de formación de los promotores de salud y los cambios en las prácticas de salud comunitaria.
5. Aplicar herramientas de Cartografía Participativa en las estrategias de salud pública, como la georreferenciación de inequidades en salud, que permitan representar y espacializar condiciones que afectan los servicios de salud, permitiendo la

identificación de estas para la toma de decisiones basadas en evidencia y políticas de salud pública.

6. Fortalecer la participación comunitaria de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud, realizando la retroalimentación del DRP/CP en las asambleas regionales.

7. Para la aplicación de esta tecnología social, es fundamental tener en cuenta algunos requisitos. Y el primer paso fue asegurar el involucramiento y compromiso de la dirección de los institutos, como se observó en este proyecto, donde gestores y técnicos profundizaron en los principios y objetivos del DRP/CP. La rápida adaptación de los materiales pedagógicos, combinada con la intencionalidad y aplicabilidad de la herramienta, permitió analizar los impactos potenciales y los cambios que se pueden generar en las prácticas de salud y en la lucha contra las inequidades. El enfoque multidimensional y multinivel de la metodología se fortaleció con la participación de los técnicos, reforzada por la experiencia previa en Brasil.

ETAPA 2: VISITAS IN SITU – MÉXICO

Fecha: 22 al 26 de julio de 2024



PARTICIPANTES:

Forum Itaboraí / FIOCRUZ:

Marina Rodrigues de Jesus y Bruno Cesar dos Santos

Participantes INSP-México:

Urinda Álamo y Leith León

Otros participantes:

Líderes comunitarios; autoridades locales y municipales, jóvenes, progenitores, estudiantes universitarios; personal de salud y personas de la comunidad.

ACTIVIDADES:

Las actividades locales se realizaron en la localidad de Atlacholoaya, en el municipio de Xochitepec, estado de Morelos, a unos 40 km de la sede del INSP-México. La localidad cuenta con 4.594 habitantes en 1.529 viviendas.

El proceso incluyó visitas a instituciones clave, como el Centro de Salud Atlacholoaya y el DIF (Sistema Integrado de Desarrollo Familiar) Xochitepec, donde se discutieron temas como la organización de la salud, la promoción de la salud, y las vulnerabilidades y potencialidades del territorio. También se realizaron círculos de conversación con los pobladores, travesías por el territorio y actividad de Cartografía Participativa para identificar las dinámicas sociales, culturales y económicas de la comunidad, discutir y estimular la construcción de posibilidades de mejoras territoriales.

22/07: Se realizaron visitas institucionales, que fueron fundamentales en función de la dinámica territorial. Las instituciones visitadas fueron el Centro de Salud Atlacholoaya y el DIF Xochitepec. La actividad del Centro de Salud tuvo como objetivo presentar la metodología aplicada en los territorios de Petrópolis, sus potencialidades, limitaciones y desafíos, así como explorar las fortalezas y desafíos de los servicios de salud en Atlacho-

loaya. Se presentó una breve caracterización del Sistema Único de Salud en Brasil, así como de las características específicas de la red de salud pública en Petrópolis y la historia del desempeño institucional del Foro Itaboraí/Fiocruz. El personal del centro de salud mencionó los recursos con los que cuenta para su funcionamiento, los programas que atiende, así como las dificultades que presenta en el día a día.

23/07: Visita a Ayudantía, una especie de subprefectura del territorio. Hubo una conversación con el responsable y una joven, que trabaja como asistente, de aproximadamente 16 años. Se abordaron preguntas sobre cómo es vivir en Atlacholoaya, cuáles son las potencialidades, vulnerabilidades, desafíos para los jóvenes, características económicas, etc.

24/07: Travesías por todo el territorio. Fueron divididos dos grupos, entre ellos profesionales del Fórum Itaboraí/Fiocruz y del INSP, residentes del territorio y 2 jóvenes, estudiantes de educación superior que apoyaron con la recolección de datos en campo, utilizando geotecnología. Los lugares elegidos para realizar los recorridos fueron La Guamuchilera y El Calvário, colonias con alta marginación pertenecientes al territorio de Atlacholoaya.

25/07: Actividades de CP y herramientas de educación popular. El objetivo, además de plantear y debatir temas en el territorio con las personas involucradas, también fue mostrar posibilidades de rápida replicación. De esta manera se optó por la técnica del Diagrama de Pétalos, donde es posible identificar potencialidades, vulnerabilidades y trabajar estos temas de manera articulada. Las propias actividades de mapeo participativo ya habían sido realizadas previamente, coordinadas por profesionales del INSP, identificando en mapas, con la población, aspectos relevantes del territorio.

26/07: Visitas a la Dirección de Salud Municipal de y al FUCAM, institución privada que brinda atención a mujeres con cáncer y regreso al DIF Xochitpec, para una conversación más profunda sobre los programas, alcances y estructura de la institución.

RESULTADOS:

Atlacholoaya es percibida como una comunidad muy unida, con una fuerte conexión en torno a la iglesia católica y sus fiestas tradicionales, a pesar de los cambios generacionales y la llegada de nuevos residentes. Tales cambios se expresan en las charlas sobre temas migratorios, vistos como potencialmente desarticuladores de tradiciones y saberes entre los residentes, ambos muy elogiados por la comunidad. Esta situación es muy fuerte en algunas colonias, como La Guamuchilera, que recibe una población estacional debido a la cosecha de caña de azúcar, así como las poblaciones de los nuevos complejos residenciales que están creciendo en Atlacholoaya, sin vínculos con la comunidad.

PRINCIPALES DESAFÍOS:

Educación: Los jóvenes locales expresan desafíos relacionados con la educación continua y el regreso a la comunidad, donde la falta de oportunidades de empleo se convierte en una barrera para muchos. A pesar de esto, la escuela agrícola de la región ha desempeñado un papel importante en revivir el interés de los jóvenes por la preservación cultural y la agricultura, sectores cruciales para la identidad local.

Empleo: La generación de empleo e ingresos se considera un reto muy grande, ya que la mayoría vive de ocupaciones informales en el comercio. Esta dificultad para generar empleo e ingresos termina reflejándose en la inseguridad alimentaria. Aunque no son percibidos como parte de Atlacholoaya, los nuevos complejos residenciales son importantes para generar empleo e ingresos, ya que algunos residentes trabajan en estos lugares.

Violencia e inseguridad: Es la principal preocupación tanto de jóvenes como de adultos, ejemplificado por el trágico caso de una joven del coro local que fue víctima fatal de la violencia, debido a disparos, en una disputa por el control territorial. Resalta también la violencia sexual en la zona, mencionada tanto por habitantes como por per-

sonal de salud.

Problemas de salud: Las enfermedades respiratorias, como la tuberculosis, las enfermedades diarreicas y las altas tasas de embarazo adolescente, son destacadas por los profesionales de la salud. El cáncer de mama y el cáncer cervicouterino fueron señalados como los principales problemas en el territorio.

Dificultad para acceder a los servicios de salud: La población enfrenta desafíos para desplazarse a los centros de salud de mediana y alta complejidad. La unidad local atiende a unos 8 pacientes al día y trabaja sin cita previa, pero el acceso a exámenes y tratamientos especializados es limitado. Este bajo número de asistencias es un punto crítico señalado por los residentes.

Las mujeres se enfrentan a limitaciones tanto en el ámbito doméstico como en el acceso a la atención preventiva.

Se señalaron problemas de infraestructura, como pavimento, falta de alumbrado público, saneamiento básico precario e insuficiente acceso al agua.

PRINCIPALES POTENCIALIDADES DE ATLACHOLOAYA:

Población unida: La comunidad mantiene una fuerte cohesión social, especialmente en torno a las prácticas culturales y religiosas.

Jóvenes motivados: A pesar de las dificultades, los jóvenes de la región muestran interés en formarse y contribuir a la comunidad. El coro de niñas es una iniciativa importante que aporta nuevas perspectivas a las jóvenes, aunque carece de apoyo institucional.

Escuela de agricultura: Actúa en el rescate de la cultura local y en el fomento de la agricultura, ayudando a renovar el interés de los jóvenes en la preservación del patrimonio cultural y ambiental.

Infraestructura social: El DIF Xochitepec ofrece importantes programas de apoyo, como los comedores comunitarios y la atención a mujeres víctimas de violencia. Estos proyectos ofrecen un

apoyo significativo a las familias en situación de vulnerabilidad. Sin embargo las instalaciones del DIF Xochitepec están ubicadas lejos de Atlacholoya, situación que dificulta el acceso a estos programas para los habitantes de la comunidad.

Expectativas para el territorio: Construcción de más espacios de ocio y formación para los jóvenes de la localidad. Actividades que involucran la capacitación de mujeres para generar empleo e ingresos en la localidad. Reducción de la violencia sistémica, considerada el mayor desafío para el territorio.

CONCLUSIÓN:

La experiencia reveló una comunidad con fuertes lazos sociales y culturales, pero también con grandes desafíos, especialmente relacionados con la violencia, el acceso a la salud y las condiciones de vida de las mujeres. Los jóvenes, aunque enfrentan dificultades, son vistos como una fuerza potencial para la transformación. Las iniciativas culturales, como el coro de niñas y la escuela agrícola, se destacan como ejemplos prometedores, mientras que las instituciones locales, como el DIF y el Centro de Salud, juegan un papel crucial en el apoyo a las familias y en las pocas iniciativas de promoción de la salud.

ETAPA 2: VISITAS IN SITU – PARAGUAY

Fecha: 5 al 9 de agosto de 2024



Créditos: Equipo de Proyecto Multicéntrico

PARTICIPANTES:

Forum Itaborá / FIOCRUZ:

Marcelo Mateus y Caiett Genial

Participantes de FLACSO-Paraguay:

Patrícia Lima, Ever Mendonça, Panambi Scalamingna, Mati Ritter, Marcela Aquino, Valer Walder, Pedro Gabriel Pérez Quintana y Beatriz Agüero

Otros participantes:

Agentes comunitarios de salud y otros profesionales de la Unidad de Salud. Líderes comunitarios

ACTIVIDADES:

Las actividades se llevaron a cabo en el municipio Mauricio José Troche, ubicado a 131 km de la capital, Asunción, con una población aproximada de 11.300 habitantes.

05/08: Reunión de planificación con personal de FLACSO en Asunción. Viaje al sitio del proyecto.

06/08: Conversación grupal con dos equipos de

salud familiar en la Unidad de Salud La Familia Cerro Punta. Cartografía participativa con la Unidad de Salud Mauricio José Troche. Entrevista semiestructurada a un dirigente campesino de la Organización Lucha por la Tierra (OLT), quien ofreció una visión estratégica sobre temas locales. Además, se realizó una visita domiciliaria para evaluar las condiciones de vida y salud de una familia, lo que permitió conocer en profundidad los desafíos que enfrentan los residentes.

07/08: Entrevista al director del Centro de Salud. Se realizaron cinco reuniones de grupos focales con docentes de la Escuela Nacional "José Mauricio Troche". Recorrido en coche por el territorio, dando insumos para la cartografía participativa.

08/08: Cartografía participativa en la escuela local. Reunión grupal con pacientes en el centro de salud. Entrevista con jóvenes de la iglesia local y con un líder de un grupo de salud.

09/08: Viaje de regreso a Asunción y reunión de evaluación final con el personal de FLACSO.

PRINCIPALES DESAFÍOS DE SALUD EN MAURICIO JOSÉ TROCHE:

Prevalencia de Enfermedades Respiratorias, Salud Mental, Diabetes, Hipertensión y Cáncer: La población de Mauricio José Troche presenta altos índices de enfermedades respiratorias, como asma y bronquitis, agravadas por la contaminación industrial. Las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes son comunes, además del creciente número de casos de cáncer. La falta de recursos para el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado limita la respuesta a estas afecciones. La escasez de medicamentos esenciales para el control de la hipertensión y la diabetes compromete la salud de los pacientes, aumentando el riesgo de complicaciones graves y hospitalizaciones innecesarias.

Acceso desigual a los servicios de salud: La población enfrenta barreras de transporte, infraestructura deficiente y falta de profesionales calificados, lo que dificulta la prestación de atención regular, especialmente para las enfermedades crónicas y el diagnóstico temprano del cáncer.

Medicina Tradicional y Redes Comunitarias: La falta de efectividad del sistema formal de salud para satisfacer la demanda local lleva a la población a recurrir a la medicina tradicional y a las redes comunitarias para la atención básica, revelando la necesidad de integración entre estas prácticas y el sistema formal.

Inequidades ambientales y salud: La contaminación industrial afecta de manera desproporcionada a las comunidades vulnerables, aumentando los casos de enfermedades respiratorias y posiblemente contribuyendo a una mayor incidencia de cáncer debido a la exposición continua a contaminantes. La falta de saneamiento y la acumulación de basura aumentan la proliferación de vectores y el riesgo de enfermedades, como el dengue.

Educación y Salud: La deserción escolar y las condiciones desfavorables para los educadores crean un ciclo de vulnerabilidad, impactando en la salud mental y física de la población, además de dificultar

el acceso a información sobre prevención y autocuidado.

Salud mental: La salud mental es un desafío creciente en Mauricio José Troche, que afecta a jóvenes, ancianos, profesionales de la salud y exlíderes campesinos. Los jóvenes se enfrentan a altos niveles de ansiedad y depresión, agravados por la falta de perspectivas; los ancianos lidian con el aislamiento social; profesionales de la salud con la presión del trabajo; y los líderes campesinos con el agotamiento emocional de defender sus derechos en medio de la incertidumbre.

Infraestructura y movilidad: Las calles de tierra, la basura acumulada y las aguas residuales a cielo abierto exponen a la población a condiciones precarias. Dificultad de acceso: Durante las lluvias, los niños y jóvenes no pueden ir a la escuela, y el acceso a los servicios de salud es muy limitado.

PROPUESTAS PARA UNA SOCIEDAD MÁS EQUITATIVA:

- Fortalecimiento de la Atención Primaria y la Detección Precoz: Ampliar el acceso a la atención primaria e incluir exámenes preventivos para enfermedades respiratorias, hipertensión, diabetes y cáncer. Los programas de búsqueda activa y monitoreo domiciliario ayudarán a reducir las complicaciones y promover el diagnóstico temprano, especialmente en casos de cáncer y enfermedades crónicas.
- Mejorar la infraestructura y la movilidad comunitaria: invertir en mejorar la infraestructura vial y en el transporte público o comunitario para facilitar el acceso a los centros de salud y las escuelas, asegurando que los pacientes con enfermedades graves, como el cáncer, puedan acceder a la atención que necesitan.
- Educación para la salud e integración de la medicina tradicional - Integrar las prácticas de medicina tradicional en el sistema formal de salud, promoviendo campañas de educación para la salud para el manejo de las enfermedades crónicas. Esto fortalece la confianza de la comunidad en el siste-

ma de salud y valora el autocuidado.

- Regulación ambiental y monitoreo de la calidad del aire: adoptar políticas estrictas de monitoreo de la calidad del aire e implementar regulaciones para reducir la contaminación industrial, con un enfoque en proteger a las comunidades vulnerables y a los niños de los riesgos para la salud respiratoria y el cáncer.
- Valorar a los profesionales de la salud y la educación – Mejorar las condiciones laborales y remunerativas de los profesionales de la salud y la educación, promover la formación de agentes comunitarios y combatir la deserción escolar.
- Garantía de Abastecimiento de Medicamentos Esenciales – Implementar una política de adquisición y distribución regular de medicamentos, especialmente para la hipertensión y la diabetes, con sistemas de monitoreo de existencias y entrega en zonas de difícil acceso. Facilitar el suministro continuo de estos fármacos ayudará a prevenir complicaciones y a reducir la carga sobre el sistema sanitario.
- Apoyo Psicológico y Promoción de la Salud Mental Comunitaria – Establecer centros de apoyo psicológico y programas de asistencia para jóvenes, ancianos, profesionales de la salud y líderes campesinos. Ofrecer atención psicológica asequible y crear grupos de apoyo comunitario, actividades recreativas y talleres de autocuidado para reducir el impacto de la salud mental y promover la resiliencia y el apoyo mutuo.
- Integración de Políticas Multisectoriales y Planificación Urbana: Promover la integración de las políticas de salud, educación y medio ambiente, junto con la planificación urbana enfocada en la equidad y la inclusión. Las mejoras en la infraestructura urbana, como la pavimentación de calles de tierra, la implementación de sistemas de recolección de basura y la construcción de redes de alcantarillado, contribuyen a mitigar las barreras estructurales y fortalecer la salud comunitaria. Además, la implementación de campañas de concientización a la población sobre la importancia de

la correcta disposición de los residuos puede ayudar a reducir la proliferación de vectores.

CONCLUSIÓN:

El análisis de los desafíos de salud en Maurício José Troche revela un escenario marcado por inequidades que afectan la calidad de vida de la población. Las enfermedades respiratorias, la diabetes, la hipertensión y el cáncer son prevalentes, agravadas por factores como la contaminación industrial y la falta de recursos para el diagnóstico y tratamiento. La desigualdad en el acceso a los servicios de salud se ve amplificada por la precariedad de las infraestructuras, como los caminos de tierra y las aguas residuales a cielo abierto, que limitan la movilidad y exponen a la comunidad a riesgos para la salud. La dependencia de la medicina tradicional refleja la insatisfacción con el sistema formal de salud, mientras que la salud mental es un desafío creciente, que afecta a diferentes grupos etarios y profesionales. Las propuestas para mitigar estas inequidades incluyen el fortalecimiento de la atención primaria, la mejora de la infraestructura y la movilidad, la integración de las prácticas tradicionales de salud, la regulación ambiental, la valoración de los profesionales de la salud y la educación, la garantía de medicamentos esenciales y la promoción del apoyo psicológico. Estas acciones tienen como objetivo crear un entorno más equitativo y saludable, promoviendo la inclusión y el bienestar de la comunidad.

ANEXO 03

ETAPA 03 REUNIÓN DE EVALUACIÓN FINAL

ETAPA 3: Evaluación Final y Elaboración de Propuestas de Continuidad - Fecha: 15 al 19 de septiembre de 2024

A3.1 - AGENDA:

15/09:

Recepción en el aeropuerto de Galeão y traslado a Petrópolis

16/09:

08h30: Salida del hotel

09h – 09h20: Bienvenida. Presentación de los objetivos y metodología de la reunión

09h20 – 11h20: Presentación del trabajo de campo en la Provincia de Buenos Aires

11h20 – 12h20: Debate. Fortalezas y debilidades. Propuestas de continuidad de ANLIS

12h20 – 14h: Almuerzo

14h– 16h: Presentación del trabajo de campo en Paraguay

16h – 16h30: Debate. Fortalezas y debilidades. Propuestas de continuidad de FLACSO/Paraguay

16h30 – 17h: El Teatro del Oprimido como instrumento de Tecnología Social

17h: Regreso al hotel

17/09:

08h30: Salida del hotel

09h – 09h30: Bienvenida. Conclusiones de la sesión del día anterior

09h30 – 11h30: Presentación del trabajo de campo en El Salvador

11h30 – 12h30: Debate. Fortalezas y debilidades. Propuestas de continuidad del INS – El Salvador

12h30 – 14h: Almuerzo

14h– 16h: Presentación del trabajo de campo en el Departamento de Morelos

16h – 17h: Debate. Fortalezas y debilidades. Propuestas de continuidad del INSP-México

17h: Regreso al hotel

18/09:

08h30: Salida del hotel

09h – 09h30: Bienvenida. Conclusiones del día anterior

09h30 – 11h30: Presentación del trabajo de campo en la Comunidad de Guasca / Colombia

11h30 – 12h30: Debate. Fortalezas y debilidades. Propuestas de continuidad del INS-Colombia

12h30 – 14h: Almuerzo

14h – 15h: Debate: Conclusiones comunes y particularidades que pueden afectar a la metodología de trabajo

15h – 17h: Bases para la elaboración de un futuro Plan de Trabajo

17h: Regreso al hotel

19/09:

08h30 – Salida del hotel

09h – 11h: Reunión virtual de los participantes del Proyecto Multicéntrico con el Comité de Inequidades de IANPHI

11h – 12h: Propuestas y recomendaciones para el Comité de Inequidades de IANPHI

12h: Cierre de actividades y traslados al aeropuerto

A3.2 - RESUMEN INFORME EJECUTIVO

Cuatro Institutos Nacionales de Salud Pública, a saber, ANLIS – Argentina; INS – Colombia; INS – El Salvador e INSP – México y una academia, FLACSO – Paraguay, participaron activamente en todas las etapas del Proyecto Multicéntrico. Debido a las restricciones de viaje nacionales, el equipo de Colombia no pudo viajar a las actividades locales en Petrópolis. Sin embargo, esta limitación se resolvió parcialmente a través de la participación en línea.

La reunión de evaluación final fue unánime en afirmar que el proyecto fue muy exitoso, más aún si se considera que se organizó y ejecutó en su totalidad en menos de cuatro meses.

Un sitio (Argentina) era urbano; uno (El Salvador) era semiurbano y los otros tres eran pequeñas comunidades rurales. Debido al corto tiempo disponible para ejecutar el proyecto, se eligieron sitios de fácil acceso y donde ya existían algunos vínculos locales y, con la excepción de México, no donde existieran condiciones territoriales y sociales para una experiencia más rica.

En tres de las instituciones participantes, se aplican metodologías cualitativas de campo con diferentes profundidades previamente al proyecto. En los otros dos, se aplicaron por primera vez.

Pero todos coincidieron en la fortaleza de la metodología, su flexibilidad y rapidez para obtener información relevante, profunda, útil y con potencial de transformar realidades. El proyecto aportó una nueva perspectiva metodológica, incluso en aquellos en los que ya se había aplicado trabajo de campo cualitativo. La mayoría de las encuestas de campo organizadas previamente eran formularios cerrados y sesgados sectorialmente o temáticos, o reuniones que brindan pocas oportunidades para ampliar los conocimientos de la comunidad. Incluso cuando se realizan actividades grupales, generalmente se reducen a grupos preestablecidos, a veces con la presencia de autoridades formales que inhiben las conversaciones de las personas. Por el contrario, la metodología aplicada en este

proyecto organiza los grupos de acuerdo con los resultados de la DRP/CP. La principal innovación consistió en el énfasis y los métodos que se le dieron a la escucha imparcial de las percepciones de la comunidad. Las caminadas comunitarias permitieron al equipo darse cuenta in situ de muchas de las problemáticas territoriales percibidas.

La forma en que se abordan las comunidades fue un aprendizaje importante para los grupos, porque conquista la confianza, particularmente donde prevalecen los intereses políticos o el narcotráfico.

La participación de dos grupos vinculados a instituciones académicas (Argentina y Paraguay) permitió incorporar a los lineamientos metodológicos importantes mejoras, como la elaboración de formularios de encuesta mejor estructurados y el ajuste o clarificación del nombre de "Diagnóstico Rápido Participativo" para asegurar que abarque rondas continuas de abordajes comunitarios para el seguimiento y las propuestas de intervención. Otro aspecto importante fue el desarrollo de las herramientas de aplicación de la Cartografía Participativa, con la producción de iconos y elementos gráficos junto con la población participante; esta experiencia con diferentes poblaciones latinoamericanas amplió, profundamente la capacidad de representar distintos grupos sociales. El uso del GIS para la sistematización de los datos cualitativos también demostró ser innovadora, con actividades previas y posteriores al campo que posibilitaron la sistematización etapa por etapa, basado en contribuciones etnográficas de los equipos de los institutos. También se señaló la necesidad de adecuar mejor el lenguaje del Manual/directrices a otros usuarios, con la posibilidad de crear diversos materiales para diferentes públicos, como los escolares; trabajadores de campo; etcétera.

Un importante desafío metodológico esbozado por los participantes se refiere a la sistematización de los resultados. Se sugirió que los resultados podrían organizarse en relación con los ODS pertinentes, ya que esto también fomentaría

los enfoques intersectoriales. Por otro lado, es importante organizar los resultados de acuerdo con el género, la edad, la etnia y las clases o grupos sociales (medidos por perfiles ocupacionales) de los individuos consultados.

En cuanto a los resultados, la mayoría de los hallazgos fueron comunes a todos o a la mayoría de los sitios. Por ejemplo, un hallazgo importante se relaciona con la actividad productiva local como el principal determinante en los resultados territoriales. La desaparición de las fábricas de Dock Sud en Argentina y los nuevos desarrollos de las grandes granjas productoras de flores y de otros agro-cultivos, así como la desestructuración productiva de los pequeños agricultores mexicanos, culminando en un proceso de hacinamiento irregular, desfigurando la organización territorial existente desde la inmigración al territorio y la destilería de alcohol en Paraguay fueron los principales factores que crearon limitaciones sociales, económicas, ambientales y sanitarias y angustia en el territorio en su conjunto.

Esto refuerza la necesidad de hacer mayor hincapié en las categorías ocupacionales que prevalecen en los territorios estudiados.

Los problemas más prevalentes percibidos por las comunidades fueron los siguientes:

- Migración interna o internacional que causa trastornos en los arreglos sociales y económicos locales y diversos grados de violencia.
- Dificultades en la movilidad urbana y rural para acceder a servicios de salud y oportunidades de empleo.
- Precariedad laboral / falta de oportunidades laborales.
- Salud ambiental: contaminación, plaguicidas, desastres climáticos.
- Falta de saneamiento y acceso al agua potable.
- Acceso precario a los sistemas de salud.
- Inseguridad alimentaria, especialmente en las zonas rurales, debido a la reciente transformación de la agricultura familiar tradicional en agronegocios.

- Discriminación de género y étnica (pueblos indígenas, afrodescendientes).
- Reducción del acceso a la educación secundaria, técnica y universitaria, en particular en los sitios no urbanos.
- Deficiencia en la atención a la salud mental, uso de sustancias nocivas y atención integral de jóvenes.

Finalmente, los participantes evaluaron los posibles resultados y el seguimiento del proyecto:

- 1.** Fortaleció la conciencia sobre la importancia de la Determinación Social de la Salud y la necesidad de promover el enfoque intersectorial a nivel local.
- 2.** Incorporación de la tecnología social como concepto, de los métodos cualitativos como herramientas y del abordaje de los servicios de Atención Primaria como estrategia en el ámbito de los Institutos Nacionales de Salud.
- 3.** La importancia de promover la implementación de la metodología y el enfoque del proyecto como política de Atención Primaria de Salud a nivel nacional.
- 4.** Sensibilización y divulgación en el Comité de Inequidades en Salud de IANPHI.
- 5.** Capacitación de 3,000 agentes comunitarios en DRP/CP en las unidades de Atención Primaria de Salud en El Salvador.
- 6.** Ampliación de los proyectos demostrativos en tres nuevos municipios de dos provincias de Argentina.
- 7.** Propuesta de colaboración con el IMSS-Bienestar (Rama de promoción de la salud del Sistema Nacional de la Seguridad Social en México).
- 8.** Incorporación de la tecnología social en diagnósticos integrales de salud, llevados a cabo por alumnos de salud pública en México.
- 9.** Incorporación o fortalecimiento de la investigación cualitativa de campo en los Institutos participantes; continuidad e integración para lograr la transformación en los territorios.
- 10.** Presentación de las nuevas metodologías en el trabajo de campo de FLACSO Paraguay. El equi-

po construyó actividades de Teatro popular para abordar cuestiones laborales de la fábrica de alcohol con la población de Troche.

11. Inserción de la Tecnología Social en los planes de estudio de posgrado y sensibilización sobre su uso a nivel gubernamental.

12. Desarrollo de una estrategia de comunicación para sensibilizar a las autoridades locales sobre la importancia de implementar la Tecnología Social, particularmente para fortalecer los objetivos de promoción de la salud.

En cuanto al proyecto, se hizo hincapié en la creación de una red de grupos participantes con el fin de intercambiar experiencias y seguimientos.

Se crearían dos sitios virtuales. Uno de ellos para el seguimiento e intercambio de los proyectos existentes y otro, más didáctico, abierto a quien quiera sumarse, incluyendo trabajadores de la salud y miembros de la comunidad.

La creación de un Observatorio de la Red donde se describan y discutan las experiencias participativas locales.

Organizar un curso virtual en línea. Los miembros de los institutos participantes están dispuestos a trabajar juntos en sus contenidos y medios.

También se consideró sumamente útil la posibilidad de realizar visitas de intercambio personal entre los sitios. Deben buscarse fondos específicos para ese fin.

A3.3 - AGRADECIMIENTOS

El Fórum Itaboraí/ FIOCRUZ y los participantes del proyecto agradecen el estímulo y el apoyo financiero y técnico de la Asociación Internacional de los Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI) y de la Fundación de Apoyo a la FIOCRUZ (FIOTEC), sin los cuales no habría sido posible la ejecución del Proyecto.



