



Especialización en Comunicación y Salud
Secretaría de Posgrado
Facultad de Periodismo y Comunicación Social

Trabajo Integrador Final:

***Sistematización de la experiencia de las
Unidades Móviles Preventivas del SUTEBA en el período 2018-2019***

Directora:
Noel Rosa

Estudiante:
María Mc Cormick
DNI 31164381

2023

mail: maria.mcc26@gmail.com

Índice

1. Sistematización de la experiencia de las Unidades Móviles Preventivas del SUTEBA en el período 2018-2019.....	3
2. Introducción.....	3
3. Descripción de la organización y ámbito de la práctica.....	4
4. Objetivos general y específicos.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	6
5. Antecedentes sobre el tema a abordar.....	6
6. Perspectiva conceptual.....	8
7. Documentación de la práctica.....	12
Primera parte: Dos años de camino compartido.....	12
Momento inicial. Incorporación al programa.....	12
Definición del estado de situación y construcción de vínculos.....	13
Surgimiento de nuevas intervenciones.....	15
Trabajo con área de desarrollo.....	16
Trabajo con área de comunicación.....	17
Salidas al interior.....	18
Procesamiento de datos e informe 2018.....	19
Educación permanente. Encuentros de formación.....	20
Materiales de trabajo previo a la llegada para responsables gremiales.....	24
Otros cambios en las propuestas de consejería.....	25
Segunda parte: Dinámica de trabajo cotidiana en la Unidades Móviles Preventivas.....	27
Preparación e inicio de la jornada.....	27
Propuestas de consejerías en las UMP. Autocuestionarios.....	30
Prevención de riesgo cardiovascular y Alimentación saludable.....	30
Consejería en problemas de la voz.....	31
Odontología preventiva.....	32
Mediodía ¿momento de una pausa?.....	35
Turno tarde.....	36
El regreso.....	36
8. Análisis y reflexiones sobre la práctica.....	38
Categorías y subcategorías a utilizar.....	38
1. La UMP como estrategia de comunicación en salud.....	39
1.1 Características de la UMP como estrategia de comunicación/educación.....	39
1.2 Productos comunicacionales de la UMP.....	45
1.3 Momentos de la planificación en el período analizado.....	50
2. Trabajo en Equipo.....	51

2.1 Pertenencia.....	53
2.2 Cooperación.....	56
2.3 Aprendizaje.....	58
3. Calidad centrada en él/la ciudadano/a.....	62
Primera propuesta.....	66
Segunda propuesta.....	68
Tercera propuesta.....	69
10. Conclusiones.....	71
11. Referencias bibliográficas.....	74
12. Anexos.....	79
Anexo 1: Informe UMP 2018.....	79
Anexo 2: Autocuestionarios UMP.....	106
Anexo 3: Folletería de la UMP seleccionada.....	109

1. Sistematización de la experiencia de las Unidades Móviles Preventivas del SUTEBA en el período 2018-2019

2. Introducción

Las Unidades Móviles Preventivas (UMP), incluidas en el programa “Suteba va a la Escuela”, son un dispositivo de promoción de la salud y prevención de enfermedades que desarrolla su tarea de manera itinerante yendo a las escuelas públicas de la Provincia de Buenos Aires (PBA). Sus actividades en salud se desarrollan en dos ejes: se ofrecen consejerías a los/as trabajadores/as de la educación y se recaban datos sobre la situación laboral y de salud en encuestas cerradas. Esta actividad fue desarrollada y llevada a cabo por el Sindicato Unificado de Trabajadores de la Educación de Buenos Aires (SUTEBA) desde el año 2006 hasta el 2020, en que fue interrumpida por la pandemia COVID-19 y ha retomado sus actividades en el 2022. El período elegido a sistematizar es el comprendido por los ciclos lectivos 2018 y 2019, momento en el que me incorporé con el rol de coordinación médica y en el cual se motorizaron una serie de cambios orientados a la revalorización de la práctica. En este período se trabajó estrechamente con los equipos territoriales, tanto en la comunicación espontánea cotidiana como en el desarrollo de espacios de encuentro de los equipos donde se construían criterios conjuntos, se compartían materiales de lectura y se reflexionaba sobre la práctica. También se volvió a procesar la información obtenida en las encuestas y se elaboraron informes, se modificaron las herramientas de recolección de datos y su metodología de carga, se dinamizó la circulación de las unidades y su funcionamiento.

El proyecto de sistematizar esta experiencia comienza durante el taller del Trabajo Integrador Final (TIF) a fines del año 2021, en el que cursé la especialización en comunicación y salud, dos años después de mi trabajo como coordinadora de las unidades móviles, pandemia de COVID-19 mediante. Considero importante explicitar que desarrollé este trabajo desde mi perspectiva como trabajadora de la salud, militante por el derecho a la salud, formada de base como médica y psicóloga social, integrando nuevos aprendizajes en comunicación y salud. Desde ese lugar me propongo incluir algo de las experiencias de distintos/as trabajadores/as de la UMP y docentes que la recibieron en sus escuelas.

La presente sistematización tiene dos propósitos centrales; la construcción y socialización de conocimiento acerca de la experiencia como aporte al área temática de comunicación y salud, así como aportar a la reflexión sobre el proceso que contribuya a mejorar la propia práctica en sus nuevas etapas.

Este documento cuenta con los siguientes apartados: descripción del ámbito de la práctica, objetivos y preguntas de la sistematización, antecedentes sobre el tema a abordar, perspectiva conceptual, documentación de la práctica, análisis y reflexiones sobre la práctica, conclusiones, estrategias de circulación y socialización, bibliografía y anexos.

3. Descripción de la organización y ámbito de la práctica

El Suteba representa con amplia mayoría de afiliados/as a los/as docentes de las escuelas públicas de la Provincia de Buenos Aires (PBA) desde hace 36 años.

Su consolidación como espacio sindical tuvo lugar en el Congreso de Unidad de los Docentes de la Provincia de Buenos Aires, desarrollado entre el 30 de agosto y 1ero de septiembre de 1986 en la ciudad de Mar del Plata. En el libro sobre historia de la clase trabajadora (SUTEBA-CTERA-CTA, 2013) se reconocen los cimientos de la organización mucho tiempo antes y se destaca la importancia del paro del 1ro de junio de 1983 que impulsó un proceso de reorganización donde se volvieron a abrir y crearon Uniones de Educadores y comenzaron a coordinarse acciones. Se destaca entonces, la importancia del contexto histórico, social, político y económico desde el que surge la necesidad de agrupamiento, de construcción de unidad del movimiento de trabajadores en términos generales y en la particularidad de los/as trabajadores/as de la educación a fines del horror de la dictadura cívico-militar que sufrió Argentina entre 1976 y 1983.

La conducción del espacio fue ratificada por elecciones el 11 de mayo de 2022, en las que se impuso con un 80% de los votos la agrupación “Celeste-violeta” sobre las listas “Multicolor” y “Azul y Blanca”.

Como organización sindical SUTEBA forma parte de la Confederación de Trabajadores de la Educación de la República Argentina (CTERA) y de la Central de Trabajadores y Trabajadoras de la Argentina (CTA).

En su sitio web (www.suteba.org.ar) Suteba (2021) se expresa en relación a la situación actual y misión de la organización destacando que el sindicato sigue creciendo, cuenta con 116.200 afiliados, 98 seccionales y 18 Centros de Salud. Se destaca su objetivo de defender la escuela pública, con sentido popular y democrático, en la que cada docente tenga un salario y condiciones de trabajo que le permitan enseñar y vivir dignamente, incluyendo el acceso a los bienes culturales. También destaca los valores que sintetizan este posicionamiento; una escuela al servicio del Pueblo, de las luchas de los trabajadores, por justicia, por derechos, soberanía e igualdad.

La Secretaría de Salud del sindicato posicionada desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) tiene a cargo la gestión de diversos programas y proyectos entre los cuáles se encuentran el programa “Suteba va a la Escuela” que, tal como se expresa en la página web del sindicato, Suteba (2023) es un programa de educación sanitaria y de prevención de enfermedades, de promoción de hábitos saludables de vida y de detección de problemas de salud de los/as trabajadores/as de la educación. Una característica esencial es que se desarrolla en las escuelas, donde los/as docentes trabajan. Se acercan propuestas de consejería y orientación oportuna a través de los equipos de Suteba que van a las escuelas con los móviles de salud.

Los objetivos del programa son:

- Acercar a los compañeros/as un recurso propio del sindicato para el cuidado de la salud proporcionando el acceso a una instancia de identificación de problemas y consejería, información en salud y talleres sobre problemas prevalentes en la población docente.

- Construir conocimiento sobre los problemas de salud de los/as trabajadores/as de la educación y su relación con las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) y con el modo de vida,
- Identificar temas que requieren ser tratados en la mesa paritaria donde se presentan para su discusión con la fuerza de los datos relevados en las UMP.

- Visibilizar en cada escuela la relación entre la salud de los/as compañeros/as y las CyMAT.

La actividad de las unidades móviles preventivas en su recorrido por las escuelas de la provincia se constituye como una herramienta fundamental de vinculación con los/las docentes. Esta tarea cotidiana es llevada a cabo por los equipos territoriales, quienes despliegan acciones en pos de mejorar la salud de los/as docentes destinatarios/as.

4. Objetivos general y específicos

Objetivo general

Sistematizar la experiencia de las Unidades Móviles Preventivas del programa “Suteba va a la Escuela”, en el período 2018-2019, para contribuir a la construcción y socialización de conocimiento en el área comunicación y salud, así como a la mejora del dispositivo.

Objetivos específicos

- Describir la experiencia de las unidades móviles preventivas desde el punto de vista de los equipos territoriales y los/as docentes destinatarios/as.
- Caracterizar los procesos y actores involucrados en el desarrollo de la actividad territorial cotidiana de las unidades.
- Conocer los obstáculos, fortalezas y aprendizajes logrados por los distintos equipos territoriales involucrados en el dispositivo.
- Seleccionar y socializar información clave sobre la experiencia de las UMP destinada a equipos de salud, docentes usuarios/as, gestores y responsables políticos del sindicato.

Ejes de la sistematización: Los aspectos centrales en los que se centró el trabajo son la construcción del proceso de trabajo del equipo territorial de salud y la percepción de la intervención de las UMP por parte de los/as docentes y los equipos directivos de las escuelas.

Las preguntas que guiaron la sistematización son:

¿Cómo fué la construcción del proceso de trabajo del equipo territorial de salud? ¿Qué rol tuvo la propuesta de educación permanente en esta construcción? ¿Qué aspectos de la dinámica de trabajo fueron facilitadores y obstaculizadores para desarrollar la tarea?

¿Cómo se percibió la intervención de las UMP por parte de los/as docentes y los equipo directivos de las escuelas?

5. Antecedentes sobre el tema a abordar

La organización panamericana de la salud (OPS) y la Organización mundial de la salud (OMS) presentan lineamientos generales de promoción de la salud en pos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OPS, s.f.). Desde 1986 con la Carta de Ottawa (OMS, 1986), luego reafirmado por la declaración de Yakarta en 1997 (OMS, 1997), los organismos internacionales han reforzado la importancia de la promoción de la salud como una de las actividades esenciales en salud.

Focalizando en los conceptos claves de esta sistematización, al buscar antecedentes de promoción de la salud vinculada a docentes, las búsquedas de información arrojan principalmente experiencias vinculadas a la promoción de la salud de los estudiantes como una tarea docente. En el manual de promoción de la salud-experiencias provinciales del Ministerio de Salud de la Nación (Daniela Mele, 2010) se recopilan de manera sintética actividades de promoción en todo el país, haciendo énfasis en distintos aspectos como las alianzas estratégicas, acciones de comunicación, acciones educativas entre otros puntos relevantes. Es un manual innovador, que recopila experiencias descentralizadas, en el que

no aparecen experiencias similares a las de las UMP.

Entrando en el área de salud laboral, el Ministerio de Salud de la República Argentina (2023) expresa en concordancia con la OMS que la salud ocupacional es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los/as trabajadores/as mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Además procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo realzando el bienestar físico mental y social de los/as trabajadores/as y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo. A la vez que busca habilitar a los/as trabajadores/as para que lleven vidas social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible, la salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo.

Al realizar búsquedas de experiencias de promoción de la salud en ámbitos de trabajo, es difícil encontrar información. En su trabajo sobre promoción de la salud en los lugares de trabajo Alba Idaly Muñoz Sánchez (2010) plantea la complejidad de la implementación en la realidad de los aspectos teóricos reconocidos internacionalmente.

A pesar de los esfuerzos por tener un enfoque integral, comprendiendo la complejidad del tema, podríamos decir que en muchos casos las tareas de los organismos estatales y de profesionales de la salud a nivel laboral se han inclinado más a la atención de enfermedades y accidentes, así como al control del ausentismo que a acciones de prevención de enfermedades, mucho menos de promoción de la salud.

Existen muchas experiencias de actividades itinerantes de salud y desarrollo social, entre las que se destaca el histórico Tren Sanitario (Ministerio de desarrollo, 2023). Otra actividad itinerante a nivel de la PBA y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) son los camiones sanitarios de la Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR) (Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo, 2023). En ambos dispositivos, además de llevar a cabo talleres y actividades de promoción y prevención, se desarrolla una intensa actividad asistencial. Se cuentan con consultorios para la atención por diferentes profesionales de la salud e incluso están equipados para realizar mamografías u otros estudios que presentan alta demanda. Además de estos programas de carácter nacional como el tren sanitario, o interjurisdiccional como los camiones de ACUMAR, existen otras actividades sustentadas por los gobiernos municipales y provinciales. A modo de ejemplo podemos ver las actividades de los camiones mendocinos (Gobierno de Mendoza, 2023).

En cuanto a las actividades de salud de las organizaciones sindicales, las de mayor envergadura con

gran número de afiliados, que cuentan con servicios propios, también parecen inclinarse a actividades asistenciales y cuesta encontrar relatos de actividades que vinculen la promoción de la salud con las condiciones laborales.

6. Perspectiva conceptual

El presente trabajo se desarrolla desde una perspectiva de derechos, considerando al derecho a la salud como uno de los principales protagonistas de la práctica sistematizada. Tal como expresa Nora Adela Donato (2016) el derecho a la salud constituye uno de los derechos humanos fundamentales, que son aquellos que existen con anterioridad a la sociedad y al Estado, ya que corresponden a la persona humana por su condición de tal y por el sólo hecho de serlo. Se encuentra reconocido en la Constitución Nacional Argentina (1994) que además reconoce que los tratados y concordatos internacionales tienen jerarquía superior a las leyes. La salud es considerada por el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General de Agosto del 2000 como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, considerando también aquellas condiciones socioeconómicas que posibilitan llevar una vida sana. Asimismo impone tres niveles de obligaciones a los Estados: el deber de respetar, la obligación de proteger y la obligación de cumplir.

La perspectiva de géneros también se incluye como mirada transversal en este trabajo. Esta perspectiva implica una mirada ética del desarrollo y la democracia como contenidos de la vida para enfrentar la inequidad y la desigualdad propia del orden social (Verónica Becerro, Paloma de Vera Casco y María Flor Gianfrini, 2017). Es una forma de comprender a mujeres y varones que permite problematizar supuestos naturalizados que implican una distribución desigual del poder, donde prevalece la autoridad del hombre por sobre las mujeres. Sostiene la importancia de tratar a cada persona según su condición y necesidad basada en el principio de equidad. En los últimos años se han desarrollado grandes avances en materia de equidad de género, entre los que se encuentra la creación de ministerios nacionales y provinciales de las mujeres y diversidades, la promulgación de la Ley Micaela¹, la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo², entre muchas otras políticas estatales, sin embargo continúa siendo una gran deuda de nuestra sociedad.

La concepción de salud que se considera como guía es aquella aportada por Floreal Ferrara, sanitarista argentino dos veces Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires para quien, en pocas

¹ Ley 27499 de 2018. Ley Micaela por la cual se establece la capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres. 19 de diciembre de 2018.

² Ley 27610 de 2020. Ley de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. 30 de diciembre de 2020.

palabras, la salud es lucha. Este concepto va mucho más allá de la definición de la OMS como un estado de completo bienestar bio-psico-social y no sólo la ausencia de enfermedad. Sin dejar de reconocer la importancia que tuvo esta definición en su época, en la que la OMS ampliaba lo que se consideraba salud a aspectos fuera de lo biológico. La definición de Ferrara contribuye a una mirada colectiva de la salud, incorporando su complejidad y dinamismo. En conservación con Maristella Svampa (2010) él afirmaba “ hay que pensar que el estado de salud es un estado en que uno está con óptimo vital, dispuesto y sosteniendo cualquier conflicto que se le presente. Entonces salud es vencer conflictos.” (p. 40).

A su vez, los aportes de Ferrara abrevan al amplio campo de la Medicina Social Latinoamericana y a la corriente de la Salud Colectiva. El concepto de campo desarrollado por Bourdieu brinda marco para comprender el complejo escenario de la salud donde diferentes actores sociales ponen en juego capitales económicos, culturales, sociales y simbólicos desarrollando tensiones y conflictos de poder. (Spinelli, 2010).

Por lo tanto, el concepto de actores sociales es fundamental. Gilberto Giménez (2005) destaca características de los mismos: el lugar que ocupan en la estructura social, su interacción con otros actores, que está siempre dotado de cierto poder vinculado a la capacidad de establecer objetivos y movilizar recursos para alcanzarlos, así como también tiene una identidad y un proyecto en estrecha relación con la misma. Para el autor los actores sociales se encuentran en un proceso dinámico de constante socialización y aprendizaje, configurándose.

Para situar y analizar la experiencia, es imprescindible lo que implica la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, contextualizada históricamente, con su espesor y complejidad.

En la histórica Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) se la definía de la siguiente manera:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Lo expresado en la Declaración de Alma-Ata fue reivindicado en la Declaración de Montevideo (OMS, 2005). A cuarenta años de Alma Ata en 2018 muchos autores revisaron los conceptos fundamentales considerando su importancia y vigencia. David Tejada de Rivero (2018) destaca que el “Primary Health Care” se ha desvirtuado en las diferentes traducciones y que la idea principal estaba centrada en el cuidado de la salud como algo primordial, esencial, prioritario. También refuerza la idea de que la meta “Salud para todos en el año 2000” en la actualidad debe estar presente como salud para todos y todas en todas las políticas, destacando el lugar del estado en su rectoría. Rovere (2012) expone diferentes aspectos de la atención primaria de la salud en debate, contextualizando el momento socio-histórico en que surgía la declaración y la dictadura cívico militar del 76-82 en Argentina. El autor propone una mirada crítica de los modelos en conflicto en la atención primaria de la salud, para poder comprenderla y reconstruirla como una herramienta fundamental para la transformación social.

Por la pertinencia en relación a la experiencia se trabajará con los conceptos de promoción de la salud y prevención de enfermedades. En la Carta de Ottawa (OMS, 1986) se expresa que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La apuesta por la promoción de la salud como una estrategia eficaz se ratifica en la Declaración de Yakarta (OMS, 1997) en la que se declara que las estrategias de promoción de la salud pueden crear y modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud. La promoción de la salud es un enfoque práctico para alcanzar mayor equidad en salud. En cuanto a la prevención de enfermedades Dina Czeresnia (2006) expresa que las acciones preventivas se definen como intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominando en las poblaciones. En relación a estas prácticas se destaca la tensión existente entre los modelos clásicos y las metodologías participativas de abordaje de los proyectos de prevención. Las intervenciones basadas en la epidemiología clásica se estructuran en torno a la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas de cambio de hábitos. En cambio, propuestas como de la epidemiología comunitaria (Gianni Tognoni, 2011) que implican la participación comunitaria en todas las etapas de los proyectos y por tanto, incluyen y trabajan con los saberes propios de la comunidad muestran formas contextualizadas, integradas e integrales de abordar los problemas de salud de la población. Asimismo es necesario poner en diálogo estos acuerdos históricos internacionales de carácter general con las políticas locales y las prácticas cotidianas de las poblaciones, incluyendo especialmente la equidad de género e interculturalidad en salud.

Como enfoque de la comunicación se trabaja desde el concepto de Jaramillo López (2011) que la describe como la construcción de significados y sentidos compartidos. En concordancia también con los aportes de Sandra Massoni (2020) que describen a la comunicación en términos de encuentro en la diversidad, un cambio social conversacional que hace emerger nuevas realidades en su devenir. Se incluirán los aportes de la comunicación estratégica, como expresan Daniela Bruno y Flavia Demonte (2017) la comunicación es estratégica cuando se construyen espacios de comunicación que incrementan las oportunidades para el desarrollo de competencias dialógicas, de cogestión y autogestión, desde las prácticas cotidianas de la organización. Esta perspectiva considera a las organizaciones como redes conversacionales.

Se utiliza también para la contextualización histórica y análisis de prácticas y materiales los conceptos vinculados a las teorías del comportamiento y metodologías comunicacionales vinculadas a los mismos guiado por la genealogía desarrollada por Waisbord (2007).

La perspectiva educacional utilizada está vinculada al modelo endógeno que pone énfasis a los procesos intersubjetivos y culturales que describe Bettina García Laval (s.f), incluyendo la perspectiva de Mario Kaplún, Eleonora Spinelli y Jorge Huergo. El modelo endógeno reconoce sus bases en la pedagogía crítica, la educación transformadora de Paulo Freire (1970) que se propone formar para transformar. Este modelo, como se dijo con énfasis en los procesos intersubjetivos y culturales, considera al educando como sujeto y promueve el diálogo y la participación. Un aspecto fundamental es el cambio hacia un sujeto crítico, activo en su propio proceso de formación. En este aspecto, se vincula con desarrollos de Enrique Pichón-Riviére (1985) y Ana Pampliega de Quiroga (2009), quiénes consideran la salud en tanto adaptación activa a la realidad y ponen en relieve la importancia del vínculo con los/as otros/as en el aprendizaje como posibilidad de transformación. Otros aportes de utilidad en los niveles institucional, organizacional y grupos son los de Kaminsky (1990) y Schvarstein (1991) en relación a los atravesamientos institucionales en las organizaciones y los grupos, así como la posibilidad de acciones instituyentes por parte de grupos sujeto en las organizaciones. El concepto de transversalidad como posibilidad de transformación y cambio de lo instituido.

Se utiliza como parte del marco teórico el concepto de territorio, entendido como escenario de construcción, intervención y disputa de sentidos (Cardozo, 2021). En relación al concepto de territorio Giménez (1999) destaca que en primera instancia responde a las necesidades económicas, sociales y políticas de cada sociedad, y bajo este aspecto su producción está sustentada por las relaciones sociales que lo atraviesan; pero su función no se reduce a esta dimensión instrumental: el territorio es también objeto de operaciones simbólicas y una especie de pantalla sobre la que los actores sociales

(individuales o colectivos) proyectan sus concepciones del mundo. El territorio es escenario de construcción de significados y sentidos compartidos.

7. Documentación de la práctica

El siguiente apartado se desarrolla a partir de mi relato como coordinadora del programa e incluye voces de choferes, promotores/as de salud, responsables políticos y docentes.

Contemplando las características de la práctica a sistematizar organicé la información en dos grandes apartados. En el primero se relata lo ocurrido a lo largo de los dos años sistematizados, destacando momentos claves en el proceso. En el segundo se describe la dinámica de un día de trabajo en las unidades móviles.



Primera parte: Dos años de camino compartido

Momento inicial. Incorporación al programa

En abril del 2018 me incorporé como coordinadora médica del programa “Suteba va a la Escuela” que tenía como centro a las Unidades Móviles Preventivas (UMP), un dispositivo con una larga historia y trayectoria en el campo de la salud de los/as trabajadores de la educación pública de la Provincia de Buenos Aires. Desde sus inicios en 2006 se fueron dando transformaciones en la actividad. Este relato se centra en el proceso dado entre el 2018 y 2019 cuando me incorporé como coordinadora técnica. La incorporación de una coordinación de estas características respondía a la necesidad de organizar, dar impulso y respaldo a la actividad de promoción de la salud y prevención de enfermedades del programa.

Cabe destacar que la coordinación de este programa no era mi primer contacto con el Suteba, desde el año 2012 llevaba a cabo la coordinación médica de un predio recreativo de verano y también había participado esporádicamente como promotora de salud de las UMP.

Ante este nuevo rol, tuve una primera charla con la dirección y secretaria de salud de quienes dependía la actividad. A partir de entonces comenzó un proceso de tomar conocimiento y comprender cómo funcionaba en ese momento el dispositivo. El primer acercamiento fue a través de una trabajadora, en adelante A., con largo recorrido en el sindicato, quien administraba los circuitos de las camionetas, contactos con los/as responsables políticos, los/as promotoras de salud y los choferes, liquidaciones de honorarios, solicitud de materiales, entre otras tareas. La decisión acerca de dónde ir era esencialmente política y sucedía a otro nivel, una vez establecido ese contacto, todo lo vinculado al funcionamiento cotidiano de las unidades estaba a su cargo. En la entrevista realizada a ella lo sitúa como un trabajo administrativo *“Las tareas en realidad yo lo defino más como una tarea exclusivamente administrativa, como que de eso no me puedo mover porque no tengo el conocimiento como para poder ubicarme en otro lugar. Entonces siempre lo llevo más a lo administrativo, esto de tener el contacto diario con los choferes en el sentido de la reposición de dinero, lo que necesiten en relación a la folletería a las planillas que tienen que completar, acompañarlos en esto de que quizás alguna de las UMP no está funcionando bien poder armar como para que ellos puedan tener el tiempo de que eso sea reparado.”* Luego de mi incorporación su apoyo al trabajo de las unidades continuó, aunque las tareas formales fueron manejar el dinero

de la caja chica de cada uno de los vehículos y armar las liquidaciones mensuales, fue un apoyo continuo siendo una persona de larga trayectoria en el sindicato y de mucha confianza para los equipos, fue una referencia también para mí.

Definición del estado de situación y construcción de vínculos

A partir de esta reunión comencé a familiarizarme con las vías y circuitos de comunicación utilizadas y los demás instrumentos de gestión de este dispositivo: whatsapp y mail de los/as promotores de salud, choferes y responsables políticos, grilla de recorridos habituales³, grilla de datos y disponibilidad de los/as promotores, agenda semanal, cuadro con datos para la liquidación de honorarios de los/as promotores. También con los materiales e instrumentos de

1	2	3	4
5	6	7	8
9	Luján	UMP Grande	UMP Chica
10	Lujan	Casas Cerezo	Semanalmente
11	Maldonado	San Isidro	Quincenalmente
12	Maldonado	La Plata	Quincenalmente
13	Maldonado	Heringham	Quincenalmente
14	Maldonado	Alta Brown	Quincenalmente
15	Maldonado	San Miguel	Quincenalmente
16	Maldonado	Zibelo	Quincenalmente
17	Maldonado	San Fernando	Semanalmente
18	Maldonado	Avellaneda	Semanalmente
19	Maldonado	San Martín	Quincenalmente
20	Maldonado	Lomas	Quincenalmente
21	Maldonado	Miraflores	Semanalmente
22	Maldonado	Pico	Quincenalmente
23	Maldonado	Pico Verde	Quincenalmente
24	Maldonado	Caracas	Quincenalmente
25	Maldonado	Lario	Se recorren de los 1 vez al mes

Figura 1

³ Figura 1. Se muestra a modo de ejemplo de uno de los instrumentos la grilla de recorridos habituales.

trabajo que se utilizan en la unidad: folletería de soporte y para brindar a los/as docentes, autocuestionario, grilla en papel, resúmen de la actividad diaria, sobres, lapiceras, balanza, tensiómetro, cinta métrica, papeles con resúmen de datos para el/la docente, botiquín de primeros auxilios. Posteriormente, también fui aprendiendo sobre aspectos claves del mantenimiento de los vehículos.

Durante varios meses trabajé desde mi casa, ya que al inicio no fue un requisito para desempeñar mi rol que asistiera físicamente a la secretaría de salud. En ese momento, la actividad que me llevó más tiempo fue la de planificación de las salidas semanales.

En un principio comencé a comunicarme con los/as responsables políticos de los municipios que solicitaban con frecuencia las unidades, basándome en la grilla de salidas frecuentes y estableciendo los primeros contactos. Una vez que tenía un esquema de salida para la semana siguiente, armaba los equipos de promotores que pudieran ir a esos destinos. Si bien tenía una grilla de disponibilidad estimada, esto se corroboraba y consultaba con el/la promotor/a cada semana. Al contar con 2 camionetas y 2 choferes a cargo de las mismas, los circuitos eran planificados en base al lugar de residencia de cada chofer, donde se guardaba la camioneta, considerando los lugares de encuentro accesibles para los/las promotores/as. El mapa digital era una herramienta indispensable para tal tarea. De esta manera es como se venía organizando anteriormente, con la diferencia de que tal vez las zonas quedaron más divididas según de dónde era el chofer y el equipo que viajaba con él, quedó más



establecido a qué destinos iba cada uno. Esta decisión fue tomada en base a la consulta a los choferes, con criterios de accesibilidad además de distancia, siendo un conocimiento que ellos tienen en base a su recorrido. Al respecto J. menciona: *“fue un cambio súper positivo”* el haber dividido dos zonas, a grandes rasgos zona sur y oeste/norte. Destaca, *“entonces si M. que vivía ponele en Recoleta podía ir a las dos zonas y viajaba una hora, y yo no me cruzaba toda la capital, sino el otro día iba a estar cansado, no iba a limpiar la camioneta ni iba a hacer nada, iba a llegar a mi casa y*

acostarme, y el equipo si le tocaba laburar dos días seguidos no se iba a matar, entonces dividir las zonas para mí fue un golazo.”

El día viernes enviaba por mail la comunicación de los recorridos de las dos camionetas a todas las personas implicadas, con sus nombres y contactos. Esa era la comunicación de confirmación de la agenda de la semana próxima. A partir de ella los choferes se iban comunicando día a día con las

personas que saldrían al día siguiente acordando horario y punto de encuentro. En el siguiente apartado detallaré la dinámica cotidiana, recogiendo las voces de las personas que conformaban esos equipos territoriales.

Surgimiento de nuevas intervenciones

Luego de un tiempo de comenzada mi tarea, y de haber incorporado la dinámica de trabajo existente, fui detectando nuevas necesidades. Una de ellas fue el ingreso de nuevos/as promotores/as, especialmente para la consejería de fonoaudiología. Por un lado existía un recambio de promotores que se debía a que eran estudiantes avanzados de medicina y egresaban de su carrera, mientras que otros/as conseguían nuevos trabajos con condiciones más estables. Por otro lado, la demanda de consejería en fonoaudiología era mucho mayor que la de las demás propuestas, ya que los problemas de la voz de los/as docentes son muy frecuentes. El hecho de que haya un espacio para la salud de la voz que se acerque a las escuelas era muy valorado. Las entrevistas las realizaba acompañada por una compañera del área de desarrollo que tuvo un rol muy importante en este proceso (se detalla más adelante). Las reuniones se realizaban en la secretaría de salud del sindicato. Frente a esa necesidad surgieron nuevos posicionamientos en relación a la coordinación. Desde la convocatoria y búsqueda de postulantes, pasando por las entrevistas y posteriormente en el contacto cotidiano, con acento en la generación de un vínculo de confianza con estos/as nuevos integrantes. En las entrevistas además de conocer la trayectoria, inquietudes e intereses de quién se postulaba, se hacía énfasis en el trabajo situado. Se conversaba sobre la población a la que estaba dirigida y desde qué lugar nos acercábamos, qué tipo de organización es el Suteba, sus posicionamientos en relación a los derechos laborales y de salud para el caso particular de esta actividad, la estructura de la organización. Además de conversar sobre las competencias propias de la consejería, que se profundizarían en capacitaciones brindadas por el sindicato, se planteaba la mirada integral y de escucha que se esperaba de ese rol. En estas entrevistas se planteaba el por qué y para qué de este programa, así como se contaba qué es lo que hacían los/as promotoras al mismo tiempo que se expresaba qué es lo que se esperaba de el/la entrevistado/a. Cabe destacar que la mayoría de las entrevistadas eran mujeres que se estaban formando como profesionales de la salud, en correspondencia con constituyen también la amplia mayoría en las facultades de estas disciplinas. Ellas realizarían una tarea de escucha y consejería que sería en gran proporción de mujeres para mujeres. El rol de coordinación iba profundizando el trabajo sobre la red conversacional de la organización.

Trabajo con área de desarrollo

El área de desarrollo está formada por un equipo de apoyo a la gestión mediante el aporte interdisciplinario en los planos técnico, conceptual, metodológico y organizativo. Se creó para responder a la necesidad de contar con un espacio de trabajo que, resguardado de las exigencias de resolución cotidiana, pudiera generar formas de trabajo que hagan lugar a la complejidad de los problemas a tratar, permitiendo fortalecer el marco conceptual de nuestras prácticas en salud. Con este propósito central de trabajo la conformación interdisciplinaria del área es un aspecto fundamental, considerando la complejidad de los temas que abordan.

Al comenzar a asistir a la oficina de Suteba central y compartir espacio físico con las integrantes de este equipo se comenzaron a establecer nuevos vínculos que en un principio, tal vez no fueron pensados como fundamentales pero sin duda fueron pilares para el funcionamiento del programa en esta etapa. Uno de ellos fue con las trabajadoras del área de desarrollo de la secretaría con quienes comenzamos a tener reuniones programadas, y muchas ocasionales, en las que detectamos necesidades de formación de los/as promotores/as, de organización de la actividad, de carga y análisis de los datos producidos, de cambio en las herramientas de registro, entre otras. A partir de esas situaciones detectadas fuimos construyendo estrategias de abordaje, que se relatan en distintos puntos del trabajo. El equipo de larga trayectoria en la organización, estaba conformado por tres integrantes y venía participando activamente en el programa “Suteba va a la Escuela”. Con una de las compañeras trabajamos fundamentalmente los cambios en los formularios, instrumentos de carga, análisis de datos, elaboración de informe anual. Con otra, trabajamos cotidianamente en las capacitaciones, materiales de trabajo previos a la llegada de la UMP para los responsables políticos y sobre todo se construyó un vínculo en el que se podía intercambiar sensaciones, pensar juntas, reflexionar sobre los problemas y generar estrategias de abordaje. En muchas oportunidades trabajamos las tres juntas, formando un equipo interdisciplinario muy activo y propositivo.

Capacitaciones 2018

- 1) La primera capacitación de este período fue el 25 de julio de 2018 durante el receso invernal aprovechando ese momento en que no hay visitas a las escuelas. Las actividades realizadas fueron:
 - Exposición de contextualización de la actividad de las UMP y relación de las UMP con los centros de salud de suteba a cargo de las autoridades de la secretaría.
 - Exposición de los fundamentos y ejes centrales del desarrollo de las propuestas de las consejerías a

cargo de un referente sobre cada tema.

- Trabajo en subgrupos con escenas temidas de las distintas consejerías para luego realizar un juego de roles en plenaria.
- En plenaria, articulación entre materiales de lectura enviados previamente y lo trabajado en el día.

2) El 24 de octubre se capacitaron 2 nuevas promotoras de fonoaudiología con la referente en el tema del Suteba, se vieron temas específicos de la consejería en problemas de salud de la voz docente.



**Foto del encuentro
25/07/18**

Trabajo con área de comunicación



**Mesa con folletería en Suteba
Central**

Otros encuentros y vínculos que comenzaron a tomar cada vez más relevancia fueron con el área de comunicación de la secretaría de salud. A partir de allí se trabajó con la folletería, cuál era la de mayor pertinencia para llevar en la unidad y cómo utilizarla. Hasta entonces se llevaba en la unidad una variedad muy grande de folletos que si bien eran de la secretaría de salud y abordaban problemáticas del área, eran muy diversos y la entrega era sin mediar una explicación. Se evaluó que era más pertinente tener los materiales de referencia de las propuestas.

Eran 16 folletos diferentes, que se encontraban ordenados de esa manera en un escritorio para que los choferes, cuando detectaban la falta fueran a buscar y tuvieran en claro cuáles debían llevar. Además de esta selección de materiales, se propuso trabajar con los/as promotores/as para que la entrega fuera según las necesidades e intereses que surgían en la entrevista, y no un conjunto de folletos siempre igual entregado sin ninguna referencia. Esto se trabajaría posteriormente en los encuentros formativos.

En cuanto a cuestiones de organización de los materiales, se planificó la impresión, se ordenó el retiro de materiales por parte de los choferes y participaron en algunos de los encuentros de formación.

Salidas al interior

Con la llegada de las primeras salidas al interior del 2018 surgieron nuevos desafíos. Las unidades solían visitar el interior, no era una modalidad de trabajo nueva para la organización, lo que cambió en ese momento es que volvieron a promoverse, aumentar en número y planificación, ya que no estaban muy activas. Una semana en el interior de la provincia implicaba una planificación diferente. Más tiempo de anticipación, recorridos en combinación con varios responsables de distintos pueblos y un responsable de toda la salida, dedicación del chofer y equipo de promotores, alojamiento, alimentación, viáticos. Las salidas implicaban que el chofer y los/as promotores/as de salud dejen el resto de sus actividades para abocarse exclusivamente a ese viaje con la Unidad Móvil. Se planificaban con varias semanas de anticipación y desde mi

rol de coordinación intentaba considerar y atender la particularidad de este tipo de salidas para que el equipo se encuentre confortable, con buenas condiciones y a gusto. Esta instancia implicaba desplegar un plan con responsables concretos, mantener las conversaciones necesarias para presentar la especificidad de la tarea, su rol, establecer compromisos. En base a estas primeras experiencias es que posteriormente se reforzaron los materiales informativos para

responsables políticos. Por su parte los choferes tenían muy claras sus responsabilidades y colaboraban en la comprensión general del proceso, las conversaciones con ellos aportaron también a la construcción de los demás roles, siendo una figura estable y con largo recorrido en la tarea.

Recibir la camioneta en el interior era una gran movilización para los responsables gremiales, para las escuelas y para la ciudad/pueblo en su conjunto. De su experiencia P. promotora de salud hace referencia al clima de trabajo en esas salidas; *“En el interior era otro mundo, trabajas con otra tranquilidad, otra paz. Otra cosa, el ánimo de la gente, que nunca íbamos, ir. El lugar que más me gustó fue el interior.”* Otra promotora de salud entrevistada (R) aporta una mirada del por qué de la aceptación de la UMP en estos destinos: *“también pienso yo que hay menos accesibilidad o menos posibilidad, menos variedad de acceso al sistema de salud en el interior (...) entonces de repente eran como se subían y te preguntaban todo aprovechaban que estabas.”* Haciendo un contrapunto de estas



Una de las promotoras de salud en la UMP.
Foto publicada en La voz del pueblo de Tres Arroyos (26/11/19)

ideas y sensaciones, en las entrevistas a las docentes del interior se escucha respecto a la llegada de la UMP: “La experiencia mía particularmente fue muy grata porque realmente cuando vos estás alejado

de la ciudad, donde pareciera que todo lo encontrás más rápido, los especialistas y todo...para nosotros fue excelente (...) Muy agradables ustedes en el trato también ¿viste? como que te sentís contenido porque llega un momento de la época escolar o de la vida escolar donde vos decís ¿a quién recorro?”. Otra de las docentes destaca “fue bien recibida (...) como una experiencia también porque yo de la historia de la escuela es la única experiencia que tuve que hayan ido así en un móvil en una unidad así para esto.” Uno de los choferes comenta “Era un golazo la gente del interior, te tratan muy bien” y sintetiza “Realmente le sacaban jugo”. Relatan jornadas muy extensas, donde veían mucha gente, recorrían muchos kilómetros y generalmente destacan el disfrute.



Entrevista de la TV local

Muchas veces la llegada de la Unidad a los pueblos era comunicada a través de los medios locales, en notas como en la de La voz del pueblo de Tres Arroyos⁴, otras veces se acercaban a la puerta de las escuelas a entrevistar al equipo para el noticiero local, y hasta han participado en programas de radio locales.

Procesamiento de datos e informe 2018

Hacia fines de 2018 se trabajó junto al equipo de desarrollo la necesidad de retomar la carga de datos y el análisis de los autocuestionarios (se describen más adelante). La información obtenida de los autocuestionarios no abarca la totalidad de lo que sucede en las UMP, a partir de ellos no se puede analizar todo el proceso de trabajo, pero sí brinda información valiosa de la salud de los/as docentes de la Provincia de Buenos Aires en ese año. Se destaca que esta información sirvió a discusiones paritarias que lograron que los problemas de la voz se reconozcan como enfermedad laboral docente. Así como se lograron dos días de licencia

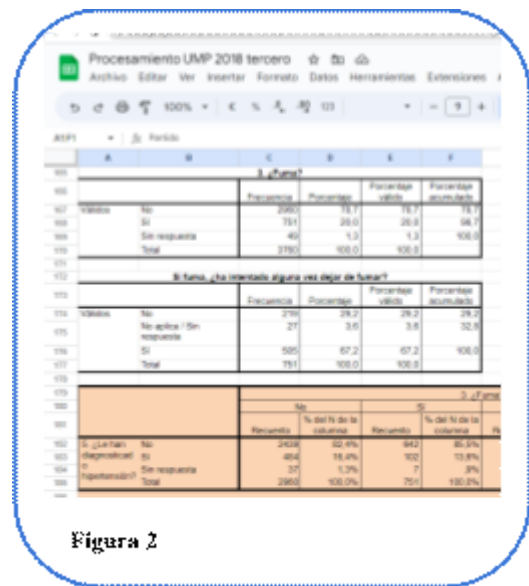


Figura 2

⁴Nota publicada:

<https://lavozdelpueblo.com.ar/noticia/89253-Recorre-la-ciudad-la-unidad-m%C3%B3vil-de-salud-del-SUTEBA>

anual para la realización de exámenes preventivos, ampliando derechos respecto a tener licencia médica por enfermedad. Estos son sólo algunos de los logros obtenidos a partir de la información recabada. Sin embargo, la carga de datos y procesamiento no tenía continuidad, sobre eso se trabajó para retomar esta valiosa tarea.

La carga de datos implicó varias semanas de al menos tres personas. El tiempo era variable según la disponibilidad de trabajadoras/as disponibles para esta tarea.

Una vez extraídos los datos de los autocuestionarios en papel, una de las trabajadoras del área de desarrollo hizo el procesamiento de los mismos⁵ y continuamos trabajando en conjunto con el área de desarrollo en la lectura y análisis. Se convocaron diferentes trabajadoras de la secretaría, incluyendo a los cargos directivos y coordinadoras/es de centros de salud propios. Se procedió al análisis de manera individual y luego reuniones grupales donde se compararon datos con informes anteriores, y se compartieron miradas sobre qué estaban diciendo esos datos, cómo se vinculaba uno con otro y con la encuesta nacional de factores de riesgo, se hicieron cruces en distintos momentos del proceso.

Durante el período de receso de verano se trabajó especialmente en la construcción del informe UMP-2018 que fue presentado en una reunión presencial a inicios del 2019 a las autoridades y equipos de salud del sindicato. También fue insumo de capacitaciones para los equipos de las UMP en 2019. El informe UMP 2018 se presenta en anexo 1.

Educación permanente. Encuentros de formación

Durante el receso de verano también se trabajó conjuntamente con el área de desarrollo sobre la necesidad de algunos cambios en la dinámica de las unidades móviles y se elaboró un documento de propuestas técnicas dentro del cual, la de mayor relevancia era la propuesta de educación permanente para los equipos territoriales. La misma constaba de un esquema de encuentros mensuales durante todo el ciclo 2019. Se hizo una selección preliminar de temas centrales a trabajar con dinámicas participativas, de manera interdisciplinaria e intersaberes, y con participación de docentes que consideramos enormemente valiosas y pertinentes.

Los encuentros se desarrollaron en Suteba central, se transmitía la importancia de participar y se abonaban junto con las salidas de ese mes. Estaban invitados/as a participar todos/as los/as promotores, los choferes, y algunos/as de los responsables gremiales como representantes del rol. Fueron pensados como una forma de generar un espacio de diálogo, reflexión y construcción de acuerdos sobre el trabajo en las UMP.

⁵ Figura 2: Se muestra a modo ilustrativo una de las tablas con cruces de datos para su procesamiento y análisis.

-El primer encuentro de este ciclo fue el 28 de marzo de 2019, además del equipo de trabajadores/as de las UMP participaron la Secretaria de Salud, Directora y Subdirectora, el equipo completo de desarrollo y comunicación, y una coordinadora de uno de los centros de salud propio. Fue una jornada de 4 horas, que tuvo en su planificación una amplia gama de objetivos; contextualizar el trabajo en la organización, jerarquizar el programa, reconocer la importancia de la carga y procesamiento de datos, facilitar el trabajo en red con los centros de salud y IOMA, problematizar el alcance de la intervención de la UMP en términos de salud y de continuidad en el cuidado, identificar situaciones de emergencias y formas de proceder.



Encuentro 28/03/19

Se utilizaron diversas herramientas, el encuentro tuvo momentos expositivos y momentos de trabajo en subgrupos, intercambio y puesta en común. Fue un encuentro de mucho trabajo, en el que se abordó una gran cantidad de temas. La propuesta de cierre fue que sea el inicio de un proceso, en el que se vayan abordando los temas necesarios, dejando abierto el espacio para proponer.



Encuentro 30/05/19

-El 4 de abril las promotoras de fonoaudiología tuvieron un encuentro de formación en el tema específico con una fonoaudióloga de larga trayectoria en el sindicato, que fue parte de la construcción del programa.

-El 27 de abril algunas de las promotoras en fonoaudiología participaron de un taller de la voz en un distrito del conurbano, conducido por la fonoaudióloga encargada de las capacitaciones.

-El 30 de mayo se desarrolló la segunda capacitación en Suteba central con todo el equipo. En este encuentro de 4 horas de duración se trabajó sobre la construcción de un relato en relación a qué implicaba la actividad cotidiana de la UMP desde la mirada de los distintos roles. Se trabajó sobre emergentes que ellos/as detectaban y se propusieron temas a trabajar en posteriores encuentros. A partir de un juego de roles se abordaron competencias y habilidades necesarias para la consejería.

-En el tercer encuentro de formación del 21 de junio se incluyeron dos responsables gremiales de distritos del conurbano en representación de su rol, clave en el desarrollo de la tarea. Se abordaron los

siguientes temas: el trabajo previo a la llegada de la UMP, durante y posterior, el contacto con la escuela, la forma de trabajar con la folletería y materiales de soporte, la articulación entre la UMP y los centros de salud propios, las posibilidades en torno a la continuidad del cuidado, preguntas nuevas que se incluirían sobre condiciones y medio ambiente de trabajo. Una pregunta que surgió del encuentro es ¿Cómo vivenció la escuela la llegada de la UMP?. También se propuso entre otras cosas la posibilidad de contar con un recursero en cada distrito para facilitar la orientación de las consultas.

-El 19 de julio se realizó el cuarto encuentro en el que también se contó con la participación de otras dos responsables gremiales. En cuanto a la dinámica, en un primer momento se trabajaron temas específicos de cada propuesta de consejería de la unidad. Las promotoras de salud de la voz trabajaron temas vinculados a la orientación de las docentes en problemas de la voz, cómo se trabaja en los centros de salud, consejos y técnica de evaluación RASATI (Ronquera, Aspereza, Soplo, Astenia, Tensión, Inestabilidad). El equipo de promotoras/es de prevención de riesgo cardiovascular y alimentación saludable abordaron temas de riesgo cardiovascular. Luego de un receso y almuerzo se trabajó sobre la integración del trabajo en la UMP, la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados, el fortalecimiento del trabajo conjunto con los responsables gremiales y el trabajo “fuera” del consultorio.

-Durante el mes de septiembre se articuló con los centros de salud del sindicato, que estaban llevando a cabo una propuesta de talleres de RCP rotativa. Incorporando las fechas de talleres a la grilla de trabajo, se planificó la actividad para que tanto choferes como promotores/as de todas las propuestas fueron haciendo la capacitación de RCP en distintos momentos según su lugar de residencia y disponibilidad horaria.

-El 25 de octubre se llevó a cabo la quinta jornada de formación en Suteba central que tuvo como docente a la Lic. Andrea Graciano, abordando integralmente el tema de alimentación saludable. Ella envió un documento con preguntas para que respondan con anterioridad los/as participantes. Desarrolló el encuentro en dos tiempos, con una primera parte expositiva construyendo la contextualización del tema y una segunda parte de trabajo en grupos con los autocuestionarios propios del dispositivo de la UMP. Posteriormente al encuentro compartió una carpeta con la bibliografía citada y otras referencias de gran calidad en el tema, y su material de trabajo en clase.



A continuación se muestran imágenes de su presentación de powerpoint que muestran algo de la amplitud de su modo de trabajo:



Gregg Segal

Projects Commissions Archive

Daily Bread



<https://www.greggsegal.com/P-Projects/Daily-Bread/1/thumbs>

Alimentación: Derecho Humano Básico

- Incorporado en la Constitución (1994)
- Formulación de Programas y Políticas de Estado en todos los ámbitos (nacional, provincial, municipal) debe atender y tiene la obligación de respetar los principios de este Enfoque de Derechos.
- Personas: Sujetos de Derechos
- Estado: garante
 - Disponibilidad
 - Accesibilidad física y económica
 - Adecuación
 - Sustentabilidad

-Entre noviembre y diciembre se convocó a los/as promotores de salud a realizar el Curso Virtual: “Herramientas para ofrecer educación alimentaria nutricional. Basado en el Manual de Aplicación de las Guías Alimentarias para la Población Argentina” de 70 hs de duración brindado de manera gratuita en el campus virtual del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Curso que yo también realicé en el mismo período, teniendo la posibilidad de conversar dudas, dificultades en el acceso y fechas, realizando una tarea de acompañamiento además de capacitación propia.

Al preguntar en las entrevistas realizadas al equipo si recordaban los encuentros de capacitación el chofer V. los define *“Eran charlas de lo que nosotros vivíamos a diario, poder expresarlo como para que los demás lo entendieran”*, P. promotora de salud no los recuerda inmediatamente pero al repreguntar *“¡Sí! ¿Cómo no me voy a acordar? me acuerdo que nos reímos un montón, y que ahí surgieron otras cosas que los que más hablaron fueron los choferes.”*. R. desde su rol de promotora cuenta sobre la frecuencia que tuvieron, cómo aumentaron hacia el 2019 y menciona su carácter de encuentros con otros/as donde construir acuerdos y formas comunes de llevar a cabo la tarea; *“teníamos una reunión donde nos encontrábamos todo el equipo íbamos viendo cuáles eran las problemáticas que iban surgiendo y lo que hacíamos era charlar sobre estas dinámicas y revisarlas sobre todo las cuestiones más problemáticas que iban surgiendo de hecho. (...) O sea, me acuerdo que antes de salir fui un día a una reunión donde estaba la mayoría del equipo. Ahí los conocí y las conocí y en un momento empezaron a ser más seguidas las reuniones. No es que siempre fueron...(...) en un momento, el segundo año creo que fue el 2019 que empezaron a ser como más a modo de capacitación. Quizás veíamos, veíamos, como que era lo que hacíamos en la UMP, leíamos textos...después me acuerdo que resolvíamos como algunas situaciones que nos daban para resolver y veíamos sobre qué otra forma podríamos haberlas resuelto y cómo encarar quizás algunas situaciones que se daban en la Consejería.”*

Materiales de trabajo previo a la llegada para responsables gremiales

Durante el año 2019 la frecuencia de salidas al interior se incrementó notablemente y como estrategia para el trabajo previo de los responsables gremiales en los municipios se retomaron una serie de documentos que habían sido utilizados algunos años atrás. Dentro de ellos se encontraban; las cartas de aval firmadas por las autoridades de la secretaría de salud y dirigidas una al equipo directivo de la escuela a visitar y otra, a la inspección del municipio, las correspondientes cartas de

agradecimiento para ambos, dos documentos de trabajo destinados a los Responsables Políticos. Una guía que nucleaba los aspectos tácticos de desarrollo de la actividad: tiempos, selección de escuelas, construcción de un cronograma, difusión de la actividad, aspectos a tratar con la inspección escolar, materiales con los que se trabaja, vías de comunicación y aspectos generales a tener en cuenta. El segundo documento, un cuadernillo de trabajo para el responsable político, desarrollaba los lineamientos de base del programa “Suteba va a la Escuela”, los fundamentos del trabajo con los temas que abordaban las consejerías, así como sus objetivos y forma de trabajo.

Estos documentos se actualizaron y editaron en conjunto con el área de desarrollo, siendo un soporte para quienes era la primera vez que recibían la unidad en su distrito y también para aquellos/as que la recibieron hace tiempo con otras propuestas.



Para facilitar la visualización del proceso y tomar dimensión del recorrido, así como para pensar áreas de vacancia volqué los datos de las salidas en un mapa⁶ muy rudimentario, donde resalté en amarillo los municipios a los que había ido la UMP en 2018. Mientras que en naranja se destacan los visitados desde marzo hasta mediados del 2019.

Otros cambios en las propuestas de consejería

En 2019 la propuesta de odontología preventiva dejó de ser parte de las salidas y se reforzó la salida de las promotoras de fonoaudiología, ambas camionetas salieron casi la totalidad de las veces con esta propuesta que era muy demandada por los/as docentes. Al respecto J. nos dice *“amaban la fono porque no tenías fono en el Interior no hay una fono. Era como si fuera el Papa más o menos, entonces dónde íbamos, estamos hablando de 40, 50, llegamos a ver 50,60 docentes”*. Las docentes que la recibieron refuerzan esto: *“a mí me había pasado particularmente que tenía nódulos, que un fonoaudiólogo después de esperarlo para el turno te diría dos meses para que me diera un turno porque acá cuesta que lleguen los especialistas, lo que me dijo era por ejemplo que tenía que esforzar menos la voz. Que hiciera trabajos de respiración y bueno, que ustedes lo vieran, que yo les pudiera consultar, que me dieran otros tips para poder trabajar el tema de la voz, porque yo todavía no estaba para jubilarme (...) pero los usé, los recomendé para mis compañeras y mis compañeros y funcionó*

⁶ Figura 3: mapa en papel con los municipios visitados hasta mediados del 2019.

sigo y tengo mi voz potente todavía.” La demanda de la consejería de la voz era constante. Desde mi rol la recibía especialmente a través de los responsables políticos que muchas veces no querían llevar la unidad sin la consejería de la voz debido a la alta demanda de las/os docentes. Por su parte, tanto choferes como los/as demás promotores destacaban también las consultas y la espera por el tema de la voz.

Durante el año 2019 también se trabajó en la implementación de un link para la carga de datos del final de la salida que reforzaba la necesidad un momento de encuentro y balance luego de los encuentros con los docentes, se cargaban además de los datos poblacionales que también estaban en la planilla en papel, algunas impresiones sobre la escuela visitada y temas/problemas que hayan llamado la atención. En el siguiente recorte P cuenta algunos ejemplos de conversaciones que se daban al momento de completarla: *“Lo que me gustó de esa época que podíamos obtener datos rápido, porque me acuerdo que hacíamos un cuestionario por teléfono, sumábamos en el día lo que habíamos atendido y otro momento a partir de ahí se nos ocurría con las chicas ver cuántas disfonías vimos, cosas raras, y lo anotábamos en una hoja.(...)y de ahí sacábamos cosas porque me acuerdo más ellas y la fono que decía, mirá cuántos, vimos dos hipertensos/as...lo que pasó con el tema del cáncer, como cuando fuimos a escuelas rurales. Una vez fuimos a una escuela rural y estaban fumigando y ahí nos contaban historias de muchas personas con cáncer por la fumigación.”*

Este año, en conjunto con el aumento de las capacitaciones se instaló como encuadre de trabajo en cuanto a aspectos técnicos de la consejería en alimentación saludable las Guías alimentarias para la población Argentina y el Manual de aplicación de las guías alimentarias para la población Argentina⁷. En relación a la prevención de riesgo cardiovascular se consideró al Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.⁸ Ambos materiales de referencia del Ministerio de Salud de la Nación se enviaron por mail, por el grupo de whatsapp de promotores y por último, se imprimió un ejemplar de cada uno para que estén en formato papel en ambas camionetas.

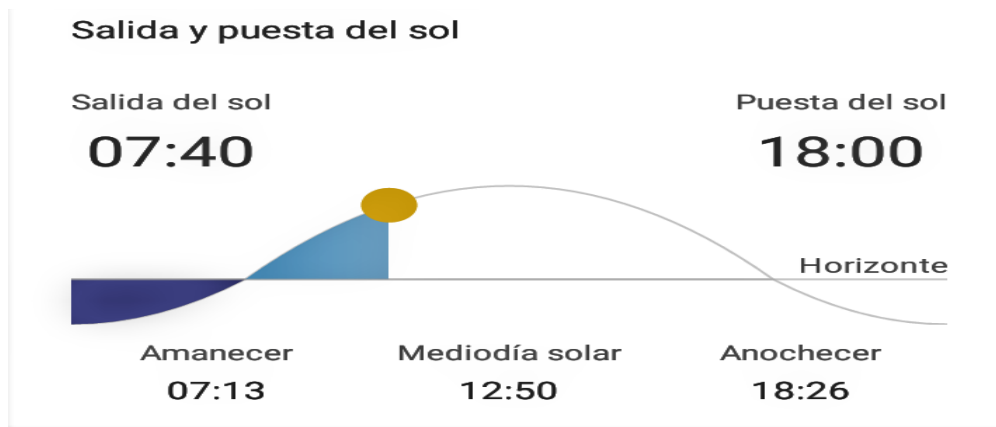
Hacia diciembre de 2019 cuando las salidas de las camionetas disminuyeron se comenzó con la carga de datos de ese año y para el receso de verano volvió a realizarse el procesamiento de y análisis de los mismos. La elaboración del informe 2019 se vió interrumpida por la pandemia en marzo de 2020.

⁷ Material actualizado al 2021:

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf

⁸ <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-para-el-cuidado-de-personas-con-enfermedades-cronicas-no-transmisibles>

Segunda parte: Dinámica de trabajo cotidiana en la Unidades Móviles Preventivas



El equipo de Suteba en movimiento

Preparación e inicio de la jornada

Las salidas diarias al conurbano tenían un esquema de organización general, del cual se puede aproximar una descripción general, sin perder de vista las particularidades de cada territorio, responsable gremial organizador, escuela y el encuentro con cada docente en cada aquí y ahora.



Como coordinadora médica y logística, trabajando con las solicitudes de la unidad y la disponibilidad de los/as promotores/as, iba construyendo una agenda en la que se distribuya de manera equitativa el recurso de la unidad móvil en el territorio y también el trabajo entre los/as promotores/as y los choferes. Esa agenda semanal la enviaba todos los viernes brindando la información de la semana siguiente a través de un mail en el que compartía los nombres y contactos de todas las personas involucradas por día de modo que puedan comunicarse entre sí.

Los choferes eran quienes organizaban ese quehacer cotidiano, el día anterior llamaban a los/as responsables políticos y los/as promotores/as, acordaban horario y punto de encuentro. Al respecto uno de ellos detalla; *“Bueno, el trabajo comienza el día anterior de la jornada, la visita a la escuela. El punto es el siguiente, la coordinación primero con los promotores de salud puntos de encuentro, al mismo tiempo también llamar a los referentes políticos de los lugares a donde se va a visitar. A veces se coordina con respecto si vamos directamente a la escuela o vamos a la seccionales o a los centros de salud que es el lugar de partida para la escuela. Entonces un día anterior coordinamos esos*

movimientos con los promotores y con los responsables políticos, horario de salida, punto de encuentro y llegada y horarios a la escuela.”

Aspectos como la seguridad, cercanía y tiempo de viaje fueron priorizados por todos/as. J. cuenta en relación a estos puntos; *“Hacerle más fácil la llegada. Te imaginas que si yo vivo en San Miguel y tengo que ir a Luján tengo dos horas de viaje, esa chica esa compañera que yo la voy a buscar siempre hablo en femenino, porque la verdad que teníamos a solamente un compañero(...) Esa compañera salía a las 5 de la mañana a la casa, o sea que no empezaba a las 8, empieza antes, entonces buscábamos un punto en común que se les sea cómodo y seguro más que nada porque sale muy temprano de la casa.”*



UIMP en la puerta de una escuela en Bahía Blanca

Una vez en el punto de encuentro dependiendo en qué distrito escolar/municipio estuvieran y la forma de organización de las seccionales que los recibieran los tiempos se manejaban de diferentes maneras. En algunos casos iban directamente a la escuela y en otros estaban unos minutos en la seccional conversando con los responsables gremiales y desayunando. Estas charlas son consideradas por muchos/as de gran importancia para saber dónde están yendo y realizar un trabajo situado. Al respecto una R. promotora de salud explica: *“los primeros 15 minutos nos encontrábamos*

tomamos dos mates, charlábamos y bueno, vamos a ir a tal y tal lugar (...), la jornada laboral este es un colegio de jornada simple jornada completa, hay tantos docentes tantos afiliados o afiliadas, características del colegio, la cantidad de docentes a veces por ejemplo, si es un colegio técnico no si es un colegio especializado y anécdotas (...).” Desde la coordinación también eran muy valorados y se alentaban estos momentos de encuentro de todo el equipo, donde se situaba el trabajo del día y se generaban vínculos entre promotores/as y responsables gremiales que facilitaban la tarea.

Al llegar a la escuela, los choferes destacan la importancia del lugar donde se va a estacionar la unidad. Temas de seguridad y accesibilidad, la importancia de cómo queda ubicada la camioneta, el sentido de circulación de la calle y las puertas de acceso. Al respecto dicen, *“el problema principal que tenemos es el estacionamiento. Pensar dónde estacionar, cómo estacionar. Acordate que en la camioneta las puertas de los dos box están del lado derecho, si la escuela queda al lado izquierdo y la calle es mano para allá...el docente se tiene que bajar, cruzar la calle. Era un tema estacionar...no quedar en contramano, no tapar las rampa discapacitados. El tema de las infracciones de tránsito.”*

Una de las responsables gremiales relata que, teniendo en cuenta estas cosas muchas veces intentaban *“hablar con el equipo directivo y también gestionar que le guardan el espacio ese día. Bueno, siempre llegamos más temprano que la unidad móvil si hay que guardar el espacio.”*

Una vez ubicados/as, los/as responsables gremiales entraban a la escuela a conversar con las docentes, brindar los autocuestionarios e invitar a subir a la UMP, mientras que entre las/os promotores/as y choferes ordenaban el espacio de los consultorios, folletería y papelería. Al preguntar por este momento una de las responsables gremiales cuenta: *“lo primero que hacemos es charlar con todos los compañeros que ese día me van a acompañar (...). Bueno, ahí entonces ¿Qué hacemos cada mañana? Recorrer y contar. Recorrer y contar.”*

R. promotora de salud cuenta que en oportunidades la gente no se acercaba a participar: *“Bueno, voy a ver; voy a invitar, pasábamos, a veces íbamos nosotras, invitábamos a los docentes a que se acerquen y participen, y que se sientan como más en confianza. Muchas veces pasaba...muchas de las docentes pensaban que quizás las iban a retar y esta concepción del médico como más antigua quizás no sé, es más quizás sigue pasando, pero del médico como que viene a retar, porque los pacientes hacen mal lo que tienen que hacer entonces bueno, les decíamos, no, no tiene nada que ver es más que nada una charla, es un espacio para ustedes, que está disponible.”* Si bien las tareas eran claramente diferenciadas, en sus relatos se puede ver la flexibilidad e intención de cooperación.

Al ir llegando los/as docentes iban pasando por cada unos de los consultorios. Las propuestas llevaban un tiempo aproximado de 10 min cada una, aunque se adaptaba a las necesidades de el/la usuario/a, en algunos casos era más breve y muchas veces más extenso ya que surgían temas que requerían otro tipo de abordaje.

Las propuestas que se llevaron a cabo durante el 2018 fueron: prevención de riesgo cardiovascular, alimentación saludable, prevención de problemas de la voz y odontología preventiva. En 2019 continuaron las actividades de prevención de riesgo cardiovascular, alimentación saludable, prevención de problemas de la voz, se modificaron algunas preguntas de los autocuestionarios y se sumó hacia el final del año un apartado de preguntas sobre condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT).

Propuestas de consejerías en las UMP. Autocuestionarios

Prevención de riesgo cardiovascular y Alimentación saludable

La consejería de prevención de riesgo cardiovascular fue pionera en el trabajo de las unidades, comenzando antes de que se compraran y equiparan las camionetas, cuando en 2006 se recorrieron escuelas en distintos autos particulares, incluyendo remises y taxis, tomando la tensión arterial, pesando, midiendo y haciendo consejerías hasta recolectar en 3 meses datos de 12.000 docentes.

La propuesta de alimentación saludable, surge hacia el año 2017 con un proceso de elaboración de un cuestionario con participación de muchos actores, asesoramiento externo por expertas en el tema y representación de los/as docentes. Es un cuestionario de varias preguntas que propone desnaturalizar aspectos que en la alimentación cotidiana pueden quedar invisibilizados, generar cuestionamientos, interpelar, abrir un espacio para la pregunta que pueda contribuir a futuros cambios, particulares y colectivos.

A inicios del 2018 las unidades móviles salían con propuestas que dependían de la disponibilidad de promotores y cantidad de espacios de consejería en cada camioneta. Una de las camionetas tenía dos espacios y la otra tres. Las promotoras de odontología y fonoaudiología realizaban sus consejerías respectivas, y los/as promotores/as generales hacían la de prevención de riesgo cardiovascular o alimentación saludable. En general, si había sólo un/a promotor/a general hacía la consejería de prevención de riesgo cardiovascular y si eran dos, se sumaba la de alimentación saludable. En relación a estas últimas dos propuestas que se hacían por separado se comenzó a trabajar sobre la posibilidad de realizarlas en conjunto cuando hay sólo 1 promotor/a del tema que abordaba ambos temas, utilizando más tiempo. Entonces se planificaron las salidas de modo que en la unidad de 2 consultorios hubiera siempre una consejera de problemas de la voz o salud bucal y en el otro un/a consejero/a de riesgo cardiovascular y alimentación. Esto cambió las dinámicas de las consejerías y tendió a integrar

aspectos del riesgo cardiovascular vinculados a sobrepeso/obesidad, sedentarismo y hábitos o posibilidades alimentarias.

Como se ha mencionado anteriormente, los autocuestionarios los repartían los responsables gremiales al ingresar a la mañana a la escuela invitando a participar, esos autocuestionarios se esperaba que fueran completados antes de subir a la unidad. En los casos en que se lograba que los/as docentes tuvieran unos minutos para completarlos



Equipo de la UMP en la puerta de una escuela

concentrados en esa actividad, se consideraba como una intervención en sí misma que generaba preguntas y podría comenzar un diálogo que continúe en el encuentro con el/la promotor/a. Muchas veces ese tiempo no estaba y se realizaban mientras se esperaba a ingresar o dentro de la unidad. Al ingresar le daban el cuestionario al promotor/a quien de un vistazo podía tener una idea de qué temas era importante hablar. Más allá de eso, la propuesta era comenzar consultando al docente de qué quería hablar, si había surgido alguna duda en relación a los temas preguntados, o la forma que cada uno/a tuviera de comenzar el intercambio. Siempre proponiendo que fuera un espacio de escucha personalizado.

Los aspectos vinculados a la prevención de riesgo cardiovascular al principio de este período iban acompañados de una grilla que se llevaba el docente con un puntaje sobre el riesgo, donde se podían ver los factores modificables de ese riesgo y los no modificables. En trabajos con el área de desarrollo, coordinaciones de los centros de salud y subdirección médica fuimos elaborando la idea de trabajar de una manera más cualitativa, que aporte a la persona modos concretos de abordar aspectos que esa persona en ese momento podía, sugiriendo consultas a realizar si fueran necesarias, aspectos de sus hábitos a mejorar, pero sin poner el foco en el riesgo y su medición. Este enfoque se trabajó en los encuentros de formación con los equipos y se cambió el instrumento para entregar a los/as docentes al finalizar la consejería, se reemplazó la hoja con el cuadro de riesgo por un talonario en blanco de hojas chicas membretadas para que los/as promotores/as puedan plasmar con algún comentario o indicación personalizada, enfocada en lo conversado en el encuentro.

Consejería en problemas de la voz

La propuesta de problemas de salud de la voz en las UMP era de una consejería donde se realizaba la escala RASATI (Ronquera, Aspreza, Soplo, Astenia, Tensión, Inestabilidad) para identificar aspectos alterados de la voz de una manera cualitativa, ese aspecto era el único del autocuestionario que lo completaba el/la consejero/a luego de realizada la prueba y era el único aspecto de la salud de la voz que quedaba consignado en el autocuestionario. La consejería era más amplia que esta prueba, despejando dudas que trajera el/la docente y aportando técnicas para el cuidado de la voz, apoyadas por folletería propia de la secretaría de salud. El tema de la voz docente es de gran relevancia en este grupo particular ya que la disfonía es una enfermedad profesional docente incluida en la Ley de Riesgos del Trabajo. Es imprescindible destacar que en el año 2013 Suteba llevó datos propios de los informes de las UMP a paritarias y allí se logró instalar este problema como una enfermedad laboral, viéndose reflejado en la firma de la “Acordada sobre Disfonías” que se tradujo en la Resolución SRT

389/2013⁹. La actividad en la UMP no era la única intervención de Suteba en el tema, ya que en el marco del “Programa la voz docente” también se realizaban actividades en los centros de salud propios donde había asistencia fonoaudiológica y se trabajaba en conjunto según necesidad con otorrinolaringólogos/as de IOMA. Este circuito requería de la articulación continua entre consejerías en salud de la voz en la UMP y responsables gremiales que orienten sobre aspectos de continuidad del cuidado en centros de salud propios o consultorios de IOMA y aspectos laborales.

Odontología preventiva

La propuesta de odontología preventiva salía únicamente en la unidad móvil de tres consultorios, contando con un espacio particular con carteles informativos. Era una propuesta de consejo sobre el cuidado odontológico, pensada como una forma de llevar recomendaciones de cuidado de salud bucal a una población de la que ya se conocía una necesidad muy importante de tratamientos rehabilitadores. En un momento trabajó también con el Índice de Necesidad de Tratamiento para Caries Dental (INT), que se basa en el proceso de caries dental y en la historia pasada de caries. Se llevaba a cabo mediante la inspección de la boca. Esto generaba cierta incomodidad en los/as docentes, ya que esta práctica era considerada por algunos invasiva.

La actividad de odontología preventiva no tuvo gran peso en el período relevado (2018-2019), ya que las personas que la realizaban debían estar capacitadas para hacer la inspección y era dificultoso encontrar odontólogos/as que quisieran trabajar en la unidad móvil. Por estos motivos, su frecuencia de salida era baja. Cabe destacar que los datos obtenidos no eran plasmados en los autocuestionarios por lo que no aportaban información. Esta propuesta fue saliendo cada vez menos hasta que en 2019 se decidió quitarla del programa como una consejería específica, continuando únicamente la folletería preventiva del tema.

En el anexo 2 se presentan los autocuestionarios tal como quedaron luego de un proceso de revisión en el 2019 en el que se reagruparon las preguntas, se sacaron algunas y se incluyeron las de CyMAT con el objetivo de que sean trabajadas por los responsables políticos, no por los/as promotores/as de salud.

Como destacan algunas de las docentes y promotoras entrevistadas, el momento de leer las preguntas y completar el autocuestionario era una instancia que invitaba a detenerse a pensar sobre su propia salud. A partir de lo completado y con lo que había surgido en ese momento se daba la conversación con el/la promotor/a que cumplía centralmente un rol de escucha y contención, además

⁹ <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-389-2013-208325/texto>

de brindar orientaciones y consejos. Al respecto B. promotora de salud cuenta cómo ella vivenció el proceso de trabajo y desde qué lugar lo abordaba: *“ Súper buenas experiencias con todas y la experiencia de trabajar en lo promo preventivo para mí estuvo buenísima porque es esto, charlar sobre el cotidiano de las docentes, ver de qué manera se puede mejorar, quizás con pequeños hábitos, porque sabemos que las realidades de las docentes son muy complicadas en cuanto a que trabajan un montón de horas, dobles cargos, que van de un colegio a otro más las familias más un montón de cuestiones, entonces nada, entrar un ratito a la vida de ellas (hablo en femenino porque la mayoría son mujeres) , entrar un ratito ahí en su vida, conocer sobre su salud en el ámbito laboral estuvo muy bueno, a veces también uno se iba frustrado porque es demasiado lo que hay que cambiar a veces para poder lograr hábitos saludables(...). En lugar de decirle que es lo que tienen que hacer o darle pautas de alimentación saludable o de ejercicio, particularmente porque a mí me solía tocar más lo cardiovascular, sino que también se podían organizar en el colegio, porque si había un problema que era compartido por varias maestras, quizás buscarle alguna salida colectiva.”*

Este rol es destacado por otros miembros del equipo como los choferes, J. nos dice *“ lo más lindo de la unidad, lo que más destaco de la unidad móvil y te lo digo de corazón, es la contención que tiene.”* Recuerda varias situaciones en que las docentes que suben hablan sobre temas que las preocupan, comparten, lloran. En lo que coinciden la mayoría de los relatos, que muchas veces las situaciones exceden las propuestas de los programas que se llevan a cabo. Al respecto J. destaca algunas cualidades que él considera fundamentales en las promotoras para llevar adelante esa tarea, *“ es muy fuerte, además...tienen que tener alguna característica particular también las promotoras que van como para que alguien quiera hacer eso y creo que también, eso no es porque las pibas sean médicas o licenciadas, creo que las pibas, todas las pibas con que laburamos eran humanas, sí.”*

Muchas veces, los temas eran de gran complejidad y generaban situaciones en las que era necesario actuar por fuera del consultorio. En esos casos B. nos cuenta cómo el rol del responsable gremial era central, su articulación con los centros de salud propios de Suteba (en caso que hubiese) o con los efectores de salud de IOMA, para dar una continuidad a ese cuidado: *“ por lo general yo hablaba con la referente del lugar, la del sindicato, pero tratando de no exponer a la persona, preguntándole antes a la persona. Porque hay una cuestión de confidencialidad también como promotora de salud, aunque no era médica, no romperla porque por algo esa persona te confió lo que te confió, pero sí con la responsabilidad de que esa info es muy valiosa para poder hacer algo al respecto entonces. Bueno, eso, por lo general se hablaba con la referente consensuado con la persona para...no sé, desde una licencia hasta una interconsulta con alguien de psicología o alguien del equipo escolar. ”*

Sobre esta continuidad una de las docentes cuenta *“en el momento digamos recuerdo como que bueno, es un aporte al cuidado de la salud, pero quizás (...) no me acuerdo si era la parte fonoaudiológica o no sé cuál fue el examen, que como que te quedaba esa sensación de...bueno, pero acá hay que ir, esto hay que continuarlo porque así solo digamos, no es mucho el alcance que va a tener, entonces como que tuve esta sensación en un momento este inclusive como que necesitaba un poco más.”* Destaco esta parte del relato porque muestra otras sensaciones ante la consejería, la movilización o impacto que genera y el alcance que puede llegar a tener. En este punto la actividad iba más allá de la promoción de la salud de la voz en general, ya que se detectaban problemas a ser abordados en otras instancias y consultas. Esta actividad que se proponía la detección temprana de dificultades para abordarlos a tiempo, implicaba que exista un trabajo articulado de él/la responsable político con el/la promotor/a de salud y con efectores de salud locales para buscar continuidad en los cuidados.

Otras veces en la consulta se han detectado niveles de tensión arterial que constituían una urgencia o emergencia, para lo cual fue necesario solicitar traslado y pronta atención de esas personas. En estos casos fue clave el trabajo conjunto de quien la detectó en la consejería, el chofer que tenía claridad sobre lo que podía y no podía hacerse con la unidad, los/as responsables políticos que hacían el nexo con la institución, la colaboración del equipo directivo y el acompañamiento de la coordinación médica para despejar dudas en el momento. Al respecto R. cuenta su experiencia, cómo se sentía, quiénes actuaban y cómo se apoyaba en distintos miembros del equipo: *“se daban esas situaciones...tomabas una TA y de repente te daba 220-110. El docente te decía pero yo me siento bien. Bueno, pero creo que esto es para llamar a la ambulancia. Esas situaciones se daban un montón, pero bueno, las iba resolviendo digamos que teníamos las herramientas y por lo menos nunca me sentí sola en ese sentido o sin saber qué hacer o cómo cuál es el marco en el que estamos trabajando y qué es lo que debería hacer. Cuando había alguna de esas medio extremas le mandaba un mensaje a Mary (coordinadora), muchas veces yo salía con P. que la tenía clarísima también con respecto a qué hacer entonces bueno, consultaba con P. muchas veces me ha pasado también de mandarle mensajes a ella para preguntarle. Los responsables políticos también acompañaban mucho. Si había que llamar a la ambulancia, se llamaba sin ningún problema como que no había tanto drama si había un hallazgo. Había que actuar, se hacía, por lo menos mi recuerdo es que todos estaban como muy dispuestos a ayudar.”*

Mediodía ¿momento de una pausa?

Una vez terminado el turno mañana, en el que podían verse hasta 20 personas, llegaba el momento del almuerzo. Se alistaba la camioneta para salir y se organizaba este momento dependiendo del lugar en el que estuvieran. Algunos responsables gremiales cuentan que a veces tenían planeado el almuerzo en la seccional, otras conocían lugares dónde ir.

Otras veces no estaba planificado y los choferes cuentan que preguntaban a los padres y madres en la Escuela por recomendaciones de lugares para almorzar. Los choferes eran quienes tenían el dinero o la tarjeta y pagaban el almuerzo, resaltan que buscaban espacios donde estuvieran cómodos y cómodas. En varios relatos aparece el tema de la necesidad de un baño limpio. Resaltan el cuidado de los recursos del sindicato, la flexibilidad, y adaptarse a las posibilidades, al mismo tiempo que tener un espacio con buena comida y comodidad, ya que el resto de la jornada lo pasan en la camioneta e intentan no ingresar a la Escuela, especialmente los choferes. V. dice: *“mayormente como estamos todo el día ahí en la unidad móvil, buscamos un lugar donde comer sentados y por sobre todas las cosas que haya baño. Claro, porque podríamos comer en cualquier parrilla al paso pero no tienen baños, entonces algunas cosas que yo intento siempre evitar es entrar en las escuelas.”* J. detalla algunas cosas que pasaban en el momento de elegir dónde ir *“por suerte, tuvimos siempre chicos y chicas copados, compañeros de la UMP que nunca hicieron caras o algo ¿viste? O sea, siempre nos apoyaron en el lugar donde comíamos como que entendían que era lo que había. En algunos casos íbamos a los sindicatos, a las cabeceras, mayormente los partidos chicos que desde la escuela al sindicato estoy a 15 minutos (...) Otro, en Luján ya teníamos un restaurante y todo que nos llevaba la comida, íbamos al sindicato a comer, comprábamos a la vuelta y está bueno ¿por qué? Porque es comida casera, comida del día, tenés el baño limpio, en el sindicato tenés otros tiempos y se abaratan mucho los costos”*. B. promotora de salud destaca el buen ambiente y organización de la jornada laboral, y menciona el impacto de eso en la forma de trabajo, *“(…) al mediodía cortábamos, íbamos a almorzar, incluso a veces destaco un montón que buscábamos sol, un lugar al aire libre como para refrescarse un poco y a la tarde volver y para mí el buen ambiente laboral por parte del equipo y que esas jornadas de trabajo estén planteadas así, también hacía que el equipo de salud trabaje de otra manera, para mí eso es fundamental.* ” P. en su relato cuenta que a veces los/as responsables gremiales iban a comer con ellos/as y a veces no, ya que trabajaban en el turno tarde en la escuela. Se destaca el momento del almuerzo como un momento de distensión y también como un momento de conversar sobre lo que sucedió a la mañana y dónde se irá a la tarde, como un espacio de encuentro.

Turno tarde

Al volver a la escuela luego del almuerzo la dinámica era la misma que al llegar a la mañana, volver a estacionar, organizar los materiales, los responsables entrar a la escuela a recorrer y los/as promotores/as de salud y choferes tener todo listo para recibir a los/as docentes. En 2019 se incorporó el formato link para la carga de datos del día que hasta entonces era una planilla en papel, se siguieron consignando datos cuantitativos como cantidad de personas que subieron, si eran afiliadas o no y se sumó un apartado con impresiones o aspectos a destacar de la/s escuela/s visitadas. En los casos en que se lograba terminar 30 o 15 minutos antes las consejerías y los/as promotores/as lograban encontrarse para hacer este informe. Algunas cuentan que fue construyéndose un espacio interesante donde conversar sobre lo sucedido, también compartido a veces por los responsables gremiales que se quedaban con la impresión y reflexiones del equipo que había asistido. Al respecto P. (op.cit.) dice *“de ahí sacábamos cosas, me acuerdo que decíamos, mirá cuántos, vimos dos con hipertensión arterial. O lo qué pasó con el tema del cáncer, como cuando fuimos a escuelas rurales. Una vez fuimos a una escuela rural y estaban fumigando y ahí nos contaban historias de muchas personas con cáncer por la fumigación.”* A partir de esto cuenta que si era una salida al interior, incluso al volver al alojamiento algunas conversaciones seguían *“cuando nos relajamos, que volvíamos al departamento donde estábamos, nos poníamos a hablar sobre eso, no era parte del trabajo pero surgió más cuando empezábamos a mandar los datos, porque antes anotábamos y quedaba ahí el sobre, entonces al mandar el dato, te planteabas otras cosas que habías visto.”*

El regreso

Al retirarse el chofer volvía a dejar a los/as promotores/as y responsable gremial en un lugar acordado, destacando que sea seguro y accesible para el retorno. Los choferes continuaban el recorrido hasta su casa. J. cuenta cómo limpiaba y dejaba todo listo para el día siguiente: *“llegamos a casa y no terminamos de trabajar, ahí nos ponemos a limpiar la camioneta. Por dentro se desinfectan los box con lavandina (...), la limpiamos toda por dentro, la limpiamos por fuera(...).Después de ahí vamos a comprar las galletitas y el agua para las chicas y ya se hicieron las 7, 8 de la noche. El agua yo compro todos los días un agua nueva. Y las galletitas voy comprando según que les gusta a cada una, las voy mimando. Por ejemplo, conmigo viajaba C. que le gustaban las Don Satur, a R. te acordás era light (...).”*

Cabe destacar que el viaje tanto para responsables gremiales, promotoras de salud y choferes no terminaba cuando dejaban de atender, ni cuando se despedían en el punto de encuentro, todos y todas

tenían aún un trayecto que recorrer para llegar a su casa. A lo que se sumaba en el caso de los choferes estas tareas que implican dejar todo listo para arrancar al otro día de nuevo bien temprano.

Imágenes de los vehículos

Camioneta de tres espacios para consejería



Camioneta con 2 espacios



8. Análisis y reflexiones sobre la práctica



En el siguiente apartado se desarrolla un análisis posible de la experiencia de las unidades móviles preventivas del Suteba. Estas categorías fueron seleccionadas luego de documentar la práctica, retomando aspectos que considero de relevancia en relación a los ejes de la sistematización.

Categorías y subcategorías a utilizar

<p>Categoría 1. La UMP como estrategia de comunicación en salud</p> <p>Subcategorías</p> <ul style="list-style-type: none">1.1 Características de la UMP como estrategia de comunicación/educación1.2 Productos comunicacionales de la UMP1.3 Momentos de la planificación en el período analizado.
<p>Categoría 2. Trabajo en equipo</p> <p>Subcategorías</p> <ul style="list-style-type: none">2.1 Pertenencia2.2 Cooperación2.3 Aprendizaje
<p>Categoría 3. Calidad centrada en el/la usuario/a</p>

1. La UMP como estrategia de comunicación en salud

1.1 Características de la UMP como estrategia de comunicación/educación

El programa Suteba va a la Escuela (Suteba, 2023) es un programa de educación sanitaria y de prevención de enfermedades, de promoción de hábitos saludables de vida y de detección de problemas de salud de los/as trabajadores de la educación. Se desarrolla en el lugar donde ellos/as trabajan, en las Escuelas. Al momento de iniciar la coordinación médica (así es como denominaron las autoridades el puesto de trabajo) los componentes de la comunicación presentes en el programa y el dispositivo de las UMP eran nombrados en acciones puntuales, limitadas a comunicaciones oficiales, folletería, difusión de la actividad en la página web. Sin embargo, aún sin tener un recorrido específico en el área de comunicación, desde el inicio pude identificar una demanda en relación a mis competencias como coordinadora de equipos (por el trabajo que venía realizando en el predio recreativo de Suteba en el Tigre) y por mi formación como psicóloga social que algunas personas que ocupaban cargos directivos en la secretaría de salud conocían y valoraban. Desde esa experiencia y formación mi tarea tuvo como un eje prioritario el trabajo sobre la comunicación, tal como la entendía en el momento, como parte esencial del proceso de aprendizaje, aportando a la tarea común y a la satisfacción de necesidades particulares.

A la luz de nuevos aprendizajes, luego de haber cursado la especialización de comunicación y salud considero que las Unidades Móviles Preventivas pueden ser consideradas una estrategia de comunicación en salud.

Entendiendo a la comunicación como construcción de significados y sentidos compartidos (Jaramillo López, 2011) y a las estrategias de comunicación (Gianfrini y Iotti, 2017) como generadoras de escenarios de encuentro, de debate y organización -considerando las desigualdades y conflictos propios del entramado social- para la producción de imaginarios y propósitos colectivos, las visitas a las escuelas son un escenario para la construcción de sentidos en torno a la salud.

Las unidades móviles preventivas fueron pensadas por el sindicato con un posicionamiento y compromiso claro con la salud de los/as trabajadores de la educación considerada un derecho humano fundamental. Coherente con ese compromiso, la actividad de las UMP está inscrita en el marco de otras acciones que abonan en este sentido como lo son los centros de salud propios de suteba, el coseguro, la participación en la vocalía del IOMA, entre otras acciones. Por lo antedicho es que considero pertinente analizarlas desde la perspectiva de Jaramillo López, como estrategia que tiene la intención de construcción de significados y sentidos compartidos en torno a la salud. Desde su modo de trabajo itinerante recorriendo las escuelas de la provincia, tanto en el conurbano como en el interior,

creo que intenta construir un sentido contrahegemónico en torno a qué es la salud y dónde se construye. Para comenzar, la importancia que tiene el hecho de ir a la Escuela a buscar esos/as docentes que están servicio, conocer su espacio de trabajo y brindar un espacio para la reflexión. Una pausa en el trabajo cotidiano para pensar sobre cómo están. Al respecto una de las docentes que recibió a la unidad en su escuela en el interior de la provincia, describe algo de la complejidad que implican los cuidados de la salud y algunos aspectos que surgieron a partir de la visita de la UMP, de la charla con el/la promotor/a de salud y algo de lo que queda después: *“(...) inclusive lo de la alimentación, hasta también te daba para decir bueno, sí, pero no es que no hay intención de seguir esta línea pero no está tan fácil en este contexto con una rutina de trabajo como la que tenemos, o sea, te puede disparar un montón de otras cosas que también son la salud. Entonces está bueno, porque es un modo de sentir un acompañamiento (...) qué bueno sería tener esto casi permanente.”* Por su parte L., docente de otra escuela, también destaca en su relato distintos aspectos que hacen a la salud de los docentes y las exigencias de su trabajo, también menciona la repercusión que tuvo el después de la visita, las conversaciones que se desataron: *“(...)creo que esto también; uy, a mí me encontró que tenía presión alta, uy, yo tendría que ir a ver esto, como que seguís intercambiando con tus compañeros porque cada cual tenía una historia distinta de salud”*. En los distintos relatos se menciona que la visita generó un espacio donde algunos/as pudieron interpelarse. Esto refuerza la idea de que la UMP es una estrategia para “desatar conversaciones” sobre la salud de los/as docentes.

El equipo de las UMP también trabajaba con una direccionalidad en relación a que la salud está estrechamente vinculada a otros aspectos de la vida, una responsable gremial cuenta cómo intentaban ir representantes de todas las secretarías del sindicato, ya que muchos problemas que surgían en las visitas requerían esos abordajes desde otras áreas, a veces temas complejos de salud, otras veces temas que no eran de salud; *“En ese en ese sentido lo que hacíamos es, trabajar en equipo con todos los compañeros del sindicato, porque la UMP no es únicamente de prevención de la salud también surgen otras cuestiones (...) se detecta cuál es la problemática, ahora para poder resolverlo, poder darle una mano a la compañera, quizás es insuficiente la escucha en ese caso porque hay que intervenir con otras acciones (...) por eso para nosotros la UMP no era únicamente de la Secretaría de Salud o la Secretaría de Salud Laboral, era una acción política, entonces íbamos a las escuelas con el gremial, con la secretaria general, con el de jubilaciones, con la secretaria de Género y Diversidad y lo que hacíamos era tomar estas cuestiones y derivar con compañeros que tenían quizás un instrumento mucho más amplio que el que podíamos tener nosotros para abordar esas situaciones de conflicto. También había situaciones de conflicto en el ámbito escolar, en el barrio con algunas familias,*

situaciones de violencia de género. Bueno cuestiones que la verdad que eran muy difíciles de abordar únicamente desde la salud. Entonces nosotros entendemos que la unidad móvil preventiva si bien está abocada a cuestiones de prevención en la salud tiene que ser abordada de manera interdisciplinaria por toda la secretarías, esa es la definición política. (...) si se da un espacio de confianza aparecen una cantidad de cosas.” En las distintas entrevistas hay referencias al encuentro personal que se daba en el espacio de consejería. Si bien no se puede extender a todos los encuentros que se daban en ese espacio, se puede ver en los relatos que muchas veces se generaban espacios de confianza donde surgían temas de relevancia para los/as docentes. A veces situaciones complejas que requerían otras intervenciones, algunas urgentes y otras a largo plazo.

La inclusión de preguntas sobre condiciones y medio ambiente de trabajo también son una muestra de esa intención de trabajar de manera integral, dando visibilidad, desnaturalizando aspectos que vinculan la salud y el trabajo.

B. promotora de salud cuenta cómo ella abordaba las consejerías en ese sentido, con la intención de construir un espacio de escucha e intercambio y cómo eso resultaba un aprendizaje para ella: *“Yo siempre tuve una actitud más empática, no de bajar línea pero seguramente hice un transformación en el proceso de la ump que me llevó a entender la realidad del docente. Entender que quizás los cambios de una persona que fuma, come mal, no tiene tiempo ni para hacer ejercicio, que tiene sobrepeso, hipertensión, no podés abarcar todos los frentes de una, ni la solución es dejar de comer y ponerse a correr como plantean un montón sino que es ver qué mejoras laborales se pueden tener en el colectivo, que esa persona que quizás te cuente en 5 min como es un día de ella o él, ver qué podés aportar ahí. Está bien, quizás no tiene plata o no tiene el tiempo para planificar sus comidas pero puede pensar en dejar de fumar o, si se laburaba en conjunto con los referentes, si había algún lugar de cesación tabáquica en los hospitales o consultorios. Empezar por un cambio y poder sostenerlo y ver de qué manera puede eso despertar el interés en otras personas para cambiar algo de su cotidiano que no le guste. Me parece que es eso, entender a la persona como...vos ves una foto de la persona y no el proceso y me parece que está bueno poder entender, ponerse un poquito en el lugar de la persona porque la bajada de línea no sirve.”*

El espacio de la consejería se proponía ser un espacio de transformación, un espacio centrado en la persona que se acercaba a hablar sobre su salud, considerándola un sujeto activo de su proceso, intentando interpelar para transformar. Seguramente no todos los encuentros en las consejerías tuvieran estas características. Habiendo coordinado las unidades y manteniendo una comunicación fluida con el equipo creo que tengo una visión lo suficientemente amplia como para comprender que

no todos los encuentros tenían estas características. A veces había demasiada gente esperando para subir a la unidad, a veces el/la promotora estaba cansado/a, o simplemente algunas personas se subían sin intención de tener una conversación y sólo querían saber cómo estaba su presión arterial. Podríamos decir que esos encuentros fueron influidos por condiciones personales, de agenda de la escuela, climáticas y políticas, sólo por nombrar algunas de ellas. Lo que puedo afirmar es que la búsqueda siempre tuvo un objetivo claro, que iba en consonancia con el de la educación liberadora, que el sujeto reflexione para transformar su realidad. La problematización de aspectos naturalizados de su trabajo y su salud. Se intentaba, con el dispositivo que teníamos, poner en diálogo la salud personal con la colectiva, buscar la salida colectiva.

El modelo educativo endógeno (García Laval, s.f) presenta algunas características que estaban presentes en las líneas centrales, en los modos de trabajar la consejería. Uno de ellos es que la consejería se centraba en escuchar a la persona y sus inquietudes o preocupaciones en relación a su salud, se intentaba abordarlo en su contexto, como un proceso. Al contrario de evaluar si está bien o mal su peso o presión arterial, se trabajaba sobre el proceso, cómo venía esa persona abordando ese tema, qué cosas le habían funcionado anteriormente, cuáles creía que la estaban obstaculizando ahora, cómo abordarlo, con qué apoyos contaba, y en el caso de que fuera necesario, se articulaba una consulta o se recomendaba cómo continuar con su atención-cuidado. Se intentaba dar lugar a los “errores” como parte del proceso, un ejemplo es en el cese tabáquico en el que cada vez que se deja de fumar se considera una etapa de ese proceso, en el que se ganan herramientas para las próximas veces, en caso de que vuelva a fumar. Se incluía al conflicto y se intentaba aportar en modos de resolución, promoviendo los abordajes colectivos.

Los encuentros eran individuales, por lo que la parte esencial del modelo educativo de Freire en el que el grupo es la célula educativa básica, en concordancia con los aportes de Pichón Riviere, en que el grupo es un espacio privilegiado para aprender en el vínculo con los/as otros/as no estaba. Sin embargo, no estaba fuera de la perspectiva de los/as promotores/as ni de los/as responsables gremiales. En el caso de la propuesta de abordaje de problemas de la voz, sobre todo en las salidas al interior, era muy frecuente la realización de talleres. Este modo de abordaje era muy valorado por las/os docentes y por todo el equipo. En las entrevistas realizadas a las promotoras de salud, todas mencionaron como una propuesta de mejora la realización de talleres en las escuelas que incluyan otros temas de salud además de los problemas de la voz. Por esto creo que la grupalidad formaba parte del enfoque que esos equipos le daban a la consejería individual, sabiendo con qué debía complementarse a esa instancia.

Desde la coordinación, en conjunto con el área de desarrollo y comunicación, se trabajó en aumentar los momentos y espacios de encuentro de los equipos. En la dinámica cotidiana armando equipos por zonas que se mantuvieran estables dentro de las posibilidades, planteando la importancia de los momentos de conversación al inicio de la jornada, al mediodía y al cierre, proponiendo terminar las consejerías un tiempo antes para hacer una síntesis y enviarla a través del link.

A lo largo del año 2019 fue una propuesta central tener encuentros formativos periódicos, convocando a responsables gremiales y generando un espacio de encuentro e intercambio. En diálogo con las autoras Bruno, García Mora y Quintana (2017) considero que durante ese año se construyeron espacios de comunicación, donde se trabajaron competencias dialógicas, de coestión y autogestión de los equipos, que tuvieron su resonancia en las tareas cotidianas de las unidades móviles.

Además, las UMP expresan muchas de las características de las estrategias de comunicación desarrolladas por Gianfrini e Iotti (2017):

-Son flexibles; creo que la dinámica cotidiana de las unidades muestra su flexibilidad, siendo un recurso de todo el sindicato, que está a disposición para todos los municipios que lo soliciten. Los responsables de cada lugar deciden según su evaluación local a qué escuelas ir, y plantean su organización de las visitas del día respetando el esquema de trabajo del equipo que acude. Durante el desarrollo del trabajo cotidiano se van resolviendo obstáculos de tránsito, climáticos, de relación con los/as directivos/as de la escuela, entre otros, para llegar a que el/la docente pueda subir y tener su espacio. En relación a la flexibilidad en la consulta, lo he desarrollado en muchos de los puntos anteriores, sólo quisiera resaltar la capacidad de escucha y lectura de situación de los/as consejeros para registrar en poco tiempo las necesidades de la persona usuaria.

-Integrales, la propuesta de las unidades implica que todo el sindicato pueda acercarse a la escuela con sus diferentes áreas y secretarías, dentro de las que está, por ejemplo, la de género. La inclusión de la dimensión de condiciones y medio ambiente de trabajo que vincula el trabajo con la salud es un claro ejemplo de la integralidad de la propuesta. En relación a los aspectos vinculados a hábitos saludables, como he mencionado, el abordaje es desde la problematización de situaciones naturalizadas. Lejos de prescribir a las personas qué hacer, qué comer y cuándo, pregunta por ejemplo si comparte alguna de las comidas diarias con alguien.

-Se sostienen en el tiempo. El programa que inició en 2006, fue suspendido únicamente en 2020 y 2021 por la pandemia cuando las escuelas estaban cerradas y las clases continuaban pero de manera virtual. La propuesta volvió a circular de manera habitual en 2022. Cabe destacar que en 2020 las

unidades circularon llevando adelante la campaña de vacunación antigripal con los mismos choferes y parte del equipo que estaba habilitado a realizar esas tareas.

-Se fundan en la confianza en las capacidades de los/as actores/as sociales para obrar cambios. Este programa de comunicación y educación para la salud fue gestado y gestionado por un gremio docente, dirigentes como su secretaria de salud, responsables de salud de cada seccional y delegados gremiales en las escuelas hacen posible su funcionamiento. Es una herramienta de los/as trabajadores/as para los/as trabajadores/as. Muestra la potencia del gremio como actor social para el cambio.

-Se focalizan en el proceso. En línea con lo desarrollado anteriormente, la propuesta de las UMP pretende desatar procesos en relación a la salud de los/as docentes. Propone un espacio de pausa y reflexión que integre la experiencia y ayude a motorizar nuevas acciones en pos de la salud.

-Consideran la participación en todo el proceso. En relación a este punto, puedo ver la participación de responsables políticos en la elaboración de productos de comunicación como los autocuestionarios. Responsables que son docentes, referentes en el sindicato. También participaron en el análisis colectivo de los datos recogidos en los autocuestionarios para el informe anual. Más allá de eso, creo que no hay muchos espacios de participación a lo largo de todo el proceso de las UMP, más bien los/as docentes suben a las unidades cuando van a sus escuelas, pero no forman parte activa de distintos momentos. Creo que es un aspecto a mejorar. Por ejemplo, incluir docentes (en lo posible con diferentes formas de vinculación al sindicato) en la elaboración de materiales de difusión en salud y de difusión de la actividad, al pensar cambios o evaluar las propuestas.

-Señalan caminos y recorridos factibles y viables. Como experiencia de un sindicato que moviliza una cantidad de recursos materiales y simbólicos para aportar a la salud de los trabajadores, creo que el programa Suteba va a la Escuela señala un camino posible, como estrategia de prevención y promoción de la salud, así como estrategia comunicacional para otros espacios gremiales, obras sociales y por qué no, por parte del estado, gestor de políticas en salud. En cuanto al encuentro particular de un/a promotor/a con un/a docente, creo que tenía la potencia de construir en ese diálogo caminos factibles y viables para mejorar la salud. El punto que creo que aún se puede mejorar es el de brindar espacios donde los/as docentes se encuentren, coincidan en un mismo tiempo y espacio para continuar construyendo esos caminos, estrategias compartidas.

-En relación a la última característica mencionada por las autoras, la coherencia entre las perspectivas políticas, comunicacionales, ideológicas y filosóficas que orientan el trabajo, creo que así era en líneas generales. También creo que se puede continuar trabajando para mejorarla. Uno de los aspectos centrales en los que se puede mejorar es en trabajar con los/as responsables políticos los

fundamentos de la estrategia de atención primaria de la salud, el modelo médico hegemónico, el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados y la perspectiva de comunicación en salud que queremos. Estos conceptos están en consonancia con los posicionamientos que tienen tan claros y se manejan desde una perspectiva de derechos, participativa y emancipadora en relación a la educación y el trabajo, pero que cuesta problematizar en torno a la salud. A modo de ejemplo en relación a esta dificultad es cuando se presentaba a los/as promotores de salud como médica, cardióloga o especialista. El equipo de promotoras/es tenía clara la importancia de su rol, pero costaba que sea valorado de la misma manera por los referentes políticos.

Otro de los aspectos que considero necesario revisar en cuanto a coherencia son las condiciones laborales de los/as promotores/as que facturaban por día trabajado. Todo lo que esto implica a nivel personal también afectaba la tarea de las unidades, ya que muchas veces no se lograba formar y dar continuidad en el tiempo a esos/as promotores/as, cambiando con frecuencia y afectando el funcionamiento tan particular del dispositivo.

1.2 Productos comunicacionales de la UMP

Desde el inicio de la etapa analizada el dispositivo contaba con muchos productos comunicacionales, tanto los destinados principalmente a los/as docentes usuarios/as como aquellos vinculados al proceso de trabajo que eran utilizados para comunicación del equipo, sin intención de realizar una división tajante entre ambos.

En relación al proceso de trabajo existían herramientas de organización interna como grillas de destinos frecuentes, de la disponibilidad y preferencia de los/as promotores para las salidas, de contactos con promotores y responsables gremiales, de planificación semanal de las salidas con sus respectivos equipos, mails semanales. Durante el proceso de gestión en esos dos años fueron surgiendo nuevas oportunidades, como volver a procesar los datos y generar nuevos informes anuales, editar los materiales de trabajo previo a la llegada de las UMP para los responsables gremiales y generar un link de carga de datos del día que promovió un espacio de encuentro en el equipo.

En este apartado me propongo analizar algunos de los materiales que se utilizaban para la consejería y el trabajo con los/as docentes. La selección se debe a que eran los folletos que más se distribuían, hacían de soporte a las propuestas de consejerías y eran una forma de conectar el sindicato con los/as docentes.

Suteba cuenta con una gran producción de folletos vinculados a la salud, destinados a los y las docentes. Al inicio del 2018 se llevaban en la UMP una gran cantidad y variedad de folletos que se entregaban en una pila a todos/as los/as usuarios/as por igual.

Estaban los folletos vinculados al programa; prevención de enfermedades cardiovasculares, tabaquismo, actividad física, alimentación saludable, disfonías, prácticas preventivas, uno sobre el programa suteba va a la escuela y uno de articulación con otros servicios propios como lo son los centros de salud.

También había folletería muy interesante sobre otros temas como desinsectación, desinfección, y varias enfermedades infectocontagiosas vinculadas a salud laboral como tuberculosis, meningitis, hepatitis A, hantavirus, entre otras.

En los procesos que se fueron dando al interior del equipo de Suteba central, desencadenados en parte por las capacitaciones que se planificaban para los equipos, pensando en cómo deseábamos que funcionara el programa, se fue reforzando la idea de que el uso de estos materiales de comunicación debía ser diferente. Se apuntó a que la entrega sea según el contexto y las necesidades de la persona en particular, sus intereses e inquietudes. Así se priorizaron los materiales vinculados al programa propiamente dicho, se trabajó con ellos en encuentros formativos y se dejó a disposición los demás para situaciones que lo ameritaran.

Estos materiales se produjeron con anterioridad a mi incorporación, en un proceso desarrollado en conjunto por el área de desarrollo y de comunicación, implicando también a otros actores. Si bien no fui parte del proceso, comprendo que fueron desarrollados tomando el conocimiento que el sindicato tiene sobre su población, cómo es una jornada laboral, cuáles son sus tiempos, condiciones y obstáculos para poder llevar adelante ciertos cambios de hábitos. Los materiales fueron pensados de manera situada para docentes de las escuelas públicas de la provincia de Buenos Aires.

En relación a la producción de contenidos para la comunicación Rosa (2020) menciona que el producir una reflexión y materializarla en un producto de comunicación promueve la discusión, la toma de decisiones y pone en situación de construcción de acuerdos sobre los diferentes aspectos implicados en la estrategia. También destaca que en los procesos de producción y circulación de productos de comunicación se cruzan entonces el goce por la palabra y la utilización de múltiples lenguajes con la necesidad de transformar en sentidos deseados la realidad.

Los folletos de prevención de enfermedades cardiovasculares¹⁰, tabaquismo¹¹, actividad física¹² y alimentación saludable¹³ forman parte de la serie llamada información para la salud y se presentan en el anexo 3. Los cuatro son trípticos con características similares en cuanto a la distribución de la

¹⁰ [Enfermedades cardiovasculares-Folleto UMP.pdf](#)

¹¹ [Tabaquismo-Folleto UMP.pdf](#)

¹² [Actividad física-Folleto UMP.pdf](#)

¹³ [Alimentación saludable-Folleto UMP.pdf](#)

información y la estética, aunque cada uno tiene aspectos que lo diferencian de los demás. Los/as destinatarios/as son principalmente los y las docentes, aunque es un material que puede ser compartido por el/la docente con su familia, amigos/as u otras personas de la comunidad. Hay puntos donde esto se ve claramente, en la parte central posterior dice “Si sos docente en actividad (...)” explicitando que es un material no exclusivo. Se ve claramente la subjetividad de quiénes producen este material y los referentes valorados. En la parte central delantera en cada uno de los materiales dice “SUTEBA informa y acompaña el cuidado de la salud de las/os afiliadas/os, sus familias, y la comunidad educativa. El abordaje del tema en la Escuela contribuye a la Educación en salud de la comunidad”. En diferentes apartados de los cuatro folletos muestra un posicionamiento integral respecto a la salud, así como reafirma que es un derecho. En el de actividad física se refiere a las condiciones del ambiente y a la disponibilidad de tiempo como determinantes en la posibilidad de realizar actividad física. En el de tabaquismo se presenta con centralidad la ley 26.687 de Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco ¹⁴, planteando la complejidad del problema y enfatizando “no es sólo un problema de voluntad”. En el de alimentación saludable, habla de la importancia de cómo y con quién se come, la comensalidad, más allá del qué se come. Se puede ver un posicionamiento claro cuando menciona “La elección de una vianda para llevar al trabajo debe ser económicamente accesible, prácticamente realizable y es deseable que pueda sostenerse en el tiempo”. Estos son algunos aspectos por los que creo que la mirada es integral, abarcando distintos aspectos vinculados al tema de hábitos saludables que van mucho más allá de una recomendación aislada y descontextualizada.

Las instituciones que atraviesan estas producciones son principalmente educación, salud, trabajo, gremial o sindical, género y recreación.

Las organizaciones involucradas son el Suteba como sindicato de docentes de la provincia de Buenos Aires, las escuelas con sus particularidades, los centros de salud propios de Suteba, otros efectores públicos o privados, el IOMA como obra social de los/as docentes de la PBA, entre otras que están también vinculadas como el Ministerio de Salud con sus guías y lineamiento, las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART), el poder legislativo vinculado a la promulgación de leyes.

En cuanto a la referencia temporal y espacial el Suteba cuenta con información pertinente relevada en los autocuestionarios de varios años anteriores. El análisis de estos datos considero que ha sido un factor muy relevante a la hora de construir estos materiales que en la web del sindicato son referenciados como tercera edición. Los materiales brindan información que posiblemente muchos/as

¹⁴ Ley 26687 de 2011. Ley de Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. 13 de junio de 2011.

conozcan, pero tal vez otros/as no. Las recomendaciones son aquellas ampliamente escuchadas: mantenerse activos/as, mantener una dieta saludable y evitar el tabaco. Sin embargo, creo que intentan ir un poco más allá planteando que no es un tema individual, la importancia de la búsqueda de respuestas colectivas, así como la clara responsabilidad del estado en que estos derechos puedan garantizarse. En el de alimentación saludable plantea algunas preguntas para reflexionar “¿Tenés un rato, aunque sea breve, para sentarte exclusivamente a almorzar?¿Hay un lugar en tu escuela para que puedan comer los que trabajan allí?¿Conversas con tus compañeras/os de trabajo sobre las dificultades para acceder a una alimentación saludable?¿Intentan encontrar soluciones colectivas para resolver estos problemas?”.

Los materiales también buscan proponer algunas opciones, sin responsabilizar a la persona por no poder realizarlas, en este punto destaco las recomendaciones concretas para las viandas, la línea 0800 para dejar de fumar y la guía para realizar pausas activas. En el material de prevención de enfermedades cardiovasculares, hay un apartado que considero importante para construir autonomía, es donde informa qué debe incluir un control de salud para la detección temprana y prevención. Menciona la entrevista, el examen físico y métodos complementarios. Creo que este apartado contribuye a una distribución más equitativa del saber y el poder en cuanto a la relación médico/a-usuario/a.

Por último, el de tabaquismo explicita algunas limitaciones: “esto contribuye a advertir que no alcanza la información, la Educación para la salud ni el consejo o prescripción médica para reducir la incidencia de tabaquismo”. Si bien luego de esta frase viene información sobre la ley de regulación del tabaco, creo que está enfatizando la complejidad del problema y reconociendo las limitaciones propias del folleto. Este material tiene una particularidad a diferencia de los otros, y es que utiliza citas de autores de literatura y música que le dan calidez al relato, contextualizan el fumar en una historia de vida, en las sensaciones, espacios y recuerdos a los que se vincula el tabaquismo. Creo que este material apunta a ser más empático, a comprender el proceso e incluir las recaídas como parte del mismo.

Respecto a los materiales de Disfonías¹⁵ y Programa de la Voz de Suteba¹⁶ (anexo 4), pertenecen a la serie Salud Laboral y Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT), en este caso el énfasis está puesto en que las disfonías son una enfermedad profesional y que es un derecho de los/as trabajadores de la educación que la misma sea aceptada por la aseguradora de riesgos de trabajo y tengan un adecuado tratamiento. El folleto de disfonías que es más extenso, informa con más detalles

¹⁵ [Disfonía-Folleto UMP.pdf](#)

¹⁶ [Programa de la voz-Folleto UMP.pdf](#)

qué son las disfonías, quiénes están más expuestos a padecerlas, cuáles son los síntomas y cómo se previenen. En su página posterior informa sobre las acciones tomadas por el sindicato para abordar el tema a través del programa de la voz docente. El material sobre el programa de la voz de Suteba tiene un enfoque muy parecido, en su menor extensión, describe la importancia de la voz como medio de comunicación y expresión, cuenta acerca de las actividades del programa y qué hacer frente a una disfonía. En la otra carilla presenta los síntomas en forma de listado con un espacio para tildar si están presentes o no, invitando a ponerse en contacto con los centros de salud y seccionales ante cualquier consulta. De igual manera que los materiales de prevención de riesgo cardiovascular los/as destinatarios/as son los/as docentes, con un fuerte énfasis en quién produce el material y cuál es su posicionamiento en el tema. Este es un tema central en la lucha del sindicato en paritarias ya que anteriormente no se consideraba una enfermedad laboral, el folleto sobre disfonías en su parte posterior y destacado expresa “Todas las actividades se complementan con la lucha sostenida por las mejores condiciones de salud y trabajo para los docentes.” Las instituciones y organizaciones que atraviesan estos materiales son las mismas que los anteriores, destacando que en estos hay un énfasis mayor en la institución trabajo y en las condiciones y medio ambiente en el que se desarrolla, las escuelas.

En relación a la referencia temporal y espacial, creo que la conversación sobre qué significa la voz para los/as docentes, cómo se utiliza, cómo puede dañarse, cómo prevenirlo requiere está aún poco abordada, cuenta con pocos espacios, menos de los necesarios. Entiendo que al producir estos materiales eso es tenido en cuenta, apoyándose en el conocimiento y trayectoria que tienen los/as responsables políticos/as sobre el tema. Asimismo, se cuenta con una gran experiencia de trabajo de las fonoaudiólogas en los centros de salud propios de Suteba, quiénes fueron parte de la construcción del programa de la voz docente, de los materiales de comunicación. Especialmente una de ellas, que cuenta con una larga trayectoria de trabajo en el sindicato, desarrolla talleres y conduce las capacitaciones para las promotoras de salud de la voz de las unidades móviles. Particularmente en el tema de la voz docente, creo que el Suteba cuenta con una enorme cantidad de información, aportada por su trabajo territorial cotidiano, los talleres y actividades en las escuelas, el trabajo en los centros de salud y en las unidades móviles. Por último, y de gran relevancia, los datos obtenidos de la técnica RASATI que se realizaba en las UMP, obteniendo un dato cualitativo sobre el estado de la voz de los/as docentes que en ese momento estaban trabajando en la escuela. Considero que los materiales fueron producidos desde esa mirada y con este recorrido. Pretenden socializar información sobre derechos laborales y qué hacer ante esta problemática, sensibilizar sobre los síntomas y cómo

detectarla, difundir las actividades del sindicato en relación al tema. Creo que estos materiales se ubican en un momento en que es necesario visibilizar el tema. Si bien los/as referentes políticos son docentes y la mayoría de ellos/ellas continúan trabajando como tales, y su mirada está incluida en los materiales, creo que tal vez haga falta mayor participación de docentes que no tienen tanta formación en el tema de salud laboral. Una voz que exprese algo de lo cotidiano en las escuelas, de las dificultades que se presentan, la falta de herramientas o la imposibilidad de aplicarlas.

Sin lugar a dudas la idea sobre el tema es propia del sindicato y es una lucha que desde allí se sostiene, lo que también creo que hace falta para abordar el tema es un giro más creativo. Los folletos tienen mucha información importante, presentada de manera dura. Me refiero a datos, síntomas, ley y resolución. El producto no regaña a los/as destinatarios/as, intenta sensibilizar y desnaturalizar. Sin embargo, las perspectivas que incluye son la de riesgos en salud laboral y de las profesionales en el tema.

1.3 Momentos de la planificación en el período analizado

El período seleccionado para sistematizar la experiencia de las UMP comienza con mi incorporación como coordinadora de un programa con orígenes 12 años antes. Resueno con la frase de Villasante retomada por Bruno, García Mora y Quintana (2017) en la que dice que somos parte de una fiesta a la que hemos llegado tarde. Por supuesto ya había una estrategia desarrollada por la secretaría del sindicato, que con mayor o menor grado de planificación se había desplegado en todos esos años y que ahora, esperaba un aporte de mi parte. Ese aporte no era una demanda clara, lo que me dió posibilidad de continuar con el proceso administrativo existente para que la actividad se sostenga, al tiempo que exploraba para generar nuevas estrategias.

En esa indagación, que la sitúo especialmente en el primer momento, desde mi llegada hasta mediados de 2018, me puse en contacto con el tema/ problema de salud que se abordaba en las unidades contando con la experiencia de haber sido durante un breve período promotora de salud de la propuesta, lo que se esperaba lograr, los/as actores/as con sus saberes e intereses, las estrategias desplegadas hasta el momento y con qué recursos se contaba. Esas respuestas las fui construyendo a partir de los encuentros y conversaciones con diferentes actores; los choferes, los/as promotores/as de salud, y responsables gremiales que compartían su experiencia de trabajo en el territorio. Las capacitadoras en temas específicos como la fonoaudióloga histórica de Suteba que estuvo en la construcción del programa y también recorrió con la unidad las escuelas durante mucho tiempo. Las trabajadoras del área de desarrollo que también formaron parte de las distintas etapas del programa, que construyeron los lineamientos en procesos participativos junto a responsables gremiales que

representaban a los docentes en esas instancias. La coordinadora del área de comunicación, la subdirectora, autoridades políticas del sindicato, área de insumos y mantenimiento. Las unidades movían literalmente al sindicato. Si bien creo que lleva mucho más de dos años comprender la complejidad de su funcionamiento, la pregunta y la necesidad de conocer para encontrar respuestas era un motor.

En ese momento tenía algunas referencias de Carlos Matus, pero siendo sincera no tenía la claridad de que lo que necesitaba era un proceso de planificación estratégica situacional (PES), no tenía en mente esa posibilidad. Sin embargo, leo un paralelismo entre los momentos que se fueron sucediendo en el período analizado y los de la PES que pueden servir para analizar esta experiencia.

El momento explicativo creo que fue el descrito anteriormente, el inicio de la gestión, mientras daba continuidad a lo que se venía realizando. La indagación sobre los problemas de salud de los docentes, lo realizado hasta el momento, los/as actores/as, lo que se venía realizando y los recursos.

Sobre el momento normativo, siendo una experiencia que ya estaba circulando, creo que tenía sus objetivos ya delimitados. Sin embargo, en el trabajo conjunto con el área de desarrollo principalmente, y en las conversaciones con muchos otros/as actores/as se volvió a pensar cómo “debía ser” el funcionamiento de las unidades y surgieron nuevos objetivos para los que trabajar.

El momento estratégico desde la coordinación y área de desarrollo fue especialmente la planificación de los encuentros de formación, pero también la propuesta de recuperación de la dinámica de procesamiento de datos y elaboración de informes de la actividad anual y la planificación de nuevas formas de plasmar la información de las salidas de manera diaria, propiciando espacios de encuentro de cada equipo en el territorio.

En todo momento las unidades continuaron circulando, el momento táctico-operacional ocurría mientras se analizaba la situación, se pensaban nuevos objetivos y se planificaban modificaciones. Luego, los momentos en que se llevaron a cabo los encuentros de formación, se procesaron los datos de los autocuestionarios y se construyeron los informes, se implementaron nuevas formas de referenciar los datos de las salidas diarias, pueden ser pensados como momentos operativos de un proceso de planificación en movimiento, como las UMP.

2. Trabajo en Equipo

La mayor parte de las preguntas guías de este trabajo tienen que ver con cómo fue el trabajo del equipo de las unidades en el período 2018-2019. En el proceso de construcción del proyecto de esta sistematización me preguntaba: ¿Cómo fué la construcción del proceso de trabajo del equipo territorial

de salud?, ¿Qué rol tuvo la propuesta de educación permanente en esta construcción?, ¿Qué aspectos de la dinámica de trabajo fueron facilitadores y obstaculizadores para desarrollar la tarea?.

En este apartado me propongo responder esas preguntas en relación al trabajo en equipo, eje central de esta sistematización.

Para ello quisiera situar el análisis del proceso grupal en la organización y las instituciones que atraviesan su labor cotidiana. Los conceptos de organización e institución muchas veces son empleados de manera indistinta. Desde la psicología social de las organizaciones Schvarstein (1991) las distingue, define a las instituciones como “aquellos cuerpos normativos jurídico-culturales compuestos de ideas, valores, creencias, leyes que determinan las formas de intercambio social” (p.26). Siguiendo esta definición la tarea de las unidades móviles preventivas estaba atravesada de manera directa por las instituciones; salud, educación, trabajo, política, sindical, comunicación. Seguramente en distintos momentos de su proceso otras instituciones como familia, recreación, religión también tuvieron su injerencia en el desarrollo de su tarea. Estas ideas, valores, creencias y leyes definen roles y prescriben modos instituidos de cómo deben desempeñarse en la organización. Continuando con el desarrollo del autor, las instituciones así planteadas son abstracciones, mientras que “las organizaciones son su sustento material, el lugar donde aquéllas se materializan y desde dónde tienen efectos productores sobre los individuos, operando tanto sobre sus condiciones materiales de existencia como incidiendo en la constitución de su mundo interno.” Suteba es la organización gremial en la que se desarrolla la tarea de prevención y promoción de la salud de las unidades móviles. Aunque redundante, considero de gran importancia enfatizar en la contextualización de este trabajo en la organización gremial docente, con las particularidades de su secretaría de salud, en la Provincia de Buenos Aires con su enorme y variado territorio.

Las organizaciones se encuentran atravesadas por múltiples instituciones que las determinan, el autor se refiere entonces al concepto de atravesamiento. Como no nos encontramos ante una relación unidireccional, sino de determinación recíproca, cabe incorporar aquí el concepto de transversalidad que implica un orden horizontal en las organizaciones, la existencia de coherencias internas, de identidad propia que la hace una organización-sujeto y que impacta de alguna manera en las instituciones.

Otro concepto vinculado a la tensión entre instituido/instituyente que considero pertinente retomar es el de grupo-objeto y grupo-sujeto. Siendo el primero el que está sobredeterminado por la dimensión vertical, reproduce lo establecido y materializa lo instituido. En cambio el segundo es aquel que a la dimensión vertical de la organización puede añadir sus propias coherencias internas, tiene capacidad

instituyente. Kaminsky (1990) también desarrolla estos conceptos y agrega que no existen grupos-sujeto/objeto puros, sino que los mismos grupos pueden actuar de una manera u otra. En esta dialéctica instituido/instituyente plantea que todas las instituciones, aún las aparentemente más estáticas se mueven.

Pichon Riviére (1985) define al grupo como un conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, se proponen en forma explícita o implícita una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles. Considero que el trabajo de los equipos en las UMP cumplen con características suficientes como para poder analizarse como un grupo, centrado en la tarea de acercar una propuesta de comunicación en salud a las escuelas, formado por trabajadores de la salud que comparten tiempo y espacio. En el rodar de la unidad, los diferentes días y destinos, hay suficiente estabilidad en el equipo como para generar esa mutua representación interna de la que habla Pichón, así como están presentes los complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles.

A continuación se desarrolla el análisis de diferentes aspectos presentes en la dinámica de trabajo que considero centrales para poder describirla, conocer los obstáculos presentes en el desarrollo de la tarea y cuáles fueron sus fortalezas y aprendizajes logrados.

2.1 Pertenencia

Una de los primeros aspectos que me resultaron evidentes a la hora de comenzar la coordinación de las UMP, que pude recordar al comenzar a realizar esta sistematización y reafirmar en las expresiones de los/as entrevistados/as en el momento de recolección de datos, es la fuerte pertenencia de los/as integrantes del equipo a este proyecto. Para Pichón Riviére (1985) “La pertenencia consiste en el sentimiento de pertenecer a un grupo determinado (...) hay una mayor identificación con los procesos grupales, y en lo referente a su tarea, su trabajo se realiza con una intensidad mayor, determinada por ese sentimiento; hay un clima de seguridad que favorece la tarea” (p. 230).

En las entrevistas con los choferes se puede ver la pertenencia como un eje transversal a todos los temas abordados. Cuando describen un día de trabajo se puede evidenciar en cada uno de los momentos cómo perciben su lugar llevando a la organización a la escuela, “Suteba va a la Escuela” se puede ver plenamente apropiado por ellos y puesto a circular. El trato con las compañeras de equipo, la disposición a hablar con los/as docentes en la fila, la búsqueda de condiciones para el buen desarrollo de la actividad, el modo de hacerse cargo de la camioneta que llega y sale de sus propias casas. Por lo tanto considero que la pertenencia se expresa en ese compromiso e intensidad con la tarea. Reconociendo ese punto he seleccionado algunas frases textuales para ejemplificar. V. cuenta “*lo que*

destaco primero y soy medio chupamedia, es el laburo de Suteba, pensar una política así de salud, me saco el sombrero. ¿Por qué motivo? Porque yo he pasado por el gremio de la alimentación, una fábrica, como encargado de una casa electrodoméstico, o sea, en lo comercial, y ahora estoy acá, en un sindicato trabajando y cuando yo veo las diferencias de los lugares, la modalidad de trabajo y que se piensa para el tercero, para otras personas, la verdad que yo digo me pongo la camiseta de Suteba, y a veces que pienso como de Suteba. ¿En qué sentido? Cuando vienen y te quieren tirar algo en contra del sindicato, no sé, me sale automático de poder defenderlo”. Luego cuenta una anécdota en relación al tema de la pertenencia; “Nosotros estuvimos trabajando en La Matanza y vinieron compañeros de la Secretaría de Salud del sindicato docente de la pampa, a ver cómo se trabajaba en la unidad móvil. Una de las cosas que, cuando termina la jornada de trabajo, me dicen es, escúchame, “hay varias cosas que sacamos en claro, pero una de las cosas que necesitamos es un chofer militante (...)”. Fue un comentario que tenía algo de razón, porque si nosotros, si yo voy como chofer y te llevé la unidad móvil a la puerta de la escuela y me senté en el volante y después arreglense ¿Entendés? eso sería un chofer y yo no, no sólo soy chófer. Yo soy Suteba.”

Por su parte J. habla del equipo de promotoras y destaca la diferencia entre ir a “cumplir” y realizar el trabajo con compromiso: *“el equipo de la UMP nunca iba a cumplir, no, no, no ¡Cómo laburaba! Pero además le ponen todo a la gente, le ponen el cuerpo. Imaginate esa maestra que se le largó a llorar...si las pibas van a cumplir, no aguantan.”* Por otra parte, R., una de las promotoras hace referencia al compromiso en el trabajo de los choferes. A modo de ejemplo cuenta una cantidad de necesidades que surgen mientras ella está en la consejería, falta de agua, calor, frío, falta de folletería, entre otras y sintetiza *“ellos siempre estaban ahí presentes acompañando”*.

El siguiente comentario de B. promotora de salud describe muchos aspectos del trabajo en la Unidad Móvil, creo que destacan la representación interna que ella tiene de los demás compañeros y compañeras de equipo, cómo se presentaba la dinámica de roles, así como su sentimiento de pertenencia a ese equipo: *“Me parece que el centro de todo estaba en el chofer y en la persona que manejaba como organizadora del día. Había como dos patas: el referente de la UMP que para mí en ese momento era el chofer y el referente político que nos recibía en las escuelas y medio que nosotras íbamos acompañando las decisiones que se iban tomando en cuanto a la organización. Para mí era apoyarnos mucho en ellos, adónde hacer, con quién, cuántas personas podíamos ver (...). Pero en cuestiones del colectivo (...) se daba algo interesante que no pasa en otros ámbitos y es que es bastante horizontal. No es que el médico o la médica tenía un rol más jerárquico respecto a otras disciplinas, que eso también lo destaco un montón, sino que ahí se respetaba mucho la trayectoria de*

cada uno dentro de la ump, la trayectoria como referente político, como docente, también la del chofer y no como algo instaurado, tipo lo tengo que respetar porque está hace 10 años sino que se ve en el proceso de por qué tiene esa referencia, que es algo que se fue dando, me parece que era algo importante en el cotidiano de la UMP. ”

La construcción de esa pertenencia también tenía un correlato en los encuentros de formación, en ese sentido destaco este comentario de una de las promotoras donde aparecen referencias a la construcción de criterios compartidos: *“Eso te da como una un apoyo, como que no te sentías solo frente a las situaciones que generaban más dudas o que se iban de la Consejería, qué hacer ante cierta situación. También pasaba mucho de posicionamiento de personas que resuelven distinto y entonces al juntarnos todos en Suteba era como bueno, ¿Cuál va a ser nuestra línea? ¿Estamos todos de acuerdo en que más o menos deberíamos manejarnos de esta forma? y no es como cuando atendés en cualquier lugar, saber que trabajas para una institución que tiene ciertos criterios y que ahí tenés de donde agarrarse para poder hacer la Consejería y no es algo, que vos te estás mandando hacer porque se te ocurrió a vos en ese momento”*.

Por la UMP circularon muchas personas que realizaron las tareas de prevención y promoción de la salud. Las condiciones de trabajo para los/as promotores/as no eran estables, se trabajaba durante el ciclo lectivo escolar (excluyendo los períodos de receso escolar) y a demanda. Si bien se intentaba tener una cantidad de salidas fijas para cada promotor/a en cada semana según su disponibilidad, eso estaba atado a la demanda de salidas de las UMP. Las personas que desempeñaban este rol en general eran estudiantes de medicina o fonoaudiología avanzados/as que no dependían exclusivamente de este ingreso y que tomaban el trabajo también como una instancia de aprendizaje, con un fuerte componente de práctica y contacto con los docentes usuarios/as. En las entrevistas destacan el componente en promoción y prevención que no encontraban priorizado en su formación académica, y la posibilidad de viajar y conocer otras realidades e historias de pacientes, en su lugar de trabajo, a diferencia de lo que ven como más frecuente que es consultando por alguna afección en un efector de salud. Las condiciones laborales eran un elemento en contra de la construcción de pertenencia al equipo y a la organización. Sin embargo, la búsqueda de promotores y promotoras estaba enfocada a personas a las cuáles esas condiciones permitieran continuar con sus compromisos y esa flexibilidad no fuera tan perjudicial. Creo que detectar cuál era el perfil de personas que podrían aprovechar y disfrutar esa experiencia fue un factor importante para la pertenencia al equipo. Por otro lado, se trabajó para generar condiciones que hagan de la tarea de la UMP una experiencia de aprendizaje que

sea grata y convocante. Las promotoras entrevistadas formaron parte de la experiencia durante todo el proceso que aquí se sistematiza.

Incluyendo los aspectos mencionados anteriormente como obstáculos, y con lo obtenido en las entrevistas considero que, en líneas generales, el trabajo en el equipo de las UMP contaba con una fuerte pertenencia que generaba un clima de seguridad favorecedor para la tarea.

2.2 Cooperación

La cooperación en un grupo se expresa por la manera en que los miembros trabajan en una misma dirección, integrando sus distintos roles y tareas. La cooperación como otros aspectos no se presenta de manera homogénea y siempre presente, sino que es dinámica y coexiste con su par dialéctico, para la psicología social, la competencia. Cabe destacar en este punto que los distintos aspectos de la dinámica grupal se leen de manera integral y que el hecho de separarlos en categorías es simplemente para facilitar el desarrollo del trabajo. Es por esto que al hablar de cooperación, sin duda estamos hablando de pertenencia, aprendizaje y comunicación.

En las salidas de las unidades móviles había en principio tres roles principales; el chofer, los/as promotores/as de salud y los/as responsables políticos. Kaminsky (1990) habla del autoritarismo en las instituciones y se refiere irónicamente a los roles en las mismas: “Cada uno en su puesto, cada cual en su función, todos somos, al fin y al cabo, una gran familia. Y en las buenas familias, cada cual sabe o debe saber, el lugar que le corresponde”(p. 13). Como se expone a lo largo del trabajo, y se destaca en los comentarios de los/as entrevistados/as el trabajo en las UMP presentaba una dinámica flexible en cuanto a las competencias de cada rol. Era claro que la consejería la desarrollaban las promotoras de salud, que el contacto con las escuelas lo realizaban los/as responsables gremiales y manejar, sólo manejaban los choferes. Sin embargo, en todos los relatos se puede ver cómo las acciones direccionadas a llevar adelante la tarea de la UMP eran dinámicas.

A continuación se presentan algunos ejemplos que abonan a este supuesto:

-Uno de los choferes cuenta qué sucedía cuándo sólo podía acompañar la visita de la UMP un/a responsable político, que por tanto debía estar dentro de la escuela invitando a los/as docentes a subir y, mientras tanto, se acercaban docentes a la unidad con dudas o simplemente esperaban para subir “ *a veces que surgen la pregunta de los docentes en temas tanto turismo, salud, gremial, casi siempre es un tema qué es lo que necesita para afiliarse, qué porcentaje de descuento le hacen. Nosotros manejamos algo de ese tipo de información, pero toda la información que nosotros damos siempre es relativa porque decimos, lo terminas de cerrar con el referente político, consultalo ahora cuando salga o consultalo con el secretario gremial, pero siempre tenemos una herramienta para para poder*

facilitar en ese momento (...). Es estar, como para darle una idea, para que ellos no se vayan sin nada, entonces bueno, la idea es esa, darle una posibilidad de tener un conocimiento de algo, que si bien no es tan al cien por ciento la información total exacta, pero le damos una pauta para que ellos puedan después cerrarlo con el secretario gremial o referentes políticos.” En este relato se puede ver cómo toma tareas de otro rol e intenta responder a las consultas cooperando. También aclara que sus aportes no cubren la demanda y que es necesario que consulte con el/la responsable gremial, un aspecto que creo importante destacar en cuanto a la competencia. Es claro que no puede suplir o reemplazar el rol de su compañero/a pero sí puede aportar en momentos en que es necesario.

-Las responsables políticas entrevistadas tienen una fuerte formación en temas de salud vinculados a las condiciones y medio ambiente de trabajo, a enfermedades laborales y sobre las opciones para dar continuidad a los tratamientos, o aspectos detectados en la consejería. En las entrevistas realizadas las promotoras de salud describen el rol fundamental de las responsables políticas a la hora de abordar de manera integral problemas complejos. *“La detección de cuestiones que iban más allá de lo médico eran un gran desafío, el tema de la cesación tabáquica es un gran desafío porque, una persona si tiene ganas de dejar de fumar, yo no conozco nada del sistema de salud de acá, le pregunto al referente para que le den un apoyo.”* En este caso destaco la articulación, la conciencia de la promotora de que su saber necesita ser complementado con otros, propios del territorio que visita, y que el trabajo en conjunto con las responsables gremiales del lugar es clave para poder desarrollar la tarea.

-Por su parte R. promotora de salud cuenta que a veces, cuando la gente estaba con dudas y no se acercaban a la unidad ellas se acercaban a la escuela acompañando a los responsables gremiales *“a veces íbamos nosotras, invitábamos a los docentes a que se acerquen y participen, y que se sientan como más en confianza. Muchas veces pasaba que las docentes pensaban que quizás las iban a retar (...).”* P. cuenta otra forma de acercarse *“a veces cuando íbamos por primera vez, primero reticencia, nadie quería subir, porque no saben lo que es, tenían miedo. Entonces muchas veces hicimos subir a las auxiliares para hacer el control para que vean y así se iban enganchando.”* Destaco estos fragmentos de las entrevistas que muestran otras formas de cooperación y estrategias para que la actividad se pueda llevar a cabo.

- El siguiente meme lo hizo J. cuando surgió un problema familiar del chofer que estaba en una salida al interior y J. fue a reemplazarlo. Además de la disponibilidad para reemplazar al compañero, el humor y la calidez estaban presentes en el trabajo cotidiano.



Estos son sólo algunos ejemplos, de situaciones que se presentan como dificultades en el desarrollo de la tarea, en los que se puede evidenciar la cooperación, desde una configuración flexible. Seguramente no todo funcionaba de esta manera siempre, pero los/as entrevistados/as destacan esta forma de trabajar como una constante.

2.3 Aprendizaje

En esta subcategoría me propongo analizar algunos aspectos del aprendizaje a nivel grupal, de los integrantes del equipo de salud que trabajaba en las unidades móviles.

Pichón Riviere (1985) define al aprendizaje como la posibilidad de abordar un objeto, apoderarse instrumentalmente de un conocimiento para poder operar con él, lograr una incorporación. Entendiendo al proceso de aprendizaje como un cambio profundo, una transformación en el sujeto. En sus desarrollos Pichón destaca la presencia de obstáculos en ese proceso de aprendizaje; obstáculos epistemológicos vinculados a la dificultad conceptual que presenta el objeto y obstáculos epistemofílicos que se vinculan a las vivencias y experiencias propias del mundo interno del sujeto en ese acto de aprender. Destaca la resistencia al cambio sostenida en los miedos al ataque y la pérdida como aspectos a trabajar para lograr el aprendizaje y el desarrollo de la tarea. Ana P. de Quiroga (2012) continuando con las líneas de trabajo de Pichón realiza aportes al tema desarrollando el concepto de matrices de aprendizaje, que define como un modelo interno o matriz de encuentro con lo real, propio de cada sujeto y construido a lo largo de su historia en vinculación con el entorno y su compleja trama vincular. La autora habla de los distintos aprendizajes a lo largo de la vida del sujeto, desde su nacimiento, con sus aspectos explícitos e implícitos, y cómo además de aprender a caminar, gatear, hablar, se aprende una forma de aprender, quién es ese sujeto en ese aprendizaje. “Esa matriz de relación sujeto-mundo es *resultante*, es *efecto del aprender*, pero a la vez opera condicionando nuevos aprendizajes” (P. de Quiroga, 2012, p.35). La autora sostiene que estas matrices no son rígidas y estables sino que se pueden transformar, y destaca el rol fundamental de la crisis. P. de Quiroga (2012) explica que la crisis es fundamental, en tanto posibilidad de crecimiento, porque rompe la *familiaridad encubridora* con nuestros modelos internos de aprendizaje y vínculo. Se abre desde allí un espacio para el cuestionamiento y revisión de nuestros modelos internos, la reflexión crítica y el cambio. Continúa, destacando que se inaugura desde esa reflexión crítica la posibilidad de desarrollo de nuevas formas de aprender a aprender, de constituirnos como sujetos de conocimiento. Estos desarrollos tienen fuertes puntos en común con los modelos endógenos de la educación, con Paulo Freire como uno de sus grandes referentes. (P. de Quiroga, 2009).

García Laval (s.f.) destaca en relación a los modelos endógenos que sólo participando, involucrándose, investigando, haciéndose preguntas y buscando respuestas, problematizando y problematizándose, se llega realmente al conocimiento. Se aprende de verdad lo que se vive, lo que se recrea, lo que se reinventa y no lo que simplemente se lee y se escucha.

Estos conceptos fueron sustento y marco para reflexionar sobre las necesidades de formación de los equipos de salud que salían en las UMP, cómo estimular y orientar ese proceso de aprendizaje.

En relación al rol de los/as promotores/as teníamos como supuesto que la formación brindada por la facultad de medicina de la UBA, de donde provenían muchos/as de los/as promotores/as era una formación hegemónica, bancaria, centrada en que el estudiante memorice sin elaboración. Además de ser una formación fuertemente biológica, fragmentada, que no considera los procesos subjetivos, ni los determinantes sociales de la salud, entre muchos otros aspectos que la hacían muy diferente, diría opuesta a las competencias necesarias para llevar adelante el programa “Suteba va a la Escuela”. Se imponía la necesidad de encontrarse con los/as promotores/as y trabajar sobre lo que implicaba el trabajo en las unidades móviles.

Por otra parte, los responsables gremiales también necesitaban un espacio de encuentro e intercambio para construir en conjunto el sentido del trabajo en las unidades móviles. Este punto no estuvo habilitado abiertamente a la coordinación médica y área de desarrollo por parte de la conducción y fue abordado parcialmente a través de diferentes estrategias.

Los choferes, desde su rol también tenían mucho que aportar a la construcción grupal y que aprender de sus compañeros/as, ellos sí pudieron participar abiertamente de los encuentros de formación.

Como sostiene García Laval se aprende de verdad lo que se vive, se recrea, se reinventa. En las entrevistas se puede ver cómo esto era parte central del aprendizaje de los equipos, el proceso de reflexión-acción, donde la reflexión podía darse de manera cotidiana en el intercambio con sus compañeros/as o en la comunicación con la coordinación y también en la propuesta de detener la circulación de las camionetas por un día para encontrarnos todos/as en un espacio dedicado especialmente a eso. En relación al aprendizaje continuo y cotidiano P. recuerda cuando empezó y destaca el rol de un compañero *“a mí me enseñó mucho L., un chico que es médico.”* A su vez R. (op.cit.) cuenta de la importancia de construcción de consensos para actuar en situaciones de emergencias que se daba en los encuentros de formación y también de cómo se apoyaba en P. cuando salía con ella y también hasta la llamaba cuando no estaba *“cuando había alguna de esas situaciones medio extremas, te llamaba (Mary) tenemos esta situación, o muchas veces yo salía con P. que la tenía*

clarísima también con respecto a qué hacer entonces bueno, consultaba con P., muchas veces me ha pasado también de mandarle mensajes a ella para preguntarle. Los responsables políticos también, ellos acompañaban mucho y si había que llamar a la ambulancia, se llamaba sin ningún problema.”

En la primera cita es P. que valora el aprendizaje que logró de su compañero, luego es R. que hace mención a lo que aprendió y cómo se apoyaba en ella. En muchos de los fragmentos de las entrevistas ya citados para otros aspectos puede verse la dimensión del aprendizaje presente en el desarrollo de la tarea. Considero que es un pilar fundamental para poder desarrollar satisfactoriamente una tarea como esta, la flexibilidad y disposición a aprender de los pares, de los/as docentes usuarios/as, y la comunidad a la que pertenecen las escuelas visitadas. R. aporta sobre esa relación con los/as docentes y el aprendizaje para ambas personas que se encontraban, reconociendo y valorando ese encuentro *“entonces la UMP era como un pasito, si bien no era una consulta médica era como un pasito previo a ir al médico, un espacio de reflexión. En ese sentido siento que tiene mucho valor, que tuvo mucho valor en su momento por lo menos para mí que fueron mis primeras experiencias dentro de la atención primaria y aprendí mucho, y siento que las personas que se acercaron a las consejerías también y eso es súper valorable.”* Otra de las promotoras, B. también reflexiona sobre su proceso de aprendizaje en relación al rol *“siendo una de mis primeras experiencias de hablar con la gente y hacer actividades de promoción de la salud, me ha pasado que quizás fue una transformación que no se dió desde el primer día, sino que fue un proceso. No recuerdo cómo llegué el primer día pero seguramente a una persona con obesidad, sedentarismo, tabaquismo (había mucho tabaquismo recuerdo), quizás le hubiera hablado un poco más de manual.”*

El aprendizaje de los equipos no rechazaba el conflicto, sino que era motor para el aprendizaje. En los encuentros de formación en Suteba central se trabajaba sobre los problemas frecuentes en el desarrollo de la tarea, de manera grupal e intersaberes. Se articulaba la experiencia con materiales de lectura que pudieran aportar reflexiones y herramientas. En los encuentros también aparecían aspectos de resistencia al cambio, si bien no surgieron en todas las entrevistas destaco este fragmento como uno de los que me da la pauta de la necesidad de continuar trabajando; *“Habré ido dos o tres veces nada más, pero eran...yo no sé mucho de ese tema...me capacitaban las chicas, de escucharlas (...)”* dice uno de los choferes mientras hablaba de los encuentros de formación, destacando que era mucho viaje y de alguna manera sentía que no estaban dirigidas a él, y pone el foco en el aprendizaje cotidiano con las promotoras de salud. Este punto creo que es clave a considerar si hubiese posibilidad de seguir trabajando con los equipos. Los choferes tenían un gran bagaje de conocimientos prácticos de muchos años rodados, con el compromiso e interés que se describió anteriormente. Considero que es

imprescindible reconocerlo para poder trabajar con ello y construir la dirección que se desea para esta actividad. Uno de ellos contaba en la entrevista su ideas sobre la unidad, donde aparecía un aspecto comercial importante *“esa atención al público es algo que manejo, entonces era el tema de que el cliente no se podía ir sin nada (...) algo se tenía que llevar (...) lo tomo por el lado de que el docente cuando viene a la unidad móvil se tiene que llevar algo.”* Destaco sólo algunos aspectos que pude detectar en las entrevistas y que también se hablaban mientras fui coordinadora, ideas que es necesario escuchar y poner en diálogo para construir el enfoque de salud deseado. A partir del cual se puede fundamentar por qué se decide utilizar algunas estrategias de encuentro con los/as docentes y no otras. Seguramente hiciera falta un enfoque educativo/comunicacional que haga énfasis en los procesos culturales, apoyándose en la interpelación y el reconocimiento subjetivo. (García Laval, s.f)

Creo que en la tarea cotidiana de las unidades, en el encuentro con los/as otros/as, intensificado muchas veces por los viajes, diarios o semanales al interior, estaban presentes los procesos de aprendizaje. Las promotoras lo destacan especialmente en relación a conocer nuevos territorios e historias de vida. Las situaciones de conflicto generalmente se resolvían en conjunto apelando a las opciones e ideas de todos los integrantes del equipo.

Como en todo grupo, el conflicto estaba presente y las resistencias también, había situaciones de rigidez y repetición, lo que destaco es que trabajaban en ellas. B cuenta en relación a estas situaciones *“me han puteado por llegar tarde, me han tenido que bancar, es que te pasan a buscar por general paz y no hay tutía. Destaco que mis experiencias fueron re positivas, obviamente no era todo color de rosas, en cosas de lo vincular; pero no sé, le hemos llamado la atención a una persona porque ha dicho cosas fuero de lugar y lo ha modificado.”*

Para finalizar, quisiera destacar la potencia del concepto de matrices de aprendizaje, que implica transformación y un lugar activo de los sujetos en relación al mundo, los sujetos como producidos y productores. Desde mi opinión personal del proceso, creo que la mayoría de las personas que formaban parte del equipo de las unidades móviles tenían una relación de reciprocidad en el aprendizaje, reproducían parte del trabajo establecido y también producían nuevos sentidos. En este punto incluyo mi experiencia como coordinadora que creo que fue de un enorme aprendizaje para mí, en el que por momentos simplemente reproduce lo existente mientras que en otros pude aportar mi mirada y convicciones a la construcción con otros/as.

3. Calidad centrada en él/la ciudadano/a

Desde mi lugar en la gestión del dispositivo surge la inquietud sobre la calidad del servicio que estábamos produciendo. En este punto me propongo articular conceptos de calidad centrada en el/la ciudadano/a, considerando la salud como un derecho y la equidad como pilar fundamental para poder garantizar el mismo. Mario Rovere (1998) sintetiza aspectos claves del tema y destaca tres deslizamientos en términos de ejes que plantean los autores del movimiento de calidad como propuestas a integrar en el tema.

El primero de ellos, correspondiente a Demming es que la calidad se instala en el proceso de trabajo y no en la evaluación del mismo. Traslada el foco preexistente en el control y la evaluación de lo que se hace a la gestión y la capacidad que tenga de instalarlo en la lógica del mismo proceso de trabajo, en la cultura organizacional. Rovere (1998) explica que la calidad supone un compromiso, asumido por quienes están trabajando, de trabajar bien. O se instala ahí, o no se instala en ningún otro lado, afirma. Reforzando esta idea Rovere cita a William Edwards Demming quien sostenía que la calidad es el orgullo de los trabajadores, la sensación de estar haciendo las cosas bien. Por último, cabe destacar que se prioriza la calidad aún si esto resiente la productividad, porque el costo de hacerlo mal es muy alto.

El proceso de sistematización del trabajo en las UMP me permite reflexionar y visualizar cómo, al ingresar en 2018 me incorporaba a un proceso que tenía fuertemente instalado en la cultura organizacional la idea de calidad, seguramente para muchos/as de los actores no estaba explicitado de esta manera pero sí se veía en el compromiso con la tarea y en el orgullo que producía. Los equipos que desde Suteba central habían acompañado el desarrollo de la actividad sí lo explicitaban en su militancia por el derecho a la salud, y se notaba en el lugar que daban a los/as docentes destinatarios/as en el desarrollo de sus proyectos. En relación a los equipos territoriales tengo conocimiento por el trabajo cotidiano con ellos, las ganas de viajar e ir a las escuelas y volví a contactarme con ese orgullo y compromiso al entrevistarlos/as. Algunos fragmentos que me gustaría destacar:

Uno de los choferes habla de los problemas de la voz y su atención como derecho y destaca la necesidad de seguir trabajando sobre el tema *“es un derecho ya ganado, un derecho ya adquirido y como que ya está...pero creo a mi humilde entender es como que buscan el mimo, buscan que le digan que están mal de la garganta, pero como que ya sabe que tiene que ir a la fonoaudióloga, pero le gusta que le digan tenés que ir de vuelta. Claro...por ahí necesitan que los orienten ¿Te acordás que es un quilombo? que primero la fono, que después del otorrino, que las licencias, que si pierden el cargo, yo me acuerdo que había un montón de dudas.”* Él mismo J. (op.cit.) al preguntarle acerca de

qué destacaría de las unidades móviles habla de la contención brindada por las promotoras, el compromiso con el que trabajan y refuerza su calidad “humana”. Por otro lado, creo que más estrechamente vinculado a su rol dice *“Nosotros acompañamos, acompañamos nada más y queremos que todas estén bien para que todos laburemos bien. Si todos laburamos cómodos, vamos a laburar bien. (...)Somos un equipo.”* En relación a los viajes al interior y las visitas a escuelas rurales enfatiza *“es llegar donde nadie llega ¡wow! (...) entonces trato que ellos entiendan que el número es subjetivo no verás a 40, pero es muy bueno ver a tres.”* Esta última frase creo que es importante en el sentido de alejar la idea de calidad de la de producción, que en el caso de las UMP sería ver una enorme cantidad de gente por día, sino que prioriza la calidad, el llegar donde nadie llega y darle la importancia que corresponde a esos/as tres trabajadores/as de una escuela rural.

Entonces desde mi lugar me sumaba a un proceso en marcha con una cultura que tenía en gran parte un compromiso con la calidad, no fue difícil ponerme a pensar y trabajar con otros en cómo seguir abonando a ese proceso y mejorarlo, considerando que la calidad en un objetivo móvil, que cambia, se desplaza. Rovere dice *“Lo más importante es de qué manera nosotros conseguimos la búsqueda proactiva de esa calidad, la actitud o el compromiso de estar permanentemente en busca de esa quimera que es una calidad que uno nunca la tiene del todo porque inmediatamente que uno la tiene se vuelve a desplazar (...)”*.

Un punto que creo necesario continuar trabajando, y he podido escuchar en las entrevistas, es la preparación para la llegada de la UMP por parte de los responsables políticos en los diferentes municipios. La disponibilidad de personas del sindicato disponibles, el conocimiento que tengan de la actividad, el vínculo con los/as delegados/as y los/as directivos/as en las escuelas, muchas cosas influyen en cómo podrá desarrollarse la actividad. En relación a esto una de las responsables gremiales entrevistadas dice *“porque depende mucho del criterio con el que cada seccional tome la UMP. Digo, no es lo mismo que llegar a una seccional la persona que está no sabía que iba, o llegar a una seccional donde te están esperando con un café para darte la charla política del criterio de selección de la escuela a la que se va, todo tiene que ver mucho con eso.”* Por su parte, otra de las responsables entrevistadas hace mucho énfasis en la necesidad de que vayan muchos/as compañeros/as del sindicato, por eso elegían realizar las visitas con frecuencia quincenal y en la semana que no había visita recorrer las escuelas y prepararlo, nuevamente priorizando la calidad del encuentro a la cantidad. Ella sostiene *“primero hay que organizar en el sindicato, los y las que vamos a participar, porque no es sólo de la Secretaría de Salud sino que intentamos que sea de todo el sindicato y es como llevar un poco el sindicato a la escuela, es una oferta valiosa, la de tener abiertas las puertas de la escuela las*

8 horas (...). Continuando lo que ellas dicen y por la experiencia vivida, es necesario trabajar en la preparación de la visita, darle la frecuencia posible para que pueda ser sostenida por varios/as compañeros/as de diferentes áreas del sindicato, generar las conversaciones necesarias hacia el interior del sindicato y con la escuela que se visitará, preparar la llegada en varios sentidos, contemplando la complejidad del dispositivo y su potencialidad para poder brindar lo mejor a los/as docentes que se subirán.

Continuando la articulación con la exposición de Róvere, el segundo deslizamiento en relación a la calidad está vinculado a que el trabajo en salud produce servicios, que tienen la característica de poner en contacto en tiempo real al beneficiario y al prestador. El autor dice “En consecuencia esta interfase hace que el concepto de calidad para el usuario de un servicio sea simultáneamente una opinión sobre el producto, es decir sobre las consecuencias de haber recibido el servicio, pero también sobre el *proceso* mismo de recibir el servicio.” Por lo que la calidad, en las organizaciones productoras de servicios es el recurso humano, la fuerza laboral. Por tanto, en las UMP la calidad que recibe el docente está centrada en el proceso de trabajo que despliegan sus trabajadores/as; los/as responsables políticos, choferes y promotores/as. Más precisamente en la consejería, además de los conocimientos que el/la promotor/a tenga sobre el tema serán centrales sus competencias de escucha y empatía, de generar un clima adecuado, y ser flexibles ante las necesidades y momentos que atraviesa la persona que está asistiendo. En este punto quisiera destacar algo que Róvere menciona en su exposición; la necesidad de recuperación de la subjetividad del ciudadano/a que está en la consulta. Muchos fragmentos de los anteriormente citados refuerzan estos aspectos en el trabajo cotidiano de las unidades. Quisiera compartir otros de las entrevistas realizadas a docentes: *“yo acompañé la ump, así que me acuerdo que en un turno me subí a la unidad móvil y en la otra estuve acompañando a ustedes (...) Fue muy grata porque realmente cuando vos estás alejado de la ciudad donde pareciera que todo lo encontrás más rápido los especialistas y todo para nosotros, fue excelente. Estábamos con todos ahí en la visita. Muy agradables ustedes en el trato también, como que te sentís contenido.”* Una docente de otro pueblo del interior cuenta *“todo el que subió trajo algo como favorable que tiene que ver con uno, como que pudo contar. Bueno, tengo la presión así, el peso...al que le dijeron algo se ocupó, nadie subió y bajó como si nada (...) me acuerdo de la buena energía que había, la buena onda del equipo que llegó, divino.”* En relación a este último fragmento, da lugar al último deslizamiento que tiene que ver con que el/la usuario/a es coproductor del servicio, no es un simple beneficiario. Róvere señala: “El proceso de recuperación de la salud está protagonizado por el paciente. Los que estamos lateralizados en ese proceso somos los trabajadores de la salud. Nuestra práctica está totalmente

mediada, por ejemplo por la información que el mismo paciente provee, por sus deseos, y claramente el paciente provee la información que quiere proveer.” En el caso de las unidades móviles, al ser un dispositivo de promoción y prevención, no hablamos necesariamente de recuperación de salud pero sí del impacto de las propuestas que llevamos. En las entrevistas a las docentes se destaca que la llegada y participación en la UMP generó algún tipo de impacto, consultas posteriores, reflexiones, conversaciones entre compañeros/as. En este punto creo que si la actividad de la UMP logró ser un espacio de escucha, que promovió la reflexión, brindó información a los/as ciudadanos sobre sus derechos y desató conversaciones en torno a la salud, trabajó en pos de brindar un espacio de calidad para los/as docentes de las escuelas públicas de la Provincia de Buenos Aires.

9. Estrategias de circulación/socialización. Producto resultante de la sistematización

En este momento de la sistematización de la experiencia de las Unidades Móviles de Suteba me propongo realizar una propuesta de socialización. Luego de haber intentado comprender lo sucedido y extraer enseñanzas de la misma. Quisiera volver a destacar siguiendo a Jara (s.f) el carácter histórico y social dinámico de las experiencias, siendo procesos vitales, únicos y complejos. En los que muchos factores se relacionan e intervienen: condiciones, situaciones, acciones, reacciones, resultados, percepciones, interpretaciones, intuiciones, emociones y relaciones.

La propuesta de socialización retoma la propuesta de Gabriel Kaplún (s.f.) al incluir sus tres ejes para analizar o producir materiales educativos. Asimismo se basa en las orientaciones brindadas por el manual de producción de materiales de comunicación y educación popular de Luciana Ruiz (2014). Esta planificación está vinculada al objetivo general de la sistematización, contribuir a la construcción y socialización de conocimiento en el área comunicación y salud, así como a la mejora del dispositivo. Presenta tres grupos de actores destinatarios/as principales que son: los/as docentes usuarios/as, los equipos de las UMP en lo que se incluyen los/as responsables gremiales de las salidas, equipos de salud en general. Las tres estrategias están vinculadas entre sí y se proponen abarcar de manera integral la socialización de esta experiencia. Considero que el trabajo y recorrido realizado al sistematizar la experiencia de la UMP es un insumo relevante para llevar a cabo las propuestas. Por último, cabe destacar que las mismas se plantean como una planificación abierta a evaluar y coordinar con el Suteba y los equipos que actualmente están trabajando en el tema.

Primera propuesta

¿Para quién?

El primer grupo en orden de prioridad son los/as docentes usuarios/as, o no, de las Unidades Móviles Preventivas. La elección de este grupo se sustenta en la necesidad de mantener la comunicación con ellos/as luego de la visita de las UMP a sus escuelas dando continuidad al proceso y el potencial espacio para que surjan otras intervenciones.

¿Para qué?

- Socializar el conocimiento que se ha producido en las UMP a partir de las visitas a ellos/as mismos/as, en sus escuelas, con sus respuestas.
- Brindar un aporte al conocimiento de la situación de salud de su propia población.
- Estimular espacios de reflexión sobre el tema de salud docente.
- Promover cambios en pos de la salud de los/as docentes.

Marco del material

Esta propuesta de materiales de comunicación se dan en el marco de las acciones de la secretaría de salud del Suteba que incluyen las Unidades Móviles Preventivas, la actividad de los Centros de Salud propios, el coseguro, la participación en el IOMA con su vocalía, entre otros proyectos.

Necesidad del material

El material es necesario en tanto no existen otros materiales similares, y es una forma de mantener en contacto y dar continuidad a un proceso que viene involucrando a los/as docentes desde hace muchos años. Para muchas de las personas entrevistadas el contar con alguna herramienta de devolución a los/as docentes es una deuda pendiente del dispositivo.

Estado de situación. Desarrollo conceptual del tema y saberes de los/as destinatarios/as

En cuanto a los desarrollos teóricos de los temas que abordan las UMP hay muchísima bibliografía internacional y nacional, situada. La encuesta nacional de factores de riesgo y las guías de trabajo con pacientes con enfermedades crónicas son materiales de gran importancia para situar el tema en Argentina. Por otro lado, en relación al dispositivo, creo que el soporte a utilizar son los informes anuales, resultados de las encuestas realizadas en 2018 y 2019.

Los saberes de los destinatarios/as creo que son muy diversos, considerando además la diversidad y amplitud de los territorios de toda la provincia de Buenos Aires. Creo que sería importante en este punto generar un proceso participativo en el que se indague qué necesitan saber, qué temores, mitos, expectativas y estereotipos presentan.

Eje conceptual para la producción del material

En este punto es necesario incluir los resultados de la indagación sobre qué saben y necesitan saber los/as destinatarios/as. A priori, a mi entender, creo que sería importante incluir:

-Datos claves obtenidos de los autocuestionarios. Nivel de afectación de la voz, consumo de alimentos de bajo valor nutricional en la jornada laboral y en la casa, posibilidad de planificar las compras y comidas, personas que desean dejar de fumar, que lo han intentado, etc.

-Información situada sobre qué acciones tomar. Proceso a seguir para la atención de problemas de la voz, programas existentes para el tema, información sobre consultas de cesación tabáquica, espacios de atención.

-Preguntas que promuevan la reflexión y acción, inviten a dialogar con sus compañeros/as y delegados/as en las escuelas.

-Mapa con recorridos de las UMP. Preguntas o frases que inviten a ponerse en contacto con sus delegados y solicitar la visita.

-Contactos y teléfonos útiles.

Eje pedagógico para la producción del material

Supeditado a lo obtenido en la indagación diagnóstica sobre saberes de los/as destinatarios/as, creo que un formato posible sería un diálogo entre una promotora de salud y una docente. La promotora ya conoce a la docente pero esta vez viene con algunos datos que pueden ser de importancia, enfatizando en que lo que hablaron individualmente también es compartido por otros/as. La docente puede contar lo que ya hizo en relación a su voz u otro tema, las vías que ella conoce y hacer preguntas a sus colegas ¿A vos también te pasa?¿Lo pudiste hablar con tus compañeros/as?¿Cómo lo resolvieron? entre otras. Por último contar recorridos de las unidades y convocar a que la soliciten a sus delegados/as.

Eje comunicacional para la producción del material

Piezas gráficas tipo flyers, podcast o videos simples y breves que puedan circular por whatsapp y redes sociales.

Los responsables gremiales de las salidas en general tienen contacto con los delegados/as en las escuelas y muchas veces con el equipo directivo. Parte del trabajo previo a la visita de la UMP puede ser informar que luego se acercarán algunas piezas de comunicación para circular entre los/as docentes, que luego de la visita se compartirán.

También podrán circular por las redes sociales de Suteba a nivel central y por las redes propias de las seccionales que muchas veces realizan posteos de las visitas de la UMP a las escuelas.

Validación participativa

Validar el material por medio de entrevistas o grupos focales con los/as destinatarios/as. Entiendo que es un proceso que puede llevar mucho tiempo, pero creo que de no ser posible hacer un grupo focal, sí se podrían realizar entrevistas individuales.

Segunda propuesta

¿Para quién?

Esta propuesta está destinada a los equipos territoriales de las UMP: promotores/as de salud, choferes y responsables gremiales.

¿Para qué?

- Compartir la experiencia vivida entre todos/as los/as integrantes de los equipos.
- Reconocer los obstáculos, fortalezas y aprendizaje logrados en el proceso de trabajo.
- Evaluar el proceso de manera colectiva.
- Construir acuerdos sobre los modos de continuar, ratificando o rectificando planes.

Marco de la propuesta comunicacional

Este proceso se plantea en el marco de las acciones de la secretaría de salud del Suteba de las que forman parte las UMP. Cabe aquí incluir otras acciones gremiales del sindicato u otros sindicatos como referencia, así como otras intervenciones en promoción y prevención.

Necesidad de la propuesta comunicacional

La necesidad principal de esta propuesta es poner en diálogo a los/as diferentes actores involucrados en la actividad territorial. Al conformar equipos que salen a diferentes zonas los choferes y los responsables políticos nunca se encuentran entre ellos/as. Los/as promotores/as suelen salir por zona generalmente con los/as mismos/as compañeros/as y chofer. Especialmente es necesario un espacio en que se encuentre los/as responsables gremiales, compartan sobre cómo llevan adelante su visita, qué dificultades tienen, cómo las resuelven, cómo se vinculan con el equipo que asiste, entre otros aspectos muy necesarios a elaborar en conjunto. A lo largo del período analizado (2018-2019) no logramos generar un espacio en que puedan estar todos/as los involucrados y lo considero de enorme importancia para avanzar con propuestas de mejora construidas y consensuadas por los equipos que llevan adelante la actividad de manera cotidiana.

Estado de situación. Desarrollo conceptual del tema y saberes de los/as destinatarios/as

Las UMP contaron con algunos materiales propios de la secretaría de salud que daban un piso desde dónde partir para organizar las visitas, además del programa y materiales de comunicación. Los/as promotores/as contaban con sus marcos teóricos trabajados en encuentros mensuales en 2019.

Ahora bien, los saberes de los destinatarios de esta propuesta son muy variados. Los/as responsables gremiales de cada distrito cuentan con trayectorias muy diversas, algunos/as han realizado diplomaturas en salud laboral mientras que otros/as tal vez recién tienen un recorrido en otras áreas del sindicato, o están comenzando su participación. Es por esto que un encuentro en el que puedan estar todos/as creo que es fundamental.

Eje conceptual de la propuesta comunicacional

-Contextualización de las UMP en el marco de una estrategia de atención primaria de la salud del Suteba.

-Qué implica la visita del Suteba a la escuela en las UMP. Qué tareas y roles están involucrados. Cómo se articulan

-Qué obstáculos se han presentado en estos últimos años. Cómo los han abordado. Aprendizajes.

-Aspectos a cambiar/mejorar.

-Propuestas de mejoras. Planes de acción.

Eje pedagógico de la propuesta comunicacional

Trabajo en talleres participativos con instancias de grupos pequeños y plenarias. Envío de guías de preguntas previas a los encuentros para reflexión individual y trabajo con materiales de lectura entre encuentros. Dinámicas grupales para la socialización de información, reflexión y elaboración de acuerdos.

Eje comunicacional de la propuesta comunicacional

Talleres de producción colectiva y evaluación del proceso.

Construcción de un documento breve de estado de situación, acuerdos y planes a futuro para circulación interna.

Tercera propuesta

¿Para quién?

Para equipos y trabajadores/as de salud interesados en propuestas de promoción, educación para la salud y prevención de enfermedades, incluyendo a coordinadores/as y gestores/as de proyectos.

¿Para qué?

- Aportar a la construcción de conocimientos en el área de comunicación y salud, estrategias de promoción y prevención desde los propios equipos que gestionan y desarrollan las prácticas. Destacando la importancia de reflexionar sobre la acción y compartirlo.

- Socializar experiencias, promoviendo la construcción de redes con otros efectores y organizaciones.

Marco del material de comunicación

Este proceso se plantea en el marco de las acciones de la secretaría de salud del Suteba de las que forman parte las UMP. Así como otras intervenciones en educación para la salud, promoción y prevención.

Necesidad del material de comunicación

El único antecedente que tendría este material es la presentación en un congreso de medicina general de un póster sobre el programa y la propuesta de alimentación saludable. Creo que es necesario difundir entre equipos de salud y gestores la actividad de las unidades móviles, por ser un programa novedoso, con alto alcance, con sistema de recolección y análisis de datos, con una propuesta de consejería orientada al usuario/a, pensando en sus necesidades, de gestión sindical y en articulación con otras políticas de salud, de condiciones y medio ambiente de trabajo y gremiales. Además de ser necesario para socializar la experiencia, puede ser motor para futuras vinculaciones y trabajo en red, por ejemplo con el IOMA o efectores de salud municipales y provinciales.

Estado de situación. Desarrollo conceptual del tema y saberes de los/as destinatarios/as

Hay muchos desarrollos teóricos en relación a la estrategia de atención primaria y acciones de prevención y promoción como una parte de la misma. En los últimos años se ve mayor interés en promover la escritura y socialización de experiencias. Sobre la actividad de las UMP no encontré bibliografía específica, más que la existente en la web del sindicato destinada a difundir la actividad entre los/as docentes destinatarios/as. Creo que el conocimiento de la actividad es muy bajo entre los/as trabajadores/as de la salud, excepto aquellos que hayan participado o sean cercanos al sindicato por cuestiones personales.

Eje conceptual para la producción del material

-Descripción del programa “Suteba va a la Escuela”, contextualización, objetivos y actividades.

-Proceso de trabajo, valores que lo sustentan, características de los encuentros con los/as docentes.

Particularidades en torno a la comunicación con eje central.

-Algunos datos cuantitativos de los autocuestionarios e informes anuales.

-Resultados cuantitativos.

-Nuevos desafíos de la actividad.

Eje pedagógico para la producción del material

Relato de experiencia con voces de los equipos de trabajo y algunos comentarios de docentes.

Eje comunicacional para la producción del material

Documento breve, relato de experiencia. Puede estar disponible en la web de suteba como material para equipos de salud, circular por correo electrónico de los/as trabajadores/as de los centros de salud propios del sindicato, compartirlo en congresos de salud, dar difusión a través de redes propias del sindicato a efectores de salud municipales, provinciales e IOMA.

En una segunda instancia sería interesante producir un material audiovisual breve en el que se pueda mostrar algo del recorrido, el montaje del espacio, las recorridas, momentos de charlas y convocatoria, sin comprometer ni invadir la privacidad necesaria de la experiencia, pero mostrando las escenas cotidianas. Haciendo énfasis en los espacios de encuentro y diálogos que sostienen la actividad, charlas entre responsables y promotores al inicio del día en la seccional, almuerzo, cuando se pasan los datos y se arman los informes breves con impresiones del día.

Validación participativa

Sería ideal validarlo con el equipo de trabajo de las unidades móviles y con trabajadores de salud externos, en entrevistas y/o grupos focales.

10. Conclusiones

La elaboración de esta sistematización fue un desafío para mí, tal vez por provenir de una carrera tan dura como la medicina en la Universidad de Buenos Aires. Afortunadamente a partir de otros recorridos, experiencias, compañeros/as de trabajo, entre los que se encuentra la especialización en comunicación y salud, me han acercado a comprender un poco más la complejidad del campo de la salud, los actores sociales implicados, las inequidades y necesidades de las personas por las que deseo trabajar y formarme para aportar a su transformación. El recorrido por la especialización y la elaboración del presente trabajo me dieron la oportunidad de incorporar una nueva mirada con la que pude comprender más integralmente la experiencia de las Unidades Móviles de Suteba, mis aportes y trabajo allí, el rol de los/as diferentes integrantes del equipo en la compleja trama institucional. El proceso de elaboración de la sistematización aportó a mi mirada sobre lo sucedido y también transformó mi trabajo actual en otro proyecto, incluyendo los nuevos aprendizajes sobre la red conversacional en las organizaciones, la importancia de generar espacios en el proceso de trabajo para reflexionar sobre la práctica y construir conocimiento a partir de lo que vamos haciendo.

El proceso de elaboración de la sistematización me puso en contacto nuevamente con una actividad que había cesado con el inicio de la pandemia en marzo del 2020, al comenzar la presentación del proyecto yo ya no estaba trabajando en el sindicato y fue muy grato volver a encontrarme con

compañeros/as de trabajo y poner en palabras esta experiencia que ha generado mucho aprendizaje en todos/as. La realización de entrevistas a los/as miembros del equipo fue sencilla, con excelente predisposición, fue mucho más complejo tomar contacto con las docentes que habían participado de la actividad, una vez contactadas, todas participaron con compromiso y ganas de contar. En el proceso de volcar toda esa información y construir el relato, me fui dando cuenta de los diferentes aspectos comunicacionales que surgían y los momentos de la planificación que hasta el momento no había identificado. La construcción de categorías está fuertemente atravesada por mi formación (en formación) y cómo esas perspectivas dialogan con la práctica.

En relación a la experiencia de las UMP, con su enorme recorrido y particularizando en el momento sistematizado, creo que contaba con grandes fortalezas. Desde su creación, con la decisión política de ir a las escuelas como sindicato a aportar una herramienta a los/as trabajadores de la educación para el cuidado de su salud de manera integral e integrada. La coordinación y equipos de trabajo a nivel central, un grupo integrado de manera interdisciplinaria, con recorridos muy variados con fuerte sentido de pertenencia y compromiso con la organización y población destinataria que intentaba mantener un diálogo permanente con los equipos territoriales promoviendo espacios de encuentro para la construcción de sentidos, parámetros, acuerdos. La potencia de ir al espacio de trabajo, de circular y llegar a espacios alejados e inaccesibles de la provincia de la mano de los referentes locales del sindicato. Conformar un equipo con personas formadas en temas de salud, responsables políticos que sean la referencia local en cuanto a temas laborales diversos, y los choferes facilitando todo el proceso. El equipo de promotoras/es y choferes también con una fuerte pertenencia y compromiso, que supieron construir un clima cálido y cuidado de trabajo, del que los/as entrevistados/as recuerdan como una muy buena experiencia.

Una debilidad y obstáculo a la hora de desarrollar la tarea a nivel territorial fue la inestabilidad laboral y por tanto un recambio más frecuente de los deseado, de los/as promotores/as de salud. Otro aspecto a abordar es la construcción de espacios de encuentro y formación integrada de responsables políticos, promotores/as, choferes, equipo técnico de nivel central y conducción del sindicato. El trabajo sobre la red conversacional de la organización es una tarea a sostener de manera constante.

Varias entrevistadas destacaron la necesidad de realizar talleres vinculados a los emergentes de la visita a las escuelas. En línea con esta propuesta, se venía pensando la forma de dar una devolución particularizada a las escuelas visitadas, establecer alguna forma de comunicación más fluida en el momento posterior a la visita. Además de lo particularizado, hay varios aspectos que se podrían

abordar en cuanto a la comunicación del trabajo de las UMP que se aborda en el siguiente apartado como estrategias de socialización.

En las entrevistas realizadas a docentes pude ver una valoración positiva de la experiencia. Se destacaba el hecho de que la UMP vaya a la escuela, especialmente en el interior. También se valoraba el buen trato y clima en el que transcurrió esa actividad. Se podía ver el impacto de ese encuentro, de que surja el cuidado de la salud como un tema de relevancia y también aparecía en algunas la sensación de cierta incertidumbre acerca de cómo continuar, a quién, dónde concurrir para ver su tema de salud. El establecimiento de redes, contacto, conversaciones con los efectores de salud locales es punto a trabajar a la hora de planificar la llegada a un municipio.

En relación a la interpretación generativa del lenguaje y los aportes de Bruno y Demonte (2017) que conciben a las organizaciones como redes estables de conversaciones que se basan en la capacidad de las personas de construir compromisos mutuos, considero que gran parte del impacto de la UMP y su trayectoria se vincula a esta capacidad. Gran parte del efecto movilizador que genera la llegada de las unidades a los pueblos creo que tiene que ver con la capacidad de las personas que conforman los equipos territoriales de construir vínculos de cooperación y encontrar sinergia entre los objetivos de la organización, la trascendencia de su trabajo y su bienestar en el desarrollo de la tarea.

11. Referencias bibliográficas

- Acha, M., Bruno D., García Mora R. y Gianfrini M. F. (2017). Orientaciones metodológicas y técnicas sobre los procesos de investigación social participativa. En D. Bruno y F. Demonte (Comps.), *Planificación y Comunicación: perspectivas, abordajes y herramientas*. (pp. 241-269). La Plata, Argentina. Facultad de Periodismo y Comunicación Social. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/59580>
- Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo. (2023). Móviles. Recuperado de <https://www.acumar.gob.ar/salud-ambiental/unidades-sanitarias/moviles/>.
- Becerro, V., de Vera Casco, P., Gianfrini, M.F (2017). Enfoque de derechos humanos, géneros e interculturalidad. En D. Bruno y F. C. Demonte (Comps.), *Planificación y comunicación: perspectivas, abordajes y herramientas*. (pp.73-102). La Plata, Argentina. Facultad de Periodismo y Comunicación Social. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/59580>
- Cardozo, M. (2021). *Clase 1: Territorio. Especialización en comunicación y salud* (Apunte de cátedra). Seminario de abordaje territorial de la comunicación en salud. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.
- Constitución de la Nación Argentina (1994). Recuperado de <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/877.html>
- Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D. Czeresnia, y C. Machado de Freitas (Coord.), *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 47-63). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Donato, N. A. (2016). *Derecho a la Salud*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Recuperado de <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/135>
- Freire P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. Siglo XXI editores
- García Laval, B. Urrutia, M. Terrero, S. (s.f). *Cuadernillo de estudio trabajo: formación de formadores en gestión de emprendimientos de la economía social*.
- Gianfrini, M. F., Cardozo, M. (2021) *Los tipos de trabajo integrador final (tif) en la especialización en comunicación y salud. Características y lineamientos* (Apunte de cátedra). Taller de TIF. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.
- Gianfrini, M. F., Cardozo, M. (2021) *Clase 4. Objetivos* (Apunte de cátedra). Taller de TIF. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.

- Giménez, G. (2005) *La cultura como identidad y la identidad como cultura*. Recuperado de <http://perio.unlp.edu.ar/teorias2/textos/articulos/gimenez.pdf>
- Giménez, G. (1999) Territorio, cultura e identidades, la región sociocultural. *Estudios sobre las culturas contemporáneas Época II*, 5 (9). Recuperado de <http://www.economia.unam.mx/academia/inae/pdf/inae5/516.pdf>
- Gobierno de Mendoza. (2023). Unidad Sanitaria Móvil. Recuperado de <https://www.mendoza.gov.ar/salud/dependencias/movil-sanitario/>.
- Huergo, J. (2015) *Herramienta para la aproximación sociocultural*. (Apunte de cátedra) Unidad Pedagógica Central. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Izagirre, M. [Sistematización, Centro de Investigación, educación Liberadora] (26 sept 2014). Entrevista a la Prof. Mireya Izagirre, Tema Sistematización [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=ECfkUJdO4&t=7s>
- Jait, A. (2021) *Las nociones de “campo de la salud” y “sistema de salud” como analizadores* (Apunte de cátedra). El campo de la salud: actores, políticas, modelos y niveles de intervención. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.
- Jara Holliday, O. (s.f) *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*.
- Jara Holliday, O. (2020) *La educación popular latinoamericana. Historia y claves éticas, políticas y pedagógicas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de Luján y Editorial el Colectivo.
- Jaramillo López, J. C. (2011). ¿Comunicación estratégica o estrategias de comunicación? El arte del ajedrecista. Documento presentado en el VII Simposio Latinoamericano de Comunicación Organizacional, “Comunicación Estratégica o Estrategias de Comunicación, he ahí la cuestión del DIRCOM”. Universidad Autónoma de Occidente. Cali, Colombia. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/401556401/El-Arte-Del-Ajedrecista-jaramillo>
- Kaminsky, G. (1990). *Dispositivos institucionales I, democracia y autoritarismo en los problemas institucionales. Sagas Institucionales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Kaplun, G (s.f). Contenidos, itinerarios y juegos tres ejes para el análisis y la construcción de mensajes educativos. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República. Recuperado de https://perio.unlp.edu.ar/catedras/comyeduc2/wp-content/uploads/sites/197/2021/05/contenidos_itinerarios_y_juegos_-_kaplun_2.pdf
- Massoni, S. (2020). Cuando el batir de las alas de un murciélago al otro lado del mundo hace evidente lo comunicacional. En Consejo de investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario (Comps.),

Abordajes disciplinares sobre el COVID-19. (pp.168-183). Rosario, Argentina. Recuperado de <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/18773/ABORDAJES%20DISCIPLINARES%20SOBRE%20EL%20COVID-19%20-%20CIUNR.pdf>

Mele, D. (2010). *Manual de promoción de la salud : experiencias provinciales.* Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000227cnt-03-promocion_salud_muestra.pdf

Ministerio de Desarrollo (2023). Tren de desarrollo social y sanitario. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/comunidades/tren-de-desarrollo-social-y-sanitario>.

Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Salud en el territorio. Relatos sobre promoción de la salud en municipios argentinos.* Recuperado de http://salud.jujuy.gob.ar/wp-content/uploads/sites/14/2017/04/2013-09_salud-en-territorio.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2023). Salud ocupacional. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/ocupacional>.

Muñoz Sánchez, A., I. (2010). Promoción de la salud en los lugares de trabajo: teoría y realidad. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(220), 220-225. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000300004&lng=es&tlng=es

Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/44469>

Organización Mundial de la Salud (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Recuperado de https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (declaración de Montevideo). Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-montevideo-nuevas-orientaciones-atencion-primaria-salud-2005>

Organización Panamericana de la Salud (s.f). Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030. Recuperado de

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55950/OPSFPLIM220006_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Pacto que posee Jerarquía Constitucional. Art. 75, Inc. 22 C. N. 6 de mayo de 1986.

Recuperado de <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/1475.html>

Pampliega de Quiroga, A. (2009) *El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviere*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones Cinco.

Pampliega de Quiroga, A. (2012) *Matrices de aprendizaje: Constitución del sujeto en el proceso de conocimiento*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones Cinco.

Pichón-Riviére, E. (1985). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.

Rosa, M.N. (2013) La sistematización como gestión colectiva de conocimientos para la transformación. Ponencia en XV Congreso REDCOM. San Salvador de Jujuy, Jujuy, Argentina.

Rosa, M.N. (2020). Validación y evaluación crítica de materiales. En M.C, Pauli (Coord.) Pegaso producción de contenidos para la comunicación popular. Facultad de periodismo y comunicación social. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.

Rovere, M. (1998) Calidad centrada en el ciudadano. Ponencia del 8º Congreso de la Salud del Municipio de Rosario. Rosario, Argentina.

Rovere, M. (2004) La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. *La esquina del Sur*. Recuperado de https://trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/rovere_m_2011_la_salud_en_arg_alianzas_y_conf_l_construcion_sist_injusto_2014.-2011-%20La%20salud%20en%20arg.%20%20Alianzas%20y%20conf%20construcion%20sist.injusto%202014.pdf

Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em debate*. 36 (94), 327-342.

Rovere, M. (2016). *Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ágora.

Ruiz, L, et al (2014). *Producción de materiales de comunicación y educación popular*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Departamento de publicaciones de la facultad de derecho y ciencias sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Sandoval Avila, A. (2001). *Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del trabajo social*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.

Schvarstein, L. (1991) *Psicología social de las organizaciones*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós

Spinelli, H. (2010) Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*. 6 (3), 275-293.

SUTEBA-CTERA-CTA. Secretaría de formación político sindical (2013). Clase Trabajadora Nuestra Historia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

SUTEBA (2021) ¿Qué es SUTEBA?. (2021). Recuperado de <https://www.suteba.org.ar/qu-es-suteba-2472.html>

SUTEBA (2023). Programa Suteba va a la Escuela. Recuperado de <https://www.suteba.org.ar/programa-suteba-va-a-la-escuela-propuesta-renovada-y-recorridos-2022-21987.html>

Svampa, M. (2010). *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político. Conversaciones con Floreal Ferrara*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones Biblioteca Nacional.

Tejada de Rivero, D. (2018). Cuarenta años después de Alma Ata: la actualidad de sus conceptos fundamentales. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 35(4):675-7. doi: 10.17843/rpmesp.2018.354.3902.

Tognoni, G. (2011). *Manual de epidemiología comunitaria: el camino de las comunidades*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.

Waisbord, S. (2007). *Árbol genealógico de teorías, metodologías y estrategias en la comunicación para el desarrollo*. Fundación Rockefeller. Recuperado de http://www.wuranga.com.ar/images/recomendados/25_waisbord_arbol.pdf

12. Anexos

Anexo 1: Informe UMP 2018

Informe UMP



2018

Durante el año 2018 se llevaron adelante con las Unidades Móviles Preventivas las campañas relativas a factores de riesgo cardiovascular (RCV), alimentación saludable y la voz (a través del RASAT, escala de evaluación perceptiva de la fuente glótica). Las temáticas de RCV y de RASAT se vienen trabajando con una metodología similar en el programa desde 2006 y 2008 respectivamente, mientras que, en el caso de alimentación saludable, 2018 es el tercer año de la campaña y el segundo período respecto del cual se realiza una carga y análisis de la información. La cuestión de la voz fue abordada con anterioridad pero no con la metodología RASAT.

En 2018 se relevó un total de 3760 autocuestionarios. Todos ellos incluyeron la temática de RCV, 3345 alimentación saludable y 2291 RASAT.

La cantidad de encuestas realizadas a través del Programa Suteba va a la Escuela han sido variables a lo largo de los años. De los períodos sobre los que se cuenta con la información, se recogieron 12031 en 2006, 2927 en 2007, 10425 en 2008 y 3569 en 2016.

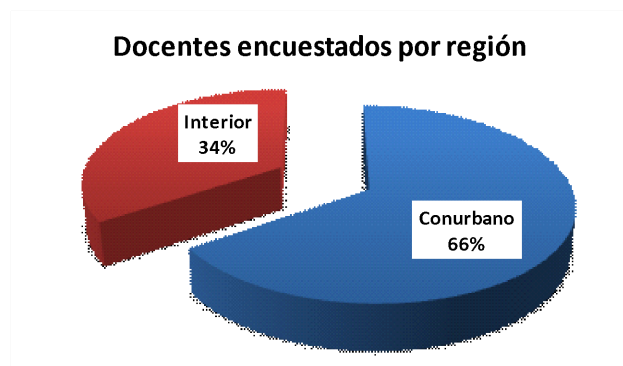
Algunos datos destacados



- ❖ Las/os docentes relevados son en su mayoría del Gran Buenos Aires, con concentración en zona sur, mujeres maestras/os de primaria y profesoras/es de secundaria.
- ❖ En 2018 subió una mayor proporción de no afiliados que en años anteriores. También respondieron en menor medida saber que Suteba tiene centros de salud propios.
- ❖ Se mantiene un alto porcentaje de primera vez en la UMP (75%).
- ❖ Respecto de 2016 aumentó el porcentaje de fumadores y disminuyó el porcentaje de quienes han intentado dejar de fumar.
- ❖ Se registró mayor compromiso de la voz en las/os docentes secundarios. El 62% del total relevado tiene compromiso de la voz.
- ❖ Las/os docentes de nivel inicial toman en menor proporción dos litros o más de agua por día.
- ❖ Quienes no toman dos litros o más de agua por día registran mayor compromiso de la voz.
- ❖ El 40% no tiene un rato para dedicar exclusivamente a almorzar. Estas/os docentes registran 7 puntos porcentuales menos de peso normal.
- ❖ Las/os docentes comen alimentos de bajo valor nutritivo en un 60,2% durante la jornada laboral, y sólo en un 30,8% en el hogar.
- ❖ Al 32,3% (181 personas) de quienes tienen diagnóstico de hipertensión se les halló presión elevada en la visita. Al 7,7% (230 personas) de quienes no tienen diagnóstico de hipertensión, se les encontró presión elevada.
- ❖ Quienes tienen diagnóstico de diabetes tienen peso normal sólo en un 15,5%.

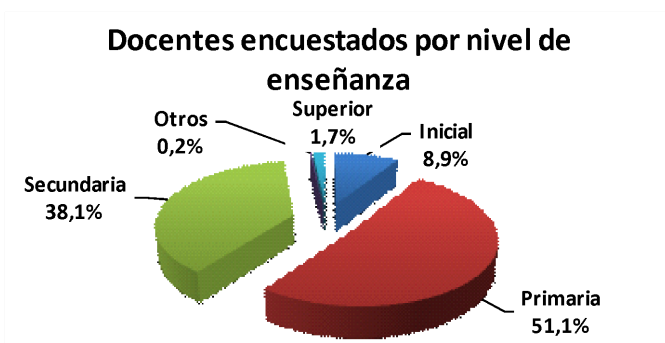
Caracterización de la población que subió a las UMP

Se visitaron 36 de los 135 partidos de la Provincia.



La distribución por región supone una sobrerrepresentación de los docentes del Gran Buenos Aires, dado que la población docente total de la Provincia se distribuye equitativamente entre conurbano e interior. Esto responde simplemente a que se realizó una mayor cantidad de salidas en el conurbano, con una concentración en la zona sur del mismo. Esta concentración no sucedió en 2016, en ese año las personas que subieron a las UMP se distribuyeron en forma pareja en las regiones sur, norte y oeste del Gran Buenos Aires.

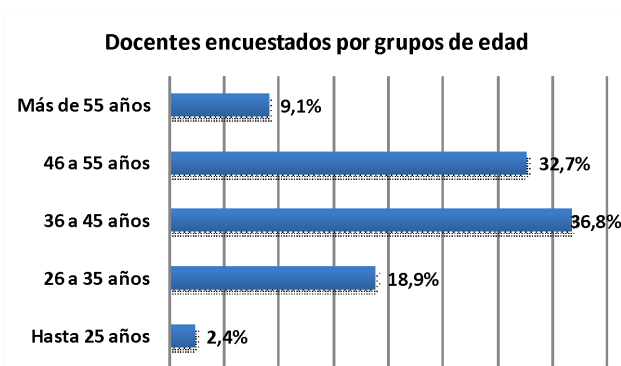
El promedio de docentes que se acercaron a la Unidad en cada visita es igual en conurbano e interior.



Al igual que en años anteriores, los niveles inicial y superior tienen un peso menor que en la población docente total, siendo el nivel primario el que muestra un peso

porcentual mayor y con más diferencia respecto de su peso en la población total. El nivel superior es el que se encuentra más subrepresentado en este relevamiento.

Los docentes relevados son mujeres en un 85,4%, manteniendo la distribución de los casos registrados por las UMP en años anteriores, y superando en algunos puntos el porcentaje de mujeres en la población docente total de la provincia. Al igual que en la población total, los varones se concentran fuertemente en el nivel secundario, donde alcanzan el 25% del total del nivel.



Se ve una concentración en la franja de 35 a 45 años (36,8%), y en segundo lugar en la de 46 a 55 años (32,7%).

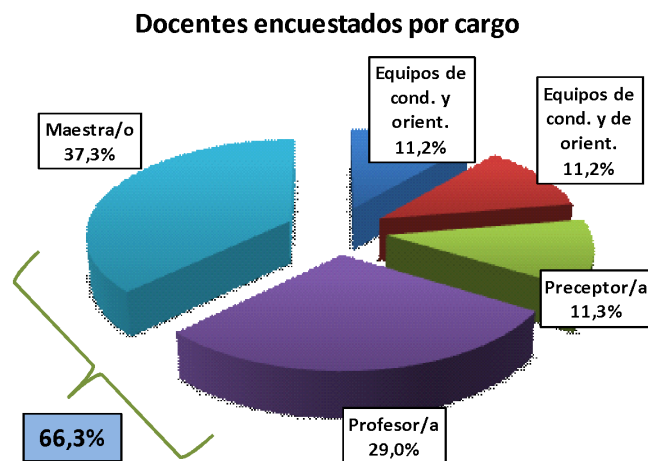
La distribución por edad de los docentes encuestados refleja la estructura de edad de la población docente total provincial según el Censo Nacional del Personal de los Establecimientos Educativos de 2014.

En relación con la antigüedad en la docencia, la mayor concentración se ubicó en la franja de hasta 10 años de antigüedad (38,3%). Esto mismo sucedió en 2016 y en 2008, lo cual indica en principio que no se trata de un fenómeno específico de 2018.

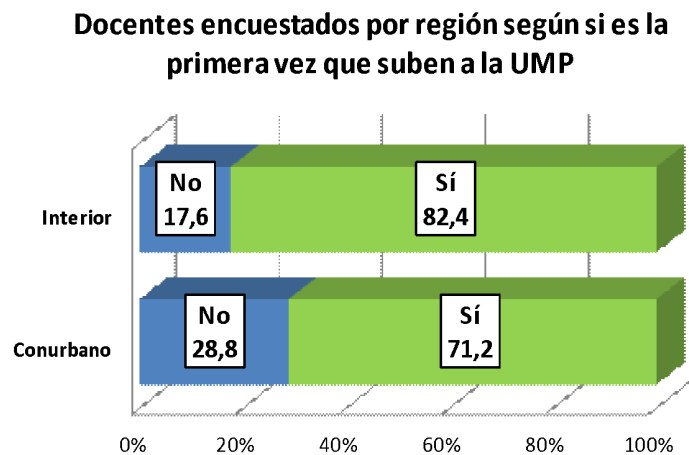
El 34,8% tiene entre 11 y 20 años de antigüedad, y el 26,9% restante más de 20 años en la actividad. El análisis cruzado de la edad y la antigüedad indica una proporción significativa de docentes con un comienzo algo tardío de la actividad docente.

El 59% de los docentes que subieron a la UMP trabajan en más de un cargo o su equivalente en horas, dato que coincide con lo arrojado por la Encuesta Nacional CTERA 2017 en la Provincia. Según esta Encuesta, los docentes bonaerenses son el

único o principal sostén económico del hogar en el 61% de los casos, y el 67,1% trabaja en dos escuelas o más.



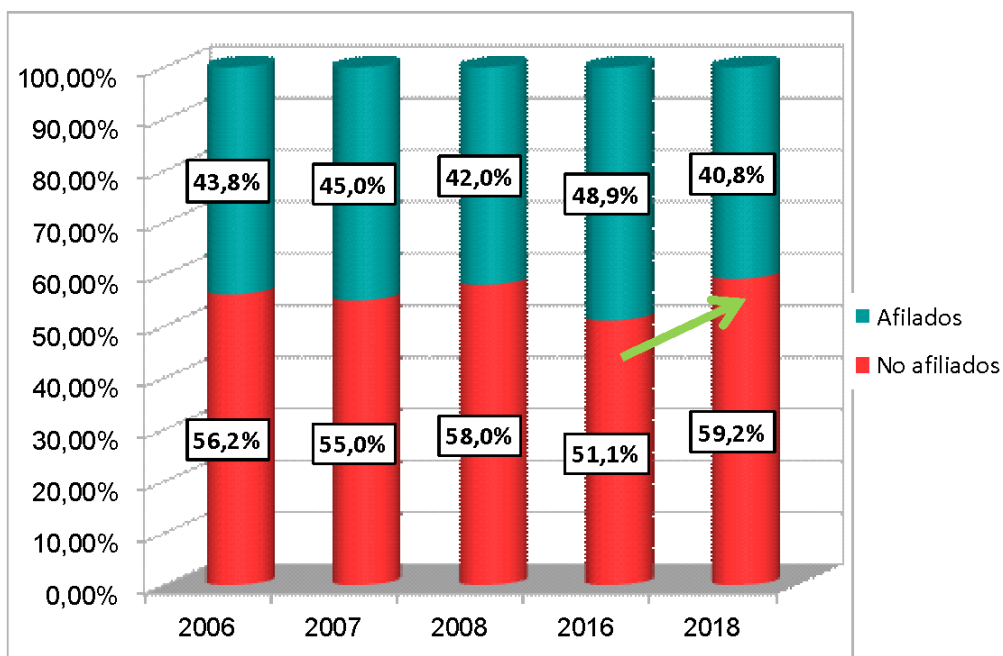
Los docentes encuestados son mayoritariamente maestros y profesores, reflejando el peso de los docentes frente a alumnos que registró el CENPE 2014 en Pcia. de Buenos Aires. La distribución de cargos en su conjunto es muy similar a la relevada por dicho Censo.



Continúa siendo muy elevada la proporción de docentes que suben por primera vez a la UMP, en toda la provincia (75%) y especialmente en el interior (82,4%). En 2016 el porcentaje fue muy similar: 77%. En el nivel inicial se registra una proporción algo mayor de docentes de primera vez que en primaria y secundaria. Quienes mayormente han subido por primera vez son los docentes más jóvenes: en la franja de 26 a 35 años se acercó por primera vez el

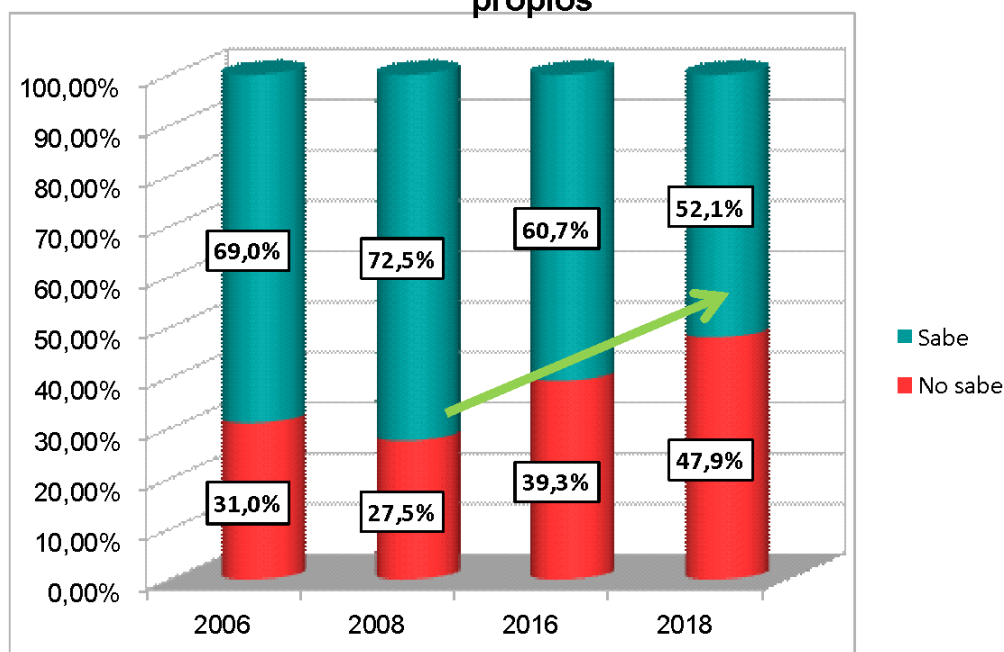
86,3%, mientras que en la de 46 a 55 este porcentaje desciende al 67,2%. En consonancia con este dato, es también mayor el porcentaje de primera vez entre las/os docentes con hasta 10 años de antigüedad. **Las/os docentes de menor antigüedad y de entre 26 y 35 años son el segmento mayoritario entre quienes suben por primera vez a las unidades.**

Docentes que subieron a la UMP por año según condición de afiliación al sindicato



De los años analizados, en 2018 se observa el porcentaje menor de afiliados entre quienes subieron a las UMP (40,8%). Esto puede guardar relación con los motivos definidos para la selección de las escuelas a visitar, haciendo uso de las UMP como vía de contacto. Surge esa hipótesis porque la población relevada este año no difiere en términos de edad o antigüedad de la de años anteriores, y porque no se registra un descenso en el nivel de afiliación general al sindicato en la provincia. Estos datos de caracterización de la población que se acercó a las UMP podrían ser de utilidad a la hora de hacer la planificación de las visitas, como se sugiere en el material que se envía habitualmente desde la coordinación de las UMP.

Docentes que subieron a la UMP por año según si saben que Suteba tiene centros de salud propios

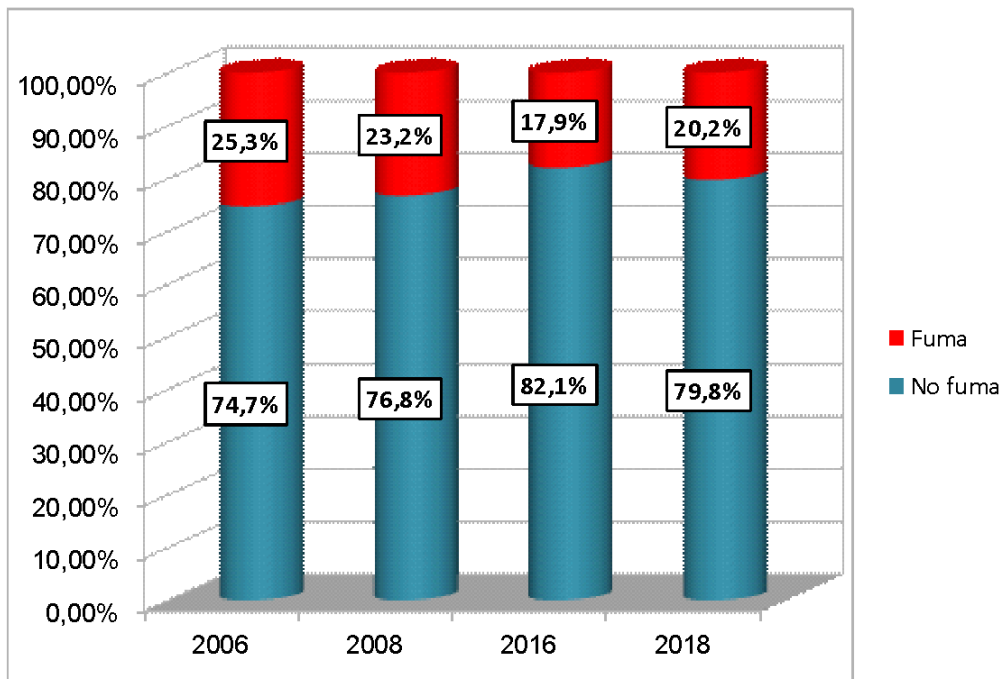


La proporción de quienes respondieron no saber que Suteba tiene centros de salud propios resulta en 2018 muy alta en términos relativos, lo cual puede relacionarse con que hubo un mayor porcentaje de no afiliados que en años anteriores. En conurbano quienes saben sobre los CAPs alcanzan el 62,3%, superando apenas el porcentaje del total en 2016 (ese año el porcentaje de docentes de interior fue el mismo que en 2018). Entre las/os afiliadas/os de conurbano hay un 11,5% que no conocen la existencia de los centros de salud. Más de la mitad de estos afiliados son de partidos en los que no hay centros salud (Esteban Echeverría, Ezeiza y Hurlingham mayormente), y el resto (el 40% de estos afiliados de conurbano que no saben de la existencia de los centros) son de partidos en los que sí hay centro de salud (mayormente La Matanza).

Como es de esperar, las/os docentes de menor antigüedad refirieron conocerlos en menor proporción. La proporción de quienes respondieron conocerlos es ligeramente mayor en el nivel secundario (54% versus un 50% en inicial y primaria).

Factores de riesgo cardiovascular

Docentes que subieron a la UMP por año según tabaquismo



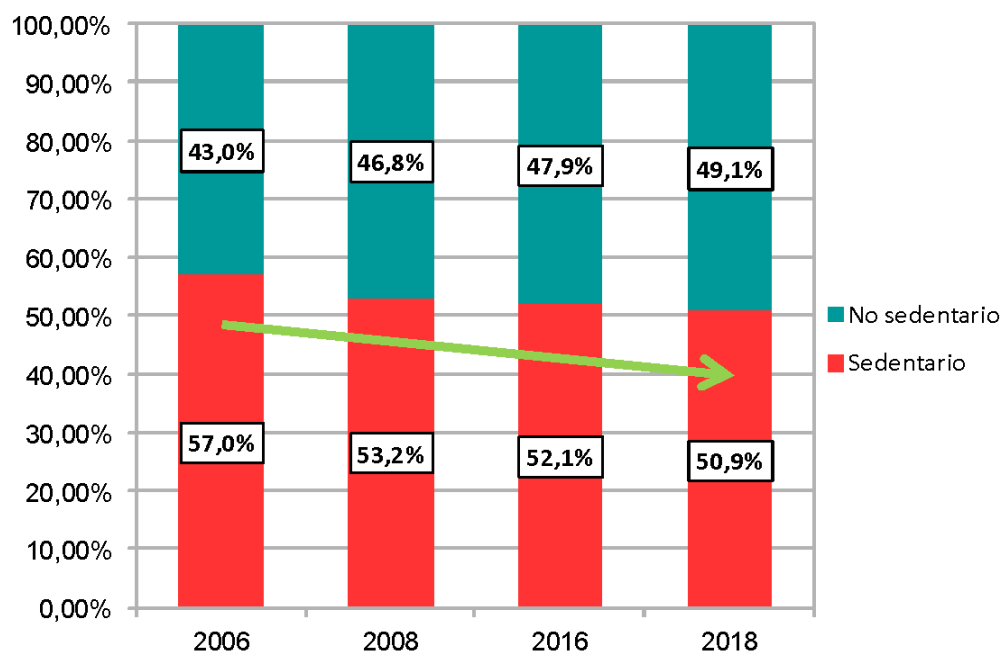
Se observa un incremento en el porcentaje de fumadores respecto de 2016. Asimismo, quienes intentaron dejar de fumar alcanzan el 69,8%. Ese porcentaje en 2016 fue muy superior: 85%.

El porcentaje de personas que fuman va descendiendo al avanzar la edad, con excepción del grupo de más de 55 años, en el que el porcentaje vuelve a ser elevado (27,0%). La franja etaria con mayor porcentaje de tabaquismo es la de hasta 25 años (34,8%). No se observa un comportamiento diferencial por género, y la diferencia por región es mínima: en el interior el porcentaje de tabaquismo es mayor que en el conurbano por menos de dos puntos porcentuales.

Un comportamiento similar tiene el intento de dejar de fumar analizado por edad: el porcentaje de personas que respondieron haber intentado va ascendiendo con la edad, y vuelve a descender en el grupo de más de 55 años.

No se observa correlación entre el tabaquismo y otros factores de riesgo relevados.

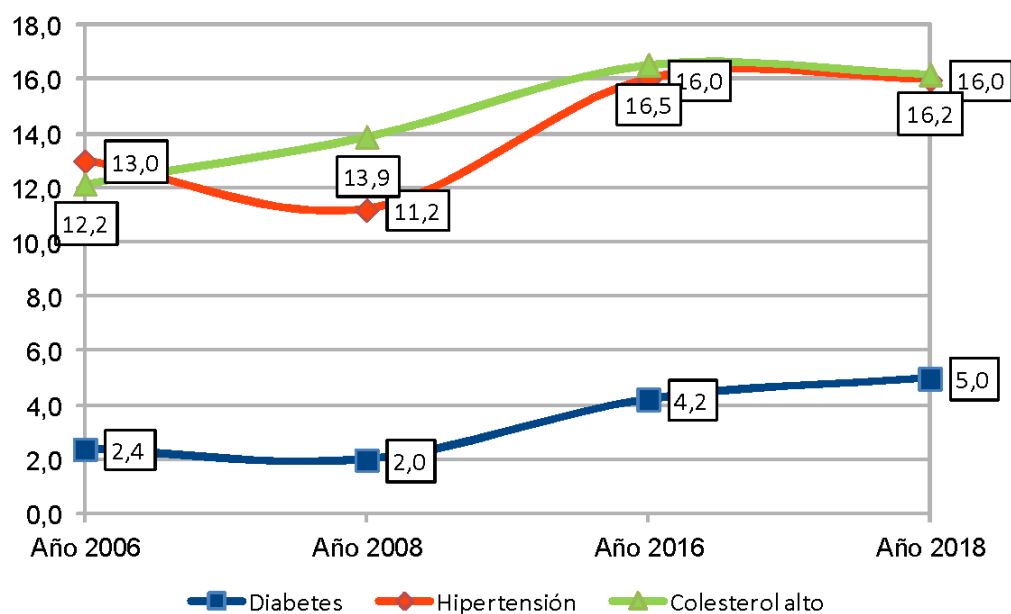
Docentes que subieron a la UMP por año según si realizan actividad física regular



Los datos relevados muestran una relación esperable entre la actividad física y los siguientes factores:

- A mayor cantidad de horas de trabajo, menor peso de la población que respondió hacer actividad física regular.
- La proporción de las/os docentes que respondieron realizar actividad física va disminuyendo al avanzar la edad. El salto más marcado se observa en los grupos etarios mayores a 35 años.
- En el interior respondieron hacer actividad física en una proporción mayor al conurbano (8 puntos porcentuales más).
- Entre quienes no hacen actividad física regular se registran proporciones más altas de obesidad.
- Se observa una asociación inversamente proporcional entre la actividad física y el hábito de picotear lo primero que se tiene a mano cuando se tiene hambre, que es la variable relevada de alimentación con mayor correlación con el sobrepeso y la obesidad. Con una diferencia de diez puntos porcentuales, quienes realizan actividad física regular refirieron picotear en menor medida que quienes no tiene esa práctica, lo cual estaría indicando un conjunto de hábitos vinculados entre sí.

Docentes que subieron a la UMP por año según si refirieron tener diabetes, hipertensión y colesterol alto (%)



Los valores relevados en relación a diagnóstico de diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia no presentan variaciones significativas respecto de 2016.

Si bien en el caso de la diabetes se observa un incremento porcentual, al igual que los otros dos registros se encuentra por debajo de las mediciones disponibles para la población general.

El análisis de la distribución del diagnóstico de diabetes en forma cruzada con las preguntas relativas a hábitos alimentarios muestra, del mismo modo que en 2016, la correlación entre ese diagnóstico y la respuesta indicando que habitualmente no pueden prever satisfactoriamente las comidas en el hogar, hacer las compras y cocinar. Entre quienes pueden hacer esta previsión el porcentaje de diagnóstico de diabetes es del 4,7%, mientras que entre quienes respondieron no poder tener esa previsión y organización es del 7,6%, lo cual es una diferencia muy significativa. Por otro lado, cerca de la mitad de las personas con diagnóstico de diabetes respondió consumir facturas, bizcochitos, galletitas dulces, etc. varias veces por semana, lo cual sería indicio de que una buena parte de esta población tendría algunos hábitos alimentarios que no forman parte de una dieta indicada para esa condición.

En el caso de las personas con diagnóstico de hipercolesterolemia la posibilidad de prever y organizar las comidas en el hogar no resulta tan significativa. En general no se observa una asociación tan marcada con los hábitos alimentarios.

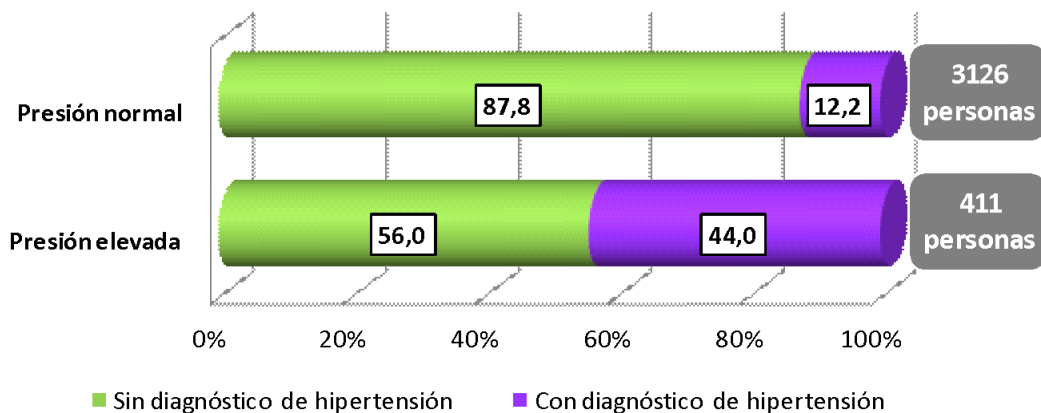
Las proporciones de hipertensión e hipercolesterolemia muestran una asociación con el índice de masa corporal, pero esa asociación es más marcada en el caso de la diabetes. Las diferencias incrementales en la proporción de diabetes por sobrepeso y obesidad son mayores.

Las tres patologías aumentan fuertemente a medida que avanza la edad.

Respecto de la distribución por sexo, en el caso del diagnóstico de hipertensión no se observan diferencias. Sin embargo, el porcentaje de mujeres con la presión elevada al momento de la visita fue del 10,3%, mientras que para los hombres este porcentaje fue del 16,7%.

En el caso de la diabetes se registra un porcentaje mayor entre las mujeres, mientras que en el de hipercolesterolemia el porcentaje entre los hombres es levemente superior.

Docentes según medición de la presión arterial tomada en la UMP por diagnóstico de hipertensión



La campaña desarrollada en las UMP incluyó la toma de presión en la consejería, lo cual nos permite cruzar los datos obtenidos por esa vía con el diagnóstico de hipertensión referido en los autocuestionarios. Puede verse en el gráfico que del total de docentes a quienes se les detectó la presión elevada, el 56,0% no tiene diagnóstico

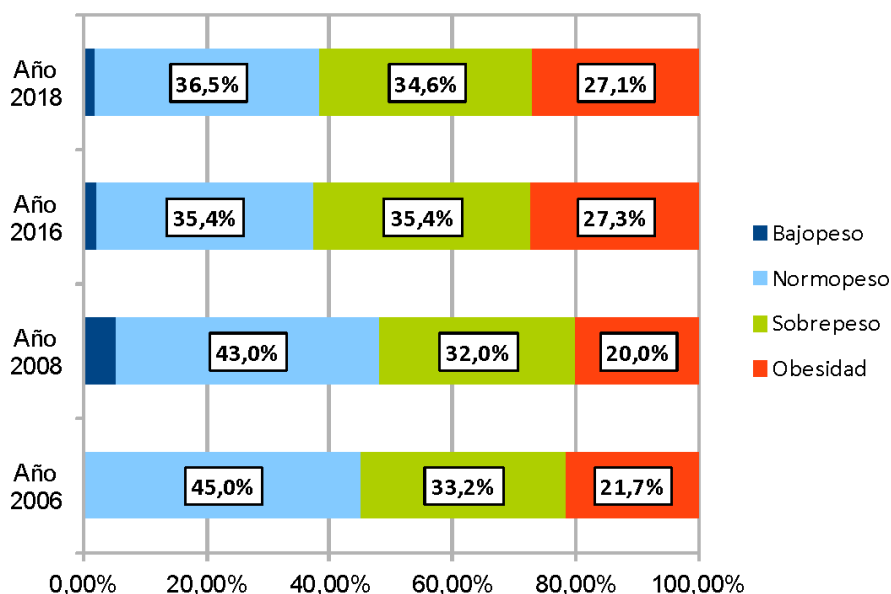
de hipertensión. El 44,0% restante, por otro lado, tiene ese diagnóstico previo y la presión elevada al momento de la toma.

Poniendo en relación estos datos con los hábitos alimentarios, cabe mencionar que el porcentaje de consumo de hamburguesas industriales, salchichas, fiambres, embutidos o prefritos (medallones, patitas, bastoncitos) varias veces por semana es igual entre quienes tienen diagnóstico de hipertensión y quienes no lo tienen: 28%. Por otro lado, el 17,5 de las/os docentes diagnosticados con hipertensión suele agregarle sal a la comida ya servida. Este porcentaje es de 22,1% para quienes tenían la presión elevada en la visita de la UMP.

Asimismo, quienes registraron presión elevada respondieron en menor proporción hacer actividad física regular.

Índice de masa corporal y hábitos alimentarios

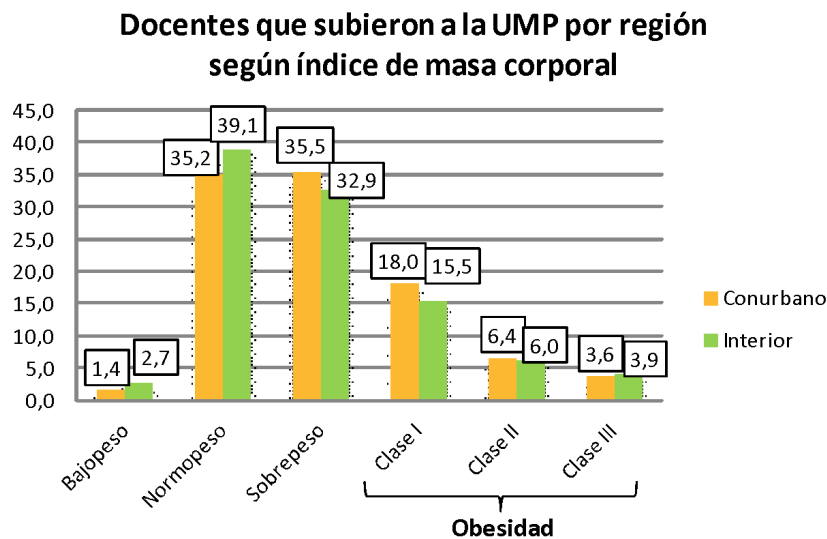
Docentes por año según índice de masa corporal



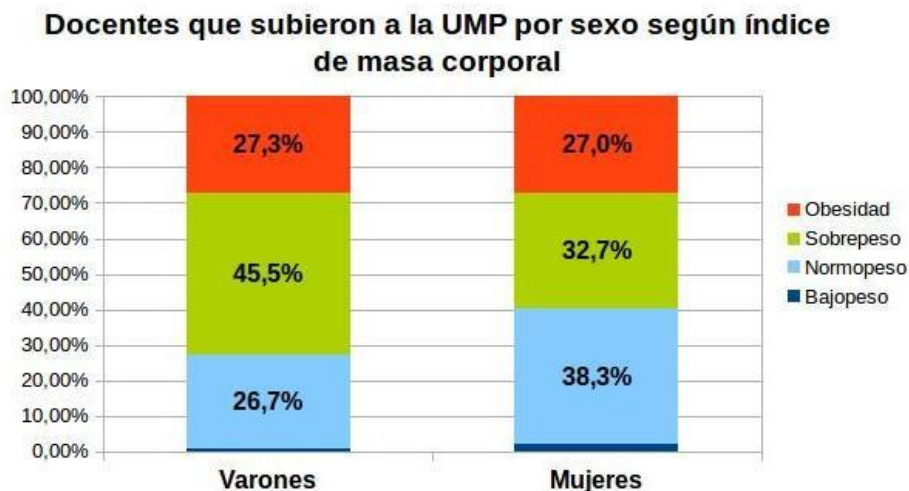
La distribución de la población docente relevada en cuanto al índice de masa corporal es prácticamente igual a la registrada en 2016. Para analizar la diferencia con años anteriores sería necesario estudiar otras características de las

poblaciones relevadas en cada ocasión en lo relativo a ubicación geográfica y edad, entre otras variables.

Las proporciones de sobrepeso y obesidad registran un incremento notable al avanzar la edad.



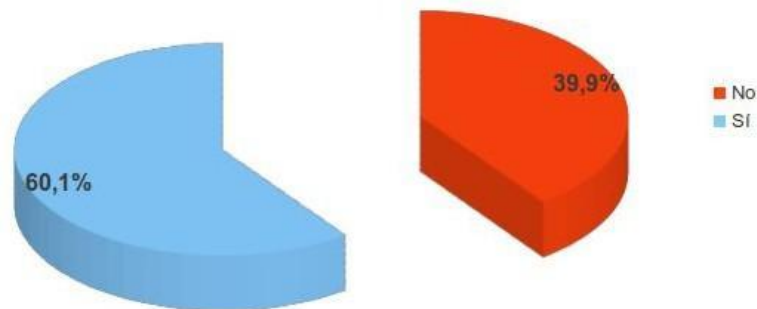
Puede observarse en el gráfico precedente una diferencia significativa entre conurbano e interior de la provincia: en el interior se registra una mayor proporción de bajopeso y normopeso. Puede pensarse que este hecho refleja la complejidad de la cuestión en términos de la diversidad de variables que intervienen y que forman parte de las condiciones de vida y de trabajo.



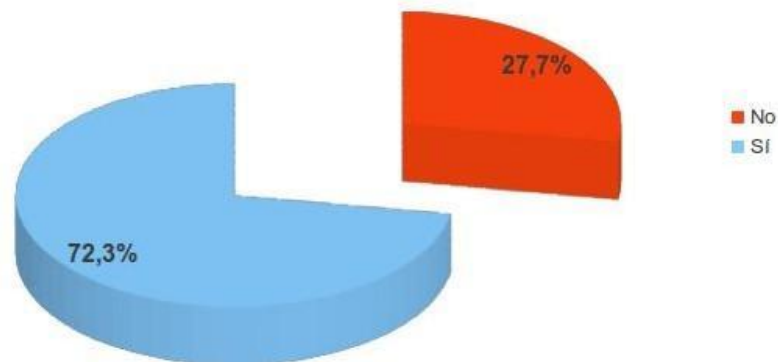
Como puede verse en el gráfico, la distribución del IMC presenta variaciones muy significativas por sexo. Si bien la proporción de obesidad es la misma, los hombres registran una proporción de sobrepeso mayor por 13 puntos porcentuales, lo cual se traduce en un porcentaje menor (en la misma medida) de normopeso.

Hábitos alimentarios

Docentes que subieron a la UMP según si habitualmente tienen un rato, aunque sea breve, para dedicar exclusivamente a almorzar



Docentes que subieron a la UMP según si habitualmente cuentan con un lugar donde sentarse a almorzar



Condiciones de trabajo y alimentación:

Los gráficos precedentes brindan importantes elementos de contexto para el análisis de los

datos sobre hábitos alimentarios recogidos en las UMP: el 40% de las/os docentes relevados no tienen habitualmente un rato para dedicar a almorzar, y el 28% no cuenta con un lugar donde sentarse a almorzar.

En relación con el consumo de diferentes tipos de alimentos, en la comparación con los datos de 2016 se observa que el consumo de lácteos es algunos puntos menor, el de panes/cereales y frutas/verduras es igual, mientras que el de carnes es mayor por algunos puntos porcentuales.

Asimismo, que quienes hacen regularmente las cuatro comidas diarias comen más variedad de alimentos.

Respecto de la ingesta de agua, en nivel inicial el porcentaje de quienes toman dos litros o más por día es menor que en los otros niveles de enseñanza.

Las/os promotores y referentes políticos que acompañan las unidades han referido en sus informes sintéticos por escuela (implementados a partir de septiembre de 2019) fuertemente las problemáticas que comentan las/os docentes en la consejería para el consumo adecuado de agua durante la jornada por accesibilidad, disponibilidad, tiempos en la organización del trabajo, entre otros motivos.

El análisis integrado de las variables relevadas muestra que el consumo diario de frutas y verduras está asociado con un conjunto de hábitos alimentarios y actividad física, y con las percepciones en relación con la propia alimentación.

Quienes consumen frutas y verduras diariamente refirieron estar en mayor medida conformes con su alimentación, y tienen en menor proporción consumos considerados poco saludables (bebidas azucaradas todos los días, golosinas y snacks varias veces por semana, etc.). En este sentido, quienes realizan actividad física regular comen frutas y verduras diariamente en un 81,0%, mientras que quienes no tienen esta práctica comen estos alimentos diariamente en un 68,2%, mostrando una marcada diferencia de 12,8 puntos porcentuales.

El cruce de los datos sobre el consumo de estos alimentos (bebidas azucaradas, golosinas y snacks, facturas, galletitas dulces y similares, hamburguesas y prefritos)

con el índice de masa corporal muestra que el salto significativo se ubica entre quienes respondieron no consumir ninguno de estos alimentos en la frecuencia indicada en el cuestionario y quienes respondieron tener al menos uno de esos consumos. La diferencia en la proporción del normopeso es de 7 puntos porcentuales. Por el contrario, no se observa una diferencia notable entre quienes tienen alguno de estos consumos y quienes los tienen todos.

Este mismo comportamiento se da en relación a estar conforme con la propia alimentación: la diferencia se da entre quienes no tienen ningún consumo poco saludable y quienes tienen alguno o todos. Por el contrario, en relación a considerar la propia alimentación saludable sí marca una diferencia tener algún consumo poco saludable o tenerlos todos.

El análisis individual de estos consumos indica que el de hamburguesas y prefritos es el que tiene una mayor correlación con proporciones más altas de sobrepeso y también con una menor conformidad con la propia alimentación. Por otro lado, dentro de los consumos poco saludables el que registra una proporción más alta es el de facturas, galletitas dulces, cremonas, bizcochitos, etc.

Otras variables que muestran una asociación significativa con el índice de masa corporal son:

- La posibilidad de prever las comidas en el hogar, hacer las compras necesarias y cocinar. Entre quienes respondieron poder darse esta organización el porcentaje de normopeso es del 37,9%, mientras que entre quienes respondieron no tener esa posibilidad es del 31,4%.
- Comer alimentos o preparaciones de bajo valor nutritivo por falta de tiempo y/o de organización en la jornada laboral.
- En menor medida, la realización de las cuatro comidas todos los días.
- Tener un rato para dedicar exclusivamente a almorzar. Este factor parece tener más impacto en el IMC que el tener un lugar para sentarse a almorzar. No hay diferencia importante en el tener un rato para almorzar entre conurbano e interior, si bien el porcentaje de quienes sí cuentan con él es un poco mayor en el interior. No se observan diferencias por nivel y horas de trabajo semanales.
- **El picoteo de lo primero que se tiene a mano cuando se tiene hambre, que aparece como variable de corte muy significativa en ese sentido.** La

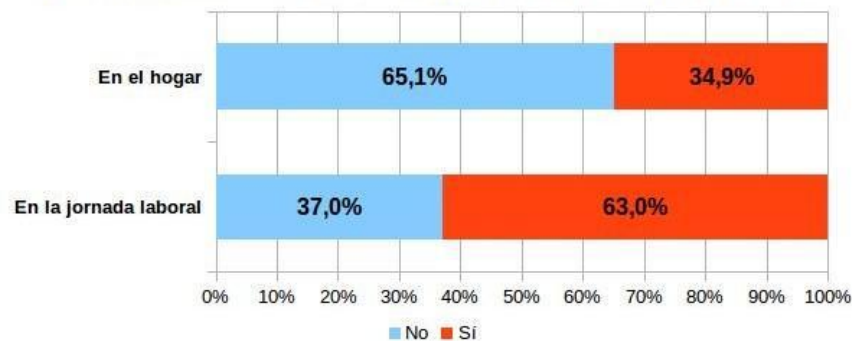
proporción de quienes respondieron que tienen la práctica del picoteo es mayor a más horas de trabajo, y va disminuyendo con la edad.

El picoteo es una variable que impacta enormemente en la percepción de la propia alimentación. La diferencia entre quienes picotean lo primero que tienen a mano cuando tienen hambre de quienes no lo hacen respecto a si están o no conformes con su alimentación es de 32 puntos porcentuales (61,2% versus 29,0%).

- Las percepciones sobre la propia alimentación. Tanto estar conforme con la alimentación como considerarla saludable están asociadas fuertemente con el IMC.

Por otro lado, no aparece una relación entre el hábito de agregarle sal a la comida servida y el IMC. Sí tiene un impacto en la valoración personal de la alimentación en el sentido de que quienes refieren tener ese hábito consideran en menor medida su alimentación saludable.

Docentes según si suelen comer alimentos o preparaciones de bajo valor nutritivo por falta de tiempo y/o de organización durante la jornada laboral y en su hogar



Condiciones de trabajo y alimentación:

El gráfico ilustra claramente el impacto de las condiciones y organización del trabajo en la alimentación: mientras que sólo el 35% de las/os docentes comen alimentos de bajo valor nutritivo por falta de tiempo y/o de

organización en su hogar, durante la jornada laboral este porcentaje asciende al 65%.

En relación con las percepciones referidas a la alimentación, comer solamente cuando se tiene hambre no parece tener vinculación con estar conforme con la propia alimentación ni tiene correlación con el picoteo.

Los hombres respondieron en mayor proporción que las mujeres estar conformes con su alimentación, sin que esto signifique que la consideren saludable también en mayor medida. Entre las mujeres se registra una diferencia mucho mayor entre estar conforme y considerarla saludable. Es decir, una cantidad significativa considera su alimentación saludable pero no está conforme con ella. Esto que no sucede entre los hombres.

Algo similar sucede con el interior y el conurbano. En el conurbano hay una parte mayor de la población docente relevada que considera su alimentación saludable pero no se manifiesta conforme.

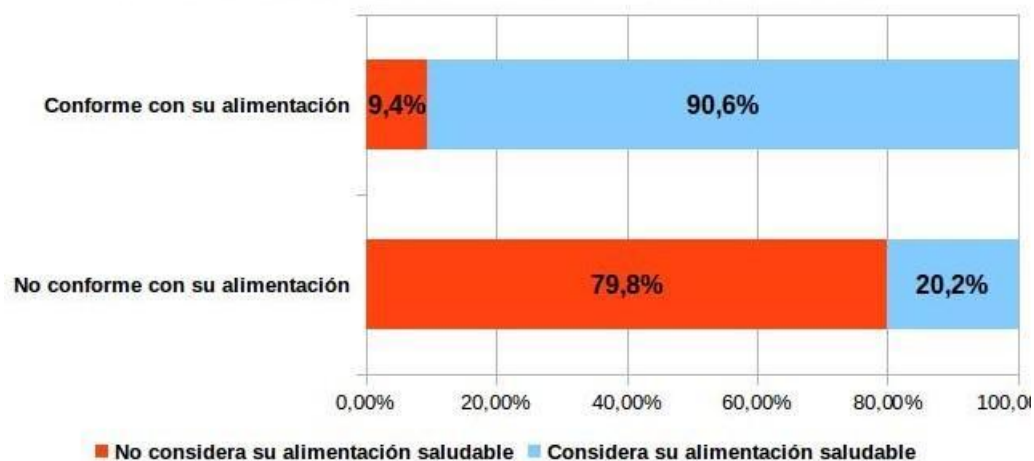
Los datos analizados hasta aquí sobre hábitos alimentarios, índice de masa corporal y actividad física ilustran el carácter holístico e interrelacionado de los factores intervinientes, entre los que se encuentra también la cuestión de la comensalidad. Como dato interesante, se relevó que quienes comparten alguna de las comidas con otras personas hace las cuatro comidas diarias en un 57,4%, mientras que quienes no comparten ninguna comida con otras/os hacen las cuatro comidas en un 44,4%. Asimismo, la estrategia alimentaria durante la jornada laboral en el marco de las condiciones de vida y de trabajo y su impacto en el índice de masa corporal.

Condiciones de trabajo y alimentación: Las/s docentes que refirieron tener un rato para dedicar exclusivamente a almorzar registran 7 puntos porcentuales de normopeso por encima de quienes no disponen de ese rato.

La existencia de diferencias sustantivas entre las respuestas a la pregunta sobre si está conforme con su alimentación y a la pregunta sobre si considera que su alimentación es saludable hablan de la complejidad y no linealidad de la cuestión alimentaria. La indagación sobre si se está conforme apunta al hecho alimentario en su integralidad, dando cuenta de una relación de comodidad, de cierto grado de satisfacción, o de cierto grado de conflicto e insatisfacción en relación a esa cuestión, lo cual puede responder a motivos muy diversos.

Como se mencionó más arriba, la asociación entre las percepciones con el índice de masa corporal es muy marcada: quienes están conformes con su alimentación tienen peso normal en un 44,0%, mientras que entre quienes no están conformes el porcentaje de normopeso es del 27,8%. Una asociación similar se da entre quienes consideran su alimentación saludable y quienes la consideran no saludable.

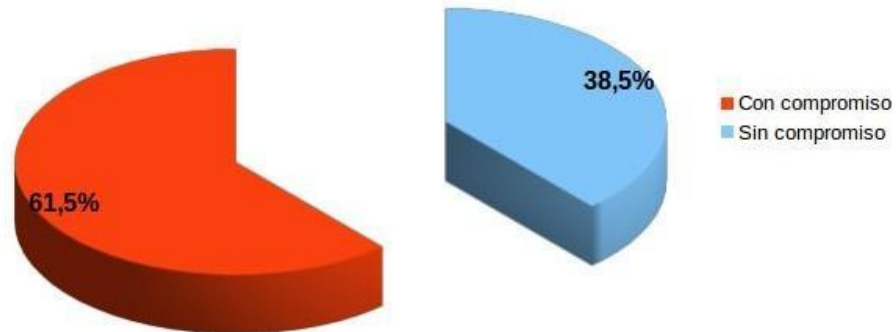
Docentes que subieron a la UMP según si están conformes con su alimentación por si la consideran saludable



Estos datos confirman una perspectiva para trabajar en consejerías y talleres basada en un abordaje que dé cuenta de los múltiples factores que conforman la cuestión alimentaria (con quiénes comemos, cuándo, dónde, por qué, en qué marco cultural y socioeconómico, etc.). Y que tenga como eje al sujeto y sus colectivos de pertenencia (familia, compañeras/os de trabajo, sociedad en general) en el contexto de sus condiciones de vida y de trabajo, apuntando a fortalecer su autonomía y su posibilidad de desarrollar estrategias al respecto.

Escala RASAT

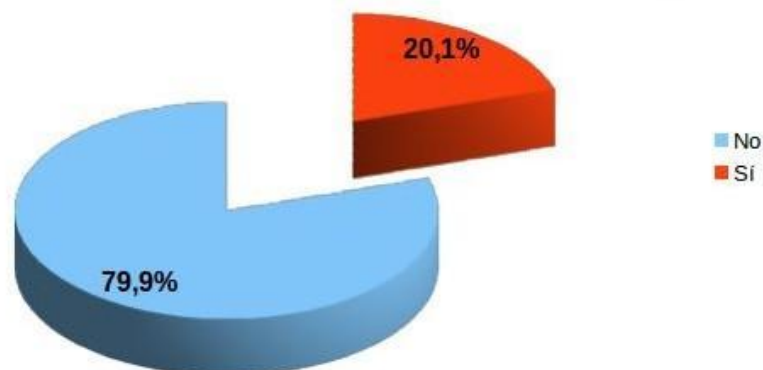
Docentes que subieron a la UMP según compromiso de la voz en base a escala RASAT



El 61,5% de los docentes evaluados presentaron algún tipo de compromiso de la voz (de leve a grave) en algunas de las características (ronquera, aspereza, soplo, astenia y tensión).

Este dato resulta consistente e indica que la herramienta funcionó adecuadamente.

Docentes que subieron a la UMP según reflujo



Las/os docentes que respondieron tener reflujo registran en mayor proporción compromiso de la voz que quienes respondieron no tenerlo (72,3% vs. 56,2%).

Docentes que subieron a la UMP según ronquera, aspereza, soplo, astenia y tensión en la voz



TENSIÓN se refiere a esfuerzo vocal (hiperfunción) relacionado con trastornos funcionales, con aumento de la actividad de la musculatura extrínseca de laringe.

RONQUERA se refiere a irregularidad vibratoria de la mucosa de las cuerdas, que se percibe ante la presencia de nódulos, edemas.

SOPLO indica el escape de aire, la voz aérea o soplada, la pérdida de aire a través de las cuerdas, refiere hiatus

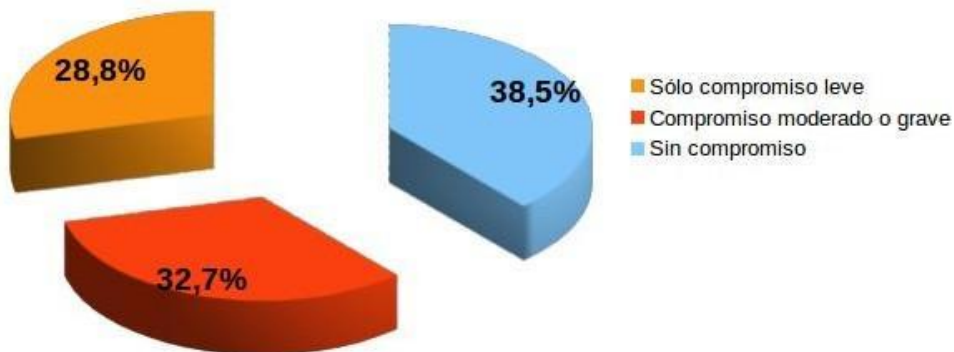
Hay que mencionar aquí que las características tensión y soplo son manifestaciones iniciales de la disfonía.

Siendo la TENSIÓN la característica más afectada, la mayoría presenta grado LEVE.

Le siguen la RONQUERA y el SOPLO con porcentajes de grado LEVE y MODERADO muy similar.

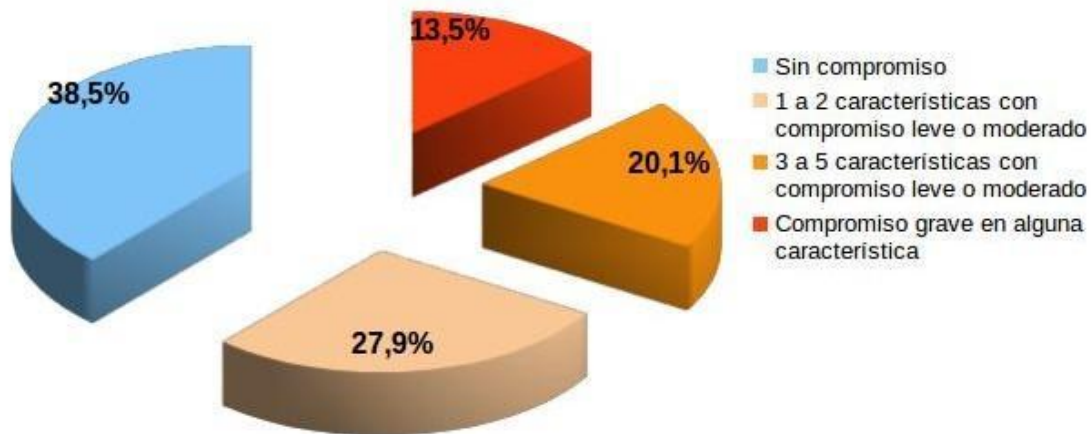
Respecto de la valoración GRAVE, se acuerda que son docentes que no deberían encontrarse frente al aula, motivo por el cual la cantidad de docentes con grado grave o severo debería ser mínimo.

Docentes que subieron a la UMP según grado de compromiso de la voz en base a escala RASAT)



En cuanto al grado de afectación la mayor parte de los docentes con compromiso RASAT tienen grado MODERADO y/o GRAVE con porcentaje de 32,7%.

Docentes que subieron a la UMP por grado de compromiso y cantidad de características con compromiso según escala RASAT



Vemos en este gráfico que un 13,5% de las/os docentes relevados registran al menos una de las características analizadas en grado severo o grave. Se trata mayormente de profesoras/es y maestras/os, y en mucha menor medida preceptoras/es. Se registra también una proporción baja de miembros de equipos de conducción y orientación en esta situación.

Por otro lado, vemos también en el gráfico que un 20,1% registra entre 3 y 5 características afectadas con grados leve y/o moderado.

Análisis de la escala RASAT por carga horaria, antigüedad y cargo:

→ A mayor carga horaria, mayor compromiso RASAT.

Quienes trabajan más de 20 horas semanales registraron compromiso en un 61,2%, mientras que en el caso de quienes trabajan menos de 20 horas el porcentaje de compromiso es del 48,8%.

Asimismo, quienes trabajan más horas registran un mayor grado de afectación, mayor proporción de casos con grados moderado y grave.

→ El incremento en el compromiso de la voz al aumentar la antigüedad es pequeño: es de 57,7% en la franja de hasta 10 años de antigüedad y de 62,1% en la de más de 20 años. La diferencia no es tan significativa, además, si se tiene en cuenta que las/os docentes con menor antigüedad trabajan menos cantidad de horas en promedio.

→ El grupo de entre 11 y 20 años de antigüedad registra mayor proporción de compromiso moderado o grave que el de más de 20 años. Esto podría explicarse por el hecho de que el grupo de mayor antigüedad le duplica la proporción de docentes que no están frente a alumnos en forma directa (equipo de conducción y de orientación escolar).

→ En ese sentido, se observa que el compromiso de la voz varía significativamente según el cargo. El porcentaje de docentes de conducción y orientación escolar con compromiso es inferior por más de diez puntos porcentajes al que registran maestras/os y profesoras/es.

→ Quienes presentan una mayor proporción con afectación moderada o grave son los profesores. Alcanzan un 17,8% con alguna característica con compromiso grave, contra un 13,5% con esta condición del total relevado. Entre las/os maestras/os el porcentaje de compromiso grave es similar al del total.

→ Analizando el compromiso RASAT por nivel de enseñanza, se observa una proporción algo menor de compromiso en inicial, y porcentajes similares en primaria y secundaria. Sin embargo, consistentemente con lo

comentado en el punto anterior, **en secundaria se encuentra una mayor proporción con grados más graves de afectación.**

Los datos confirman que tomar abundante agua contribuye a la prevención de las patologías de la voz: quienes consumen dos litros de agua o más por día registran 12 puntos porcentuales menos de compromiso de la voz que quienes no los consumen.

Cobertura territorial

Escuelas visitadas

Con los datos relevados a través de los autocuestionarios podemos calcular un estimado de la cantidad de escuelas visitadas. Se trata de un estimado debido al porcentaje significativo de error en las respuestas de las/os docentes sobre el nivel y modalidad de su escuela, lo cual fue comprobado mediante una revisión de cuestionarios.

Estas estimaciones arrojan los siguientes datos:

- **730 escuelas sobre 19387 en la provincia, 3,8%.**
- **Interior: 312 sobre 10502, 3,0%.**
- **Gran Buenos Aires: 418 sobre 8885, 4,7%.**

Partidos recorridos

Se visitaron:

- **18 de los 24 partidos del Gran Buenos Aires.**
- **18 de los 111 partidos del interior de la provincia.**
- **Un total de 36 partidos sobre los 135 de la provincia.**

Condición de afiliación y primera vez en la UMP



Totales provinciales:

- Docentes: 283.233
- Afiliados: 116.762
- Cotizantes: 84.730

Del mismo modo que en el análisis de las recorridas de 2016, **se observa que en los distritos en los que quienes subieron son afiliados en mayor medida que la media, la proporción de primera vez resulta más baja.** Entre aquellos distritos en los que subieron más docentes, esta situación se dio en Florencio Varela, Rauch, San Isidro, San Fernando y en menor medida en Lanús.

En concordancia con lo comentado, **se observa que en los distritos en los que subió una menor proporción de afiliados, el porcentaje de primera vez es superior a la media del total** (La Plata, Cañuelas y Luján).

Por otro lado, **en algunos partidos, a pesar de que la proporción de afiliados fue igual o superior a la media, hubo un peso muy elevado de docentes que subieron por primera vez.** Es el caso de Bahía Blanca, Malvinas Argentinas, Gral. San Martín y en menor medida de La Matanza. Dado que se ha analizado que la proporción de primera vez es significativamente mayor entre las/os docentes más jóvenes, cabe mencionar que estos partidos no se caracterizan por haber concentrado una población más joven en las UMP. El porcentaje alto de primera vez en estos partidos puede deberse a que ha recibido menos visitas de las UMP que otros bajo

análisis, o, en el caso de La Matanza, que la población docente y la población afiliada es mucho mayor en términos absolutos.

Docentes que subieron a la UMP por partido

Partido	Frecuencia	Porcentaje
LA MATANZA	482	12,8
EZEIZA	270	7,2
LA PLATA	264	7,0
LANUS	241	6,4
ESTEBAN ECHEVERRIA	237	6,3
FLORENCIO VARELA	236	6,3
CAÑUELAS	181	4,8
HURLINGHAM	174	4,6
LUJAN	136	3,6
MORENO	134	3,6
ALTE. BROWN	115	3,1
PILAR	114	3,0
BAHIA BLANCA	104	2,8
RAUCH	99	2,6
MALVINAS ARGENTINAS	91	2,4
SAN ISIDRO	86	2,3
SAN FERNANDO	81	2,2
OLAVARRIA	76	2,0
SAN MIGUEL	73	1,9
AZUL	65	1,7
GRAL. SAN MARTIN	65	1,7

LOMAS DE ZAMORA	56	1,5
AVELLANEDA	48	1,3
BOLIVAR	45	1,2
JOSE C. PAZ	38	1,0
ZARATE	35	0,9
GRAL. BELGRANO	32	0,9
25 DE MAYO	27	0,7
GRAL. PAZ	21	0,6
MORON	21	0,6
SALADILLO	21	0,6
TAPALQUE	21	0,6
GRAL. ALVEAR	19	0,5
3 DE FEBRERO	18	0,5
ROQUE PEREZ	18	0,5
VILLARINO	16	0,4
Total	3760	100,0

Anexo 2: Autocuestionarios UMP

Autocuestionario de la Unidad Móvil de Prevención de SUTEBA

Este cuestionario es confidencial y no requiere datos personales.

Nº DE ESCUELA	PARTIDO
FECHA	

A. Factores de Riesgo Cardiovascular

Estas preguntas tienen como objetivo evaluar la presencia de factores de riesgo cardiovascular que pueden corregirse para evitar la aparición de enfermedad o su progresión. El médico trabajará junto a usted para poder asesorarla/o sobre prevención y optimizar el cuidado de su salud.

Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro	Edad <input type="checkbox"/> Hasta 25 <input type="checkbox"/> 26-35 <input type="checkbox"/> 36-45 <input type="checkbox"/> 46-55 <input type="checkbox"/> Más de 55
Cargo <input type="checkbox"/> Maestra/o <input type="checkbox"/> Preceptor/a <input type="checkbox"/> Eq. de orientación <input type="checkbox"/> Otro cargo docente <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Profesor/a <input type="checkbox"/> Eq. de conducción <input type="checkbox"/> Bibliotecario/a <input type="checkbox"/> Auxiliar <input type="checkbox"/> Estudiante	
¿Está actualmente con cambio de funciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nivel <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Serv. educativos complementarios / Otros	
Modalidad <input type="checkbox"/> Educ. común <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Técnico prof. <input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Artística <input type="checkbox"/> Domic./Hosp. <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Intercult. bilingüe <input type="checkbox"/> Contextos de encierro <input type="checkbox"/> Psic. y pedagogía <input type="checkbox"/> Educ. física <input type="checkbox"/> Otra	
Horas de trabajo semanales <input type="checkbox"/> Menos de 20 hs. <input type="checkbox"/> 20 hs. <input type="checkbox"/> Más de 20 hs.	Años de antigüedad en la docencia <input type="checkbox"/> Hasta 10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> Más de 20
1. ¿Es la primera vez que sube a la Unidad Móvil Preventiva de SUTEBA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Se realiza un control de salud preventivo anual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Fuma? Si fuma, ¿ha intentado dejar durante al menos 24 horas en el último año o piensa hacerlo en los próximos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Le han diagnosticado diabetes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Le han diagnosticado hipertensión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Tiene colesterol alto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Realiza caminatas, anda en bicicleta, corre o realiza alguna otra actividad aeróbica al menos 30 minutos seguidos 3 veces por semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. ¿Ha tenido o tiene padre, madre o hermanos/as con diabetes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Su madre o su padre ha fallecido antes de los 50 años por infarto o muerte súbita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. ¿Sabe que SUTEBA tiene Centros de Salud propios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. ¿Es afiliada/o a SUTEBA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Para ser completado por el profesional

T.A.:

I.M.C.:

Secretaría de Salud



B. Hábitos Alimentarios

A continuación le proponemos revisar algunos aspectos de su alimentación para poder trabajar sobre ellos en la UMP. Lo invitamos a reflexionar y contestar con la opción que más fielmente refleje su cotidianeidad.

1. ¿Consume diariamente leche, yogur y/o quesos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Consume panes, cereales (fideos, arroz, polenta, harinas, etc.) y/o legumbres (lentejas, porotos, garbanzos, etc.) todos los días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Consume carnes rojas o blancas todos los días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Consume frutas y verduras diariamente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Come golosinas o snacks varias veces por semana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Toma dos litros de agua o más por día (incluyendo té, café, mate, sopa)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Toma bebidas azucaradas (gaseosas o jugos industriales) todos los días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Toma dos o más medidas de bebidas alcohólicas todos los días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Suele agregarle sal a la comida ya servida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Consume hamburguesas industriales, salchichas, fiambres, embutidos o prefritos (medallones, patitas, bastoncitos) varias veces por semana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Consume facturas, galletitas dulces, bizcochitos de grasa, cremonas, panes con chicharrón o libritos varias veces por semana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Habitualmente en su hogar pueden prever qué comer, hacer las compras necesarias y cocinar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Suele comer alimentos o preparaciones de bajo valor nutritivo por falta de tiempo y/o de organización... durante la jornada laboral?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
en su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Come afuera o compra comida hecha varias veces por semana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Habitualmente hace las cuatro comidas (desayuno, almuerzo, merienda y cena)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
16. ¿Habitualmente tiene un rato, aunque sea breve, para dedicar exclusivamente a almorzar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17. ¿Habitualmente cuenta con un lugar donde sentarse a almorzar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18. ¿Come solamente cuando tiene hambre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
19. ¿Picotea lo primero que tiene a mano cuando tiene hambre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
20. ¿Realiza dietas de moda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
21. ¿Comparte alguna de las comidas del día con otras personas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
22. ¿Está conforme con la manera en que se alimenta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
23. ¿Considera que su alimentación es saludable?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

C. Tu voz sos vos. Puntaje Escala RASATI

Para ser completado por el profesional

Ronquera	<input type="text"/>
Aspereza	<input type="text"/>
Soplo	<input type="text"/>
Astenia	<input type="text"/>
Tensión	<input type="text"/>
Inestabilidad	<input type="text"/>
Reflujo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Secretaría de Salud



D. Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo

Tus respuestas a las siguientes preguntas sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo contribuirán a que centremos la mirada en la prevención de sucesos a los que nos enfrentamos los y las Trabajadoras de la Educación en nuestros puestos de trabajo.

1. ¿Conocés el Acuerdo Paritario Nacional Docente del año 2011, sobre las 12 Condiciones Básicas de Infraestructura Escolar?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
2. ¿Conocés el Plan de Prevención de esta escuela?				
<input type="checkbox"/> Sí, lo conozco bien				
<input type="checkbox"/> Lo conozco superficialmente				
<input type="checkbox"/> Sé que existe pero no conozco su contenido				
<input type="checkbox"/> No sé si hay o no hay Plan de Prevención en esta escuela				
<input type="checkbox"/> No hay Plan de Prevención en esta escuela				
3. ¿La infraestructura edilicia y/o el mantenimiento de la escuela son un problema en tu trabajo cotidiano?				
<input type="checkbox"/> Sí, son un problema muy importante <input type="checkbox"/> Sí, son un problema <input type="checkbox"/> No son un problema				
4. Pensando en las diferentes actividades que conforman tu proceso de trabajo, ¿qué opción representa mejor tu situación laboral real?				
<input type="checkbox"/> Trabajo en soledad				
<input type="checkbox"/> Trabajo en forma individual con algunos intercambios con otros/as docentes				
<input type="checkbox"/> Trabajo en intercambio y relación con otros/as docentes				
5. ¿Cuáles de los siguientes cambios te parecerían necesarios en la organización de tu trabajo?				
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Concentración horaria				
Horas institucionales sin alumnos/as a cargo para planificación, trabajo colectivo, etc.				
Más y/o mejor formación en servicio				
Mayor participación en las decisiones institucionales				

Anexo 3: Folletera de la UMP seleccionada

INFORMACIÓN PARA LA SALUD

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES



Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma, el cáncer, los accidentes y lesiones se conocen como enfermedades no transmisibles (ENT).

ES IMPORTANTE REALIZAR LOS EXÁMENES MÉDICOS PREVENTIVOS

¿SABÍAS QUE...?

Uno de los logros paritarios de SUTEBA en el 2009 fue el de incorporar la causal de exámenes o prácticas para la salud al Régimen de Licencias para el personal docente, de acuerdo a las recomendaciones vigentes del Ministerio de Salud de la Nación.

De esta manera, el personal titular, provisional y suplente cuenta con dos días hábiles por año con goce íntegro de haberes para la realización de exámenes médicos preventivos. Para esto es necesario cumplir con los requisitos y pasos administrativos correspondientes.

Si sos Docente en actividad, por el Acuerdo Paritario logrado el personal docente cuenta con dos días de licencia al año para la realización de los controles de Salud.

Cada Acuerdo Paritario mejora las condiciones laborales, salariales y de salud de las Trabajadoras y los Trabajadores de la Educación de la provincia de Buenos Aires.

Acercate a los Centros de Salud del SUTEBA o a tu profesional de cabecera y realizá una consulta.

Para más información visitá nuestro sitio web www.suteba.org.ar o acercate a tu seccional.

El Derecho a la Salud: una construcción colectiva de las Trabajadoras y los Trabajadores

Es posible evitar enfermedades cardiovasculares modificando hábitos y conductas en la vida cotidiana. Está demostrado que los cambios en el estilo de vida no dependen sólo de la voluntad individual. El mayor impacto en favor de la salud lo consiguen las políticas públicas que actúan en la población general, promoviendo entornos saludables y reduciendo la exposición a factores de riesgo.

CONDUCTA INDIVIDUAL + POLÍTICAS PÚBLICAS

La Salud es una construcción colectiva

SUTEBA informa y acompaña el cuidado de la salud de las/los afiliadas/os, sus familias y la comunidad educativa. El abordaje del tema en la Escuela contribuye a la Educación en salud de la comunidad.

Secretaría de Salud





www.suteba.org.ar



SUTEBAPrestaciones



ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

SER PERSONAS ACTIVAS

LA IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son una de las principales causas de discapacidad y muerte en nuestro país y en el mundo. El problema que subyace a la enfermedad coronaria y los accidentes cerebrovasculares es la arterosclerosis que da síntomas cuando la enfermedad ya se ha establecido.

POR ESO ES IMPORTANTE LA PREVENCIÓN.

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo confirmó en sus tres ediciones la importancia de seguir trabajando en la reducción de los mismos y el rol fundamental del Estado en la implementación de políticas públicas para una vida saludable. Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios.

El 80% de las muertes prematuras por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares y el 90% de las enfermedades cardiovasculares podrían evitarse mediante el control de los principales factores de riesgo para desarrollar esas enfermedades.

Las recomendaciones son:

- Abandonar el tabaco o evitar el tabaquismo pasivo
- Mantener un plan alimentario saludable
- Realizar actividad física
- Tener un peso adecuado y/o reducir el índice de masa corporal y el perímetro de cintura
- Reducir la tensión arterial si es elevada
- Mantener valores recomendados de colesterol total y colesterol LDL en sangre
- Controlar la glucemia

Practicar actividad física moderada en la vida diaria puede mejorar de manera significativa la salud en todos sus aspectos.

MANTENER UNA DIETA SALUDABLE

Es importante reducir el consumo de alimentos procesados, con alto contenido en azúcar, sal y grasas trans o saturadas, e incorporar a la dieta más porciones de frutas y verduras frescas.

DECIR NO AL TABACO

Respetar y hacer respetar ambientes libres de humo es un gesto de cuidado con uno mismo y con las demás personas.

El logro de las trabajadoras y los trabajadores y los logros de SUTEBA

LAS TRABAJADORAS Y LOS TRABAJADORES ORGANIZADOS TENEMOS MUCHO QUE APORTAR EN LA VISIBILIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO, QUE ATENTAN CONTRA UNA VIDA SALUDABLE Y PLENA.

Logros colectivos como los días de licencia para exámenes preventivos anuales, el acceso a los controles de salud en nuestros centros de atención primaria y la recorrida de las Unidades Móviles Preventivas por las escuelas de toda la Provincia, intentan contribuir a controlar el avance de estas enfermedades.

Los ambientes 100% libres de humo constituyen, desde la promulgación de la Ley N° 26.687, un derecho ganado recientemente en nuestro país, a favor de la vida y la salud de las personas.

Los exámenes médicos preventivos son el momento adecuado para intercambiar dudas y recibir la orientación del equipo de salud. Sirven para detectar enfermedades en forma temprana, fomentan el autocuidado y la toma de conciencia sobre la propia salud. El control se realiza en la consulta con el profesional, e incluye la entrevista, el examen físico y los estudios complementarios correspondientes a cada paciente.

Para la detección temprana y prevención de enfermedades cardiovasculares la consulta debe incluir:

- ▶ Entrevista
- ▶ Examen físico completo (con registro de peso, talla e índice de masa corporal, control de tensión arterial y medición de perímetro abdominal)
- ▶ Los métodos complementarios que sean considerados necesarios por el personal médico para cada paciente

En pacientes tabaquistas la consejería en cesación tabáquica es un componente fundamental de la consulta que podrá ser realizado por cualquier integrante del Equipo de Salud que esté capacitado. La frecuencia de los controles dependerá de las características de cada paciente.

LOS ASPECTOS MÁS IMPORTANTES DE LA LEY SON:

- 1 La prohibición de fumar en todos los espacios cerrados de uso público o privado. Sólo quedan exceptuados de esa prohibición los patios, terrazas, balcones y demás áreas al aire libre, excepto en las escuelas y servicios de salud, donde tampoco se podrá fumar en los patios.
- 2 La prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de cigarrillos o productos elaborados con tabaco en los medios de comunicación y también en la vía pública.
- 3 La obligatoriedad de incluir advertencias sanitarias con imágenes en los envases.
- 4 El funcionamiento de una línea gratuita (0800-999-3040) del Ministerio de Salud de asesoramiento para dejar de fumar.
- 5 La prohibición de la venta a menores de 18 años, por lo que se prohíbe también la venta de cigarrillos sueltos, en atados de menos de diez unidades y a través de máquinas expendedoras.
- 6 La prohibición de la venta de cigarrillos en centros de enseñanza, establecimientos hospitalarios, edificios públicos, medios de transporte, museos, clubes o lugares de espectáculos públicos, como teatros, cines o estadios deportivos.

DEJAR EL TABAQUISMO REDUCE LA POSIBILIDAD DE ENFERMAR Y MEJORA LA EXPECTATIVA DE VIDA

Pasadas las 8 horas del último cigarrillo fumado, los niveles de nicotina y monóxido de carbono se reducen a la mitad y el oxígeno regresa a los valores normales.

En 24 horas la nicotina y monóxido de carbono son eliminados del cuerpo.

En 3 meses la mejoría de la función pulmonar es evidente, con disminución notable de la tos, la congestión nasal, el cansancio y la disnea.

Después de un año de dejar de fumar, el riesgo de enfermedad cardiovascular se reduce a la mitad y con el paso de los años sigue disminuyendo.

Después de 10 años también se reduce el riesgo de padecer cáncer de pulmón.

A los 15 años de dejar de fumar el riesgo de infarto cerebral se iguala al de personas que nunca fumaron.

PARA DEJAR DE FUMAR (0800-999-3040)

Para acompañar la cesación tabáquica, los Equipos de Salud deben trabajar integralmente, reforzando esta motivación con recursos e intervenciones que puedan incidir positivamente en esa toma de decisión. Espacios de consejería, grupales y/o de tratamiento farmacológico pueden mejorar la eficacia de la cesación.



Si sos Docente en actividad, por el Acuerdo Paritario logrado el personal docente cuenta con dos días de licencia al año para la realización de los controles de Salud.

Cada Acuerdo Paritario mejora las condiciones laborales, salariales y de salud de las Trabajadoras y los Trabajadores de la Educación de la provincia de Buenos Aires.

Acercate a los Centros de Salud del SUTEBA o a tu profesional de cabecera y realizá una consulta.

Para más información visitá nuestro sitio web www.suteba.org.ar o acercate a tu Seccional.

El Derecho a la Salud: una construcción colectiva de las Trabajadoras y los Trabajadores



INFORMACIÓN PARA LA SALUD

TABAQUISMO



¿SABÍAS QUE...?

Dejar de fumar a cualquier edad mejora la calidad de vida de las personas y reduce la ocurrencia de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y distintos tipos de cáncer.

Los beneficios de abandonar el hábito tabáquico se comienzan a percibir en forma inmediata desde los primeros minutos y horas en que no se vuelve a encender un cigarrillo.

SUTEBA informa y acompaña el cuidado de la salud de las/los afiliadas/os, sus familias y la comunidad educativa. El abordaje del tema en la Escuela contribuye a la Educación en salud de la comunidad.

f SUTEBAPrestaciones



"Dejar de fumar es fácil. Yo ya dejé como cien veces", dijo Mark Twain, pero cualquier persona podría afirmar lo mismo.

"Fumar es un placer, genial, sensual fumando espero a la que tanto quiero tras los cristales de alegres ventanales y mientras fumo mi vida no consumo porque flotando el humo me suelo adormecer"

"Fumando espero", Carlos Gardel

¿POR QUÉ ES DIFÍCIL DEJAR DE FUMAR?

La nicotina es una sustancia psicoactiva contenida en el tabaco y es la responsable fundamental de la dependencia, la tolerancia y el síndrome de abstinencia que genera el cigarrillo. Se estima que el 50% de las personas que fuman desarrolla dependencia a la nicotina. No obstante, fumar genera sensaciones agradables más allá de la sustancia.

La conducta de fumar, los factores del ambiente, el sabor y el olor del tabaco, el manejo de un cigarrillo en la mano para quien lo hace habitualmente durante mucho tiempo, se convierten en elementos agradables asociados al consumo de tabaco.

Una persona que consume un paquete diario de tabaco al cabo de 10 años habrá repetido el movimiento de extender el cigarrillo hacia la boca 73 mil veces, movimiento repetitivo que induce su automatismo. Acciones que se transforman en ritual diario. El lugar que ocupa el atado en el bolso o en el bolsillo, las herramientas para encenderlo, entre otras cosas, contribuyen a esa inscripción ritual.

"Algunas/os grandes tenían cigarreras, yo todavía tengo la de mi papá... Me gustaba cuando abría el cierre con un toque del pulgar, elegía con cuidado un cigarrillo aunque todos eran iguales"

"Los ojos de tu perro", Mónica Müller

Esta dependencia psicológica se traduce en síntomas físicos. Refrenar el intenso deseo de fumar es la prueba máxima para quien fuma y quiere dejar el hábito. La nicotina en tan sólo 7 segundos llega al cerebro y, a través de otras sustancias que libera en el sistema nervioso central, produce sensaciones de placer y bienestar.

LA NICOTINA

También produce tolerancia, un acostumbramiento del organismo a la sustancia que lleva a requerir nuevas o mayores dosis para obtener el mismo efecto. Es por eso que el ciclo diario de la nicotina se refuerza con la abstinencia nocturna. Las personas que fuman dicen que "los primeros cigarrillos de la mañana son los mejores". Ese mismo efecto puede llevar a que, tras varios días sin fumar, se produzcan náuseas o mareos al probar nuevamente el tabaco.

¿QUÉ DAÑOS PRODUCE EL TABAQUISMO?

El efecto nocivo del cigarrillo está dado por las miles de sustancias presentes en el humo del tabaco, de las cuales unas 60 son cancerígenas y capaces de inducir daño pulmonar, además de enfermedad vascular, entre otros daños. Las personas afectadas no son solamente las fumadoras sino también quienes conviven con ellas o respiran en los mismos ambientes el humo del tabaco ajeno.

Está comprobado el daño que produce en distintos órganos y sistemas corporales, tales como:

- Enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria y cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, aneurisma de aorta abdominal)
- Enfermedad respiratoria (desde obstrucción leve y reducción de la capacidad pulmonar hasta riesgo elevado de EPOC)
- Cáncer de diferentes tipos, especialmente de pulmón
- Problemas estéticos en la piel y de cicatrización
- Complicaciones odontológicas (manchas en los dientes, caries, halitosis, enfermedad periodontal, leucoplasias y cáncer)
- Problemas en el embarazo

MAGNITUD DEL PROBLEMA EN NUESTRO PAÍS

Aún conociendo su efecto dañino para la salud, son muchas las personas que fuman.

En nuestro país fuma el 22% de la población mayor de 15 años, con claro predominio de varones.



Entre todas las personas que fuman, un 48% intentaron dejar de fumar durante el último año.

Y a un 60% de ellas algún/a profesional de la salud les hizo esta recomendación en el mismo período de tiempo.

Esto contribuye a advertir que no alcanzan la información, la Educación para la salud ni el consejo o prescripción médica para reducir la incidencia del tabaquismo.

NO ES SÓLO UN PROBLEMA DE VOLUNTAD

Dada la complejidad del tabaquismo como tema que excede el terreno sanitario, la mejor manera de contribuir a reducir los daños que produce en la salud de la población es desde políticas públicas que se implementan para el cuidado de toda la población, fumadora o no, y además, evitar la iniciación del hábito en las personas jóvenes.

El 1° de junio de 2011 se sancionó en forma unánime la Ley 26.687 para combatir el tabaquismo en nuestro país. Son objetivos de esta ley:

- 26.687 Reducir el consumo de productos elaborados con tabaco y la exposición a efectos nocivos del humo de cigarrillo.
- Reducir el daño sanitario y ambiental producido por el tabaco.
- Prevenir la iniciación en el tabaquismo especialmente en niños, niñas y adolescentes.

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A CUALQUIER EDAD

- ✓ MEJORA LA MOVILIDAD ARTICULAR
- ✓ MEJORA EL PERFIL DE LÍPIDOS
- ✓ MEJORA LA RESISTENCIA
- ✓ AUMENTA LA DENSIDAD DE LOS HUESOS
- ✓ MEJORA LA FUERZA MUSCULAR
- ✓ DISMINUYE LA PRESIÓN ARTERIAL
- ✓ MEJORA EL CONTROL DEL PESO CORPORAL
- ✓ DISMINUYE EL RIESGO DE CARDIOPATÍA CORONARIA
- ✓ DISMINUYE EL RIESGO DE CONTRAER DIABETES, HIPERTENSIÓN Y CÁNCER DE COLÓN

TAMBIÉN:

Aumenta el bienestar, favorece la autonomía en edades avanzadas, reduce el aislamiento social, alivia el stress, mejora la autoestima y disminuye los sentimientos de tristeza o abatimiento.



Si sos Docente en actividad, por el Acuerdo Paritario logrado el personal docente cuenta con dos días de licencia al año para la realización de los controles de Salud.

Cada Acuerdo Paritario mejora las condiciones laborales, salariales y de salud de las Trabajadoras y los Trabajadores de la Educación de la provincia de Buenos Aires.

Acercate a los Centros de Salud del SUTEBA o a tu profesional de cabecera y realizá una consulta.

Para más información visitá nuestro sitio web www.suteba.org.ar o acercate a tu seccional.

El Derecho a la Salud: una construcción colectiva de las Trabajadoras y los Trabajadores



INFORMACIÓN PARA LA SALUD

ACTIVIDAD FÍSICA



¿CUÁLES SON SUS BENEFICIOS?

La práctica de actividad física moderada en la vida diaria mejora de manera significativa la salud en todos sus aspectos. Ayuda a prevenir enfermedades y mejora capacidades físicas, psíquicas y emocionales. Es preciso visibilizar como un derecho el acceso al tiempo y el espacio adecuados que se necesitan para sostener una rutina de actividad física acorde a cada momento de la vida.

SUTEBA informa y acompaña el cuidado de la salud de las/los afiliadas/os, sus familias y la comunidad educativa. El abordaje del tema en la Escuela contribuye a la Educación en salud de la comunidad.

f SUTEBAprestaciones



LA ACTIVIDAD FÍSICA

Las condiciones del ambiente físico son determinantes en la posibilidad de realizar actividad física en forma regular, así como la disponibilidad de tiempo destinado al ocio o a la recreación. Estos también son derechos de las personas, en particular de quienes trabajan, y es colectivamente como se puede lograr y mantener su vigencia.

8

• Bajarse del colectivo antes y caminar algunas cuadras previo llegar al trabajo, universidad o cualquier actividad

9

• Usar las escaleras en lugar del ascensor o escaleras mecánicas

10

• Salir a caminar por el barrio con tus amigos o familia

• Apoyate contra la pared y adelantá una pierna. La otra queda estirada con la planta del pie totalmente contra el suelo. Sin elevar el talón desplazá las caderas hacia adelante hasta sentir elongación en los gemelos de la pierna de atrás.



• Tomá tu cabeza con una mano inclinando y estirando lentamente el cuello en esa dirección. Repetí hacia el otro lado.



• Colocá ambas manos en la nuca. Juntá los codos y lleválos lentamente hacia abajo, tratando de tocar el pecho con el mentón.



• Con los pies apenas separados, flexioná lentamente el tronco hacia adelante. Relajá cuello y brazos. Seguí hasta sentir un estiramiento suave en la parte posterior de las piernas. Incorporate lentamente redondeando la espalda.



• Suavemente rotá tu cintura hacia ambos lados, pero mantené la cadera fija.



¿QUÉ PODEMOS HACER PARA EVITAR EL SEDENTARISMO?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

- 1 • Caminar como mínimo 30 minutos diarios (seguidos o fraccionados a lo largo del día) con una intensidad moderada
- 2 • Antes de iniciar y al terminar la actividad, elongar para evitar lesiones y dolores musculares
- 3 • Realizar ejercicios de estiramiento y relajación regularmente (yoga, tai chi, etc.)
- 4 • Realizar actividades recreativas con movimiento (baile, gimnasia, gimnasia con aparatos, deportes recreativos) es una buena elección para estar motivado y disfrutar
- 5 • Realizar pausas activas en el trabajo (en los minutos de descanso salir a caminar, hacer ejercicios localizados o de flexibilidad, etc.)
- 6 • Adaptar la intensidad a su ritmo personal (aumentando la actividad de manera progresiva)
- 7 • Realizar los quehaceres domésticos (barrer, llevar a pasear el perro, lavar el auto, cortar el césped, etc.)

¿QUÉ SON LAS PAUSAS ACTIVAS EN EL TRABAJO?

Son momentos de actividad física desarrollados en el entorno laboral con una duración mínima de 15 minutos para llevar adelante un conjunto de ejercicios de corta duración. Se destacan los ejercicios de estiramiento, que ayudados por la respiración, buscan la relajación de los músculos usados en la jornada laboral.

Pausas activas y diversas maneras de ponerlas en práctica.

• Sujeté con la mano el empeine llevando el talón hacia la cola. Para el equilibrio apoyate en una silla. Si no llegás a tocarte el pie, apoyá el empeine en otra silla.



• Estirá ambos brazos, como si trataras de tocar el techo una vez con cada mano.



• Estirá un brazo por encima de tu cabeza e incliná el tronco. ¿Sentís como te inclinas?



REPETÍ CADA MOVIMIENTO DOS VECES Y SOSTENÉ CADA POSICIÓN 40 SEGUNDOS.

ES IMPORTANTE CONSUMIR DIARIAMENTE FRUTAS Y VERDURAS DE TODO TIPO Y COLOR PORQUE...

- Aportan un alto contenido en vitaminas y minerales
- Ayudan a mantener un peso adecuado
- Mejoran el aprovechamiento que nuestro cuerpo hace de nutrientes presentes en otros alimentos
- Contribuyen a la prevención de caries dentales
- Disminuyen los niveles de colesterol y azúcar en sangre
- Previenen el envejecimiento prematuro de las células
- Regulan la presión arterial y mejoran la circulación sanguínea
- Contienen fitoquímicos que reducen el riesgo de aparición de ciertos tipos de cáncer
- Contienen un alto contenido en fibras

¿Y EN LA ESCUELA?

- 1 ¿Tenés un rato, aunque sea breve, para sentarte exclusivamente a almorzar?
- 2 ¿Hay un lugar en tu escuela para que puedan comer quienes trabajan allí?
- 3 ¿Conversás con tus compañeras/os de trabajo sobre las dificultades para acceder a una alimentación saludable?
- 4 ¿Intentan encontrar soluciones colectivas para resolver esos problemas?

INFORMACIÓN PARA LA SALUD

ALIMENTACIÓN SALUDABLE



¿SABÍAS QUE...?

La alimentación es un hecho social complejo, condicionado por el espacio donde transcurre la vida cotidiana. Es fundamental tener en cuenta al trabajo en tanto organizador para poder planificar y llevar adelante una alimentación saludable, derecho fundamental de todas las personas.

SUTEBA informa y acompaña el cuidado de la salud de las/los afiliadas/os, sus familias y la comunidad educativa. El abordaje del tema en la Escuela contribuye a la Educación en salud de la comunidad.

Si sos Docente en actividad, por el Acuerdo Paritario logrado el personal docente cuenta con dos días de licencia al año para la realización de los controles de Salud.

Cada Acuerdo Paritario mejora las condiciones laborales, salariales y de salud de las Trabajadoras y los Trabajadores de la Educación de la provincia de Buenos Aires.

Acercate a los Centros de Salud del SUTEBA o a tu profesional de cabecera y realizá una consulta.

Para más información visitá nuestro sitio web www.suteba.org.ar o acercate a tu Seccional.

El Derecho a la Salud: una construcción colectiva de las Trabajadoras y los Trabajadores



LA ALIMENTACIÓN ES MÁS QUE NUTRIENTES

Ningún alimento es completo por sí mismo y ninguno debe ser rechazado en forma absoluta. Es necesario consumir con moderación diferentes tipos de alimentos. Realizar cuatro comidas al día e incluir verduras, frutas, legumbres, cereales, leche, yogur o queso, huevos, carnes y aceites. Y beber al menos 2 litros de líquidos, sin azúcar, preferentemente agua.

Se ha demostrado que mantener una vida activa, un peso adecuado y una alimentación saludable previene enfermedades crónicas como obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, osteoporosis, algunos tipos de cáncer, etc.

Es **IMPORTANTE** el **QUÉ** se come, como así también el **CÓMO** y **CON QUIÉN**: la **COMENSALIDAD** es una característica fundamental del ser humano.

GRÁFICA DE LA ALIMENTACIÓN DIARIA

Nuestro país cuenta con nuevas Guías Alimentarias desde el 2015. Al mismo tiempo se actualizó la Gráfica Alimentaria, reemplazando el óvalo por un círculo. En él se representa la proporción recomendada para cada grupo de alimentos en la alimentación diaria. Las frutas y verduras ocupan la mitad del "plato".



10 MENSAJES PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE



1. Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.
2. Tomar a diario 8 vasos de agua segura.
3. Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.
4. Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.
5. Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.
6. Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.
7. Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.
8. Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.
9. Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.
10. El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. Las/los niñas/os, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir.

RECOMENDACIONES PARA EL ARMADO DE VIANDAS SALUDABLES PARA LLEVAR AL TRABAJO

El propósito es alimentarse en forma adecuada y saludable, de un modo que resulte agradable al gusto de cada persona y que esté de acuerdo a la compra y elaboración de alimentos que se hace en cada hogar.

La elección de una vianda para llevar al trabajo debe ser económicamente accesible, prácticamente realizable y es deseable que pueda sostenerse en el tiempo.

Utilizar colaciones ayuda a evitar el picoteo durante el horario de trabajo. Es recomendable elegir alimentos ricos en fibra porque brindan saciedad. Pueden ser frutas frescas, barras de cereal sin grasas trans, frutos secos, yogur descremado con cereales.

ALGUNOS CRITERIOS PARA TENER EN CUENTA EN LA PREPARACIÓN Y ELECCIÓN DE LA VIANDA:

Es muy importante la higiene de las manos para la preparación de la comida así como de los recipientes para guardarla.

Si el tiempo de viaje al lugar del trabajo es prolongado, usar algún refrigerante o termo para conservar la temperatura de la comida. Es recomendable que los alimentos se conserven a temperaturas seguras (menos de 5° o más de 60°).

Los alimentos perecederos no deben estar expuestos más de dos horas a temperatura ambiente para evitar la multiplicación de bacterias.

ALGUNAS VIANDAS POSIBLES

La propuesta es variar y poder incluir en cada vianda distintos grupos de alimentos, de acuerdo al gusto y disponibilidad en cada caso. A modo de ejemplo:

OPCIÓN MENÚ	VERDURAS	CEREALES Y LEGUMBRES	LÁCTEOS Y DERIVADOS	CARNES Y HUEVOS	GRASAS DE ORIGEN VEGETAL	FRUTAS
Ensalada de arroz y vegetales	Zanahoria rallada, tomate, choclo	Arroz integral o blanco cocido		Pollo en tiras	Aceite de maíz	1 porción de fruta fresca de estación
Sandwich en pan árabe	Lechuga, tomate, pepino, rúcula	Pan árabe	Queso blanco descremado	Carne fría en trozos o en rodajas finas	Palta	2 ciruelas o 1 racimo de uvas
Tarta de verduras	Acelga o espinaca, cebolla, pimiento	Tapas de pascualina	Queso port salut descremado	Huevo cocinado en la preparación o duro en el relleno		1 manzana, pera o durazno

DISFONÍAS



La disfonía es cualquier alteración que se produce en la emisión de la voz. Se la conoce como ronquera y afonía, por lo que el paciente refiere que tiene la "voz ronca" o que "está afónico".

- ✓ El agente de riesgo: sobrecarga de la voz
- ✓ La actividad: docente
- ✓ La enfermedad: Disfonías por edema, pólipos o nódulos en las cuerdas vocales. Disfonía que se intensifica durante la jornada laboral sin lesión en las cuerdas vocales.

¿Qué personas están más predispuestas a padecer disfonías?

Las personas que trabajan o ejercen su profesión utilizando la voz se encuentran más expuestas a sufrir disfonías. Se trata de:

- ✓ Docentes
- ✓ Locutores
- ✓ Cantantes
- ✓ Telefonistas
- ✓ Recepcionistas
- ✓ Profesionales de la voz, etc.

La disfonía en los docentes puede ser una enfermedad de causa laboral porque existe una correlación directa entre riesgo laboral y daño producido.

La Ley de Riesgos del Trabajo presenta un listado cerrado correlacionando el agente de riesgo, la actividad y la enfermedad. En este caso sería:

¿Cuáles son los síntomas?

Cuando haya uno a más de estos síntomas debemos consultar rápidamente:

- Fatiga de la voz, que aumenta con el uso y mejora en los periodos de descanso.
- Carraspera.
- Tos seca.
- Tensión de los músculos del cuello, hombros y espalda.
- Sensación de cuerpo extraño, irritación o ardor en la garganta.
- Garganta reseca.
- Sensación de ahogo.
- No poder terminar una frase por falta de aire.
- Dificultad para hablar.
- Aparición y desaparición de la voz durante el día.
- Sonidos vocales faltantes o inaudibles.

¿Cómo se previene?

- Tomando agua.
- Limitando el consumo de alcohol y café.
- Dejando de fumar o disminuyendo la cantidad.
- No carraspear.
- Durmiendo entre 7 y 8 horas por día.
- No competir con el ruido ambiental.

IMPORTANTE:

En SUTEBA desarrollamos actividades de prevención y promoción sobre el cuidado de la voz que están incluidas dentro del

PROGRAMA DE LA VOZ DEL DOCENTE.

Las actividades se desarrollan en:

- Las escuelas: en forma de charlas y talleres de reeducación vocal y cuidado de la voz.
- Los Centros de Salud: a través de la atención de nuestras fonoaudiólogas en el marco del Programa de la voz del Docente.
- Las Unidades Móviles Preventivas: a través de una técnica utilizada por profesionales para detectar precozmente alteraciones en la voz.

Todas las actividades se complementan con la lucha sostenida por las mejores condiciones de salud y trabajo para los docentes. Un reflejo de ello es la firma de la "Acordada sobre Disfonías", que se tradujo en la "Resolución SRT 389/2013", e incluye el Protocolo sobre Disfonías y define los pasos a seguir por un docente que padece la enfermedad.

Fuente: Fuente: Documentos, Equipo de Salud Suteba.

El derecho a la salud:
una construcción colectiva de los trabajadores.
Acercate a tu Seccional para recibir información y asesoramiento.

3ª Edición, 2016

Secretaría de Salud

Suteba

www.suteba.org.ar

Salud Laboral y CyMAT

Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo

ENFERMEDADES PROFESIONALES

DISFONÍAS

¿SABÍAS QUÉ...?



La Disfonía está incluida en la Ley de Riesgos del Trabajo como Enfermedad Profesional para los docentes.

Si un docente padece disfonía debe hacer una denuncia por Enfermedad Profesional ante la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) y el Empleador Autoasegurado, a quienes se les debe exigir que le brinde las prestaciones que correspondan en tiempo y forma.

Para prevenir la enfermedad te contamos qué medidas puedes tomar.

f SUTEBA Prestaciones

Suteba

ENFERMEDADES PROFESIONALES

Programa de la Voz de Suteba

La voz es un medio de comunicación y expresión.
No es una herramienta de trabajo.
No nos quedemos sin voz.



En SUTEBA desarrollamos actividades de prevención y promoción sobre el cuidado de la voz que están incluidas dentro del PROGRAMA "TU VOZ SOS VOS".

Las actividades se desarrollan a través de charlas y talleres en las escuelas, Centros de Salud y las Unidades Móviles Preventivas (UMP), implementando la técnica llamada RASAT (Ronquera, Asperidad, Soplo, Astenia y Tensión) que consiste en un examen de la voz por parte de una fonoaudióloga para detectar precozmente alteraciones de la voz relacionadas con las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Las disfonías profesionales no se instalan de un día para otro, son crónicas y pueden detectarse precozmente.

¿Qué hacer frente a una disfonía profesional?

- Realizar la denuncia ante la ART
- Realizar el tratamiento brindado por la ART
- Consultar a tu Seccional o el Centro de Salud ante cualquier inconveniente

Ante una enfermedad laboral, debemos ejercer nuestros derechos como trabajadores, exigiendo prestaciones inmediatas y de calidad. El artículo que encuadra las Enfermedades Profesionales y Accidentes de Trabajo es el 114 A3 del Estatuto del Docente.

SUTEBA instala el tema Salud y Seguridad en la agenda paritaria y en las demás instancias locales o provinciales de discusión con la DGEyC (Cogestión, UEGD -Unidad Ejecutora de Gestión Distrital-, Dirección de Infraestructura, otros).

Los Trabajadores de la Educación debemos ser protagonistas de acciones colectivas que fortalezcan las discusiones y la lucha por mejores condiciones de trabajo.

 SUTEBAprestaciones

Suteba



Todos Juntos por mayor Concientización y Trabajo Colectivo

ENFERMEDADES PROFESIONALES

Programa de la Voz de Suteba

Te proponemos tomarnos un tiempo para escucharnos y completar este breve cuestionario.

¿Querés saber si vos o tu compañero/a tienen problemas de la voz?

SI NO CARRASPERA

SI NO TOS SECA

SI NO TENSIÓN EN LOS MUSCULOS DEL CUELLO, HOMBROS Y ESPALDA

SI NO SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO, IRRITACIÓN O ARDOR DE GARGANTA

SI NO GARGANTA RESECA

SI NO SENSACION DE AHOGO

SI NO NO PODER TERMINAR UNA FRASE POR FALTA DE AIRE

SI NO DIFICULTAD PARA HABLAR

SI NO APARICIÓN Y DESAPARICIÓN DE LA VOZ DURANTE EL DÍA

Si uno o más síntomas son afirmativos, probablemente la voz este afectada.

Ante cualquier consulta, no dudes en ponerte en contacto con el Centro de Salud y/o con la Seccional de SUTEBA.

Fuente: Documentos Equipo de Salud Suteba

El derecho a la salud:
una construcción colectiva de los trabajadores.
Acercate a tu Seccional para recibir información y asesoramiento.

3^{ra} Edición, 2016

Secretaría de Salud



Suteba



www.suteba.org.ar

