

CAPÍTULO 11

Estrategias para la enseñanza de la salud comunitaria en el conurbano bonaerense

**Silvia Fontán*, Juan Boasso, María Daniela Rímoli Schmidt,
María Luciana Arauz, Magdalena Bouzigues, Victoria González,
Maricel Melita, Laura Adamantino, Juan Smalc y Andrea Balagna**

Departamento de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de La Matanza.

* sfontan@unlam.edu.ar

Palabras clave: universidades- salud comunitaria- práctica innovadora en formación en salud- Interdisciplina.

Keywords: universities - community health - innovative practice in healthcare education. Interdiscipline.

Resumen

El presente capítulo analiza una estrategia de enseñanza de la salud comunitaria en escenarios de campo a la luz de la dinámica sociodemográfica del conurbano bonaerense desde la perspectiva de los determinantes sociales y la equidad en salud. Los ejes de trabajo que se abordan son la vejez y el proceso de envejecimiento, la inclusión en relación a la discapacidad, la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad y la transversalización de la perspectiva de género. La capacidad de participación en el sistema de salud y la habilidad para realizar intervenciones individuales o grupales en atención comunitaria son competencias a adquirir en las que el aprendizaje en escenarios de campo y el perfil

interdisciplinario del equipo docente que acompaña esta formación, permiten abordar temáticas complejas.

1. Introducción

El presente capítulo se propone analizar la estrategia de enseñanza de salud comunitaria de las asignaturas Atención Comunitaria I y Atención Comunitaria II, de la carrera de Kinesiología y Fisiatría de la Universidad Nacional de La Matanza desde el inicio de su implementación en 2014 hasta 2021¹. Se trata de espacios curriculares articulados y orientados a la formación de grado para la atención y cuidado a la salud desde una perspectiva que mira hacia la comunidad, a través de un aprendizaje situado que dé cuenta del componente comunitario de los procesos de salud enfermedad, así como de sus formas de provisión de cuidados en salud, y la conformación de un perfil profesional que cuente con las competencias adecuadas. Las desiguales condiciones de vida, implican desigualdades en la condición de salud de las personas y las comunidades, así como en el acceso a los servicios de salud (Chiara, 2012). En este sentido, el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) permite un marco de referencia para la indagación, la investigación y la gestión de la salud, entendidos como un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones (OMS, 2009), éstos interactúan dinámicamente generando diferentes condiciones de vida que impactan significativamente sobre la salud en tanto condiciones protectoras y/u obstaculizadoras de la salud. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, señala tres principios para pasar a la acción: mejorar las condiciones de la vida diaria, combatir la desigualdad y desarrollar el conocimiento y una fuerza laboral capacitada en DSS (OMS, 2017). Los espacios curriculares que aquí se analizan incluyen esta perspectiva en sus unidades analíticas, bibliografía y propuestas didácticas en el aula y en el espacio de aprendizaje en campo. En la formación profesional de el/la Kinesiólogo/a la vinculación entre la práctica profesional y el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud tiene en el escenario de aprendizaje en campo un espacio de integración de saberes y competencias. Así, se trata de una propuesta formativa que propone pensar un campo disciplinar de la Kinesiología crítico

1. Es parte del proceso de enseñanza aprendizaje desarrollado en las asignaturas de Atención Comunitaria I y II. Se toma el período 2014- 2021, desde el inicio de la implementación de la asignatura hasta el último ciclo completo al momento de la escritura de este capítulo.

reflexivo, que promueve una mirada integral para comprender la salud pública como campo de conocimientos y prácticas interdisciplinarias y colectivas. A su vez se propone abordar la atención comunitaria desde la espacialidad, ya que, dado que en el espacio local emergen problemáticas de salud de la población, allí las estrategias de enseñanza- aprendizaje encuentran una oportunidad de desarrollar una mayor comprensión del modo en que se articulan los diversos componentes de los procesos de salud en el territorio local. Resulta entonces necesario destacar algunas características del territorio conurbano que representan un desafío para la formación de grado en ciencias de la salud.

2. Desafíos a la hora de pensar la formación de grado en Ciencias de la Salud.

2.1 Envejecimiento, inclusión y género

La provincia de Buenos Aires es una jurisdicción extensa y heterogénea cuyo crecimiento poblacional, si bien se ha desacelerado, contribuye al del total del país (Dirección de Estadística de la Provincia de Buenos Aires, 2015)². Ésta agrupa los 135 partidos que la componen en 16 Áreas o dominios³ según su similitud socioeconómica y proximidad geográfica,

2. Los resultados del Censo 2022 disponibles al momento de la escritura de este artículo son preliminares, no se incorporaron en el análisis.

3. • Fluvial: Baradero, Campana, Ramallo, San Nicolás, San Pedro y Zárate.

• Norte: Alberti, Arrecifes, Bragado, Capitán Sarmiento, Carmen de Areco, Chacabuco, Chivilcoy, Colón, General Arenales, General Viamonte, Junín, Mercedes, Pergamino, Rojas, Salto, San Andrés de Giles, San Antonio de Areco y Suipacha.

• Noroeste: Adolfo Alsina, Carlos Tejedor, Daireaux, Florentino Ameghino, General Pinto, General Villegas, Guaminí, Hipólito Yrigoyen, Leandro N. Alem, Lincoln, Pehuajó, Pellegrini, Rivadavia, Salliqueló, Trenque Lauquen y Tres Lomas.

• Centro Norte: 25 de Mayo, 9 de Julio, Bolívar, Carlos Casares, General Alvear, General Belgrano, General Paz, Las Flores, Lobos, Monte, Navarro, Roque Pérez, Saladillo y Tapalqué.

• Capital: Berisso, Brandsen, Cañuelas, Ensenada, La Plata, Presidente Perón y San Vicente.

• Este: Castelli, Chascomús, Dolores, General Guido, General Juan Madariaga, General Lavalle, Lezama, Magdalena, Maipú, Pila, Punta Indio y Tordillo.

• Centro Sur: Ayacucho, Azul, Benito Juárez, General La Madrid, Laprida, Olavarría, Rauch y Tandil.

• Sudoeste: Bahía Blanca, Coronel de Marina L. Rosales, Coronel Suárez, Patagones, Púan, Saavedra, Tornquist y Villarino.

y los dominios más poblados corresponden a los partidos del Conurbano, donde las Áreas Periurbano Norte, Periurbano Sur, Conurbano Norte, Conurbano Sur, Conurbano Oeste y Capital presentan una tendencia a la desaceleración del crecimiento poblacional. El ritmo de crecimiento anual entre 2001-2010 fue de signo negativo en los municipios de la llamada primera corona, y positivo en la segunda corona. La tercera corona de municipios continúa atrayendo población, en una dinámica que incluye por un lado la suburbanización de sectores medio altos y altos y por otro la búsqueda de tierra vacante por parte de los sectores populares (Marcos y Chiara, 2019); se trata de la expresión espacial de un proceso de fragmentación y heterogeneidad que tiene lugar en la estructura socioeconómica desde fines de los '70 (Torrado, 2008; Rofman, 2010; Rofman, 2016; Welch Guerra, 2002). La desigualdad en el acceso al hábitat es un problema de larga data en toda la región metropolitana, que se asocia, entre otros factores, al aumento del precio del suelo, la falta de acceso al crédito a tasa fija y que está detrás de la transformación en las formas de residencia y de transporte que ha tenido el conurbano; especialmente se observa esa fragmentación y heterogeneidad en el crecimiento en número de urbanizaciones cerradas y de asentamientos informales (Cravino, 2022). El Registro Provincial relevó 978 asentamientos o villas en el Conurbano Bonaerense en 2015. Al analizar esta dimensión de la desigualdad, se puede ver que la cantidad de personas que viven en asentamientos o villas del conurbano ha ido en aumento: 290.920 en 1981, 594.781 en 2001⁴, mientras que en 2005 eran 936.855, cifra que se eleva a 1.312.224 en 2015.

-
- Sureste: Adolfo Gonzales Chaves, Balcarce, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Lobería, Monte Hermoso, Necochea, San Cayetano y Tres Arroyos.
 - Marítima: General Alvarado, General Pueyrredón, La Costa, Mar Chiquita, Pinamar y Villa Gesell.
 - Periurbano Norte: General Sarmiento, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Fernando, San Miguel y Tigre.
 - Periurbano Oeste: Escobar, Exaltación de la Cruz, General Las Heras, General Rodríguez, Luján, Marcos Paz y Pilar.
 - Periurbano Sur: Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza y Florencio Varela.
 - Conurbano Oeste: La Matanza, Merlo y Moreno.
 - Conurbano Norte: General San Martín, Morón, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López.
 - Conurbano Sur: Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes.

4. Para el año 1981 los datos de villas corresponden al Censo socio-económico de Villas de Emergencia de la Provincia de Buenos Aires, mientras que los datos de 2001 corresponden al Censo Nacional de Población y Vivienda. Los del año 2005 a Cravino, (2008) y del 2015 al Registro Público Provincial de Villas y Asentamientos.

La composición etaria desde 1970, es de una población envejecida y un proceso de envejecimiento que se ha incrementado, aunque no de manera homogénea. En los 24 partidos del conurbano el índice de envejecimiento pasó de 36,58 en 2001 a 39,74 en 2010 según el Observatorio del Conurbano Bonaerense⁵, en que las 16 Áreas de la Provincia presentan algún grado de envejecimiento y menor peso relativo de la población menor de 15 años (Dalle, 2010). En el Gran Buenos Aires, el Área más envejecida es Conurbano Norte con el 14,6% de población mayor de 64 años y una variación intercensal 2001-2010 del 1,4% (Estudios de Población, 2015).⁶

El porcentaje de personas con dificultades para realizar actividades de la vida diaria aumenta en relación a la edad (Monteverde et al 2019) y tanto los factores biológicos y ambientales junto a las condiciones y diferentes estilos de vida toman gran relevancia en el recorrido de vivir-envejecer. La prevalencia de limitaciones también varía con el nivel educativo, siendo significativamente más alta entre las personas mayores que sólo accedieron a estudios primarios, y la prevalencia aumenta entre quienes habitan en viviendas con condiciones deficientes de construcción y de conexión a servicios básicos. Asimismo, entre las personas mayores que carecen de obra social, prepaga o plan estatal, la tasa de limitaciones es superior a la de aquellos que disponen de una cobertura de salud. (Prieto Flores, 2021). En tal sentido, considerar a la vejez como parte del transcurso de la vida humana desde el nacimiento hasta la muerte (Dulcey Ruiz, 2013) supone un papel activo del Estado, la sociedad, las familias y las personas.

Respecto de las personas con discapacidad, a lo largo de la historia diferentes modelos epistemológicos han sido el marco desde el cual entender y dar respuesta a la diversidad humana (Palacios 2008), y en las últimas décadas el consenso sobre el modelo social como abordaje a la discapacidad ha sido establecido en legislación, normativas y documentos nacionales e internacionales, íntimamente relacionado con la asunción de los derechos humanos, el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social⁷ (Palacios, 2008;

5. http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/?page_id=8179

6. Los resultados del Censo 2022 no están disponibles por grupos de edad al momento de la escritura de este artículo.

7. Se asienta sobre los principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Parte de la premisa de la discapacidad como una construcción social. Apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y se centra en la

Ferrante, 2014). La estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) permite mejorar la accesibilidad los servicios de rehabilitación y optimizar los recursos de las comunidades (OMS, 2012)⁸. Desde un encuadre de desarrollo inclusivo el actor principal es la propia comunidad a través de redes intersectoriales y acciones que propicien la autonomía de las personas desde una perspectiva de derecho, independientemente de su edad, religión, género, status social, o condición de salud.

Otro de los desafíos en el abordaje de la salud de las poblaciones es la transversalización de la perspectiva de género⁹. En relación al campo de la salud específicamente, Naciones Unidas señala como un paso fundamental integrar la perspectiva de género en todos los programas de formación, proveer formación continua para todos los equipos y proveer formación especial para mejorar las habilidades de los expertos en género en materia de salud. Asume entonces que las políticas y los programas no son neutrales en términos de género, así como también la existencia de diferencias entre varones, mujeres y disidencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y el control de los recursos sanitarios (OPS, 2019). Por su parte, los feminismos han demandado transformaciones a lo largo de la historia contemporánea con momentos más o menos progresivos en relación a sus derechos y vinculados a la necesidad de promover la igualdad de los géneros y la incorporación de la pers-

eliminación de cualquier tipo de barrera, para la equiparación de oportunidades. La discapacidad se define en este modelo en términos relacionales, en la interacción del entorno de las personas con facilitadores u obstáculos (Palacios, 2008).

8. La Rehabilitación Basada en la Comunidad, es una estrategia de atención proclamada por la Organización Mundial de la Salud que surge en los años 80, luego de la Declaración propuesta en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, 1978. En este contexto, la OMS crea guías y cuadernillos de capacitación específicos para la rehabilitación de las personas con discapacidad, ya que, es indispensable la formación del recurso humano de todos los sectores intervinientes. OMS redactó en el año 2012 las nuevas guías de RBC “Para el desarrollo inclusivo basado en la comunidad” con sugerencias para desarrollar o fortalecer los programas de RBC, asegurando que las personas con discapacidad y sus familias accedan a la salud, educación, subsistencia y sector social, para promover la inclusión y participación (OMS, 2012).

9. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995) ha establecido un momento fundante en los consensos internacionales de la integración de la perspectiva de género en todas las políticas y programas como el mecanismo para reducir la posición desventajosa de las mujeres en áreas como la salud, la educación, los conflictos armados, la economía, la toma de decisiones, los derechos humanos y como víctimas de violencia.

pectiva de género en las universidades nacionales, con distintos grados de avance (Barrancos; 2014). La adhesión a la Ley Micaela N° 27.499¹⁰ por parte del Consejo Interuniversitario Nacional (2018) es signo de la importancia del tema en las agendas de formación. A su vez, los estudios de género y sexualidad han ido creciendo a partir de la década del '80 en las universidades nacionales (Blanco; 2018) y han contribuido a la visibilización de las desigualdades de género. La formación tradicional en salud ha naturalizado y esencializado la construcción social de los géneros (Fernández, 2009). La desnaturalización de estos supuestos permite la identificación del género como un determinante social de la salud e inscribir las desigualdades en la distribución del cuidado, reconocer las diferencias en los indicadores de salud de varones y mujeres (López et al., 2006), en patrones de morbi-mortalidad y en la utilización de servicios sanitarios, hábitos de cuidado y autocuidado, adhesiones a tratamiento, entre otros (Esteban, 2006; Morgade, 2011). Estos patrones de género se expresan de forma sustantiva en las tareas de cuidado. Por ejemplo, según la Encuesta de trabajo doméstico no remunerado¹¹ el tiempo, medido en horas semanales, que dedica al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado la población de 20 a 59 años de edad ha sido de 26,8 para los varones con ingresos propios y de 48,4 para las mujeres con ingreso propio, cifra que sube a 66,65 para las mujeres sin ingresos propios (INDEC, 2013)¹².

2.2 ¿Cuáles son las competencias a desarrollar en la formación de grado en Ciencias de la salud en contextos de conurbano?

A partir del reconocimiento de la incidencia creciente de los determinantes sociales de la salud es pertinente articular una formación con abordajes adecuados y creativos que contemplen los escenarios actuales. Entendiendo por competencia *la capacidad de movilizar e integrar un conjunto de recursos: conocimientos, habilidades y actitudes*, es decir, recursos cognitivos, actitudinales y procedimentales que resultan pertinentes en cada situación y que implican el desarrollo de operaciones mentales sobre la

10. La Ley Micaela establece la capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres para todas las personas que se desempeñen en la función pública en todos sus niveles y jerarquías en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación.

11. http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/?page_id=2711&paged=2

12. <http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/index.php/sociedad/mercado-laboral/ehe-provincial>

base de esquemas de pensamiento propios (Perrenoud 2004, 2010), ser situadas e integradas a partir de los esquemas de pensamiento y trayectorias de cada estudiante. La inclusión de la perspectiva de los DSS favorece la comprensión de los factores que conducen al desarrollo y perpetuación de las desigualdades, el reconocimiento de los factores protectores de la salud y el diseño de propuestas de intervención interdisciplinarias e integrales (Sharma et al., 2018). La capacidad de participación en el sistema de salud, la capacitación continua y la habilidad para realizar intervenciones individuales o grupales en atención comunitaria son competencias necesarias y para desarrollarlas se propone una estrategia de aprendizaje en campo. El escenario *campo* es un espacio donde contactar con la realidad de las comunidades y sus situaciones de salud, aplicar, en contexto real, conocimientos académicos adquiridos durante la carrera que posibilitan una aproximación global e interdisciplinar a los problemas (García Delgado, 2009).

Las actividades de formación que aquí se describen se basan en una amplia, comprometida y creciente participación de el/la estudiante en el trabajo en salud comunitaria, recorrido que requiere de un abordaje complejo. La propuesta formativa articula el trabajo áulico y el escenario campo. El primero permite desde el recorrido bibliográfico, reconocer las diferentes perspectivas en el análisis de la realidad sanitaria y su impacto en las prácticas, así como los fundamentos de los modelos de Atención Primaria de la Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Gestión Territorial Integrada y Rehabilitación Basada en la Comunidad. La apropiación de estos conceptos permite enriquecer su mirada a través de actividades como el análisis de casos, el análisis testimonial de experiencias de equipos que realizan intervenciones comunitarias, la realización de un mapeo colectivo que permita tanto el reconocimiento de organizaciones, actividades y recursos en salud comunitaria en la zona de residencia de los y las estudiantes, como la aproximación a problemáticas sanitarias complejas como discapacidad, salud de las personas mayores, caídas de altura, etc. El segundo escenario, que se despliega en el campo, tiene lugar en organizaciones de la comunidad, como centros de salud y de rehabilitación, escuelas, centros de formación laboral, algunas son organizaciones de la sociedad civil (OSC) cuya acción mantiene y amplía los horizontes de la autonomía social (Cohen y Arato, 2001). El conurbano bonaerense tiene una larga historia de fomentismo y una amplia experiencia social de cooperación para la resolución de necesidades en el espacio público no estatal (De Piero, 2020; Rofman, 2016). Podemos reconocer entre las OSC, que reciben estudiantes en sus prácticas

de campo entre 2014 y 2019¹³, organizaciones orientadas a la inclusión educativa y laboral, centros de rehabilitación, talleres protegidos y las residencias de larga estadía. En el siguiente gráfico se presenta la distribución de las organizaciones donde se realizan las prácticas de campo, según tipo de organización y año. Ahí se ve que se sostiene a lo largo del periodo de referencia las prácticas en organizaciones orientadas a la inclusión y la vejez.



Figura 1. *Tipo de organizaciones para las prácticas en campo según año.*

Fuente: Elaboración propia.

El espacio de práctica en campo permite contextualizar los conceptos abordados en el espacio áulico y registrar el modo en que se presentan en la realidad socio-comunitaria, posibilita el reconocimiento del territorio, las características de las organizaciones por las que transitan, su inserción en la red sanitaria, los alcances de sus servicios y la importancia de la conformación de equipos interdisciplinarios para el abordaje de problemáticas comunitarias. Visualizar tanto las competencias específicas del profesional kinesiólogo, así como su participación en equipos de trabajo interdisciplinarios, se hace posible a partir de la observación de las prácticas dentro de las organizaciones mencionadas, como en el

13. En el gráfico se incluyen los años en los que se realizaron prácticas en campo de manera presencial. En 2020 y 2021 las medidas ASPO imprimieron una dinámica virtual para las prácticas, de modo que, si bien hay continuidad en los objetivos de aprendizaje, las actividades desarrolladas son diferentes, lo que no permite establecer comparaciones para este trabajo.

análisis de la realidad de las comunidades, la detección de necesidades y problemáticas específicas, a fin de integrar ese recorrido en el diseño de un proyecto de intervención grupal de alcance comunitario, según los modelos propuestos.

Las sociedades cada vez más abiertas requieren romper las barreras entre disciplinas para comprender la realidad (Torres, 2006), lo que supone mayor permeabilidad entre las áreas de conocimiento para comprender la complejidad de estas realidades y las fronteras epistemológicas deberían ser porosas y superables (Díaz, 2008).

2.3 La experiencia desde el espacio curricular Atención Comunitaria

La complejidad que presenta el campo de la salud requiere de profesionales que contemplen los múltiples factores que atraviesan las situaciones de vida y los procesos de salud-enfermedad-cuidado de las personas y comunidades. La construcción del espacio de aprendizaje que aquí se analiza piensa los contenidos desde la complejidad y la práctica desde la importancia del trabajo en equipo, la reciprocidad y la flexibilidad (Elichiry, 1987). La conformación de equipos docentes en que convergen varias disciplinas permite contribuir a una lectura más compleja de los procesos y un desarrollo de propuestas de intervención superadoras, especialmente en el abordaje de tópicos específicos que inciden en la salud como son la discapacidad, el envejecimiento, el género y la inclusión. En el gráfico 2 se puede observar que desde los inicios estas materias contaron con equipos docentes de diversa formación disciplinar y a partir del año 2019 la designación de una mayor cantidad de profesionales kinesiólogas, permitió fortalecer el acompañamiento a campo.

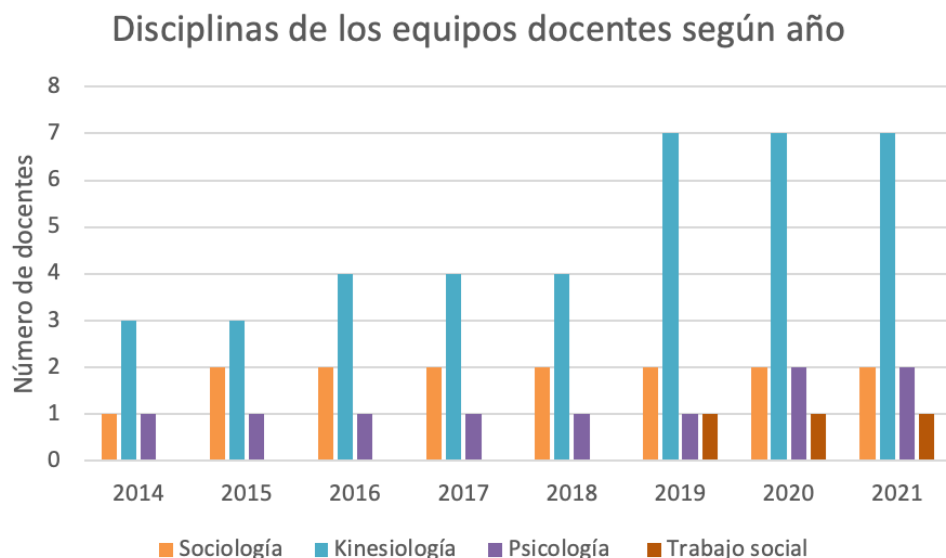


Figura 2.: *Docentes según disciplina y año.*

Fuente: Elaboración propia

La conformación de equipos docentes interdisciplinarios permite una visión integradora tanto en cada salida a campo como en el trabajo en el aula. La práctica interdisciplinaria logra este *inter* cuando el equipo de trabajo toma como punto de partida el problema, no las disciplinas intervinientes; es el equipo el que a lo largo del tiempo va construyendo ese problema (García; 1989). Así, desde ambas asignaturas la estrategia didáctica es diseñada de manera interdisciplinar, abriéndose el diálogo a los diferentes saberes en todo el proceso de planificación, ejecución y evaluación y a partir de la existencia de criterios generales explícitamente compartidos. Siguiendo a Follari, la Interdisciplina se construye en el encuentro con otras disciplinas, de manera interpersonal, operando como un efecto de la síntesis del grupo (Follari, 2007). En la experiencia que aquí se analiza, esta síntesis de saberes se produce en el aula, se pone en juego a la hora de salir a campo, en la ejecución de lo planificado y al momento de acompañar y evaluar de manera interdisciplinaria a los y las estudiantes en el diseño de proyectos de intervención.

Del mismo modo, se fue construyendo a lo largo de los años el registro y evaluación de la experiencia, y el impacto de este proceso de en-

señanza-aprendizaje en los y las estudiantes. Se han realizado distintos trabajos para conocer las representaciones sociales de los estudiantes, describir el impacto que genera la presencia de estudiantes en las organizaciones de la comunidad en el marco de experiencias de aprendizaje en campo, conocer la experiencia de virtualización que transitron docentes y estudiantes en contexto de medidas ASPO, entre otros. Asimismo, los proyectos de investigación, vinculación y las actividades de extensión de ambas asignaturas cuentan con la participación de estudiantes, docentes y no-docentes, y se orientan a la vejez activa y los derechos de las personas con discapacidad. A partir de pensar esta estrategia de aprendizaje desde un proceso situado, hemos identificado tres grandes desafíos para la enseñanza de atención comunitaria de la salud en una universidad del conurbano: formar para alcanzar la equidad y la inclusión, formar con una perspectiva de género y formar para poder dar respuesta al envejecimiento poblacional.

3. A modo de cierre

Comprendiendo la transición demográfica y el compromiso de preparar profesionales para dar respuesta a estos cambios, desde las asignaturas Atención Comunitaria I y Atención Comunitaria II, se aborda tanto la vejez y el proceso de envejecimiento, como la inclusión en relación a la discapacidad y la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad. Respecto de la inclusión y prácticas de cuidado en territorio desde el enfoque de derechos y desde los tres subsectores del sistema de salud la estrategia RBC es una herramienta fundamental. Un desafío es entonces formar para trabajar en el territorio generando redes inclusivas, donde las personas con discapacidad sean tratadas dignamente, respetando su autonomía. Respecto al envejecimiento poblacional, tal como señalan las convenciones y normativas¹⁴ es insoslayable el derecho de las personas a disfrutar de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económicas, sociales, culturales y políticas de sus sociedades teniendo a su disposición instalaciones y servicios en igualdad de condiciones también en la vejez, sin desentenderse de sus necesidades particulares, pero remarcando la importancia de comprender el término

14. Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. OMS declaró el Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030

autonomía como el respeto y la independencia en la realización de sus actos (CEPAL, 2021).

La transversalización de la perspectiva de género en la formación en salud es tanto un horizonte hacia el cual dirigirse como una mirada desde la cual comprender las situaciones de salud, especialmente teniendo en cuenta la feminización tanto de la discapacidad como de las vejeces. Las asignaturas adhieren al marco teórico de los DSS; lo cual posibilita identificar los distintos ejes de la desigualdad, estructurales vinculados a la posición en la estructura social, también la incidencia del género, la discapacidad y la desigualdad etaria.

La heterogeneidad y desigualdad que caracterizan al conurbano hacen que sea indispensable que la formación incluya el saber hacer interdisciplinario para cuidar la salud de las personas. Asimismo, es importante que el proceso enseñanza-aprendizaje en una carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de una universidad del conurbano tenga en cuenta la población usuaria de los servicios de salud para la que se está formando. Es fundamental que las trayectorias de aprendizaje logren desarrollar las competencias y técnicas propias de la medicina basada en la evidencia y la capacidad analítica que requieren las profesiones de la atención y el cuidado a la salud, así como aquellas competencias que se orientan al respeto, el liderazgo, la empatía, el reconocimiento de la diversidad cultural y la importancia del trabajo interdisciplinario, todas necesarias para trabajar en los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados con las comunidades y a partir del cual transitan su formación.

Agradecimientos

Al Departamento Ciencias de la Salud, por su permanente apoyo a las iniciativas didácticas que desde el espacio de la asignatura se van proponiendo. Al Lic. Jorge Portillo por su tarea de articulación con las organizaciones donde se desarrolla el aprendizaje en espacios de campo. A cada uno/a de los y las estudiantes que cursaron la asignatura con entusiasmo por aprender

Bibliografía

- Barrancos, D. (2014) Los caminos del feminismo en la Argentina. Voces del Fénix. 32, 6-13.
- Blanco, R. (2018). Antes de la consagración “del género” en la universidad: Trayectorias, generaciones y lenguajes en tensión durante la expansión de un área de conocimiento. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. 28, 7-29. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.28.02.a>
- CEPAL (2021). Etapas del proceso de envejecimiento demográfico de los países de América Latina y el Caribe y desafíos respecto del cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. <https://www.cepal.org/es/enfoques/etapas-proceso-envejecimiento-demografico-paises-america-latina-caribe-desafios-respecto>
- CSDH. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69832>
- Chiara, M. (2012). *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires* (1ª ed.). Universidad Nacional de General Sarmiento
- Cohen, J.y Arato, A. (2000). *Sociedad civil y teoría política* (Trad.: Reyes Mazzoni, R.). Fondo de Cultura Económica, México.
- Cravino, M. (2022). Futuros urbanos de los asentamientos populares del Área Metropolitana de Buenos Aires. En L. Vecslir, S. Grinberg y A. Carbajo (eds.), *Urbanos* (pp. 269-289). Asociación Argentina para el Progreso de las Ciencias y Fundación UNSAM Innovación y Tecnología.
- Cravino, M. C. (org.). 2008. Los mil barrios (in)formales: aportes para la construcción de un observatorio del hábitat popular del Área Metropolitana de Buenos Aires. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Dalle, P. (2010). Cambios en el régimen de movilidad social intergeneracional en el Área Metropolitana de Buenos Aires (1960-2005).

Revista Latinoamericana De Población. 4(7), 149-173. <https://doi.org/10.31406/relap2010.v4.i2.n7.5>

De Piero, S. (2020). *Organizaciones de la sociedad civil: tensiones de una agenda en construcción* (2ª ed.). Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Díaz, E. (2008). *La teoría del caos y el concepto de rizoma como modelos posibles para pensar la interdisciplinariedad*. [Ponencia]. Ciencias y múltiples miradas: Primera Jornada Nacional de Ciencia e Interdisciplina. Mendoza, Argentina. <https://imd.uncuyo.edu.ar/ciencia-y-multiples-miradas>

Dulcey Ruiz, E. (2013). *Envejecimiento y vejez. Categorías conceptuales*. Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano y Red Latinoamericana de Gerontología.

Elichiry, N. (1987). El niño y la Escuela: Reflexiones sobre lo obvio. En Elichiry, N. (comp.). *La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias* (pp. 333-341). Nueva Visión.

Esteban, M. L. (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*. 2(1), 9-20.

Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de Buenos Aires. (2015). *Estudios de Población de la provincia de Buenos Aires* http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Poblacion_1.pdf.

Fernández, A. M. (2009). *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. Nueva Visión.

Ferrante, C. (2014). Usos, posibilidades y dificultades del modelo social de la discapacidad. *Revista Inclusiones*. 1(3), 31-55.

Follari, R. (2007). La interdisciplina en la docencia. *Revista Latinoamericana Polis*. 6 (16), 1-12.

Fontán, S., Adamantino, L., Rímoli Schmildt, D., Melita, M., González, V. y Smalc, J. (2022). La perspectiva de los determinantes sociales de la salud en la formación de grado. Análisis de estrategias de

aprendizaje en la asignatura Atención Comunitaria entre 2014-2019. *Revista de Investigaciones del Departamento de Ciencias de la Salud*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.54789/rs.v1i1.3>

García Delgado, J. (2009). Bolonia y la buena práctica de las prácticas. *La Cuestión Universitaria*. 5, 81-89.

García, R. (1989). *Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria*. [Ponencia]. IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud y I de Medicina Social, Buenos Aires, Argentina. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/un

López E, Findling L y Abramzón M. (2006). Desigualdades en salud ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres?. *Salud colectiva*. 2 (1) , 61-74.

Marcos, M., y Chiara, C. (2019). El crecimiento de la población de la Región Metropolitana de Buenos Aires (2001-2010): componentes, especificidades territoriales y procesos urbanos. *Revista Latinoamericana De Población*, 13(24), 106-134. <https://doi.org/10.31406/relap2019.v13.i1.n24.5>

Menéndez, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8 (1) 185-207.

Monteverde, M., Palloni, A., Guillén, M. y Tomas, S. (2019). Pobreza Temprana y Esperanza de Vida Futura con Discapacidad entre los Adultos Mayores de la Argentina. *Revista Latinoamericana De Población*, 14(26), 5-22. <https://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i1.n26.1>

Morgade, G. (comp.) (2011) *Toda educación es sexual: hacia una educación sexuada justa* (1ª ed.). La Crujía Ediciones.

OMS. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Informe de la Secretaría*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

- OMS, UNESCO, OIT, OPS, IDDC. (2012). *Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44809>
- OMS. (2017). *Más sano, más justo, más seguro: la travesía de la salud mundial 2007-2017*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259204>
- OPS, OMS. (2019). *Transversalización de género en salud: avances y desafíos en la Región de las Américas*. <https://doi.org/10.37774/9789275121634>
- Palacios, A. (2008). Modelo rehabilitador. En A. Palacios & Cermi (Eds.), *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (pp. 66-90). Grupo editorial CINCA.
- Perrenoud, P. (2004). *Diez nuevas competencias para enseñar. Invitación al viaje*. Graó & Mexico.
- Perrenoud, P. (2010). *Los ciclos de aprendizaje. Un camino para combatir el fracaso escolar*. Magisterio Editorial.
- Prieto Flores, M. (2021). Desigualdades sociales y geográficas asociadas a las limitaciones funcionales en la población mayor de Argentina. *Revista Latinoamericana De Población*, 15(29), 118-139. <https://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.4>
- Rofman, A. (comp), Suárez, A., Palma Arce, C., Soldano, D., González Carvajal, M., Anzoategui, M., Carmona, R. y Moreno, V. (2010). *Sociedad y territorio en el conurbano bonaerense: un estudio de las condiciones socioeconómicas y sociopolíticas de cuatro partidos: San Miguel, José C. Paz, Moreno y Morón*. (1ª ed.) Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Rofman, A. (Comp.), Martí, M., Blanco, I., Parés, M., Subirats, J., Grandinetti, R., Nari, P., Couto, B., Foglia, C., Clemente, A., Vommaro, G., y Manzanal, M. (2016). *Participación, políticas públicas y territorio: aportes para la construcción de una perspectiva integral*. Universidad Nacional de General Sarmiento.

- Servicio Nacional de Rehabilitación. (2012). Marco conceptual: Rehabilitación Basada en la Comunidad. *Boletín informativo: una mirada federal e innovadora de la rehabilitación*, 48.
- Sharma, M., Pinto, A., y Kumagai, A. (2018). Teaching the social determinants of health: a path to equity or a road to nowhere? *Acad Med*. 93(1), 25-30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28445214/>
- Tella, G. (2005). Rupturas y continuidades en el sistema de centralidades de Buenos Aires. En Welch Guerra, M (Ed.) *Buenos Aires a la deriva. Transformaciones urbanas recientes* pp. 29 - 43. Biblos.
- Torrado, S. (2008). Población y Bienestar en la Argentina: nuestro largo, denso y vertiginoso siglo XX. *Boletín de la Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPA)*, 40.
- Torres, J (2006) *Globalización e interdisciplinariedad: el currículo integrado*. Ediciones Morata.
- Vecslir, L. y Ciccolella, P. (2012). Transformaciones territoriales recientes y reestructuración metropolitana en Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Urbanismo*. 8, 1-7.