

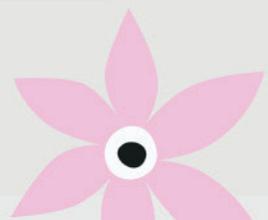


Julio, 2023

Nuevos abordajes para reflexionar, compartir y hacer en el campo de la Nutrición



COLEGIO DE
NUTRICIONISTAS
PROVINCIA DE BUENOS AIRES



Autoridades

Presidenta

Lic. Salzman, Laura

Vicepresidenta

Lic. Attie, Nadia

Secretaria

Lic. Delgado, Fernanda Victoria

Prosecretaria

Lic. Klappenbach, María Laura

Tesorera

Lic. Schettino, Cintia Paola

Protesorera

Lic. Tapia, Vilma

Vocales Titulares

Lic. Reynoso Peitsch, Denisse Gisela

Lic. Salerno, Mercedes

Lic. Sansalone, María Laura

Vocales Suplentes

Lic. Pelle, Daniela Susana

Lic. Sosa, Rocío Laura

Lic. Rimer, Gabriela Noemí

Compilación y prólogo: Lic. Lucía Vázquez

Índice

Prólogo	5
Nodos saludables. Respuesta intersectorial organizada.	6
Por Melina Méndez, Romina Montorro, Mara Machuca, Susana Rodríguez, Mariana Bochicchio, Laureano Miño, Griselda Vargas y Desirée Rodríguez	
Formación en salud: nuevos haceres de Licenciadas en Nutrición en el Territorio en la práctica profesional de UNLaM.	11
Por Fernanda Delgado, Maira Britos, Karen Campos, Vanesa, Choren y Ludmila Matassa	
Importancia del abordaje nutricional de personas mayores desde el nuevo paradigma de atención centrada en la persona	14
Por Regina Traverso, Marina Ragusa, Mariana Barciocco, Alejandra Basilio, Mariana Yudi, Verónica Barcos, Julieta Mancini y Sofía Gluckselig	
Reflexiones sobre cisexismo con estudiantes de la licenciatura en nutrición, universidad nacional de tres de febrero.	16
Por Lau Morgan, Lucía Vázquez y Laura Salzman	
Abordando las zonas grises de las políticas alimentarias. Aportes con perspectiva de género desde la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Nacional de La Matanza	19
Por Estebas Bárbara, De Paula, María C., Iglesias Miriam, Méndez Melina Noelia, Reynoso Peitsch Denisse, Ristangno Tamara Y., Sánchez Naiara Aylen	
Conocimiento sobre Lactancia Materna y alimentación de mujeres puérperas en el Hospital Dr Carlos A. Bocalandro	24
Por Camila B. Espiño, Fernanda González, Marianela L. Palazzi, M. Isabel Sotelo, M. Sandra Spatafora	
Desde la gordofobia hacia una mirada de salud integral, con perspectiva de género	27
Por Roxana V. González y Floriana Tarsitano	
Nutrición colectiva: experiencia del equipo de nutrición del ministerio de desarrollo de la comunidad en el fortalecimiento de programas alimentarios provinciales.	36
Por Maria Belen Martinez, Micaela María Mozzoni, Manuela Galindez, María Candelaria De Tezanos Pinto, Yanil Zuasnabar y Maria Lucía Cacciutto	
Las prácticas y el nivel de conocimiento sobre lactancia materna	38
Por Valeria Costabella y Josefina Casco	
Políticas con componente alimentario en tres de febrero: experiencias de redes alternativas de producción y comercialización de alimentos.	40

Por Cacciutto Lucía, Clacheo Rodrigo, García Nerella, Reynoso Peitsch Denisse	
Nutrir la Salud: una huerta en un hospital	41
Por Sansalone ML; Azzaretti L; Abratte G; Gómez Lezcano ME; Pissinis MC; Rodriguez F; Cortagerena S; Eserverri MD, Quevedo D.	
Capacitación y fortalecimiento de los saberes de lxs Trabajadorxs de la economía popular en clave participativa y emancipadora. Aportes para la intersectorialidad en salud	45
Por Caviglia Marcos, Iglesias Miriam a., Ristagno Tamara Y.	
El rol de la alimentación en el cuidado integral de la salud	47
Por M. Aurelia Del Cioppo y Laura Pisano	
Consumo de sodio en población adulta participante del programa Nutrir Salud del HIGA San Felipe de San Nicolás.	49
Por Sansalone ML, Azzaretti L, Abratte G, Gómez Lezcano ME, Pissinis MC, Rodriguez F.	

Prólogo

Pensar y construir el rol del nutricionista hoy implica, más que definir límites teóricos concretos, ampliar los márgenes con acciones reales dentro de nuestro territorio. Cuando los límites son corridos, con el fin de hacer de la nutrición un campo más diverso en el abordaje de lo alimentario, el registro se vuelve fundamental. Al recopilar las experiencias nos reconocemos en el amplio potencial del trabajo de las y los nutricionistas.

En nuestro territorio, el de la Provincia de Buenos Aires, las experiencias de trabajo transformador de las y los nutricionistas son bastas. Muchas de ellas fueron presentadas en el Congreso Provincial de Salud (COSAPRO) realizado el 12, 13 y 14 de abril del 2023, en la ciudad de Mar del Plata. A partir de la iniciativa de la nueva gestión del Colegio de Nutricionistas de PBA, que fue elegida para representar el colectivo en agosto del 2022, se concretaron encuentros entre colegas en los tres días que duró el congreso.

Se gestaron espacios donde se debatió sobre nuevos abordajes de la nutrición, así como también se generaron nuevas propuestas para continuar trabajando en cada región. Reafirmando el valor del encuentro del colectivo profesional, con el objetivo de construir redes entre las nutricionistas de la provincia y acercar el Colegio a las y los colegiados, también se expusieron las experiencias y trabajos que las colegas vienen desarrollando tanto dentro del sector salud como en dispositivos territoriales de toda la provincia, los cuales se presentan en esta recopilación.

La diversidad en las temáticas abordadas en sus presentaciones da cuenta de la amplitud creciente del trabajo de las nutricionistas. Este cuadernillo es reflejo de lo mencionado, se abordan temas como: la alimentación en distintos momentos de la vida desde nuevos paradigmas, como son la alimentación y nutrición de los adultos mayores y la alimentación en la lactancia; así como relatos de experiencias para pensar las desigualdades de género y el cissexismo en la formación de nutricionistas y en el abordaje con perspectiva de la diversidad corporal. Se incluyen también, abordajes sobre las políticas alimentarias y la articulación para dar respuestas intersectoriales a nivel municipal.

Transformar nuestra profesión es, fundamentalmente, un trabajo colectivo a sabiendas que es a partir de compartir nuestras reflexiones y acciones que construiremos mejores condiciones de posibilidad para quienes ejercemos la profesión.

Lucía Vázquez
Licenciada en Nutrición

Nodos saludables. Respuesta intersectorial organizada.

Por Melina Méndez, Romina Montorro, Mara Machuca, Susana Rodríguez, Mariana Bochicchio, Laureano Miño, Griselda Vargas y Desirée Rodríguez.

Institución de pertenencia: Secretaría de Desarrollo Social de La Matanza.

Contexto de la experiencia

Teniendo en cuenta que actualmente el partido de La Matanza cuenta con alrededor de 1.800.000 habitantes (Municipalidad de La Matanza, 2023), la demanda al sector salud en el contexto de pandemia, desbordó las posibilidades de atención de la población, relegando las acciones promocionales de la salud y priorizando las de atención de la enfermedad.

Los Nodos Saludables (NS) surgen en este contexto a mediados de 2020, como producto de la necesidad planteada por las organizaciones sociales comunitarias (OSC), que participan de la Comisión de Salud del Consejo Municipal de Niñeces y Adolescencias de La Matanza¹, de contar con recursos sanitarios que permitieran promover la salud y prevenir enfermedades, ya que a los efectores de salud solo se asistía ante la presencia de sintomatología compatible con COVID-19.

Objetivo de la experiencia

El objetivo de los Nodos Saludables conformados en el Municipio de la Matanza es constituirse en una respuesta intersectorial organizada y como una manera de contribuir al acceso igualitario de la salud, con un enfoque integral de derechos. Estas reflexiones tienen también como objetivo repensar nuestras maneras de construir salud en los territorios.

Otros objetivos de los NS son: Dar visibilidad a un conjunto de acciones desarrolladas desde el municipio en relación a la salud de manera específica, y a las prácticas de cuidados comunitarios que se promueven desde la Secretaría de Desarrollo Social (Red ACASI, Acompañamientos familiares, Programa Primera Infancia y otras). Colaborar en la construcción

¹ El Consejo Municipal de Niñeces y Adolescencias de La Matanza es un ente autárquico que nuclea alrededor de 370 organizaciones sociales comunitarias del municipio de La Matanza. Este Consejo articula a través de diferentes proyectos y espacios de trabajo a las OSC con el Estado local. A su vez, desde esos espacios se construye la política pública de niñez que se desea para el territorio matancero. El Consejo es parte del Sistema Integral de Promoción y Protección de Derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de La Matanza (SIPPD), el cual es parte de la Secretaría de Desarrollo Social de La Matanza.

de un diagnóstico de accesibilidad a la salud desde el territorio. Dar respuesta a un interés creciente de la comunidad organizada matancera por comprometerse en relación a la situación sanitaria.

Descripción de la experiencia

Este proyecto resulta de la articulación corresponsable de las Secretarías de Salud Pública y de Desarrollo Social del Municipio de La Matanza en articulación con las organizaciones sociales comunitarias del territorio que se encuentran vinculadas al Municipio a través de diferentes instancias de participación. La propuesta condensa distintos procesos que tenían lugar a nivel territorial en el trabajo conjunto por el acceso a la salud entre equipos de salud -dependientes de la Secretaría de Salud Pública-, organizaciones sociales -constituidas como participantes del Consejo Municipal de Niñeces y Adolescencias y de las Mesas Territoriales²-, y equipos interdisciplinarios de los programas Envión-Podes³, articulados en el nivel municipal.

Entendiendo a la salud comunitaria como la acción en y desde la comunidad que puede influir positivamente en la salud, la salud comunitaria actúa sobre los factores de carácter comunitario que influyen en la salud, desplazando el foco desde la enfermedad al bienestar, y desde la restitución de la salud a su promoción (Pasarín y Díez, 2013). Es a partir de esta idea que en el 2020 se empezó a gestar la institucionalidad de estas propuestas, con vistas a construir una Red de Nodos Saludables, que se extendió a 49 espacios.

² El Programa Mesas Territoriales (MT) dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de La Matanza, promueve la integralidad, intersectorialidad y territorialidad a partir de encuentros mensuales de intercambio y construcción colectiva que ocurren en cada una de las 21 mesas territoriales, distribuidas en el municipio. En las mismas se priorizan las necesidades, intereses y demandas de la comunidad como parte de la gestión inclusiva e innovadora que impulsa procesos de fortalecimiento institucional y el desarrollo local. De las MT participan equipos de áreas y programas de la Secretaría de Desarrollo Social de La Matanza, el equipo de la Subsecretaría de Personas con Discapacidad, diferentes áreas y delegaciones municipales, organismos nacionales de niñez, instituciones educativas, sanitarias, deportivas, religiosas y sociales, referentes de comedores y merenderos, referentes territoriales y de organizaciones comunitarias, vecinos/as. Desde las MT se promueven espacios de formación y socialización de saberes, destinados a brindar y/o fortalecer las herramientas existentes en los territorios (guías de recursos, de trabajo y circuitos de atención, entre otros) que permitan abordar las situaciones, demandas y necesidades de la comunidad local de manera óptima.

³ Los programas Envión y Podés, dirigidos al acompañamiento de adolescentes y jóvenes, sus familias y comunidades, constituyen una parte del área territorial del Sistema Integral de Promoción y Protección de Derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de La Matanza (SIPPD). Cuentan con equipos técnicos interdisciplinarios y despliegan sus acciones en 24 sedes territoriales, 14 subsedes y más de 30 espacios comunitarios. Abordan el derecho a la salud desde una perspectiva de promoción de derechos y fortalecimiento de la accesibilidad tanto en la dimensión ligada a eliminar barreras, como en la dimensión vincular, fortaleciendo la participación y la construcción colectiva de prácticas de cuidado. Desde estos equipos, se cuenta con antecedentes de articulación intersectorial y de implementación de actividades hacia el conjunto de la comunidad, como consejerías de salud sexual y talleres de prevención, llevados adelante por profesionales, técnicos/as y operadores/as.

Durante la pandemia, desde los encuentros de la Comisión de Salud del Consejo Municipal de Niñeces y Adolescencias, que se sostenían de manera virtual, se planteó que sean las organizaciones espacios que pudieran contar con recursos sanitarios para la comunidad. Esto se propuso porque estas mismas organizaciones son las que brindaban alimentos a las familias e identificaban ese alejamiento del sistema de salud como consecuencia del aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO). Por ende, se pensaba como una oportunidad el momento de entrega de las viandas para acercar los recursos de salud a las familias.

De esta manera, se decide presentar la propuesta ante la Secretaría de Salud Pública municipal, la cual acepta el proyecto y a partir de entonces asume el compromiso de entregar periódicamente tales recursos (folletería, preservativos, anticonceptivos de emergencia, test de embarazo, etc.).

Sumado a ello, como parte de los recursos que reciben los NS, se desarrollan durante el año diferentes jornadas tales como: vacunación de calendario, vacunación COVID- 19, jornadas de autotoma de VPH, test de VIH/Sífilis, medición de glucemia y presión arterial, talleres de gestión menstrual, ESI, etc.

Inicialmente se conforman 5 NS como prueba piloto de la experiencia. Ante el impacto positivo que se evidenció en los diferentes territorios, se decide ampliar el número de NS. Es por ello que se consolidan como NS las sedes del Programa Envión-Podes y se designa un nodo por cada Mesa Territorial, dando un total de 49 NS a lo largo y ancho del municipio.

A la par de este despliegue creciente, y como forma de nutrir dicha iniciativa, se propone vincular a los NS con las promotoras de salud con el objetivo de fortalecer la articulación de los NS con los efectores de salud y, por tanto, facilitando el acceso a la salud de las familias.

Éstos NS funcionan en espacios comunitarios o sedes municipales de Desarrollo Social con frecuencia semanal, implementando estrategias que contemplan la promoción, la prevención, la escucha y orientación para asistencia en salud. Estos nodos se conectan para alcanzar la integralidad de las acciones a lo largo del territorio logrando vincularse con la población y contando con los insumos ya mencionados, llegando de esta manera durante el 2022, a cubrir esas necesidades para miles de personas que de otra manera no hubieran accedido a dichos recursos.

Nos encontramos trabajando para que se constituyan como parte del primer nivel de atención, articulando con las unidades sanitarias y como espacio donde se atiende la salud desde campañas preventivas a cargo de promotores y promotoras, dando lugar a procesos de formación y aprendizaje colectivo, contribuyendo a la disminución de la demanda en el segundo nivel de atención.

Resultados

Como resultado de nuestra experiencia, se evidencia la importancia de contar con los NS como forma de promover la salud y su acceso en los territorios, debido a que se han acercado cientos de familias a los NS como producto del vínculo de confianza existente con referentes y equipos de las OSC que funcionan como NS.

Desde dicho vínculo, los NS fomentan la participación comunitaria, realizan una gestión responsable de los recursos, promueven la salud en los territorios y tienden a garantizar el acceso universal y equitativo a la salud.

Contribuciones para el sistema de salud de la Provincia

Se considera que esta experiencia produce un aporte a las políticas públicas de salud en las estrategias de abordaje territorial, en un sistema de cogestión que implica definir intersectorial e interculturalmente, las problemáticas de salud y las respuestas que den cuenta de la dimensión subjetiva, histórica y social que las atraviesa.

Lecciones aprendidas/recomendaciones para la política de salud

Para que las políticas sean más eficaces teniendo más llegada a la población resulta importante darle lugar a la voz de la población y las organizaciones sociales que forman parte de la cotidianidad del territorio y conocen sobre sus necesidades de manera directa.

Bibliografía

- Municipalidad de La Matanza (2023). Municipio de La Matanza - Población. <https://www.lamatanza.gov.ar/matanza/poblacion>
- Pasarín, M.I. and Díez, E. (2013). *Salud comunitaria: una actuación necesaria*, Gaceta Sanitaria. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v27n6/editorial.pdf> (Acceso: 2023).

Formación en salud: nuevos haceres de Licenciadas en Nutrición en el Territorio en la práctica profesional de UNLaM.

Por Fernanda Delgado, Maira Britos, Karen Campos, Vanesa, Choren y Ludmila Matassa.

Objetivo del relato de experiencia

Analizar una propuesta de innovación del rol de licenciadas en Nutrición, orientada a acompañar en la práctica profesional un modelo de trabajo en salud participativo, inclusivo, centrado en la población, sus saberes y derechos.

Descripción de la experiencia

En las prácticas profesionales de la carrera de Lic. en Nutrición en la UNLaM, les estudiantes son acompañados por docentes-tutoras. Desde este espacio se incentiva una mirada crítica sobre el hacer profesional naturalizado tradicionalmente, atravesado por acciones delegadas, un rol invisibilizado y accionar mecanicista. Se promueve una formación integral de profesionales de la Nutrición capaces de comprender el trabajo territorial como tarea colaborativa con equipos de trabajo y población, analizando y reflexionando sobre el contexto socio-histórico, y realizando propuestas vinculadas con la realidad alimentaria y nutricional en el marco de un permanente enfoque de derecho.

Las prácticas profesionales se desarrollan en centros de salud del primer nivel de atención de diferentes partidos del Gran Buenos Aires, entre los cuales se encuentran el de La Matanza, Morón e Ituzaingó. Les estudiantes desarrollan sus prácticas tanto en estos espacios de salud como en otras instituciones que forman parte de los territorios: organizaciones sociales, escuelas, jardines, comedores, merenderos, sociedades de fomento, entre otros.

Durante un cuatrimestre, concurren a los centros de salud de lunes a viernes, buscando insertarse en el espacio, conocer el manejo del CAPS, el equipo, el modelo de atención en salud, los recursos y programas con los que cuentan, las redes que se constituyen con otros efectores y todas las cuestiones que hacen a la labor diaria en el primer nivel de atención. Del proceso de inserción, buscan relevar información, construir vínculos, a través de la observación y escucha atenta, para el desarrollo de un diagnóstico territorial que permita realizar intervenciones con la comunidad de manera oportuna y asertiva. Es en este momento de la carrera donde se ponen en juego los saberes teóricos y toma relevancia el saber hacer y el saber ser con la realidad de frente⁴.

⁴ Delors, Jacques (1994). "Los cuatro pilares de la educación", en La Educación encierra un tesoro. México: El Correo de la UNESCO, pp. 91-103.

Históricamente, la formación de profesionales de la nutrición ha estado atravesada por el modelo médico hegemónico, centrado en el abordaje biologicista de la salud-enfermedad (pesocentrismo, dietas restrictivas, centrado en la enfermedad, entre otras características). Este modelo invisibiliza a las personas como sujetos de derechos y en muchos casos las responsabiliza por su condición de salud-enfermedad. A la luz de la situación alimentaria-nutricional actual de la población, queda en evidencia la inconsistencia de dicha orientación formativa. En esta línea, resulta imprescindible el análisis de los determinantes sociales y su impacto en el proceso de salud-enfermedad de la comunidad como un eje transversal a la formación. Desde la práctica en territorio se busca que los graduados en nutrición puedan insertarse en el sistema de salud desde una perspectiva de derecho, que contemple a la persona y el contexto que la atraviesa, su historia, sus saberes y experiencias, apartándose del posicionamiento protagónico y omnipotente tradicional.

Desde la formación universitaria, buscamos brindar herramientas que se puedan llevar a la práctica en esta instancia final y que puedan trascender a la futura vida profesional. Cada grupo es acompañado por una tutora durante todo el trayecto. La misma tiene el rol de favorecer el intercambio, el análisis, la reflexión, de cada estudiante de forma individual y colectiva a través de, por ejemplo, las prácticas reflexivas (tradicionalmente utilizadas en la práctica docente), donde se encuentran quincenalmente las tutoras y todos los grupos de estudiantes en un espacio común, que es la Universidad, para reflexionar sobre el hacer durante todo el desarrollo de las prácticas⁵.

Dicho acompañamiento representa un desafío para el equipo docente, debido a que la práctica pregona una nueva forma de trabajo de la profesión en los territorios, la cual se pone en tensión con la mirada tradicionalmente hegemónica del hacer en salud, que pese al proceso de deconstrucción que ha tenido lugar de un tiempo a esta parte, sigue siendo la predominante.

Resultados

Los estudiantes se encuentran con diversas barreras durante el recorrido: algunas de ellas internas, respecto de prácticas históricamente validadas, incluso en la propia formación, como el planteo de planificaciones hegemónicas, verticalistas, y otras externas, en relación a las expectativas de los equipos de salud y de la propia comunidad en torno al rol del nutricionista. Un rol centrado en el abordaje de patologías a través de la práctica en consultorio principalmente, despojado de la coyuntura que atraviesa a la población. En este sentido cobran especial relevancia las tutoras, quienes fomentan la necesidad de repensar el hacer

⁵ Ramón Ramos, Rocío (2013) Las teorías de Schön y Dewey: hacia un modelo de reflexión en la práctica docente. División Académica de Educación y Artes. (Pag. 30-31-32)

normativo tradicional, acompañando la construcción de planificaciones desde una mirada integral y participativa.

Contribución de su trabajo a la integración del sistema de salud

Este espacio de formación trabaja sobre una práctica situada que pretende habilitar y fomentar el intercambio con la comunidad, dándole protagonismo y voz en los procesos de salud- enfermedad. La inserción en los territorios permite conocer, apropiarse y, recién a partir de allí, reflexionar acerca de la realidad para construir el conocimiento y las líneas de abordaje, siempre con otros.

Algunas de las reflexiones de las y los estudiantes en el contexto de evaluación de la cátedra:

“Agradezco haber tenido la posibilidad de tener este proceso de enseñanza aprendizaje”

“Me llevo de este recorrido la posibilidad de poder aprender, (re)aprender, reflexionar, cuestionarme, analizar lo que traía arraigado en toda la carrera”

“Me alegra llevarme esta mirada transformadora del rol del nutricionista”

“Me ayudó a tener una mirada crítica de diferentes realidades”

“Superó mis expectativas ampliamente, pude poner en práctica todo lo teórico, pero así también salir de lo estructurado”

Lecciones aprendidas/recomendaciones para la política de salud

La tarea de la tutoría implica un re-preguntarse constante. Las realidades cambian y la educación superior debe acompañar las transformaciones sociales. Pero ¿cómo es el proceso de enseñanza-aprendizaje cuando hay más preguntas que respuestas? Desde esta tutoría proponemos acompañar procesos que cuestionen el hacer, y en este sentido, podemos pensar que aprender es aprender a preguntar-se.

Importancia del abordaje nutricional de personas mayores desde el nuevo paradigma de atención centrada en la persona

Por Regina Traverso, Marina Ragusa, Mariana Barciocco, Alejandra Basilio, Mariana Yudi, Verónica Barcos, Julieta Mancini y Sofía Gluckselig

Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas

Introducción

La alimentación de las personas mayores es un aspecto en el cual convergen la historia personal, los hábitos, la cultura, la salud, las redes de apoyo, la posibilidad de confort, bienestar, satisfacción, y según la circunstancia, adecuación. La conformación de un grupo de estudio formado por Lic. en Nutrición, permite el espacio para la reflexión y producción de material de divulgación.

Objetivos

Lograr una estructura y dinámica de trabajo que permita contribuir a la mejora en el abordaje nutricional de personas mayores.

Metodología

Se formó un grupo de estudio integrado por Lic. en Nutrición de diferentes localidades de la provincia de Buenos Aires y CABA, en el marco de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas (AADYND). La dinámica es a través del trabajo colaborativo mediante encuentros con modalidad virtual.

Resultados

Se elabora material para uso profesional y se participa en eventos de actualización profesional. Estas actúan como estrategias para difundir el abordaje nutricional de personas mayores desde el nuevo paradigma de atención centrada en la persona.

Discusión – Conclusiones

La intervención profesional, en un determinante interseccional del estado nutricional, es un desafío en el que se pone en juego la capacidad para diseñar políticas, planes, programas, servicios, comidas y recursos a la medida de un grupo poblacional en el que es necesario poner en marcha la reafirmación de sus derechos en un contexto que estigmatiza, vulnera y condena.

Contribución del trabajo al Sistema de Salud

Nutricionistas que se formen en el nuevo paradigma del envejecimiento serán agentes de cambio para que las personas mayores mejoren o preserven su estado nutricional o simplemente acompañen su confort en la alimentación respetuosamente. Proponemos poner en valor nuestro rol a partir del compromiso con la formación continua, para la visibilización de la importancia de la nutrición en la vejez.

Reflexiones sobre cisexismo con estudiantes de la licenciatura en nutrición, universidad nacional de tres de febrero.

Por Lau Morgan, Lucía Vázquez y Laura Salzman

Contexto de la experiencia

En el contexto de la materia Salud Pública II de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Nacional Tres de Febrero, que tiene como objetivo general promover en lxs estudiantes la capacidad de analizar el campo de la salud desde una perspectiva integral focalizando en los grupos poblacionales en mayor situación de vulnerabilidad, propusimos incorporar una clase de reflexión sobre el cisexismo en salud. Sabemos que no es suficiente para construir una praxis en salud crítica, pero consideramos que es necesario estimular espacios de diálogo al respecto en la formación de lxs nutricionistas. Entendemos también que el recorrido universitario es solo una parte del trayecto formativo y en este caso corresponde a la experiencia de una sola clase. Los contenidos que dialogan entre sí en el transcurso de la experiencia cuatrimestral tienen como ejes las nociones de campo de la salud, género en salud, interculturalidad, migraciones y la lógica de la construcción de redes en salud. En esta clase se usó como disparador el texto de Millet An "Cisexismo y salud. Algunas ideas desde el otro lado", el recorte seleccionado fue de la página 60 a la 86, y se le pidió que compartieran sentipensares respecto del texto, de su formación y a partir de esto imaginar propuestas para su formación.

Objetivo de la experiencia

Que lxs participantes reflexionen respecto al cisexismo en torno a su formación como nutricionistas a partir del vínculo de sus experiencias con aportes del libro Cisexismo y Salud de An Millet.

Resultados

La propuesta promovió la reflexión sobre la universidad en tanto espacio que obstaculiza o no la expresión de identidades por fuera de la cisnorma. Fue allí que se hicieron presentes andamiajes construidos previamente vinculados a los derechos humanos y el plexo legislativo que garantiza en Argentina la inclusión igualitaria, como es la Ley 26.743 de Identidad de Género del año 2012. En este sentido, lxs estudiantes aportaron cuestiones vinculadas a la elección del propio nombre en los sistemas de registro de gestión académica; a como nos nombramos en las aulas, preguntas acerca de la organización de los sanitarios; reflexiones

sobre contenidos, autorxs; aprendizajes de la vida diaria y de otros niveles de educación; compartieron contradicciones e imaginaron posibilidades de cambios.

A partir de lo reflexionado, se podrían categorizar lo compartido por lxs estudiantes en los siguientes ejes: necesidad de transversalizar los contenidos; discurso vs práctica; la universidad como espacio diverso; la Licenciatura en nutrición como profesión que requiere una revisión en los dispositivos de evaluación, acompañamiento, tratamiento y construyen luego propuestas concretas para accionar en relación a lo reflexionado.

Surgen aportes y preguntas de lxs estudiantes en relación a su propia formación como licenciadxs en nutrición y la praxis futura como profesionales. La inclusión del tema en el aula hizo emerger la necesidad de revisar la propia currícula y trayecto previo haciendo énfasis en los espacios dónde se propuso trabajar cuestiones vinculadas al género.

En este punto, es necesario remarcar la perspectiva de la formación de lxs nutricionistas en la Universidad Nacional de Tres de Febrero, entendiendo esta como anclada en un espacio conurbano, la propuesta curricular se proyecta como innovada para la formación de nutricionistas. Esto se expresa en los contenidos y propuestas pedagógicas que se alejan de la mirada biologicista de los procesos de salud-enfermedad, con un enfoque de derechos humanos, con la soberanía alimentaria como eje y por la comprensión del hecho alimentario como complejo y en dialogo permanente con el proceso socio-histórico del territorio. En este sentido, la experiencia buscaba proponer otra instancia para pensar-hacer con lxs estudiantes sobre el cisexismo en salud, con la intención clara de la importancia de revisar los propios discursos y prácticas y de convocar a lxs estudiantes a tomar un rol de protagonistas en su proceso de aprendizaje. Surge allí el reconocimiento de lxs estudiantes del valor de transversalizar los contenidos.

La propuesta promovió la reflexión sobre la universidad en tanto espacio que obstaculiza o no la expresión de identidades por fuera de la cisnorma. Fue allí que se hicieron presentes andamiajes construidos previamente vinculados a los derechos humanos y el plexo legislativo que garantiza en Argentina la inclusión igualitaria, como es la Ley 26.743 de Identidad de Género⁶ del año 2012. En este sentido, lxs estudiantes aportaron cuestiones vinculadas a la elección del propio nombre en los sistemas de registro de gestión académica; a como nos nombramos en las aulas, preguntas acerca de la organización de los sanitarios; reflexiones sobre contenidos, autorxs; aprendizajes de la vida diaria y de otros niveles de educación; compartieron contradicciones o cuestiones que reconocen no haberse planteado nunca y se preguntaron por cómo se encaran los casos problema que se utilizan en el contexto

⁶ Ver Ley 26.743 de Identidad de Género. La misma enfatiza en el carácter no patológico de la diversidad sexo genérica y prohíbe cualquier discurso o práctica que obstaculice la atención en salud; así también, hace referencia a la posibilidad de elección y respeto sobre la expresión sexo-générica.

pedagógico de formación.

Lecciones aprendidas/recomendaciones para la política de salud

Parte de las lecciones aprendidas son las propuestas que lxs estudiantes compartieron en relación a la institución universitaria, hacia la mirada propia y a la ciencia de la Nutrición en general. Entendemos que nombrar lo cis y reflexionarlo no demanda una especialidad en género, mismo que un taller no va a cambiar la tradición de la cisheteronorma en la que fuimos criadxs.

Abordando las zonas grises de las políticas alimentarias. Aportes con perspectiva de género desde la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Nacional de La Matanza

Por Estebas Bárbara, De Paula, María C., Iglesias Miriam, Méndez Melina Noelia, Reynoso Peitsch Denisse, Ristangno Tamara Y., Sánchez Naiara Aylene.

Contexto de la experiencia

En este trabajo abordaremos la experiencia compartida, en un proyecto⁷ de investigación y acción participativa en el marco del Plan Nacional Argentina Contra el Hambre⁸, entre docentes de la Licenciatura de Nutrición de la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM) en conjunto con veintidós organizaciones sociales con componente alimentario del Partido de La Matanza. El mismo comenzó a ejecutarse en agosto de 2021 y se encuentra actualmente en ejecución por 24 meses en total. Destacamos que esta articulación fue posible debido a los antecedentes de trabajos compartidos, a partir de encuentros y cursos de extensión universitaria, los cuales han propiciado la construcción de un vínculo colaborativo y de interaprendizaje mutuo, que se sostiene desde el año 2015, momento en que se inició la Práctica Profesional de Territorio con la primera camada de estudiantes de 5to año de la carrera.

Dentro de la diversidad que caracteriza a estos espacios encontramos como punto en común ser espacios conducidos y liderados por mujeres, que acompañan a la comunidad en el acceso a la alimentación en contextos de extrema vulnerabilidad social. Esta notoria división sexual del trabajo, responde a que la alimentación, como labor de cuidado, se encuentra invisibilizada y no remunerada (esfera doméstica), adjudicada hasta hoy a las mujeres e identidades feminizadas, en función de los "estereotipos de género" que históricamente se han atribuido en la sociedad bajo el modelo de familia patriarcal. Paradójicamente, la vida sin cuidados es inviable, son imprescindibles para el bienestar de personas y sociedades, son el soporte de la organización social y económica y aseguran la sostenibilidad de la vida (Sanchís, 2020).

Objetivo de la experiencia

Construir espacios colectivos de intercambio de saberes entre las trabajadoras de las

⁷ Proyecto: "Fortaleciendo redes comunitarias para una alimentación segura y soberana en el Municipio de La Matanza. La Universidad en el territorio".

⁸ Instituido mediante Res. 8/2020 Ministerio de Desarrollo Social, este plan "se apoya en el fortalecimiento de las acciones que lleva adelante el Programa Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Implica la promoción y fortalecimiento del Acceso a la Canasta Básica de Alimentos". <https://www.argentina.gob.ar/argentina-contra-el-hambre>

organizaciones sociales con componente alimentario y la Universidad Nacional de La Matanza con el fin de abordar las contradicciones de las políticas alimentarias.

Descripción de la experiencia

A partir del contexto descrito, pretendemos abordar y ampliar las reflexiones sobre las políticas alimentarias y sus contradicciones, analizándolas en este trabajo como las "zonas grises" de la política pública. En los últimos años, los lineamientos de las mismas, siguieron reforzando la división sexual del trabajo y el carácter feminizado solidario y altruista de la tarea de las mujeres trabajadoras de la alimentación en los espacios de sostén alimentario ya sea garantizando el derecho a la alimentación y/o en espacios productivos de alimentos sostenidos por mujeres.

En este marco, consideramos que la posibilidad de que las organizaciones, lideradas por mujeres, elaboren y comercialicen un producto alimentario incentiva la inserción local de trabajadoras de la economía popular al potenciar y valorizar su trabajo, contribuye a la comercialización en los barrios populares de productos seguros a precios accesibles y promueve vínculos de trabajo, cooperación y solidaridad entre universidades públicas y organizaciones sociales. Para esto, nos propusimos generar encuentros de formación e intercambio de saberes enfocándonos en el desarrollo de un producto alimentario artesanal y en torno a las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM). La experiencia consistió en siete encuentros de formación en la Universidad, con 15 de 22 organizaciones incluidas en el proyecto, con una evaluación final y con la obtención del Carnet Único de Manipulación de Alimentos, una herramienta que promueve la salida laboral.

Resultados

Los encuentros de formación, lejos de ser un fin en sí mismo, fueron planificados como vehículo y puntapié para abordar el acompañamiento a proyectos productivos alimentarios dentro de las organizaciones. Su realización permitió además, tomar la voz de las trabajadoras para reflexionar sobre el rol del Estado y problematizar sobre la necesidad de políticas públicas con enfoque de género y de derecho. El acompañamiento al trabajo que las mujeres "cuidadoras" vienen realizando desde hace décadas sobre la emergencia alimentaria en los territorios permite abordar inicialmente lo que denominamos "las zonas grises", visibilizando y aprendiendo de su experiencia y trabajo que van mucho más allá de ser las reales ejecutoras de las políticas alimentarias que impactan en el territorio.

Contribuciones para el sistema de salud de la Provincia

Creemos que es fundamental y urgente incorporar una perspectiva de género al momento de diseñar e implementar políticas públicas y abordajes en salud para la población, comprendiendo que las tareas de cuidado y la tarea específica de alimentar representa un impacto sostenido, profundizado y constantemente reforzado para las feminidades de todas las edades. Sosteniendo que ninguna intervención pública puede considerarse neutral al género, que el sesgo o "ceguera de género"⁹ presente en la implementación de políticas, en este caso específico analizando las políticas alimentarias de carácter asistencial, ha generado profundas repercusiones en las corporalidades y en la salud mental de las referentes comunitarias y la falta de reconocimiento social y monetario del trabajo que despliegan además de la obturación de posibilidades y oportunidades de desarrollo personal, formación, y las violencias sistematizadas dentro del mismo sistema obligan a repensar estrategias de acompañamiento a las mujeres que priorizan el sostén de la vida de otras sobre la propia.

Teniendo en cuenta la coyuntura actual, donde la dimensión del cuidado está en agenda a partir de las luchas de los colectivos feministas bajo lemas como "no es amor es trabajo", la construcción de una nueva "organización social de los cuidados"⁴, que incluya el derecho a la salud y su vínculo con la soberanía alimentaria y de los cuerpos, es una responsabilidad política y una deuda histórica en materia de derechos humanos. En este sentido, es necesario la intersectorialidad e institucionalización de las demandas y es aquí donde el vínculo entre el Estado y las organizaciones sociales no se puede escindir, uno depende del otro. Esto refleja la idea del falso dilema Estado vs Autonomía (Dinerstein, 2013), es decir, una relación compleja por naturaleza pero que debe ser complementaria basada en la participación política, escucha y diálogo.

Lecciones aprendidas/recomendaciones para la política de salud

A partir del acompañamiento que se mantiene desde hace años, donde se recogen experiencias, relatos, más la suma de información recogida de otros proyectos y trabajos de investigación en el municipio, queremos contribuir a repensar el sentido y lógica de las políticas alimentarias, para proponerle a sus hacedores mayor democratización al momento del diseño de estas políticas. La propuesta se entrama con las de las mujeres que, con sus trayectorias, conocimientos y saberes van construyendo poder. Desde su trabajo en los

⁹ Este término se aplica cuando no se reconoce que a los hombres/niños y a las mujeres/niñas se les adjudican roles y responsabilidades en contextos y antecedentes sociales, culturales, económicos y políticos específicos. Los proyectos, programas, políticas y actitudes que son ciegos al género no tienen en cuenta ni los roles ni las necesidades diferentes. Mantienen el estatus quo y no ayudan a transformar la estructura desigual de las relaciones de género. ONU Mujeres (2020) ⁴La organización social del cuidado se refiere a la manera en que inter-relacionadamente las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias, producen y distribuyen el cuidado. (Rodríguez Enriquez y Marzonetto, 2015)

espacios comunitarios, muchas de ellas atravesando largos trayectos con vaivenes políticos de mayor o menor inclusión social, también han demostrado que cuando la emergencia alimentaria cesaba, podían desarrollar sus capacidades e inteligencias para acompañar otras problemáticas más allá de lo alimentario, donde la política pública también llega pero ¿resuelve?. Sabemos que en la complejidad de los problemas sociales, las respuestas necesitan de una mirada compleja, de diversidad de actores, de múltiples áreas y disciplinas. ¿Cómo lograr entonces que estas políticas dialoguen más de cerca con las personas y sus problemas? ¿Cómo potenciar estas capacidades soslayadas, invisibilizadas? ¿Cómo lograr que el sujeto que planifica sea complejo y plural, incorporando el saber y experiencia de las mujeres en las decisiones que las implican? ¿Qué más podemos hacer, desde un hacer colectivo, que nos permita pensar en una vida más digna y justa? “Comer es un acto político” se escucha en el territorio, pero desde hace tiempo es voz y bandera de las mujeres trabajadoras comunitarias y de quienes las acompañan. Construir espacios de participación y acción colectiva, donde prevalezca la escucha y el acompañamiento a sus propios proyectos, puede ser un inicio para echar luz sobre la opacidad de políticas que existen pero que pueden ser transformadas y democratizadas, de modo concreto, respetando y promoviendo “una lógica de construcción de abajo hacia arriba” (Rovere, s.f.).

Bibliografía

- Dinerstein, Ana (*compiladora*) (2013): "Movimientos sociales y autonomía colectiva. La política de la esperanza en América Latina". Capital Intelectual, Buenos Aires. Prólogo- pág 9 a 18. Introducción, pág 23 a 38.
- ONU Mujeres (2020). Centro de Capacitación.
<https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/print.php?id=150&mode=date&hook=&sortkey=CREATION&sortorder=desc&offset=30> –
- Rodriguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. (2015). "Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina" Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 4 n°8 (Enero- Junio 2015) ISSN 1853-9254
- Rovere, Mario (s.f.): "Políticas para la gobernabilidad". Disponible en.
https://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/biblioteca_pp/rosario_politicas_gobernabilidad.pdf
- Sanchís, N. (2020). El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá. Buenos Aires: Asociación Lola Mora, Red de Género y Comercio.

Conocimiento sobre Lactancia Materna y alimentación de mujeres puérperas en el Hospital Dr Carlos A. Bocalandro

Por Camila B. Espiño, Fernanda González, Marianela L. Palazzi, M. Isabel Sotelo, M. Sandra Spatafora.

Pertenencia Institucional: Hospital de Agudos Dr. Carlos Bocalandro. Loma Hermosa, Tres de Febrero (Pcia. de Bs As).

Introducción

La lactancia materna (LM) proporciona al recién nacido los nutrientes y anticuerpos necesarios para un correcto crecimiento y desarrollo, por lo que es importante que la madre cuente con un adecuado conocimiento para amamantar. Es de nuestro interés conocer la información con la que cuentan las puérperas de la institución sobre estos temas y sobre alimentación para educar al respecto.

Objetivos

- Educar y reforzar conocimientos sobre lactancia materna y alimentación de la mama y el bebe)
- Conocer la información sobre lactancia materna de la población de mujeres puérperas que acude al hospital
- Informar sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre y el bebé
- Identificar los mitos relacionados con la alimentación durante el amamantamiento
- Transmitir la importancia de la lactancia hasta los dos años de vida o más
- Evaluar los motivos por los cuales no se llevó a cabo la lactancia
- Registrar la población que se informó o capacitó sobre lactancia materna

Metodología

Se realizó un estudio transversal a 200 mujeres puérperas entre 15 y 41 años de edad internadas en la institución durante el período del 2019 al 2022. Se ejecutó una encuesta anónima con 7 preguntas sobre lactancia materna y alimentación durante el amamantamiento. Aquellas respuestas abiertas se agruparon para luego poder computar resultados mediante gráficos.

Resultados

Dentro de los hallazgos más representativos fueron:

- El 72,4% dice no haberse informado sobre LM. Aunque un 97,5% manifiesta su voluntad de amamantar.
- El 50,6% de las madres refiere su voluntad de amamantar hasta el año o dos años de vida de su bebé. Un 15,2% manifiesta desea darle el pecho hasta que "el bebé quiera" y un 10% refiere no saber hasta cuando.
- El 87,9% refiere haber amamantado previamente. Los motivos principales de las que no amamantaron fueron por "no tener leche" o que "la leche no le bajaba". El 58,1% no conoce los beneficios de la LM. El resto responde que ayuda al crecimiento, aporta defensas e inmunidad, es económico, previene enfermedades, es saludable, higiénico, nutritivo.
- Cuando se consultó sobre aquellos alimentos que no se deben consumir mientras se amamanta, las principales respuestas fueron: gaseosas, picantes, papa, frituras, grasas, salsas, chocolates. También aportaron que no se debe consumir drogas, tabaco, alcohol y medicamentos.
- El 79,8% considera que la LM debe ser exclusiva hasta los 6 meses. El resto considera que hay que darle formula, agua o leche de vaca.

Conclusiones

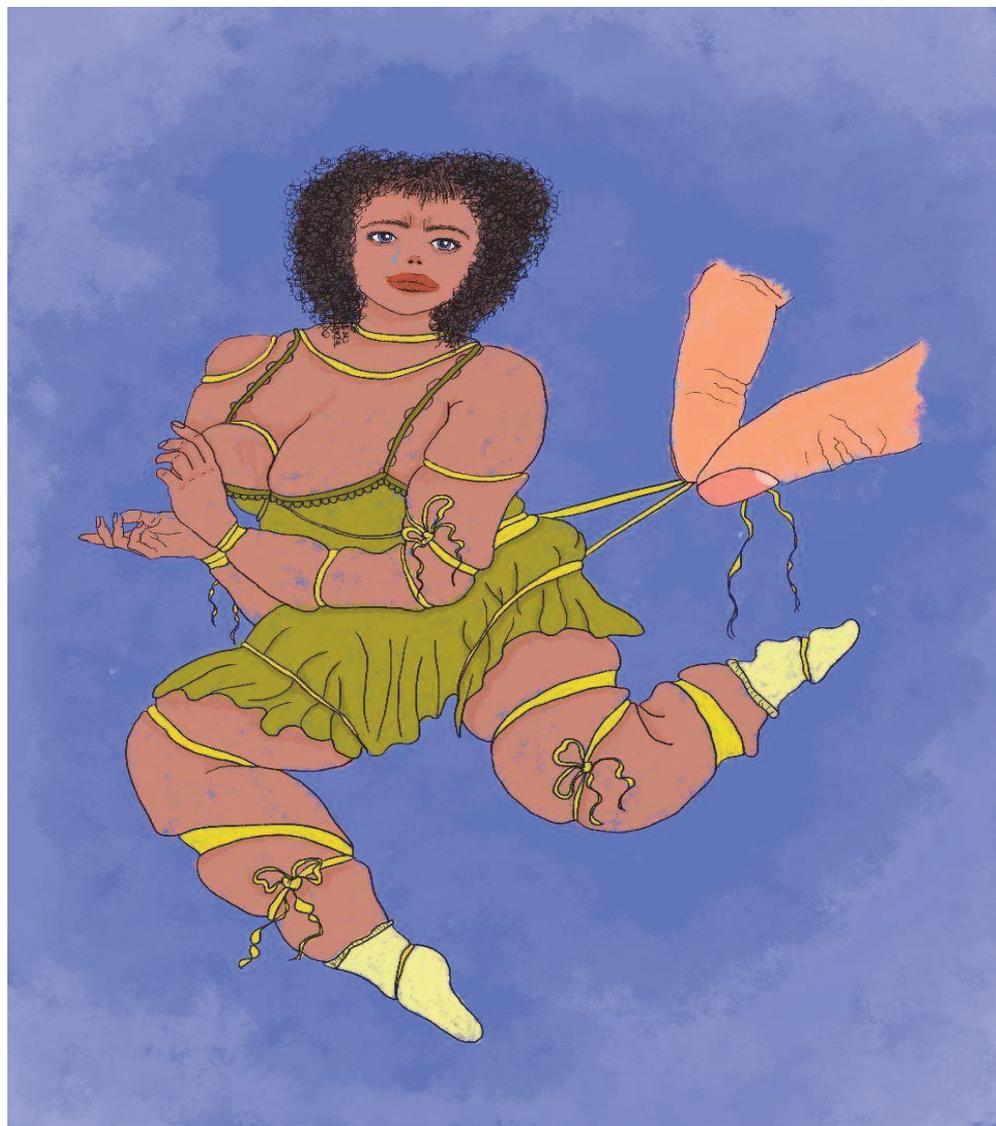
El conocimiento que tienen las mujeres sobre LM es insuficiente por lo que es fundamental implementar educación sobre el tema. El periodo posparto es un momento clave para lograr que la lactancia sea exitosa, aportar conocimientos nuevos y desmitificar. Casi todas las madres comienzan amamantando, el identificar los factores que propician su finalización ayuda a la prevención de causas evitables

Bibliografía

- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Situación de la lactancia materna en Argentina. Informe 2018
- Subprograma de Lactancia Materna Dirección Maternidad, Infancia y Adolescencia MS PBA. Guía de procedimientos para la promoción, fomento, apoyo y protección de la lactancia materna en la atención de la madre y el niño. Programa Materno Infantil. Edición 2013
- Ministerio de Salud de la Nación (2019). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2). Indicadores seleccionados de salud y nutrición. Población materno infantil
- UNICEF (2013). Manual Lactancia Materna.

Desde la gordofobia hacia una mirada de salud integral, con perspectiva de género

Por Roxana V. González y Floriana Tarsitano



Representación Artística: Jazmín Arribas

Agradecemos la participación de la artista Jazmín Arribas en el trabajo que elaboramos desde el Servicio Social y el Servicio de Nutrición de la UPA 16 Hospital Modular 7 de Martín Coronado. La artista realizó un dibujo, inspirado en la temática abordada, sin conocer a la paciente dado que se resguarda su identidad.

El trabajo es un relato de experiencia reflexionando sobre las intervenciones realizadas en la situación de salud de una mujer. Hospital Modular VII (en adelante HM7), situado en la calle Nahuel Huapi N 6851 de la Localidad de Martín Coronado. Partido de Tres de Febrero CP:

1681.

E-Mail de contacto: Trabajosocialupa16@gmail.com / nutricionupa16@gmail.com

Contexto

El HM7 en enero del año 2022 pasa a estar bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Se comienzan a recibir pacientes de hospitales aledaños que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, para trabajar aspectos de cuidados clínicos, nutricionales, de rehabilitación motora, y problemáticas sociales.

En este marco es que analizamos las intervenciones realizadas sobre la situación problemática de una paciente la cual transcurrió su internación durante los meses de abril a diciembre de 2022. Abordamos conceptos transversales al trabajo fueron: *Gordofobia, perspectiva de género, interdisciplina y cuidado integral de la salud*

Objetivo

Socializar y analizar la experiencia llevada a cabo por parte del equipo profesional interviniente en el abordaje de una situación socio-sanitaria.

Descripción de la experiencia

La paciente de 45 años de edad, ingresa el día 15/04/2022, a la sala de internación del HM7. La misma fue derivada desde un hospital aledaño, donde cursó una internación de diez meses de duración por padecer COVID-19 grave. Cuenta con antecedentes de diabetes tipo II insulina requirente de larga data y obesidad. Dicho traslado estuvo en un principio dirigido a mejorar cuestiones médicas con un énfasis muy pronunciado en su descenso de peso y mejora de la motricidad, además de resolver sus dificultades respiratorias, por COVID-19. Sumado a ellas la paciente presenta discapacidad auditiva, ocasionada por el tratamiento farmacológico utilizado para revertir dicha enfermedad.

Al momento de la internación la paciente relata que tiene un hijo de 11 años de edad, el cual estaba a cargo de su progenitor (expareja de la paciente), quien se encontraba vulnerando los derechos del niño. Ante ello quienes suscriben comenzaron a problematizar los lineamientos de medicina clínica y kinesiología, pudiendo dar cuenta que la paciente presentaba vulnerabilidad social, económica, padecimientos subjetivos y violencia de género.

Con respecto a los lineamientos del cuidado nutricional que se pensaban aplicar a priori por parte del equipo, se caracterizaban por tener una mirada culpabilizante y estigmatizante sobre su corporalidad y sus problemas de base, recalando el exceso de grasa corporal como

principal problema, invisibilizando las consecuencias por COVID-19, cuyo tratamiento requirió de intervenciones invasivas sobre la paciente y las cuales produjeron la reducción de su masa muscular a límites por debajo de la normalidad, provocando deterioro de la funcionalidad. Sin embargo, parte del equipo insistía en que continúe su descenso de peso. Esto se materializa ya que la diferenciaban con los demás pacientes por ser "la gorda" (SIC) y no por su nombre¹⁰.

Otra de las experiencias transitadas tuvo que ver en la insistencia por parte del equipo y la misma paciente, en su inclusión en un programa de cirugía bariátrica. Desde nutrición y trabajo social se llamó a pensar ¿Este tipo de tratamientos para tratar la obesidad, consideraría la situación de vulnerabilidad socioeconómica que rodea a la paciente?

¿Surge en el ámbito de la salud de forma naturalizada indicar como pauta disciplinadora el descenso de peso a través de dietas y cirugías a modo de erradicar las características físicas de las corporalidades gordas? Teniendo en cuenta que son tratamientos que implican intervenciones que modifican la fisiología digestiva de forma permanente, y además conlleva un tratamiento nutricional con suplementación vitamínica y mineral que representa un alto costo económico.

A su vez, se trató de dar cuenta que los problemas socio-económicos de la paciente en cuestión, serían una realidad que la cirugía bariátrica no soluciona, ignorando que existe una vulneración del derecho a la alimentación en cuanto a un acceso restringido a alimentos de calidad nutricional suficiente. Sin embargo, se respetó la voluntad de la paciente y se la acompañó a este dispositivo, donde se pudo comenzar a asesorar con el equipo de cirugía bariátrica, el cual priorizó desde un comienzo su inclusión en el espacio de psicología, lo cual fue satisfactorio para los meses siguientes de rehabilitación en el HM7. Se destaca que parte del equipo de cirugía bariátrica tuvo en cuenta todas las situaciones mencionadas y se le explicó a la paciente todos los aspectos que conlleva esta intervención, así como sus riesgos y beneficios.

Desde los aspectos sociales se pudo dar cuenta que la paciente no contaba con red de acompañamiento, no se había realizado el Certificado Médico Obligatorio, tampoco Certificado Único por Discapacidad, sin iniciación de trámite para Pensión No Contributiva, sin ingreso al programa PRODIABA. El grupo familiar conviviente se encuentra por debajo de la línea de

¹⁰ Mapa de la discriminación Inadi: Dentro de las experiencias de discriminación que relatan las personas encuestadas, encontramos que en tercer lugar, aparece la dimensión de las corporalidades, relativa a la discriminación y violencias que experimentan las personas en base a la imposición histórica y social de un modelo hegemónico de "normalidad". <https://www.argentina.gob.ar/inadi/mapa-nacional-de-la-discriminacion>.

pobreza, con respecto a su vivienda, la misma presentaba problemas de infraestructura, como ser precariedad habitacional y no contaba con un acceso seguro para ingresar a la vivienda (entrada de 40 metros de largo sin pavimentar).

A través de una serie de entrevistas se pudo pesquisar el rol sistemático del trabajo de cuidado y crianza de su hijo y las tareas del hogar, asumido por ella, además de presentar violencia de género por parte de su ex pareja, esto tuvo un impacto subjetivo en la paciente quien se encontraba preocupada, angustiada, con miedo, ansiedad y sentimientos de culpa (por no poder estar con su hijo). La mirada biomédica de los profesionales tratantes la hacen sentir "mala madre", normalizando y romantizando la maternidad, responsabilizándose ante cualquier eventualidad que le ocurra a su hijo, sin poner en tela de juicio o al menos problematizar las paternidades. Esto a veces dificulta en el avance de su tratamiento, dado que por momentos la paciente planteaba la necesidad de querer irse del hospital. Estas problemáticas fueron un desafío para pensar la externación de la paciente, la cual implicó desplegar una serie de estrategias de intervención en el marco de los derechos del acceso a la salud integral.

Resultados

A lo largo del "relato de experiencia", podemos afirmar que la incorporación al sistema de salud de otras disciplinas (trabajo social y nutrición), ha generado aportes, desafíos y rupturas que ponen en tensión al pensamiento médico hegemónico, posicionándonos hacia un sistema de salud integral, inclusivo y con perspectiva de género. Sin embargo, la tarea no es fácil ya que cada servicio es heterogéneo, si bien se ponen en tensión ciertas prácticas, los usuarios se encuentran con un sistema de salud heteronormativo y hegemónico, si nos posicionamos desde ese modelo, lejos estamos de restituir derechos en el marco de las legislaciones vigentes y las políticas públicas.

En contraposición al pensamiento hegemónico, es que se tiene en cuenta las Determinaciones Sociales de la Salud, como movimiento dialéctico el cual se caracteriza por la particularidad, la singularidad y la universalidad de los usuarios. Breilh (2013), nos propone realizar este tipo de análisis con los usuarios que concurren a los servicios de salud, teniendo en cuenta los procesos de Salud Enfermedad-Atención y cuidado, como una forma de superar el causalismo, el reduccionismo y la cosificación de los procesos de salud. A partir de este posicionamiento teórico es que, desde nutrición y trabajo social, se pusieron en tensión las intervenciones que se intentaron desarrollar desde el resto del equipo, para poder repensar acciones conjuntas y cuidadas. Se convocó en distintas reuniones de equipo a la reflexión sobre la mirada peso

centrista, intentando correr el eje de intervención sobre el peso y poniendo en agenda su situación de salud integral, así como también dando cuenta de los derechos de la paciente a ser llamada por su nombre, y no haciendo referencia a su tamaño corporal de forma estigmatizante, perpetuando la violencia reproducida por los estereotipos de belleza, quienes asocian a la gordura directamente con la enfermedad y la desvalorización social.

Se acompañó el proceso desde una perspectiva de género y diversidad, lo que implicó a las demás disciplinas revisar (o al menos preguntarse), los fundamentos heteronormativos, patriarcales de ciertos marcos teóricos, con relaciones y lógicas de poder que sostienen determinadas prácticas en salud que culpabilizan y patologizan a las Mujeres-Madres. Para ello debimos desnaturalizar las imposiciones y mandatos sociales y culturales que marcan ciertas corporalidades y maternidades. Creemos que es importante dar lugar a nuevas miradas

El trabajo realizado durante los meses de internación de la paciente, no solamente fue hacia el interior con el equipo tratante, sino que se trabajó en la gestión y articulación en el marco de la intersectorialidad e interinstitucionalidad. Desde la Agencia Nacional de Discapacidad se tramitó el CMO y Audífonos, desde ANSES se realizó PNC, desde el hospital Bocalandro se realizó interconsulta con el equipo de cirugía bariátrica y seguimiento con psicóloga. A nivel territorial se realizaron reuniones virtuales con la Dirección de Políticas de Género, quien realiza seguimiento de la situación de violencia de género, al igual que el Servicio Local por la situación de vulneración de derechos que presentaba el hijo de la paciente. Se realizó informe para desarrollo social donde se solicitó y se concretó la entrega mensual de alimentos, tarjeta alimentaria municipal, materiales para la construcción del pasillo de vivienda, lo que facilitó el ingreso de la paciente con el apoyo de un trípode, una vez dada de alta. Se consiguió un vehículo para el traslado a la rehabilitación kinesiológica al HM7, trípode como elemento de apoyo para bipedestación. Se realizó comunicación con CAPS N°1 y N°4 de Tres de Febrero con psicología, Trabajo social, Nutrición (Para ingreso al PRODIABA), entre otras. Esta construcción de redes en territorio, como un medio para desarrollar capacidades, potencialidades, autonomía individual y colectiva de la paciente y su grupo familiar conviviente.

Respecto a la situación nutricional, aplicar un abordaje no pesocentrista colaboró para que la paciente se externe con el objetivo de mantener su estado de salud logrado hasta el momento, evitando ciclos de restricción, y teniendo en cuenta las características necesarias para sobrellevar el tratamiento de la Diabetes con flexibilidad, contemplando sus actuales posibilidades y limitaciones, entendiendo la importancia del tratamiento farmacológico a la par de una alimentación saludable. Con respecto a su interés por someterse a una cirugía

bariátrica, el equipo le pudo transmitir las opiniones acerca de dicho procedimiento teniendo en cuenta el contexto que posee para sostener la intervención, y se le dio la oportunidad de continuar el seguimiento en dicho espacio mientras continúa su rehabilitación de manera ambulatoria.

Contribuciones del equipo de salud: Contribución de su trabajo a la integración del sistema de salud

Stolkiner (2005), plantea que un saber disciplinario es una forma de poder, el saber médico tiende a imponerse por sobre los demás saberes disciplinares, que son tomados como complementarios. Creemos que el concepto de Interdisciplina es fundamental para intervenir en el proceso de S-E, A y cuidado. La autora sostiene que la importancia de la interdisciplina radica en contrarrestar la tendencia a objetivizar y homogeneizar a los sujetos con los cuales trabajamos. En esta situación tuvo un papel fundamental, donde además de tensionar el pensamiento médico hegemónico, se logró que un médico cirujano, realice una capacitación brindada por la Agencia Nacional de Discapacidad, para completar de manera manual el CMO (No contamos con formato y firmas digitales), que necesitaba la paciente.

Algunas contribuciones del trabajo realizado fueron

- Problematizar el conocimiento teórico desde una mirada crítica, a través de debates y encuentros de sensibilización dentro de los equipos de salud, con una clara perspectiva de género y diversidad de las corporalidades.
- Fortalecer la historicidad y saberes de la paciente.
- Garantizar el acceso a derechos (planes y programas)
- Articulaciones y gestiones intersectorialidad e interinstitucionalidad, construcción de redes en territorio
- Reuniones al interior del equipo tratante, con otros efectores de salud, con educación, con políticas de género, protección de derechos de niñeces y adolescencias, entre otros.
- Virar las intervenciones desde una mirada pesocentrista hacia la diversidad corporal

Tenemos un gran desafío por delante, ya no solo de acompañar los procesos de S-E-A y cuidado, sino también los proyectos y deseos de quienes concurren a las instituciones de salud. De deconstruir, junto a les usuaries, imaginarios y prácticas más diversas y equitativas e

incorporar herramientas para la producción de una salud más justa.

Lecciones aprendidas/recomendaciones para la política de salud

Para pensar un sistema que trabaje bajo la Integralidad del Cuidado en la Salud tomamos lo que plantea Merly (2016), quien sostiene que es aquella que coloca la centralidad de la práctica de salud en el cuidado, en las demandas y las necesidades de salud de las personas y de los colectivos. La posibilidad de producir cuidado es en el encuentro e intercambio con el otro, de escucha de diálogo de intercesión. Algo que se ve plasmado en el trabajo realizado por todo el equipo del HM7, no solamente con esta paciente sino con varios usuarios que transitaron y transitan la sala de internación.

Para llevar adelante esto es importante la discusión colectiva, la educación permanente en salud, como estrategia de construcción y reconstrucción de nuevos saberes, diferenciándose de la práctica médica anclada en el organicismo y en el reduccionismo, que fragmenta al individuo dejando de lado al sujeto, sus saberes, deseos, experiencias, el cual no participa de su propia prescripción, donde el saber científico es el único válido, la atención es unidireccional con sesgo moralizador y culpabilizador hacia los usuarios.

En correlato al párrafo anterior, implica reflexionar y trabajar en prevenir y dejar de reproducir Gordofobia, (Contrera, L y Cuello N, 2016), descrita como un fenómeno social reconocido por el odio, el rechazo y las violencias y exclusión que sufren las personas gordas. Esta forma de discriminación se perpetúa en instituciones sanitarias, ya que las ubica en una posición de inferioridad y se las responsabiliza por su situación ignorando la existencia de la diversidad corporal, la perspectiva de género y disidencias , la división sexual del trabajo , la distribución desigual entre hombres y mujeres en las tareas de cuidado y crianza de sus hijos, los escasos ingresos económicos con lo que cuentan los sectores populares del conurbano bonaerense, invisibilizando las múltiples determinaciones que caracteriza a los procesos de S-E-A y Cuidado.

Algunas recomendaciones:

- La necesidad de incorporación otras disciplinas (psicología, psiquiatría, terapeuta ocupacional, fonoaudiología)
- Garantizar los recursos materiales para la sala de internación (Pañales- medicamentos- variedad en los servicios de alimentación).
- Incorporar el programa PRODIABA dentro la institución
- Garantizar herramientas para rehabilitación kinesiológica.

- Incorporar mobiliario y equipamiento médico que facilite el acceso físico a la institución a todas las corporalidades.

Referencias bibliográficas

- Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013
- Cuadernillo de sensibilización sobre temáticas de diversidad corporal gorda. En : <https://ministeriodelasmujeres.gba.gov.ar/gestor/uploads/CUADERNILLO%202%C2%B0%20p%C3%BAblico%20general.pdf>.
- Diversidad corporal y gordofobia Ministerio de las mujeres, políticas de género y diversidad sexual. 2022, Disponible en: : <https://ministeriodelasmujeres.gba.gov.ar/gestor/uploads/DIVERSIDAD%20CORPORAL%20Y%20GORDOFOBIA%20.pdf>
- Menéndez, E. L.. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(Ciênc. saúde coletiva, 2003 8(1)). En: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Merhy, E. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único en Brasil (salud colectiva). En: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/874>
- Stolkner A. IX JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL I JORNADAS PROVINCIALES DE PSICOLOGÍA SALUD MENTAL Y MUNDIALIZACIÓN: ESTRATEGIAS POSIBLES EN LA ARGENTINA DE HOY 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas · Misiones · Argentina INTERDISCIPLINA Y SALUD MENTAL
- Violencia simbólica y mediática Guía para una comunicación con perspectiva de género, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Octubre 2018: Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/violenciasimbolica_recomendaciones.pdf

Marco normativo de referencia

LEY 13.298/ 05 LEY DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS y ADOLESCENTES.

Ley N 26.529 / 09 Derechos del Paciente.

Ley 26.485/ 09 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

Ley 26.657 / 10 Derecho a la Protección de la Salud Mental

Nutrición colectiva: experiencia del equipo de nutrición del ministerio de desarrollo de la comunidad en el fortalecimiento de programas alimentarios provinciales.

Por María Belen Martinez, Micaela María Mozzoni, Manuela Galindez, María Candelaria De Tezanos Pinto, Yanil Zuasnabar y María Lucía Cacciutto

Objetivo del relato de experiencia

El objetivo es poner en valor la responsabilidad social, el trabajo colectivo, y el rol de las y los nutricionistas en la articulación de políticas públicas para garantizar la seguridad y soberanía alimentaria en escuelas y hogares de la provincia.

Descripción de la experiencia

El equipo de nutricionistas de la Dirección de Nutrición y Calidad de los Alimentos del Ministerio de Desarrollo de la Comunidad brinda asesoramiento y acompañamiento a los 135 distritos de la provincia que ejecutan los programas Servicio Alimentario Escolar (SAE) y Módulo Extraordinario para la Seguridad Alimentaria (MESA).

Estas acciones se realizan mediante evaluación, diálogo, capacitación, dictado de talleres, confección de material y otras actividades en territorio, buscando así conformar redes intersectoriales de trabajo que apunten a mejorar la nutrición y garantizar la seguridad y la soberanía alimentaria de más de 2.600.000 niñas, niños y adolescentes titulares de derechos.

Resultado

Como resultado, logramos propiciar el acercamiento e intercambio con la comunidad, la consolidación de equipos de trabajo en conjunto con Consejos Escolares, Municipios y Nutricionistas en territorio, con el consecuente fortalecimiento de los programas alimentarios.

Ofrecer alimentos saludables y seguros en los entornos escolares fomenta la transformación de los patrones de preferencia y consumo alimentario. De esta manera, se logra contribuir con la mejora de la salud, calidad de vida e igualdad de oportunidades de los niños, niñas y adolescentes y, por extensión, de la comunidad que los rodea.

Contribución de su trabajo a la integración del sistema de salud

Contribución de su trabajo a la integración del sistema de salud: Si corresponde, explicar y sino llenar con "no corresponde".

La participación y acompañamiento de las y los nutricionistas en equipos de trabajo con los diferentes sectores y actores estatales, es fundamental para lograr la articulación necesaria en la implementación de políticas alimentarias que conduzcan a compartir la enorme responsabilidad de garantizar el derecho a la alimentación y a la salud de la población.

Lecciones aprendidas / recomendaciones para políticas de salud

Creemos que existe una responsabilidad indelegable de las nutricionistas en ser forjadoras de redes de trabajo vinculadas al territorio en general y a los entornos escolares en particular, generando estrategias de educación alimentaria nutricional que permitan alcanzar una alimentación sana, segura y soberana para pasar del paradigma de la atención de la enfermedad hacia el cuidado de la salud.

Las prácticas y el nivel de conocimiento sobre lactancia materna

Por Valeria Costabella y Josefina Casco

HIGA Eva Perón San Martín- Residencia Nutrición Pública y Comunitaria

Introducción

La lactancia materna (LM) es fundamental para el desarrollo físico y cognitivo del niño. La administración de Fórmula Infantil (FI) se indica posterior a las 24hs de vida del recién nacido (RN) ante una pérdida de peso (PP) > 8-10%. La información que recibe la madre incide en la confianza y seguridad a la hora de prender el bebé al pecho.

Objetivos

- Describir el inicio de la LM y el tipo de alimentación administrada al RN durante las primeras 24hs de vida.
- Identificar las prácticas y dificultades al momento de iniciar la LM.
- Evaluar el nivel de conocimiento de las puérperas acerca de la LM y su asociación con factores determinantes y sociodemográficos.

Metodología

Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se incluyeron 206 madres y sus recién nacidos (RN) a término con un peso > 2,5kg. Cada participante firmó el consentimiento informado. Se utilizó una herramienta de recolección de datos de elaboración propia.

Resultados

El 50% de los nacimientos fueron por cesárea. La prevalencia de inicio de LM al nacer fue del 93%. El 40% de los RN recibió FI en las primeras 24hs de vida, siendo 30% en partos y 58% en cesáreas ($p=0,00$). El 46,7% de las puérperas tuvieron un nivel de conocimiento adecuado, el cual se asoció significativamente con aquellas que habían recibido información por parte de profesionales de la salud en el ámbito hospitalario.

Discusión – Conclusiones

Se evidenció una alta tasa de cesárea que se asoció negativamente con el inicio de la LM y

una elevada administración de FI sin indicación antes de las primeras 24hs de vida del RN. Menos de la mitad tuvo un nivel de conocimiento adecuado, relacionándose con información brindada por profesionales de la salud en el ámbito hospitalario.

Contribución del trabajo al sistema de salud

Consideramos que nuestro trabajo aportó un análisis de situación sobre la LM en el Hospital, lo cual permitió retomar la promoción y mantenimiento de la misma a partir del trabajo interdisciplinario. La LM es promoción de la salud y prevención de enfermedades, por lo que consideramos un pilar fundamental en la salud pública.

Políticas con componente alimentario en tres de febrero: experiencias de redes alternativas de producción y comercialización de alimentos.

Por Cacciutto Lucía, Clacheo Rodrigo, García Nerella, Reynoso Peitsch Denisse.

El objetivo del presente trabajo fue analizar y mejorar las políticas públicas con componente alimentario desarrolladas en el territorio del Municipio de Tres de Febrero, a través de la vinculación entre experiencias de producción y comercialización alternativa de alimentos.

Inicialmente se relevó y analizó el campo de las intervenciones públicas con componente alimentario desarrolladas en el territorio del Municipio de Tres de Febrero. Se indagó la existencia de espacios de producción y comercialización alternativa de alimentos vinculados a la producción agroecológica, cooperativas de trabajo de la producción popular y redes de comercio justo.

En una segunda etapa se seleccionaron los espacios posibles para incluir en el proyecto: un comedor comunitario, un espacio de una organización social donde se producen alimentos y un espacio alternativo de comercialización de alimentos.

Se logró la articulación de los tres espacios mencionados potenciando el funcionamiento ya existente del comedor y el espacio alternativo de comercialización y se logró profesionalizar el espacio productivo de alimentos habilitándolo como PUPAA y sentando las bases para la formación de una cooperativa de trabajo.

Se desarrollaron alimentos calidad nutricional, con materias primas de producción familiar y agroecológica, sin intervención industrial ni aditivos. Además se generaron fuentes de trabajo y se potenció la comercialización no solo en los espacios definidos sino también en otros no previstos como "kioscos saludables" de establecimientos educativos y ferias locales.

Este trabajo se centra en la articulación de sectores que influyen en la determinación social del proceso alimentario y, por ende, del proceso de salud – enfermedad. La inclusión de estos alimentos en la oferta alimentaria permitirá mejorar la calidad nutricional de esa oferta repercutiendo positivamente en el proceso de salud – enfermedad de la población beneficiaria.

Se considera necesaria la construcción de comités de soberanía y seguridad alimentaria municipales, que puedan nuclear la producción alternativa de alimentos, a fines de diseñar estrategias para conectarlos con consumidores y con instancias de compras públicas. En estos comités deberían sumarse otros actores locales como universidades, bromatologías locales, organizaciones sociales, entre otros.

Nutrir la Salud: una huerta en un hospital

Por Sansalone ML; Azzaretti L; Abratte G; Gómez Lezcano ME; Pissinis MC; Rodríguez F; Cortagerena S; Eseverri MD, Quevedo D.

Área Nutrición Clínica y Comunitaria. HIGA San Felipe, San Nicolás. nutrirsaludhfs@gmail.com

Introducción

La profundización de la malnutrición a nivel poblacional y la vulnerabilidad social emergente asociada a la pandemia de COVID-19, obliga a la implementación de políticas públicas que estén orientadas a garantizar los derechos de la salud de las personas. La carencia de micronutrientes específicos, la dificultad al acceso de alimentos protectores asociados a la oferta masiva de alimentos ultraprocesados, ha ido configurando un patrón alimentario carente de nutrientes indispensables para la salud y ha consolidado a nivel cultural un valor del alimento cada vez más lejano al verdadero bienestar.

El impacto de los entornos "obesogénicos" y la creciente prevalencia de las ECNT, deben necesariamente ser abordados en el corto, mediano y largo plazo. Para ello se debe dar respuesta pudiendo intervenir oportunamente en los espacios cotidianos, a fin de orientar acciones que contribuyan la transformación de los escenarios de vida mediante la creación de entornos más saludables.

El hospital es un espacio propicio y estratégico para poder materializar estas acciones y la huerta en sí misma indiscutiblemente es el dispositivo terapéutico, educativo y transformador que invita a redireccionar las prácticas en salud vigentes.

Las acciones tienen 2 ejes de trabajo: intrahospitalario y extrahospitalario.

Objetivos generales

- Contribuir a la creación de entornos saludables desde el hospital hacia la comunidad, transformándola en una institución promotora de la salud, poniendo el acento en la defensa de los derechos a una alimentación sana, soberana y segura.

Objetivos específicos

- Propiciar lineamientos de trabajo en y desde el hospital hacia el territorio, replicando un modelo pedagógico y transformador en el cuidado de la salud y el medioambiente.
- Impulsar la conformación y/o fortalecimiento de redes de cooperación y colaboración intersectoriales desde una perspectiva de derecho.

- Contribuir a la integración de jóvenes con capacidades diferentes, mediante el trabajo con la tierra, el medio ambiente, la alimentación y la salud.
- Propiciar la articulación de la huerta en el cuidado nutricional de pacientes con ECNT y sus familiares.
- Promover la participación comunitaria favoreciendo los dispositivos preventivos y terapéuticos basado en el autocuidado.
- Consolidar un esquema de trabajo multiplicador con la red de escuelas promotoras de entornos saludables.

Descripción de la experiencia

En el abordaje intrahospitalario, la huerta brinda soporte terapéutico y educativo para pacientes con ECNT bajo el Programa de Reducción de Factores de Riesgo (Obesidad, diabetes, hipertensión arterial y/o dislipemias) mediante participación activa de pacientes basados en el autocuidado. Se realiza un ciclo de talleres de cocina en vivo con vegetales de la huerta y degustación. Otra línea de acción es el desarrollo de salas de espera activas, donde se interviene con propuestas de promoción y de educación a través de dispositivos lúdicos y recreativos. Se diseñaron materiales de educación tales como recetarios nutritivos y económicos, guías de armado de platos saludables y aprovechamiento de los vegetales y su adecuación a las patologías de base.

En el eje extrahospitalario, la huerta se articula con el Programa de Entornos Escolares Saludables, a través de capacitación a directivos y docentes, acompañamiento en la implementación de huertas escolares, y el desarrollo anual de la Campaña "Alimenta tu mundo" en escuelas, en el marco del Día Mundial de la Alimentación. También se crean huertas colectivas en comedores comunitarios a fin de mejorar la calidad nutricional de los menús y acompañar a la población en estado de vulnerabilidad social.

El lugar elegido fue estratégico, es un espacio verde que se encuentra de cara al comedor y se accede tanto desde el estacionamiento del hospital como de las salas de espera totalmente vidriadas. Se desarrolló en 2 etapas, comenzando con una huerta pequeña de 4 x 4 mts a fin de ir consolidando gradualmente la promoción de entornos saludables desde la institución con mirada hacia la comunidad. La finalidad en esta etapa fue de tipo terapéutica y social, buscando sensibilizar a la población que asiste al hospital sobre el valor del alimento y el cuidado de la salud y consolidar el equipo de trabajo como así también las redes de trabajo con INTA quien acompañó técnicamente desde los inicios, Escuela Camino que a través de sus docentes acompañan a los jóvenes en cada jornada, al Centro de

Formación Profesional que confeccionaron cajones con palets previamente donados al programa, Jefatura Distrital de Educación a través de la vinculación con escuelas interesadas y la Escuela Secundaria "de La Paz" (privada) quienes pintaron el mural que hoy adorna la huerta bajo el lema "tu alimento, tu medicina". Se dio difusión a través de redes sociales del hospital y medios de comunicación local. Se conforma la Red de Soberanía Alimentaria que nuclea a diferentes actores sociales de sectores públicos, privados y ONGs.

En esta segunda etapa se programó una ampliación de la huerta en el hospital, sectorización de la misma a través de cerco y puerta y se suman objetivos de producción y creación de material educativo para la creación de huertas familiares, colectivas y escolares. También armado de platines y la autoproducción de semillas hortícolas. Se crearan bolsones alimentarios destinados a pacientes en situación de vulnerabilidad social articulando con el área de Trabajo Social.

Por su parte se implementaran huertas colectivas en el Centro de Día Olga Aseff, sito Cernada num 620 (zona sur de la ciudad) en articulación con el CEF nº19, ADISAN, Merenderos del barrio y PAMI.

También se acompañan la implementación de huertas escolares en aquellas escuelas interesadas en trabajar el cuidado nutricional de los niños, niñas y adolescentes y su relación con el medio ambiente.

Resultados

Se logró transformar el escenario cotidiano del hospital a partir de la implementación de una huerta amplia y visible desde las salas de espera, reformulando el valor del alimento como "medicina" y articulando con áreas, servicios e instituciones extrahospitalarias: INTA, escuela especial, universidad, residencias de nutrición, trabajo social, cardiología y PRODIABA. El equipo de huerteros a través del PROMOVER y CULTIVAR está integrado por 8 jóvenes. Se desarrollaron acciones de comunicación y salud, con el programa de ECNT, campaña "Alimenta tu mundo" escuelas y consolidación del equipo para multiplicar en territorio la experiencia de huerta en comedores comunitarios, escuelas y barrio.

Contribución al sistema de salud

La huerta contribuye a consolidar un nuevo modelo de atención de la salud, integrando al alimento como parte de la terapéutica y como dispositivo de promoción de entornos saludables, ayudando a afianzar el vínculo con la tierra y el medio ambiente, reduciendo

desperdicios, fortaleciendo la economía familiar y replicando la experiencia en territorio a través de un efecto multiplicador.

Lecciones aprendidas/Recomendaciones para la política de salud

La implementación de una huerta en un hospital transversalmente contribuye a modificar valores, creencias y hábitos de vida cotidianos, como así también a consolidar el trabajo en red. La transformación es hacia adentro y hacia afuera. Recomendamos que los hospitales implementen huertas y sean instituciones promotoras de entornos saludables, comenzando un cambio progresivo y amplificador.

Capacitación y fortalecimiento de los saberes de lxs Trabajadorxs de la economía popular en clave participativa y emancipadora. Aportes para la intersectorialidad en salud

Por Caviglia Marcos, Iglesias Miriam a., Ristagno Tamara Y.

Objetivo del relato de experiencia

Capacitar promotoras de salud para fortalecer y ampliar las tareas de cuidado desde una perspectiva comunitaria y de género, poniendo el eje en el desarrollo práctico de acciones para la prevención y abordaje de la malnutrición infantil.

Descripción de la experiencia

Durante el año 2022 se desarrolló el proyecto "Salud colectiva y organización comunitaria: liderazgos populares frente a la emergencia sanitaria". Desde el área de salud de la Universidad Popular de Somos Barrios de Pie, coordinado por un equipo interdisciplinario, se realizaron formaciones a más de 1200 promotorxs de salud de la PBA. Con metodología basada en la educación popular, se buscó adecuar los contenidos a las necesidades de cada territorio desde la mirada de la Salud Colectiva. El proyecto se centró en la promoción y prevención en salud para luego organizar espacios territoriales de participación comunitaria y un posterior relevamiento de la situación alimentaria y nutricional.

Resultados

El alcance territorial de las acciones implementadas a partir de las capacitaciones, desplegadas en diferentes barrios populares de 30 municipios de la PBA logró fortalecer el trabajo situado que realizan lxs promotorxs de salud comunitaria en articulación con diferentes actores sociales. El trabajo compartido con universidades públicas, efectores de salud del primer nivel y diversas instituciones, posibilitó potenciar las redes territoriales promoviendo acciones colaborativas y de interaprendizajes mutuos en torno a las problemáticas de salud y alimentación que atraviesan a la comunidad. Se realizó además relevamiento de la situación nutricional de más de 21.000 niñxs en toda la provincia.

Contribución de su trabajo a la integración del sistema de salud

Sostener desde el Estado proyectos para el fortalecimiento de espacios de trabajo intersectorial es fundamental para consolidar la estrategia de Atención Primaria de la Salud como eje articulador del sistema. En este sentido es clave reconocer social y económicamente a lxs trabajadoxs de la economía popular, principalmente mujeres que se dedican al cuidado de otrxs, revalorizando su trabajo.

Lecciones aprendidas/recomendaciones para la política de salud: hasta 400 caracteres con espacios.

Si la intersectorialidad es clave para lograr políticas de salud transformadoras ¿cómo lograr una participación real, legitimada, de las organizaciones sociales, de las mujeres cuidadoras, y democratizar el poder en salud en pos de su garantía como derecho?

El fortalecimiento de los procesos de organización comunitaria, debe pensarse estratégicamente como parte importante del bienestar social.

El rol de la alimentación en el cuidado integral de la salud

Por M. Aurelia Del Cioppo y Laura Pisano.

Municipio de Moreno. Secretaría de Salud y Ambiente

Introducción

La propuesta consiste en poner en agenda y discusión el rol de la alimentación en el cuidado integral de la salud, visibilizando de qué manera, el consumo excesivo de los productos ultraprocesados, está íntimamente relacionado con el crecimiento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Obesidad, Hipertensión y Diabetes, entre otras). También se buscó repensar acciones concretas que favorezcan las prácticas alimentarias en la promoción de la salud.

Objetivos

- Generar espacios de encuentro para reflexionar sobre la alimentación y su impacto en la salud con los equipos de las distintas áreas del Municipio de Moreno.
- Crear como producto una herramienta de comunicación para las Unidades Sanitarias.
- Dar a conocer la Ley 27642 de promoción de la alimentación saludable.

Metodología

Charlas participativas con personal de salud de las Unidades Sanitarias, de Ambiente y de Desarrollo Comunitario, con la realización de materiales de promoción de los alimentos reales, disminuyendo el consumo de los ultraprocesados.

Resultados

Se realizaron seis encuentros en las distintas Zonas Sanitarias y dos encuentros a Nivel Central. Participaron 130 trabajadores/as municipales (directores de U.S., enfermeros/as, promotores de salud, nutricionistas, administrativos/as, trabajadores/as sociales, médicos, psicólogos/as). Se logró sensibilizar sobre el consumo excesivo de ultraprocesados y su relación con las ECNT.. Estos espacios podrían ser un punto de partida en la reflexión sobre políticas de salud que contribuyan a implementar la Ley 27642.

Discusión – Conclusiones

Resultó una experiencia innovadora comenzar a discutir la temática de la alimentación

como base del cuidado integral de la salud, en la vida y en la práctica laboral desde los distintos espacios municipales.

Creemos que los equipos de salud cuenten con información validada científicamente y actualizada sobre alimentación y su impacto en la salud, contribuiría a realizar elecciones alimentarias más saludables y a ser multiplicadores de las mismas dentro de los ámbitos laborales.

Consumo de sodio en población adulta participante del programa Nutrir Salud del HIGA San Felipe de San Nicolás.

Por Sansalone ML, Azzaretti L, Abratte G, Gómez Lezcano ME, Pissinis MC, Rodríguez F

Area Nutrición Clínica y Comunitaria. HIGA San Felipe, San Nicolás.
nutrirsaludhfs@gmail.com

Introducción

Nutrir Salud es un programa creado desde el HIGA San Felipe para la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Una de ellas es la hipertensión arterial (HTA) la cual disminuye la calidad de vida y se estima que afecta a un 25-30% de la población mundial y a nivel nacional al 34,6%. Para su prevención y tratamiento se aconseja una disminución de la ingesta de sodio.

Objetivos generales

- Determinar la prevalencia de HTA en población participante de actividades del programa Nutrir Salud.
- Conocer el hábito de consumo de sodio en la población que participó de actividades del programa Nutrir Salud.

Metodología

Es un estudio descriptivo, de corte transversal. La selección de la muestra fue no probabilística, aleatoria por conveniencia.

Se realizó un relevamiento de consumo de sodio y determinación de ECNT a 958 personas mayores de 16 años durante 7 meses desde mayo a diciembre del año 2022, en el que participaron de actividades propuestas por el equipo Nutrir Salud. Para ello se diseñó un cuestionario autoadministrado en formato digital y en papel.

El instrumento relevó características sociodemográficas (edad, género y lugar de residencia), prevalencia de ECNT (HTA, diabetes y exceso de peso), tratamiento farmacológico, control de presión arterial (PA), consumo y tipo de sal, frecuencia de consumo de alimentos y bebidas ultraprocesados.

Para la carga, tratamiento y análisis de los datos, se utilizó el programa Excel.

Resultados

Se evaluaron a 958 personas, 745 mujeres (77,8%) y 213 hombres (22,2%) cuyo media de edad fue de 40,2 años y la mayoría residen en la ciudad de San Nicolas (88%).

El 18,9% manifestó tener HTA y un 11,7% desconocerlo. Un 10,2% se autoreportó diabético y un 44% con exceso de peso, mientras que en los hipertensos fueron un 27,1% y 66,8% respectivamente. Se controlaron la PA en los últimos 6 meses un 66% y los hipertensos un 84%.

El 66,9% de la población siempre utiliza sal al cocinar, mientras que en la población hipertensa lo hace un 45,3%. La sal más elegida por los encuestados fue la sal de mesa.

El 44,7% consume diariamente alimentos ultraprocesados y en hipertensos se incrementa a 49,2%. El consumo diario de bebidas comerciales es muy similar en ambas poblaciones.

Discusión

De la población estudiada, el 18,9% se autoreportó hipertensa, mientras que los datos nacionales indican que el 34,7% (4° ENFR) y 36,3% (RENATA 2). Hay que destacar que un 11,7% de nuestra población desconoce si presenta esta patología, lo cual nos lleva a la necesidad de trabajar fuertemente en campañas de concientización.

En cuanto al control de PA, en la población total, el 66,3% refirió haberse controlado la misma en los últimos 6 meses; mientras que a nivel nacional, un 84,3% refirió hacerlo en los últimos 2 años. El 83,9% de las personas

hipertensas del presente estudio se controló la PA en los últimos 6 meses. Este dato indica que el control en estos pacientes es una práctica frecuente.

Se observó que el 92,2% de la población total usa sal al cocinar, mientras que en los hipertensos lo hizo un 79%. Este último dato es mayor comparado con la 4° ENFR (68,9%). En cuanto al agregado de sal al plato servido, los valores descienden tanto en la población total (34,3%) como en la hipertensa (19,8%), sin embargo son más elevados que los valores encontrados en la 4° ENFR. (16,4%).

El consumo de alimentos ultraprocesados de la población en estudio es mayor a la referida en la 2da ENNYS (44,7% vs 17,2% respectivamente). Es importante aclarar que en nuestro estudio se incluyeron en esta categoría los panificados.

Conclusiones

Los datos analizados nos sugieren que la población estudiada adhiere mayormente al tratamiento farmacológico en relación al no farmacológico; esto se refleja en que la mayoría de ellos toma la medicación prescrita pero sin modificar aspectos en relación a la alimentación, tales como la elección de la sal, el uso cotidiano de sal en la cocina y la elevada frecuencia semanal de consumo de alimentos y bebidas ultraprocesados.

Dada la elevada prevalencia de HTA y la elevada carga de mortalidad que conlleva, es indispensable instrumentar un dispositivo de monitoreo de estas variables estudiadas, el cual permitirá diseñar intervenciones a escala individual y poblacional en la ciudad y en la region sanitaria, a través de desarrollo anual de campañas de sensibilización, capacitación a trabajadoras/es del sistema sanitario, diseño de esquemas de tratamientos enfocados en el autocuidado de la sal y en el impulso de ordenanzas municipales.

Bibliografía

- Alcazar, J. M., Oliveras, A., Orte Martínez, L. M., Jiménez, S., & Segura, J. (10 de Agosto de 2016). Hipertensión arterial esencial. Obtenido de Nefrología al Día : <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-hipertension-arterial-esencial-23>
- Borstnar, C. R., & Cardellach, F. (2016). Farreras Rozman. Medicina Interna (Vol. 58). Barcelona: Elsevier.
- Delucchi, A. M., Majul, C. R., Vicario, A., Cerezo, G. H., & Fábregues, G. (2017). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Sociedad Argentina de Cardiología.
- García, P. O. (2000). Guías para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Obtenido de Research Gate: https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Ordunez2/publication/259575598_Guias_para_a_preencion_tratamiento_y_control_de_la_hipertension_arterial/links/0046352cc564eb9daa000000.pdf
- Secretaria de Gobierno de Salud de la Nación. (2019). 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- Sociedad Argentina de Cardiología. (Agosto de 2018). Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. Obtenido de Sociedad Argentina de Cardiología: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/08/consenso-argentino-de-hipertension-arterial-2018-1.pdf>
- Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. (2011). Guías para el Diagnóstico, Estudio, Tratamiento y Seguimiento de la Hipertensión Arterial. Obtenido de SAHA: http://www.saha.org.ar/pdf/formacion/GUIA_SAHA_VERSION_COMPLETA.pdf Torresani, M. E. (2011). Lineamientos para el Cuidado Nutricional (Vol. 5). Buenos Aires: Eudeba.