

Exigibilidad y justiciabilidad desde la Epidemiología Territorial. Una construcción inicial con actores/as comunales.

Zaldúa, Graciela, Sopransi, María Belén, Longo, Roxana, Lenta, María Malena y Bottinelli, Marcela.

Cita:

Zaldúa, Graciela, Sopransi, María Belén, Longo, Roxana, Lenta, María Malena y Bottinelli, Marcela (2012). *Exigibilidad y justiciabilidad desde la Epidemiología Territorial. Una construcción inicial con actores/as comunales. Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA, XIX (1), 85-96.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/25>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pEgt/vk2>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Longo, R.; Sopransi, B. & Lenta, M. (2012). “**Exigibilidad y justiciabilidad desde la Epidemiología Territorial. Una construcción inicial con actores/as comunales**”. En XIX Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología – UBA, Buenos Aires. ISSN: 0329-5885. **Con referato. En prensa.**

Título en español: **Exigibilidad y justiciabilidad desde la Epidemiología Territorial. Una construcción inicial con actores/as comunales**

Título en inglés: **Exigibility and justiciability from Territorial Epidemiology. An initial construction with communal actors**

Resumen

La Epidemiología Territorial Participativa articula conocimientos y técnicas provenientes de las ciencias sociales y la salud comunitaria que potencian prácticas implicadas y transformadoras. Igualdad y no discriminación se conjugan con los imperativos éticos de exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la salud. El objetivo del trabajo es transmitir un primer momento de mapeo de actores y análisis de necesidades, demandas, problemas y prioridades de salud de las comunas 3 y 4, de la CABA, desde las narrativas y sentidos de actores sociales. Desde una epistemológica y metodológica crítica y la Investigación Acción Participativa, identificamos situaciones sanitarias locales con efectores de Centros de de Salud y Acción Comunitaria, organizaciones de la sociedad civil, equipos técnicos de defensorías de niñas/os y adolescentes, y docentes de escuelas medias. Triangulamos entrevistas, observación participante y dialéctica con fuentes de datos de registros locales. Visualizamos nudos críticos en la percepción de derechos de ciudadanía de sectores de vecinos, y la incorporación de prácticas y lógicas de inclusión de la diversidad de género, social y cultural.

Palabras claves: Epidemiología territorial - Exigibilidad - Justiciabilidad - Actores/as Comunas

Abstract

Territorial Participative Epidemiology articulates knowledge and technologies from social sciences and community health to promote implied practices and social change. Interdiscipline and knowledge's democratization are based on a participative action perspective that includes diverse actors on monitoring and social audit of communitarian problems. Equality and antidiscrimination conjugate with ethical imperatives of exigibility and justiciability of health's right. Our objective is to transmit a preliminary diagnosis of

actors and communitarian problems and priorities on collective health in communes 3 and 4, of Buenos Aires City, from the point of view of social actors. From Participatory Action Research and Critical Discourse Analysis, sources of information and instruments are triangulated, in co-management with health and legal local professionals and social organizations. Methodological tools used are: simple, participatory and dialectic observations; in-depth and participatory interviews; analysis of local reports. We visualize critical knots and gaps over perception of rights in population in social vulnerability, and lack of incorporation of practices and logics based in diversity of gender, social and cultural.

Key words: Territorial Epidemiology - Exigibility - Justiciability - communal actors

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se inscribe en el proyecto aprobado y subsidiado por UBACyT: Epidemiología territorial participativa y derecho a la salud. Exigibilidad y justiciabilidad en la zona sur de la CABA. Constituye su centralidad la realización de los derechos humanos mediante el entramado de voces múltiples en sus tensiones, vacilaciones, dilemas y en un proceso de cooperación para comprender los problemas, diseñar acciones y evaluar los efectos a partir de una praxis colectiva o “comunidades de prácticas” como señala Wenger (1998).

El propósito de presentar un avance de las caracterizaciones sobre los procesos subjetivos y colectivos de prácticas instituidas e instituyentes de exigibilidad y justiciabilidad en salud comunitaria, posibilita dar cuenta de la recursividad y complejidad de toda instancia investigativa de la salud en y con colectivos sociales. La salud como objeto complejo, multidimensional y dialécticamente determinado está en interdependencia con los conceptos metodológicos y el campo de acción. Perspectiva que excede a los solos riesgos contingentes o factores externos aislados. Asimismo las cuestiones epistémicas y metodológicas exigen innovación en las operaciones y categorías y la acción también requiere transformación de las proyecciones prácticas y de las relaciones de fuerzas movilizadas (Breilh, 2008). Varias experiencias en curso de América Latina permiten registrar el debate y las puestas en práctica de procesos y experiencias de modos de vida saludables relacionado con el principio del “buen vivir” (*sumak kawsay*).

Partimos del supuesto que los mecanismos de estigmatización y discriminación – invisibilizados y naturalizados– operan obstaculizando tanto la exigibilidad, la

justiciabilidad y la equidad en salud, como en las prácticas y las concepciones dominantes en salud.

En diversos documentos de la OMS (2008) y de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2009) se señala que el derecho a la salud no se limita a estar sano, sino que es un derecho transversal que obliga a los estados a adoptar medidas de conformidad con el principio de realización progresiva para generar condiciones de vida lo más saludable posible, garantizando la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada, medio ambiente sano, acceso al agua potable, suministro de alimentos y condiciones sanitarias adecuadas. Asimismo afirman que los derechos sexuales y reproductivos y la salud mental requieren especial atención. Estos señalamientos se vinculan a la prevalencia de tasas de mortalidad materna y fecundidad adolescente y la estigmatización de los sufrimientos mentales. En presentaciones anteriores (Zaldúa, et al., 2010, 2011) relacionamos los obstáculos al acceso pleno de los derechos sexuales y reproductivos a las discriminaciones de género y clase social y la preponderancia de patrones patriarcales en las relaciones vinculares y en las instituciones sanitarias y jurídicas. Por otra parte, la persistencia de modelos manicomiales públicos y privados, a pesar de marcos jurídicos como la Ley 448 de la CABA y la Ley 26.657 nacional que propician otros modelos de atención, son sostenidos por prácticas profesionales instituidas e intereses corporativos (Zaldúa, Bottinelli, et al., 2011).

El artículo 75 de la Constitución Nacional inciso 22, otorga jerarquía constitucional a tratados internacionales, entre otros la Convención Americana de Derechos Humanos, el Pacto de Derechos económicos, sociales, culturales, la Convención del niño, niña y adolescentes, la Convención por la eliminación de la violencia contra las mujeres. Sin embargo, deudas sanitarias persisten y así lo atestigua el documento de 22 puntos por la salud de la República Argentina en el Bicentenario del Foro Social de Salud y Medio Ambiente, elaborado por organizaciones sociales, gremiales, políticas, universitarias, etc. Desde este espacio, se propone una serie de ideas fuerza que permitirían orientar el necesario e impostergable debate sobre una reforma del sistema de salud y las políticas vinculadas al proceso salud-enfermedad y sus determinantes sociales, con el propósito de garantizar efectivamente el derecho a la salud para todas y todos en nuestro país. En el punto 1, se señala que la Salud Colectiva es una construcción resultante de las determinaciones sociales, económicas, culturales, biológicas y ecológicas, incluidas y atravesadas por los procesos históricos. El punto 3, referido a la participación popular y el modelo de gestión del sistema de salud, propone en instancias

de diseño, gestión, evaluación y control de las políticas públicas. Las instancias de participación y control popular serán un núcleo central vinculante en el nivel municipal, provincial, nacional o en cada establecimiento del Estado o la Sociedad Civil. En el punto 6, en razón de la crisis del sector público, por la fragmentación, desmantelamiento, desmotivación y desfinanciamiento resultante de las políticas neoliberales, se propone desechar los créditos de instituciones financieras internacionales (BM, BID, FMI, BIRF) y las terciarizaciones, intermediaciones, privatizaciones, consultorías que imponen mediante el financiamiento externo de Programas los propios organismos de crédito internacional. El punto 7, enfatiza la estrategia de Atención Primaria de Salud en un Sistema Universal de Salud orientado a privilegiar la prevención de enfermedades, protección, promoción y vigilancia de la salud, integrado a los otros niveles de complejidad necesarios para dar respuesta integral a las necesidades colectivas de salud. El punto 11, referido a la educación y el rol de la Universidad Pública en Salud Colectiva cuestiona la concepción hegemónica biomédica y aboga por un paradigma que incorpore en la formación de universidades y escuelas las perspectivas de los derechos humanos, no discriminación, bioética, equidad de género, interculturalidad, educación ambiental y popular en las formas de pensar y hacer en la salud colectiva. En el punto 14, referido a la Salud Mental, considera que la suma de sufrimiento colectivo provocado por las reformas neoliberales de los '90 y el Terrorismo de Estado afectan a las salud individual y colectiva. A su vez, se incluyen los procesos extractivos depredadores de la actualidad como la minería contaminante y la sojización que afectan a conjuntos sociales y se acompañan de políticas de desalojo territoriales y desarraigos impactando en la salud mental de los pueblos. Se afirma que la atención de la Salud mental es altamente desigual en nuestro país y prevalece la centralidad en la enfermedad, y se propone entre otras cuestiones, salir del paradigma centrado en la enfermedad y la segregación; reconocer la autonomía de los sujetos con problemas de salud mental en su capacidad de decidir sobre lo que le acontece y lo que desea; transversalizar con el Arte, la Cultura, los deportes, desmanicomializar respetando los Derechos Humanos y considerando la internación un recurso terapéutico excepcional y en hospitales públicos generales. En el punto 17 relativo a la Salud de la Mujer, se sostiene que la misma se ve afectada por una vasta cantidad de situaciones a lo largo de la vida agravadas por la desigualdad de clase social, etnia, trabajo, edad, lugar de residencia, racismo, sexismo y otros sistemas de opresión y discriminación. Se propone en el marco de un Estado laico, democrático y participativo el cuidado integral con perspectiva de género e igualdad respetando la diversidad sociocultural. La resolución

de la cuestión de la decisión de las mujeres a decidir sobre sus derechos sexuales y reproductivos se sintetiza en la consigna “*Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir*”. A su vez, se considera un avance en la promulgación en 2010 de la Ley Nacional 26.485 de *Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos que se desarrollan sus relaciones interpersonales*, aunque se exige un presupuesto acorde a las necesidades de aplicación efectiva. Un tema también relevante es la situación de trata de personas que afecta a mujeres, niñas y niños. Las víctimas son utilizadas para la prostitución, explotación sexual, trabajos o servicios forzados, esclavitud y prácticas análogas. Se denuncia este negocio con cómplices y se afirma que *sin clientes no hay trata*. Por último, seleccionamos el punto 18 referido a la Salud de los trabajadores que insta al estado a retomar la agenda y no las aseguradoras de riesgo de trabajo (ART) y el 22 que reafirma que es necesaria una nueva Ley de Salud debatida por todos los actores: trabajadores de salud, sindicatos, ONGs, movimientos y organizaciones sociales, partidos políticos, y la Sociedad Civil, con participación popular y voluntad política *Otra Salud es posible*.

En relación a la accesibilidad al derecho a la salud en la CABA son significativos los aspectos vinculados a los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad psicosocial señalados por el Ministerio Público Tutelar de la CABA (2010). La vigencia de modelos jurídicos sociales de intervención sobre personas menores y afectadas en su salud mental vinculados fuertemente a la noción de incapacidad y, por ello, a las prácticas de control presentadas como formas de protección, exige la necesidad del reemplazo por otros basados en el reconocimiento del status de ciudadanía plena. En el capítulo 5 se relata el proceso de descentralización del Ministerio Público Tutelar a través de las Oficinas por los Derechos de los niños, niñas y adolescentes de la Boca Barracas, Villa Soldati y Nueva Pompeya. La deficiencia de políticas públicas en el marco de la protección integral de derechos, se evidencia en las consultas, solicitudes y reclamos presentados. Además de dar respuestas individuales, se monitorea la implementación y aplicación de políticas públicas por parte de las agencias estatales del sur de la ciudad. Se registran mayores demandas por problemáticas habitacionales, alimentación, salud y educación (Dra. Musa, Ministerio Público Tutelar, 2010).

La Ley orgánica de Comunas n° 1777, en el art. 3 señala la finalidad de facilitar la participación de la ciudadanía en el proceso de toma de decisiones y en el control de los asuntos públicos; mejorar la eficiencia y calidad de las prestaciones que brinda el gobierno de la ciudad; implementar medidas de equidad, redistribución y compensación

de diferencias estructurales, a favor de las zonas más desfavorecidas de la ciudad; consolidar la cultura democrática participativa.

Desde nuestra perspectiva resulta necesario visibilizar que las políticas y las acciones para la salud deben estar diseñadas para abordar el proceso de determinación social de la salud (Breilh, 2009) con el fin de eliminar las causas que repercuten negativamente en el proceso salud-enfermedad-atención. Por ello, nos proponemos analizar y reconocer que las circunstancias sociales, culturales y económicas deficientes afectan la salud durante la vida de las personas, comunidades y poblaciones.

En este sentido, rescatamos el concepto de « **desigualdad en salud** » ya que el mismo se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia. Para la Organización Mundial de la Salud el término «desigualdad» (*inequity*) se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por tanto, incluye una dimensión moral o ética.

Nos interrogamos sobre si es posible que la accesibilidad y equidad se pueden garantizar sin la participación comunitaria y si en los escenarios territoriales, en particular a nivel de atención primaria, es posible el pasaje de sujetos objetos del acto de salud a instalarse desde un lugar de protagonismo en las decisiones. Desde nuestro trabajo intentamos rescatar la importancia de la generación de Mapeos y Diagnósticos Comunitarios que favorezcan procesos de empoderamientos locales, pero también que aporten a generación de políticas públicas, más inclusivas y enfocadas desde el paradigma de promoción los de derechos humanos.

MARCO TEÓRICO

La Epidemiología Crítica concibe a la salud-enfermedad como un proceso singular y colectivo, entretejido por una diversidad de dimensiones: condicionantes socio-económicas; producción sociohistórica de masculinidades-femineidades y sus relaciones; sistemas de valores y creencias en relación con el cuerpo y sus cuidados; modelos científicos de interpretación e intervención técnico-profesional; así como el análisis de las prácticas sociales y de la vida cotidiana.

A diferencia de las concepciones positivistas, se asume la historicidad de lo geográfico, de los procesos ecológicos y de la salud en el espacio urbano. En este sentido, la epidemiología crítica supera esa noción restrictiva (biologicista) y propone una construcción innovadora del espacio de la salud urbana retomando los aportes de la Teoría Crítica sobre el espacio y la geografía, en articulación con la perspectiva de la

determinación social de la salud. Se concibe a *la salud urbana como objeto de transformación*. Es por tanto un proceso complejo y dialéctico (Breilh, 2010a). Teorizar la Epidemiología desde un punto de vista público o colectivo para explicar aspectos que son eminentemente sociales y culturales, implica considerar las condiciones de vida, el gradiente social, el género, la discriminación y el lugar de residencia, entre otras dimensiones que han venido conformando un campo conocido como “determinantes de la salud y la enfermedad” (Armando Haro, 2010).

Desde la Salud Colectiva, el territorio aparece así como algo más que un espacio en un mapa, un lugar. Por más difícil que sea una región, por más empobrecida que pueda estar en cualquiera de sus aspectos: los recursos materiales, culturales (migraciones recientes o indeseadas como en el caso de nuevos barrios creados para "erradicar" otros), educacionales (índices elevados de analfabetismo), serán siempre las personas que allí viven, que ocupan esos *lugares*, quienes podrán dar las pistas de las potencialidades escondidas en esas comunidades. Se trata de comprender al territorio como ámbito de la acción que opera como anclaje en la realidad y es detonada en su contradicción, donde cambiar el mundo es posible, no *por* ellos (los pobres, los jóvenes, las comunidades) sino *con* ellos, no de una vez y para siempre sino en cada gesto cotidiano, en la construcción del protagonismo de la propia vida (Onocko, 2008). El territorio se construye, no es estático, sino que es móvil, variable, semantizable y resemantizable como la realidad social que lo envuelve. Incluso, en las zonas urbanas, en el barrio conviven diversas territorialidades: las entidades, los/as vecinos, los/as jóvenes, las instituciones, etc., con intereses, percepciones, valoraciones y actitudes territoriales diferentes, que generan relaciones de complementación, cooperación, conflicto, enfrentamiento. Las distintas clases sociales, cruzadas por relaciones étnicas y por relaciones de poder de género, desarrollan su reproducción social en los barrios. En la interfase de esas relaciones, orientadas por sus intereses y posibilidades de clase, se estructuran *modos de vida* colectivos, que delimitan las potencialidades económicas, políticas y culturales de cada una (Breilh, 2010a).

Exigibilidad y justiciabilidad

Cuando nos referimos a justiciabilidad en salud rescatamos dos aspectos: en primer lugar, el actuar con sentido preventivo profundo ahorrando sufrimiento humano y destrucción de la naturaleza, es decir, se trata de un imperativo ético y no, de una opción técnica. En segundo lugar, para cumplir ese imperativo ético, es necesario ampliar la

noción convencional de la bioética a la noción integral de la ética de la salud (Breilh, 2010b).

Los protagonistas afectados por estos procesos suelen ser los sectores más vulnerables de la población, con dificultades de acceso a las redes de defensa y que en muchos casos cuentan con niveles limitados de alfabetización jurídica. En tal sentido, el acceso a las redes de patrocinio legal es clave, según el grado en que los sujetos se apropien de los procedimientos y que desarrollen una conciencia de sí mismos como sujetos de derechos, el desarrollo de habilidades y el empoderamiento serán mayores (Breilh, 2010b). Pero en el campo de la infancia y la adolescencia, la participación en el proceso de exigibilidad de los propios derechos implica una paradoja singular, por los límites intrínsecos a su autorepresentación en la esfera política.

La Psicología Crítica

El campo de la Psicología Crítica se define en el borde de la Psicología hegemónica, allí donde la crítica devuelve la mirada del psicólogo/a sobre la disciplina. Como punto de partida, alerta sobre las limitaciones de los desarrollos tecnocráticos o de *mainstream*, en tanto modalidad que anula a los seres humanos al mismo momento que los “descubre”. Al considerar las dimensiones simbólicas e históricas de la realidad social posibilita la construcción de significados compartidos por los grupos. El lenguaje y la cultura productora de dimensiones simbólicas y reales en un campo sociohistórico permite construir nexos con la Epidemiología Territorial Participativa. Las posibilidades de agenciamiento de nuevos sentidos posibilita la autonomía y autodeterminación como actores sociales y permite potenciar la praxis en salud al aprehender el carácter dialéctico de la realidad, la dialogicidad y el proceso estructurante de las prácticas sociales.

Para Parker (2009), las personas, grupos o culturas no se comportan o piensan como el modelo lo predice y, más aun, el objeto de la psicología –que es en realidad otro sujeto– produce y es producido en el encuentro con el investigador. Los recursos lingüísticos, prácticas sociales y representaciones del sí-mismo aparecen en el encuentro con el investigador promoviendo transformaciones mutuas. Asimismo la naturaleza humana se cambia a sí misma en la medida en que las personas piensan sobre quiénes son y quiénes pueden llegar a ser. Por lo tanto cualquier intento de fijarnos en un solo sitio está destinado a fracasar. Poner distancia y ver las imágenes del sí-mismo, de la mente y la conducta que los psicólogos han producido, el tipo de prácticas con que se comprometen y el poder que esas prácticas, que esas ‘tecnologías del sí-mismo’ tienen para fijar límites al cambio, es cuestionar las restricciones y los límites disciplinares

impuestos. Las diferencias de género, las peculiaridades raciales, la ansiedad sobre el propio cuerpo o las sexualidades de otros pueblos no son más que los temas que informan a nuestra Psicología con mecanismos que reproducen patrones de exclusión, patologías y poder, y cada uno de esos temas nos llegan a través de la cultura psicológica del sentido común (Parker, 2003). A su vez, sostiene que la Psicología crítica es el estudio de las formas de vigilancia y autorregulación de la cotidianidad, así como el estudio de los caminos por los que la cultura psicológica opera más allá de las fronteras de la práctica profesional y académica. Es centralmente un desafío a la ideología y al poder, y sobre esas bases es posible conectar la diversidad de actividades radicales que hay dentro y fuera del campo disciplinar y construir un campo de debate e iniciativas.

En este sentido la articulación de enfoques se encuadran en los procesos de reflexividad, que enfrentan la disyuntiva objeto-sujeto y convocan a pensar y hacer desde y con el Otro en un horizonte estratégico del por venir.

MARCO METODOLÓGICO Y PRIMER AVANCE DE LA INVESTIGACIÓN

El monitoreo de las problemáticas, necesidades, prácticas y alternativas se imbrica además con la perspectiva de la auditoría social, que sostiene los proceso por los cuales los ciudadanos revisan y viabilizan sus exigencias a la administración pública de servicios acordes a sus demandas y requerimientos así como a los compromisos de desarrollo. Por lo tanto son mecanismos que propenden a garantizar la participación ciudadana, creando canales de comunicación, en la co-responsabilidad de las partes involucradas en los aspectos de interés de la comunidad, de este modo favorecen mecanismos para evidenciar y canalizar las necesidades, demandas y propuestas que sostengan sus derechos, valorando el funcionamiento de la administración pública, así como la información, la atención de denuncias y la articulación intersectorial (exigibilidad y justiciabilidad) de forma activa, a través del análisis de las acciones sociales en una determinada unidad territorial.

Este primer análisis que aquí presentamos recorta algunos de los aspectos del proceso investigativo realizado hasta la fecha en las Comunas 3 y 4 de la CABA, que constituyen las unidades territoriales del universo-población de nuestro trabajo. En dichas comunas se consideran los contextos de los vínculos entre las organizaciones, servicios y usuarios, que permiten indagar y co-construir los problemas y las potencialidades identificadas en la comunidad.

Las Comunas 3 y 4 se encuentran en la zona centro y sur de la CABA. La comuna 3

agrupa los barrios de Balvanera y San Cristóbal. La comuna 4 agrupa los barrios de Nueva Pompeya, Parque Patricios, Barracas y La Boca. Junto con la comuna 1, conforman la Región Sanitaria Este en la que habitan 205.946 personas (93.884 varones y 112.062 mujeres).

La Región cuenta con 3 hospitales generales de agudos, 2 hospitales pediátricos, 1 especializado en salud materna e infantil, 6 hospitales monovalentes (3 de salud mental), 13 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), 9 Centros Médicos Barriales (CMB), 16 consultorios de médicos de cabecera, 15 consultorios odontológicos, 1 centro de salud mental, 1 centro odontológico infantil y 3 centros de atención de adicciones.

Asimismo, existen 4 Defensorías Zonales de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y participan en el territorio, las siguientes organizaciones sociales: Movimiento Territorial de Liberación (MTL), Movimientos de Trabajadores Desocupados (MTDs), Colectivos Sociales y de Educación Popular, Pañuelos en Rebeldía. Equipo de Educación Popular, Movimiento de Ocupantes e Inquilinos (MOI), la Asociación de Médicos Generalistas y Médicos del Mundo.

Las unidades de análisis incluyen instituciones (de salud, justicia y organizaciones sociales); trabajadores-dirigentes y usuarios-participantes de esas instituciones. En todos los casos se trata de territorios en los que el equipo de investigación tiene una historia previa vincular tanto a través de referentes con los que trabajamos en gestión asociada o por la inserción de miembros del equipo en tareas de extensión universitaria. Por lo anterior, y en función del encuadre epistémico metodológico, trabajamos con muestras intencionales basadas en los criterios de pertinencia representatividad, viabilidad y accesibilidad.

Nuestro marco epistémico metodológico se enmarca en la investigación acción participativa (IAP) como práctica alternativa a las formas tradicionales de investigación, en la que la investigación y la participación se constituyen como momentos dentro del mismo proceso de producción de conocimientos colectivo (Fals Borda, 1999), a partir del cual la misma comunidad puede identificar y problematizar sus necesidades y demandas (Sirvent, 2003) y el investigador es una herramienta de la investigación que aporta su reflexividad crítica (Bourdieu y Wacquant, 1999), a la vez que una vigilancia epistemológica (Castellanos, 1995).

Desde la IAP, nuestro proyecto de investigación se propone construir dispositivos de problematización, planificación y evaluación participativos tendiendo a la co-construcción de estrategias de reapropiación colectiva. La IAP rescata procesos de participación

activa de los/as sujetos, partiendo de los saberes, sentidos y prácticas sociales, a través de la implementación de diversas técnicas, con las que se pretende generar intercambios constructivos entre investigador/as y la comunidad. Se busca facilitar procesos de familiarización, detección de necesidades, sensibilización, priorización, realizaciones y devolución sistemática de la información.

Asimismo incluimos como parte de nuestras estrategias de análisis de datos en el proyecto de investigación, al análisis crítico del discurso (ACD) para explorar y describir las relaciones dialécticas entre el discurso y las estructuras sociales. Consideramos el discurso como una práctica social históricamente situada que es, por un lado, modelada por las micro y macro estructuras en las que está inserto; mientras que por otro, contribuye creativamente a la construcción y transformación del orden social (Stecher, 2010; Fairclough, 2003). En tal sentido el procesamiento, sistematización y análisis de la información requiere sucesivas revisiones y un trabajo paralelo y simultáneo al trabajo en terreno que permita reorientar y complejizar las perspectivas, interrogantes y conclusiones que se van co-construyendo dialécticamente desde tres niveles: el análisis lingüístico, el análisis intertextual, y el análisis social o contextual.

Dicha tarea nos demandará la triangulación de diferentes fuentes e instrumentos que permitan captar la complejidad de los procesos enunciados. Los instrumentos propuestos en la investigación incluyen: 1) Entrevistas en profundidad (Andrade, S. y otros, 1987), participativa (Montero, 2006) y relato de vida (Córdova, 1990; Bertaux, 1980; Ferraroti, 1980); 2) Grupos focales (Debus y Novelli, 1998); 3) Observación participante, no participante (Montero, 2006) y dialéctica (Mora Ninci, 2001); 4) Cuestionario epidemiológico colectivo (Breilh, 2003; Castellanos, 1995; Almeida Filho, 2000) y 5) Grilla de relevamiento documental y registros de sistematización (Montero, 2006).

En este marco, el presente escrito tiene el objetivo de presentar un primer mapeo de actores y análisis preliminar de necesidades, demandas, problemas y prioridades elaborados colectivamente en reuniones con dichos actores de salud de las comunas 3 y 4 de la CABA. Para ello, se retoman registros de relevamiento documental, registros de sistematización de observaciones (participante, no participante y dialéctica); y 15 Entrevistas en profundidad a Informantes Clave¹, trabajadas en las primeras entradas en terreno.

Dichos instrumentos y las perspectivas desde las cuales hemos elegido considerarlos han sido seleccionados en función del posicionamiento epistémico y conceptual que modela nuestro abordaje. Todos ellos constituyen parte de las metodologías que desde

una perspectiva dialéctico crítica reconocen la complejidad de los procesos sociales y la necesidad de seleccionar estrategias y herramientas que permitan integrar los saberes y prácticas de los diferentes actores sociales involucrados en la delimitación de las problemáticas del campo social y comunitario, entendido procesual e históricamente en sus determinaciones. Asimismo reconocen el lugar central de la reflexión crítica y el posicionamiento ético como inherentes a las decisiones conceptuales y metodológicas, y por tanto, como tensiones que contextúan y posicionan política e ideológicamente a la producción de conocimientos.

En función de los interrogantes y objetivos planteados, y del abordaje epistémico metodológico propuesto, los ejes de análisis relevados incluyen la indagación de aspectos relativos a:

- Registro de necesidades y demandas por los efectores
- Identificación de problemas prioritarios en ambas comunas
- Obstáculos, procesos de vulnerabilidad y desprotección

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Primer avance sobre el territorio, prácticas y actores.

Diagnóstico preliminar

COMUNA 3

La Comuna 3, tiene en su territorio tres marcas catastróficas con cientos de muertos y afectados por las injurias físicas y psíquicas: el atentado a la sede de AMIA (1994), el desastre de Cromañon (2004) y el más reciente de febrero de 2012 el desastre ferroviario de la estación Once. Las víctimas, familiares y organizaciones de la sociedad civil siguen insistiendo en la exigibilidad de verdad y justicia, y en los tres casos inscriben con diferentes modalidades espacios de la memoria. Por otra parte, también es un espacio emblemático en la memoria de las víctimas del terrorismo de Estado, expresado en las baldosas en los lugares que vivieron o transitaron como el Bar cerca no a la Facultad de Psicología.

Es un espacio territorial socialmente heterogéneo, de residentes de sectores medios y otros en situación de pobreza e indigencia, lugar de tránsito y residencia, de espacios culturales tradicionales como escuelas, facultades, teatros, museos y emergencias de espacios de vulneración de derechos (niñas/os y adultos en situación de calle, prostitución, mercadeo de sustancias, etc.). La Plaza Miserere escenario princeps comunal, nos interpela como un bricolage de vidas que transitan con urgencias, con indefensión, con invocaciones religiosas a la salvación, con actos de memoria de las tragedias. Con el uso de material visual, análisis de artefactos, materiales culturales y

reflexión sobre las experiencias personales, iniciamos el trabajo de campo con mapeo de actores/as mediante las narrativas de sus quehaceres.

En la comuna 3 los **actores sociales consultados** en la primera etapa del trabajo en terreno fueron de instituciones públicas de salud y educación, organizaciones de la sociedad civil e informantes clave de la comunidad. Entre las organizaciones consultadas se trabajó con el CESAC 11 del Área Programática del Hospital Ramos Mejía, la Escuela Media Mariano Acosta, la Asociación Civil La Vereda, la Asociación Civil La Casona de Humahuaca y referentes de la Asociación Vecinal y una enfermera del CESAC 11 con más de 20 años de trabajo en el barrio. Se realizaron entrevistas iniciales para convocar a participar y luego reuniones de trabajo generalmente focalizadas según la institución o zona, en las que se trabajó conjuntamente en la caracterización de la zona, sus necesidades y demandas, los actores y sus prácticas. De los registros de campo de dichas observaciones, entrevistas, y reuniones de trabajo se trabajó inicialmente en la identificación de las categorías centrales en función de los objetivos de la investigación. En la emergencia de historias y/o narrativas de los contextos laborales se fueron construyendo mundos de significados sobre quienes son “los asistidos”, sobre los problemas relevantes, los obstáculos y los desafíos de la exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la salud, sobre la organización y la participación comunitaria.

En esta modalidad investigativa nos fundamentamos en Pearce (1994) que sostiene que siempre actuamos desde y hacia contextos, y a su vez, en las diversas instancias de encuentros se facilitaron la construcción y reconstrucción de significados.

La **población de referencia** de las instituciones son, fundamentalmente, niños, niñas y adolescentes, mujeres jóvenes, travestis y personas migrantes de países limítrofes (fundamentalmente de Bolivia, Perú y Paraguay). Como anticipamos, la comuna está compuesta por una población heterogénea: sectores medios argentinos y varios grupos migrantes que habitan en condiciones de extrema precariedad, fundamentalmente en hoteles y casas tomadas. Mientras que los sectores medios suelen ser profesionales o con inserciones laborales con mejores condiciones de contratación y acceso a derechos; el resto de los sectores se caracteriza por tener ocupaciones laborales precarias como la venta ambulante, el trabajo en talleres textiles u obras y la prostitución. Se construye en este intercambio de sentidos y metasentidos de la comunidad a manera de un relato contextual de barreras o de fronteras entre unos y otros en conflictividad emergente, siendo la inseguridad barrial un síntoma significativo percibido por los actores comunales.

Entre las instituciones con las que se trabajó en este primer momento, solo en la escuela media aún confluyen todos los sectores sociales:

“desde chicos hijos de profesionales de clase media del barrio, comprometidos con la educación pública y chicos que viven en hoteles o casas tomadas y tienen padres migrantes. También hay un sector que proviene del Gran Buenos Aires (10% aproximadamente) y un sector que concurre por ser hijo o nieto de egresados de la escuela, lo que denota una fuerte identidad de la institución” (1-EIC-Dir-EM).

Mientras que en las asociaciones civiles y en el CESAC el trabajo centralmente es con los sectores más vulnerables de la población.

Entre los **problemas generales** detectados se destacan la discriminación (incluso entre los propios grupos discriminados) y la violencia, percibida en los sectores inmigrantes; mientras que el consumo problemático de drogas aparece como relevante entre los sectores medios y los jóvenes. También la problemática del hacinamiento.

Entre las principales **problemáticas y alertas de salud detectados en la población** se puede señalar:

-Violencia hacia las mujeres y hacia niños y niñas así como situaciones de abuso sexual infantil son señalados como los *“problemas psicosociales más prioritarios”* (2-EIC-Dir-CESAC11).

-Accesibilidad a los derechos de salud sexual son un tema clave entre la población en situación de prostitución para la prevención del VIH, las ETS y los embarazos no deseados:

“jóvenes en situación de prostitución y travestis en situación de prostitución porque esta es una zona con muchos lugares ocultos donde se ejerce la prostitución. Y en el centro se hace estrategias para que ellas se puedan llevar anticonceptivos, se vengán a atender. Se las trata por el nombre que ellas quieren y no por el nombre del documento” (3-EIC-Enfermera-Htal.).

-Incidencia de problemas de salud vinculadas a las condiciones de vida, se observan entre los adultos por el aumento de casos de tuberculosis:

“tienen que ver las condiciones de trabajo, de vida por el hacinamiento y el recambio del aire, la nutrición y la propia migración” (4-EIC-TS-La Vereda).

Y entre los niños y niñas por las afectaciones en el desarrollo psicomotriz:

“muchos tienen problemas motrices. De escaso desarrollo muy ligado a las condiciones de vida porque en la casa no tienen espacio para caminar. Incluso en los hoteles a veces está prohibido jugar. Y cuando son chiquitos van con sus padres al trabajo que en general es la venta ambulante y por el cuidado a ellos, a

que no les pase nada, tienen la movilidad reducida. O están a upa o con un radio para moverse en el piso que es ínfimo” (4-EIC-TS-La Vereda)

- Preocupación por los jóvenes y el consumo son visibilizados centralmente desde la escuela como una problemática que “entra” en la institución y que genera perplejidad entre los adultos:

“Hace diez días, encontramos a dos chicos dados vuelta. Uno, aparentemente alcoholizado y el otro con la nariz rosada. Los dos adentro de la escuela, como a las 16 horas. Les preguntamos qué habían hecho y no se podían casi mover. No sabíamos qué hacer” (5-EIC-AP-EM).

Entre las **acciones** que se realizan, principalmente se cuenta con la red RIOBA que funciona desde 2005 como espacio de articulación entre los profesionales que participan en los diversos espacios para facilitar el abordaje de situaciones problemáticas, la referencia y la accesibilidad a las instituciones y los recursos así como para proyectar acciones colectivas especialmente en el sector norte de la Comuna (entre las avenidas Rivadavia y Córdoba) (6-EIC-Psi-LCH). Mientras que en el sector Sur, el trabajo de articulación está apuntalado por la asociación de vecinos (14-EIC-V-AVB).

Entre los entrevistados, se señala que la **participación de la comunidad** es gratificante pero a la vez es un objetivo difícil de alcanzar en forma permanente. En la escuela media relatan que:

“muchos padres esperan que la escuela resuelva todos los problemas” [pero que al mismo tiempo] “se nota la solidaridad de los padres y los docentes cuando a fin de año se arma el asado para los egresados” (5-EIC-AP-EM).

A su vez, en el CESAC 11 se resalta que:

“violencia hacia el personal del Centro no se han registrado” (7-EIC-TS-CESAC11).

Dicha situación aparece significada como relevante en un contexto de violencia social Incluso que la población mantiene en buen estado las instalaciones del centro porque allí encuentran reconocimientos y un espacio de cuidado espacialmente dirigido a los sectores de diversidades sexuales –se promueven carteleras específicas trabajadas por profesionales del centro y usuarios–.

Asimismo, existen **obstáculos o dificultades para poder viabilizar las acciones de salud o el abordaje de los problemas**. Entre ellos se destacan: la falta de insumos en el sector salud o de recursos para realizar una atención integral (falta de vehículo para garantizar la extracción de sangre), desfinanciamiento y desarticulación de programas sociales que dejan a la población sin recursos para el desarrollo y la integración social de niños y niñas (cierre de juegotecas, falta de jardines maternales), problemas en la

integración de los sectores inmigrantes en las instituciones y las prácticas discriminatorias sobre los sectores vulnerables, y la problemática de la vivienda como un aspecto que atraviesa la calidad de vida, los vínculos y la salud del gran parte de dicha población.

Respecto de las **dificultades de exigibilidad** se señalan: la falta de recursos económicos, el desconocimiento de derechos en general (especialmente de inmigrantes; de niños, niñas y adolescentes y de salud sexual y reproductiva) y de los modos de ejercicio. Asimismo, la sobrecarga y precariedad de trabajo, los límites de la cobertura de salud pública y las condiciones habitacionales actúan exacerbando la fragmentación social y la tensión entre los propios miembros de la comunidad, afectando en proceso de salud-enfermedad-atención.

COMUNA 4

Los **actores** participantes en esta primera etapa de trabajo en terreno fueron trabajadores/as de la salud de tres CESACs y dos Defensorías de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. El análisis se centró especialmente en entrevistas que corresponden al CeSAC 35 (Barrio Zavaleta - Villa 21 -24) a médico generalista, trabajadora social, y dos promotoras de la salud; entrevistas del CESAC 32ⁱⁱ (Barrio Charrúa) a médica generalista, trabajadora social, médica clínica, obstetra, enfermera, médica generalista; entrevistas al CESAC 41 (La Boca) médico de familia director del centro y Lic. en Ciencias de la Educación subdirectora; entrevistas a una psicóloga de la Defensoría de Pompeya y una abogada de la Defensoría de la villa 21-24-Zavaleta.

La **población de referencia** asistida es descripta por los entrevistados como migrantes, pobres y en general mujeres. Si bien reconocen atender una población heterogénea de diferentes barrios y procedencias (argentinos, paraguayos, bolivianos y peruanos), predomina comunidad migrante principalmente boliviana (en CESAC32 y Defensoría de Pompeya), paraguaya (en CESAC 35 y Defensoría de la villa 21-24-Zavaleta) y argentina (en CESAC 41 y de la villa 21-24-Zavaleta). Si bien hay población de primera migración que mantiene sus tradiciones, los de segunda y tercer generación de migrantes pretenden distanciarse de sus orígenes. Asimismo se trata de una población heterogénea en cuanto provienen de diferentes barrios como Villa 20, Loma Alegre, San Blas y también la Villa 1-11-14. Muchos de los usuarios son descriptos como muy trabajadores, pero cerrados, y se reconocen en los barrios muchas rivalidades y un creciente fenómeno de movilidad de personas (alquilan espacios dentro de sus espacios como otra forma de subsistencia).

Entre los **problemas generales** detectados se enuncian la mala alimentación, contaminación ambiental, viviendas y condiciones de vida precarias, muy bajos sueldos, mucho trabajo y pésimas condiciones de trabajo (por ejemplo, costureras que trabajan sentadas de 8 a 22 y llevan a sus hijos pequeños).

La discriminación a los migrantes es un tema común y se plantean habitualmente rivalidades internas entre los barrios y de grupos al interior de los mismos. Si bien toda la población presenta una situación económica desfavorable se evidencian diferencias que la población misma enuncia en dichas condiciones por ejemplo: entre pertenecer a “las villas” o vivir en la 1-11-14 que es considerado como “un ascenso social” (12-EIC-TS-CESAC35).

En cuanto a las **principales problemáticas y alertas de salud** detectados en la población asistida los entrevistados enuncian que tal como se sostiene en las prácticas habituales de salud especialmente consultan las mujeres y en general por cuestiones avanzadas. Señalan además que hay poca comunicación:

“Persiste la dificultad para hablar (...) persisten mujeres que desconocen su propio cuerpo. Las relaciones sexuales tienen que ver con la necesidad del varón” (12-EIC-TS-CESAC35).

“Una de las preguntas que generalmente les hago es por la relación con otras mujeres, amigas, etc. Y casi no existe, o con sus vecinas, para ir viendo cuales pueden ser las estrategias frente a casos de violencias, alguien cerca que puede darles un lugar cuando la situación es complicada. La respuesta es no. Más allá del espacio de la casa y la familia, no hay otros espacios” (13-EIC-MG-CESAC32).

Otro tema significativo es el de la violencia y la vulneración de los derechos de niños, niñas y adolescentes:

“el maltrato y el abuso sexual son tremendos. En cinco años han aumentado muchísimo los casos. No sé si es que ahora todo sale a la luz como dicen, pero lo cierto es que aparecen más” (8-EIC-Psi-DefNNyA).

Los **problemas relevados** son:

- Violencia en sus diferentes planos (física, simbólica, psicológica, social, cultural y económica). Maltratos de larga data en las parejas (desde antes de la migración en particular desde Bolivia); maltrato de nuevas parejas, hacia la mujer y los hijos. Se resalta la poca explicitación de este problema y que las consultas específicas por el tema solo se efectivizan cuando hay agresiones fuertes.
- Controles gestacionales avanzados (en general asociados a la falta de tiempo por trabajo o por la cantidad de hijos o personas a su cuidado).

- Embarazos no planificados, abortos y sus consecuencias, asociados a pautas de género y culturales:

“En general te dicen que el varón no se lo quiere poner (al preservativo)” (13-EIC-MG-CESAC32)

También aparece la falta información sobre las formas de cuidado, en particular en los adolescentes.

- Barreras en la atención y cumplimientos de derechos. Algunas mujeres se quejan de la cantidad de estudios que les solicitan los médicos para aceptar colocarles un DIU o realizar la ligadura de trompas, bajo argumentos que implican muchas veces subestimar las decisiones de las mujeres o amenazas implícitas por ejemplo: “te vas a arrepentir”.

En el caso de los derechos de niños, niñas y adolescentes la vulneración de derechos es tan grande que:

“comienza con la situación de pobreza general en la que viven los chicos y la familia. A veces, ni siquiera en una casa o todos hacinados. Los padres que muchas veces no saben manejarse con las instituciones porque maneja otros códigos porque vienen de otras culturales. Y también el ‘vaya y venga’, le suspenden una entrevista y la gente se cansa y va dejando de ir” (9-EIC-Abg-DefNNyA).

- Barreras en el acceso a la atención para adolescentes en salud sexual y reproductiva, en particular de varones:

“Solo recuerdo una situación (en 7 años) de una parejita de 15 y 16 en el consultorio aprendiendo como era el uso correcto del preservativo. Lo máximo que los chicos se acercan es a la sala de espera y quedan esperando a sus novias que hagan la consulta. La mayoría ni a la sala de espera” (13-EIC-MG-CESAC32).

- Preocupación por los jóvenes y el consumo:

“Yo noto cambios que me preocupan y entristece, por ejemplo la droga en los jóvenes. Vos antes venías a trabajar a la mañana y veías a los pibes tomando un vino, y ahora ves la droga. Es terrible” (15-EIC-Enfermera-CESAC35).

“El tema de la falopa es tremendo. Cada vez son más chicos chiquitos. Es una realidad que se escapa de las manos y más cuando en el barrio todos venden” (9-EIC-Abg-DefNNyA).

- Graves afectaciones en la salud producto de la contaminación ambiental, fundamentalmente de los habitantes de los márgenes del riachuelo (La Boca):

“Cerca del 40 por ciento de los niños evaluados en el centro tiene altos niveles de plomo en sangre” (10-EIC-Dir-CESAC41).

- También enuncian otros problemas como trombosis venosa cerebral, pero los asocian siempre a las condiciones económico-sociales:

“la gente no tiene tiempo para cuidar su salud. No tiene recursos” (15-EIC-Enfermera-CESAC35).

Entre las **acciones**ⁱⁱⁱ planteadas desde esta perspectiva enuncian que se construyen propuestas en general por los profesionales y la comunidad por asociación voluntaria. Ejemplos exitosos de estas acciones y esfuerzos son: las entrevistas conjuntas de al menos dos profesionales que se toman en el CeSAC 32; el Grupo de planificación familiar; el trabajo por el tema de desabastecimiento que se realizó con otros centros que dependen del Hospital Penna y del Piñero; y el trabajo sobre educación sexual integral realizado en colaboración entre en CeSAC 32, el CeSAC 19 y escuelas de educación media de la zona; el fortalecimiento de la cooperativa de viviendas de La Boca impulsado por el CeSAC 41; y el equipo de promotoras de salud en barrios dependiente del Área Programática del Hospital Argerich:

“Por otro lado, desde el 2006 con otra compañera que es psiquiatra de otro Centro de Salud, el 19 y depende del Hospital Piñero. Estamos yendo a Escuela de Educación Media, que es un colegio Secundario. No es área nuestra, pero sí va mucha población del barrio. Por lo que te contaba muchos tratan de juntarse con la villa, muchos van a Pompeya o al Centro. Pero muchos van a esa escuela” (12-EIC-TS-CESAC35).

En todos los casos resaltan el gran apoyo de contar (para poder viabilizar estas acciones) con las leyes como la de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) que sostiene la responsabilidad de todos y de la escuela también:

“Fuimos cambiando la modalidad los primeros años trabajábamos con los chicos. Hacíamos serie de cinco talleres con ellos. Los talleres son sobre Salud Sexual y reproductiva y géneros en el marco del Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología (...) Ése es el Tema. Después tenemos dos talleres sobre proyecto de vida, que surgió justamente a partir del tema de la maternidad. (...) Nuestra idea a largo plazo es que el trabajo lo hagan los docentes y no tengamos que ir nosotras y poder hacer lo mismo en otra escuela. Pero cuesta mucho. Que este la ley de educación sexual ayuda un montón. Vemos un cambio desde que esta la ley, porque se puede incluir como una cuestión que es responsabilidad de la escuela” (12-EIC-TS-CESAC35).

Respecto de la **participación de la comunidad** reconocen que el trabajo de apertura tiene sus frutos en una mejor comunicación, atención y conocimiento mutuo

promoviendo el cumplimiento de los derechos de información, acceso, atención y seguimiento generando con la comunidad un trabajo conjunto: se conocen, reconocen a los profesionales tanto adentro como afuera de la institución de salud:

“La gente te da mucho cariño y valora lo que uno hace” (15-EIC-Enfermera-CESAC35).

“Saludan, te reconocen por los nombres” (11-EIC-Dir-CESAC41).

Asimismo reconocen la potencia de la apertura no solo de que la comunidad vaya al centro sino de ir a la comunidad:

“Asisten y responden” (12-EIC-TS-CESAC35).

“La gente es muy cumplidora” (10-EIC-Dir-CESAC41).

“Vos podés ir hacia ellos si es que no vienen hacia vos” (11-EIC-Dir-CESAC41).

Pero también se visibilizan los obstáculos que persisten sobre la inclusión y participación comunitaria:

“hay algunas resistencias (en general en el sistema de salud) a algunas modalidades de atención que tenemos acá que es que se incluya a la gente de la villa” (13-EIC-MG-CESAC32).

Los **resultados** de esas acciones se vuelven gratificantes y visibilizan las tareas conjuntas y participativas entre sus enunciados se encuentran por ejemplo: buen clima, reconocimiento profesional y de la comunidad, buen seguimiento de tuberculosis, vacunaciones, planificación familiar, y control de embarazo en los casos que se acercan o logran acercarse. También señalan que estas formas de atención demandan mucho trabajo pero generan una mayor acceso a prevención, poder charlar, tener acceso a métodos anticonceptivos (y poder contar y aplicar las leyes de SSyR y derechos de niños y adolescentes), y resaltan que “da alegría poder hacerlo” y que permite cierta cercanía que no siempre es posible en las grandes ciudades y los centros de salud. Por ejemplo, el seguimiento de los pacientes o a veces atender en el parto a quien le hiciste controles.

Sin embargo, siguen reconociendo los diversos **obstáculos** o **dificultades** para poder viabilizar las acciones de salud o el abordaje de los problemas. Entre otros señalan: que algunos insumos llegan en forma discontinua; la falta de condiciones de privacidad en el centro para atender las consultas de SSyR; las discrepancias entre efectores o las tensiones con los centros de referencia, el deterioro de la infraestructura, la falta de recursos y re-planificación o asignación según la demanda y la sobredemanda para la capacidad de atención:

“Yo creo que hay lugares que están abandonados. Éste es uno. Yo no te lo puedo explicar en palabras lo tenés que ver desde la imagen, y vos lo ves. Es un abandono. No tenemos infraestructura adecuada. Es un desastre. No valen las palabras, lo que vale es el la imagen. Mira en donde estamos sentadas, acá es dónde trabajo todos los días, no tenemos lugar ni para movernos. Es un lugar abandonado” (15-EIC-Enfermera-CESAC35).

Entre las **dificultades de exigibilidad** enuncian particularmente las de: información, recursos económicos, desconocimiento de derechos y de cómo ejercerlos (por ejemplo, cómo se hace una denuncia por violencia, otros métodos anticonceptivos que no sean el preservativo, etc.) remarcando la relación entre las condiciones económicas y su determinación sobre los procesos de acceso, atención y seguimiento de los procesos de salud enfermedad atención. Entre otros: efectivizar la cobertura y acceso a la salud, alimentación y trabajo, el cumplimiento de oportunidades y alternativas (por ejemplo, la solicitud de la ligadura de trompas), la prevención y la **equidad** de derecho a la atención (la población creía que era un centro de salud privado cuando se estaba construyendo, luego otra parte pensaba que se atendían solo migrantes ahí, después demandaban ser atendidos los argentinos). Resaltan la potencia de contar con leyes que sostienen, apoyan y permiten las acciones de salud y señalan la necesidad de articular: brindar información tanto sobre el cuidado como sobre los derechos, a la vez que pensar acciones para que puedan aplicar y ejercer dichos conocimientos:

“A mí me parece muy interesante. En sí la ley para mí está muy bien escrita y ampara los derechos de las mujeres, tengan cobertura pre paga, obra social o cobertura pública. En cualquiera de los casos ampara los derechos de las mujeres en relación al acceso a los métodos de las mujeres y de los varones. Después lo difícil es que lo utilicen” (13-EIC-MG-CESAC32).

También señalan las luchas contra el determinismo o naturalización como por ejemplo:

“en la villa es así [y] el destino de una mujer en la villa es ser madre” (12-EIC-TS-CESAC35).

A MODO DE CONCLUSIONES INICIALES

Esta primera etapa de mapeo de actores, monitoreo de necesidades, problemas prioritarios y estado de la cuestión en relación a la exigibilidad y justiciabilidad, facilitó o reactualizó la construcción de procesos dialógicos con los/las actores de los territorios comunales. Como investigación cogenerativa entre los conocimientos locales y los académicos de procesos complejos, propicia un fortalecimiento de las redes y lazos

sociales en la perspectiva de una auditoría social facilitadoras de cambios. Las dimensiones epistémicas de la Epidemiología y la Psicología Crítica, y la opción metodológica de la IAP, contribuyen a problematizar situaciones naturalizadas y/o interpretadas ideológicamente como subproductos inevitables del orden social de exclusión y las responsabilidades individuales: violencias, abusos, adicciones, etcétera. Partimos del análisis de discurso contextualizado, analizando dónde, cuándo y desde qué instituciones los sujetos son hablados; y los problemas y obstáculos, registrados. En particular, resemantizamos aquellos espacios de implicancia sobreidentificatoria, donde el lugar de la precarización y fragilización de algunas vidas y la abyección en relación a la norma heterosexual o los estereotipos socioculturales, son constitutivas de nuevas prácticas alternativas, en las grietas institucionales. Los desafíos a contextos prefigurados de invisibilización o estigmatización de las diferencias y los nuevos posicionamientos subjetivos interactivos implican prácticas implicadas desde lo público.

En este primer momento registramos dispositivos y redes desde una Ética del cuidado, con modalidades de atención promotoras de subjetividades autónomas, junto a otras tradicionales reduccionistas y descontextuadas con ausencias de acciones preventivas sobre los efectos de discriminación y estigmatización a la diversidad de género, social o cultural. La posibilidad de democratización de las cuestiones públicas a nivel comunal, puede potenciar espacios con diversos protagonistas de la sociedad civil y las instituciones en la realización de una auténtica auditoría social. Aunque no soslayamos el marco de tensiones por la gestión neoliberal que constriñe financieramente lo público, transfiriendo prestaciones a sectores privados e intentando imponer modelos no interdisciplinarios ni comunitarios, en contradicción con las leyes vigentes. En esta trama de encuentros y desencuentros no abdicamos de co-construir nuevas interrogaciones sobre las producciones de sentido de la constitución subjetiva y comunitaria y acciones promocionales y preventivas

ANEXO

Tabla: Datos de las personas participantes en las entrevistas a informantes clave

Entrevista a Informantes Clave					
Nº	Sujeto entrevistado*	Ocupación/Cargo	Institución	Comuna	Codificación
1	Ana	Directiva	Escuela Media Mariano Acosta	3	1-EIC-Dir-EM
2	Claudia	Médica Gerontóloga - Directiva	CESAC 11	3	2-EIC-Dir-CESAC11
3	Lorena	Enfermera	Hospital Ramos Mejía	3	3-EIC-Enfermera-Htal.
4	Mariana	Trabajadora Social	La Vereda Asociación Civil	3	4-EIC-TS-La Vereda

5	Gustavo	Asesor Pedagógico	Escuela Media Mariano Acosta	3	5-EIC-AP-EM
6	Mercedes	Psicóloga	La Casona de Humahuaca Asociación Civil	3	6-EIC-Psi-LCH
7	Mirta	Trabajadora Social	CESAC 11	3	7-EIC-TS-CESAC11
8	Juliana	Psicóloga	Defensoría de niños, niñas y adolescentes - Pompeya	4	8-EIC-Psi-DefNNyA
9	Patricia	Abogada	Defensoría de niños, niñas y adolescentes – Villa 21-24-Zavaleta	4	9-EIC-Abg-DefNNyA
10	Humberto	Médico de familia - Directivo	CESAC41	4	10-EIC-Dir-CESAC41
11	María	Lic. En Ciencias de la Educación - Directiva	CESAC41	4	11-EIC-Dir-CESAC41
12	Cecilia	Trabajadora Social	CESAC35	4	12-EIC-TS-CESAC35
13	Susana	Médica generalista	CESAC32	4	13-EIC-MG-CESAC32
14	Mauricio	Vecino	Asociación Vecinal Balvanera	3	14-EIC-V-AVB
15	Celeste	Enfermera	CESAC35	4	15-EIC-Enfermera-CESAC35

*Los nombres utilizados son ficticios a fin de resguardar la identidad de las/los entrevistadas/os.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Filho, N. (2000). La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar.
- Andrade, S. et. al. (1987). Métodos cualitativos para la evaluación de programas. Manual para programas de salud, planificación familiar y servicios sociales. Massachusetts: The Pathfinder Found.
- Armando Haro, J. (2010). "Epidemiología convencional, epidemiología sociocultural y salud colectiva. Requerimientos para un diálogo entre disciplinas". Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Transdisciplinaredad, UABC, Mexicali, 16 de marzo.
- Bertaux, D. (1980). Los relatos de vida en el análisis social. En FLACSO Historia oral e Historia de vida. Buenos Aires: Cuadernos de Ciencias Sociales.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2008). Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Breilh, J. (2010a). Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud. Universidad Andina Simón Bolívar. Sede Ecuador. Quito: Programa Andino de Derechos Humanos, PADH; Abya Yala.
- Breilh, J. (2010b). "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano". Revista Salud Colectiva v.6 n.1 Lanús ene./abr.
- Breilh, J. (2009). Hacia una construcción Salud emancipadora del derecho a la salud. En: ¿Estado constitucional de Derechos? Informe sobre derechos humanos. Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Programa Andino de Derechos Humanos, Padh. Ediciones Abya-Yala.
- Breilh, J. (2008) Una perspectiva emancipadora de la Investigación y Acción, basado en la determinación social de la salud. Taller Latinoamericano ALAMES, México.
- Breilh, J. (2003) Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar.
- Castellanos, P.L. (1995). "Lo ecológico en epidemiología aplicado a la Salud pública". Buenos Aires: OPS-OMS.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2009) Informe anual. En <http://www.cidh.org/annualrep/2009eng.htm>. Revisado el 11/01/2012.
- Córdova, V. (1990). Historias de vida. Una metodología alternativa para Ciencias Sociales. Caracas: Fondo Ed. Topykos.
- FACES/U.C.V. Debus, M. & Novelli, P. (1998) Manual para Excelencia en la

investigación Mediante Grupos Focales. Traducción del Lic. E. Vásquez del Aguila. Lima: Universidad Católica del Perú.

Fairclough, N. (2003) *Analysing discourse. Textual analysis for social research*. Londres: Rutledge.

Fals Borda, O. (1999). Orígenes universales y retos actuales de la IAP (investigación acción participativa). *Análisis Político*. 38, 71-88.

Ferraroti, F. (1980). Biografía y ciencias sociales. En FLACSO *Historia oral e Historia de vida*. Buenos Aires: Cuadernos de Ciencias Sociales.

Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Mora Ninci, C. (2001). La Observación Dialéctica: problemas de método en investigaciones educativas. En Paulo Freire: *la educación latinoamericana en el Siglo XXI*. Buenos Aires: CLACSO.

Musa, L. (2010). Niñez, adolescencia y salud mental en la ciudad de Buenos Aires. Informe de gestión del ministerio público tutelar. Período 2010. Buenos Aires: Edudeba.

Onocko, R. (2008). *La planificación en el laberinto. Un viaje hermenéutico*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008) "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad actuando sobre los determinantes sociales en salud", Comisión Sobre determinantes Sociales en Salud, Ginebra: Ediciones OMS.

Parker, I. (2009) "Psicología crítica: ¿Qué es y qué no es?", *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, 8, pp. 139-159. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

Parker, I. (2003). "Psicología Crítica: conexiones críticas". En Villuendas, M. & Gordo López, A. (Coord.) *Relaciones de género en psicología y educación*. Madrid: Consejo de Educación de la Comunidad de Madrid.

Pearce, B.W (1994) Nuevos modelos y metáforas comunicacionales. En Fried Schitman, D, *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Bs As. Paidós

Sassone, M. (2004) "Identidad Cultural y Territorio: La construcción del "lugar" en la comunidad de migrantes bolivianos en la Zona Sur de la Ciudad de Buenos Aires", en DEMBICZ, A. (ed.), *Interculturalidad en América Latina en ámbitos locales y regionales*. Warszawa, Univ. Varsovia - CESLA.

Sirvent, M. T. (2003). El Proceso de Investigación, las Dimensiones de la Metodología y la Construcción del Dato Científico. En Sirvent, M. T. (Ed.) *El Proceso de Investigación. Investigación y Estadística I*. Buenos Aires: Cuadernos de la Oficina de Publicaciones de la Facultad de Filosofía y Letras (Opfyl).

Stecher, A. (2010). El análisis crítico del discurso como herramienta de investigación psicosocial del mundo del trabajo. *Discusiones desde América Latina. Journal Universitas Psychologica* N°2, 93-107.

Wenger, E (1998) *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*, Cambridge, Cambridge University Press.

Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Sopransi, M.B.; Nabergoi, M.; Lenta, M.; Tisera, A. & Freire, M. (2011) "Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental". En *Actas de las IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población*, CD.

Zaldúa, G., Pawlowicz, M.P., Longo, R. & Moschella, R. (2011). "Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de CABA. Obstáculos y resistencias". En *XVII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología – UBA*. Buenos Aires.

Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Pawlowicz, M.P.; Nabergoi, M.; Sopransi, M.B.; Pequeño, D.; Longo, R.; Moschella, R.; Bavo, B. & Lenta, M. (2010) "Narrativas de adolescentes en contextos críticos". En *XVI Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología – UBA*.

ⁱⁱ El Centro de Salud y Acción Comunitaria N°32 depende del Área Programática del Hospital J.M. Penna y se encuentra ubicado en el Barrio San Martín. Integra la Región Sanitaria N° 1 y la Comuna N° 4. La Comuna N° 4 presenta el mayor porcentaje de cobertura de salud únicamente estatal registrado en la ciudad (41%) y el promedio de ingreso per cápita más bajo de la Región Sanitaria 1 (Departamento de Epidemiología en base a proyecciones 2007 de la Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA).

El barrio General San Martín o barrio Charrúa es un barrio de migrantes bolivianos. Fue primeramente un asentamiento precario –Villa Piolín y después la Villa 12–, para luego conformarse en un barrio. Sus pocas manzanas permiten observar la creación de un paisaje donde la interacción de los habitantes con su espacio físico modeló la fisonomía propia del barrio. Los bolivianos han construido este barrio que se mantiene como un centro de reunión para toda la colectividad boliviana en Buenos Aires e incluso en el país. Desde la década del ´60 el Barrio Charrúa recibe a migrantes provenientes de Bolivia y ha sido considerado “el primer barrio boliviano” de la ciudad (Sassone, 2004). Sus primeros habitantes se asentaban con lo poco que tenían, a escondidas y de noche, y marcaban los límites con piolines como forma de apropiación territorial. Se produjeron varios incendios y en busca de soluciones duraderas, se trabajó entre los vecinos para contar con viviendas mediante autoconstrucción bajo coordinación de la Comisión Municipal de la Vivienda. Durante sábados, domingos y feriados los bolivianos edificaron las viviendas, todos juntos, ladrillo por ladrillo. En 1968 finalizaron las obras y se procedió al sorteo de las viviendas. Se planificaron unidades unifamiliares a ambos lados de pasillos (en total hay dieciocho pasillos). La tarea demandó años de intenso trabajo hasta lograr que se firmen los boletos de compra de tierra. En 1981 se inauguró la Escuela N° 13 Presbítero Alberti, un terreno que los habitantes denominaban “la canchita”. A su vez, se fundó la comisión del barrio en 1989, que se llamó Asociación Vecinal de Fomento General San Martín (Sassone; 2004). En el proceso de construcción comunitaria, también construyeron una salita de salud que con los años logró el reconocimiento del Estado, en la actualidad es el CESAC 32.

ⁱⁱⁱ Entre las acciones realizadas los CESACs participan de diferentes programas pero refieren como aspectos ponderados positivamente la posibilidad de construir prácticas y dispositivos de articulación entre instituciones y con la comunidad, aunque se reconocen las dificultades que plantean en la planificación de las mismas no solo de las problemáticas mismas, sino además del trabajo interdisciplinario, intersectorial, interinstitucional y con la comunidad. Reconocen además la potencia que implica un buen clima y un “grupo humano” de trabajo, aunque no en todas las relaciones, ni dentro, ni entre las instituciones se logra.