

Exigibilidad, justiciabilidad y derecho a la salud en Buenos Aires.

Zaldúa, Graciela, Longo, Roxana, Lenta, María Malena, Sopransi, María Belén y Pawlowicz, María Pía.

Cita:

Zaldúa, Graciela, Longo, Roxana, Lenta, María Malena, Sopransi, María Belén y Pawlowicz, María Pía (Noviembre, 2012). *Exigibilidad, justiciabilidad y derecho a la salud en Buenos Aires. XII CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, XVIII CONGRESO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS DE SALUD, VI CONGRESO DE LA RED DE ACTORES LOCALES DE LA SALUD. ALAMES, Montevideo.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/31>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pEgt/z6H>



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>.

XII CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, XVIII CONGRESO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS DE SALUD, VI CONGRESO DE LA RED DE ACTORES LOCALES DE LA SALUD, ~~a realizarse~~realizado en Montevideo, Uruguay, entre el 5 y el 8 de noviembre de 2012, organizado por ALAMES. Evento internacional. Trabajo aceptado para ser publicado en las Actas del congreso:

Autores: Zaldúa, G.; Longo, R.; Lenta, M.; Pawlowicz, M. P. y Sopransi, B.

Exigibilidad, justiciabilidad y derecho a la salud en Buenos Aires.

Autores:

Graciela Zaldúa – Especialista en Planificación – Laprida 1813, piso 8 – CABA, Argentina. gracielazaldua@gmail.com

Roxana Longo – Magister en Psicología Social Comunitaria – Trole 652 – CABA, Argentina. longoroxana@gmail.com

María Malena Lenta – Lic. En Psicología – La Rioja 572, dto. 5 – CABA, Argentina. malena1917@hotmail.com.

María Belén Sopransi - Magister en Psicología Social Comunitaria – Viel 853 PB “E” – CABA, Argentina mbsopransi@gmail.com

María Pía Pawlowicz – Magister en Salud y Ciencias Sociales – Circ.2ª, Sec.2ª, M. 6, C.14- Ciudad Evita – Buenos Aires, Argentina. mariapiapawlowicz@hotmail.com

Introducción

Este trabajo se inscribe en el proyecto UBACyT “Epidemiología territorial participativa y derecho a la salud. Exigibilidad y justiciabilidad en la zona sur de la CABA” y tiene como propósito presentar un avance de las caracterizaciones sobre los procesos subjetivos y colectivos de prácticas instituidas e instituyentes de exigibilidad y justiciabilidad en salud comunitaria. La salud como objeto complejo, multidimensional y dialécticamente determinado está en interdependencia con los conceptos metodológicos y el campo de acción. Este punto de vista excede a aquel que trata a los riesgos como contingentes o factores externos aislados.

Desde nuestra perspectiva, resulta necesario visibilizar que las políticas y las acciones en salud deben estar diseñadas para abordar el proceso de determinación social de la saludⁱ con el fin de operar sobre las causas que repercuten negativamente en el proceso salud-enfermedad-cuidado. 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, edad, territorio o etnia.

En Argentina, diversos tratados internacionales¹ reconocidos constitucionalmente señalan el derecho a la salud dentro de la integralidad de los derechos humanos. Sin embargo, persisten deudas sanitarias como lo señala 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. El mismo propone un conjunto de ideas fuerza para implementar una reforma necesaria del sistema de salud y las políticas del sector, con el objetivo de garantizar efectivamente el derecho a la salud para todas y todos. Principalmente 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 (punto 1). Asimismo, ubica a la participación popular en el diseño, la gestión y el control de las políticas públicas como una herramienta central para la garantía de derechos (punto 3) y a la Atención Primaria en un Sistema Universal de Salud como estrategia fundamental para abordar la complejidad de los problemas (punto 11). Además, analiza la crisis del sector público de salud como resultante de las políticas neoliberales y rechaza los créditos de instituciones financieras internacionales (BM, BID, FMI, BIRF) y las terciarizaciones, intermediaciones, privatizaciones (punto 6). Finalmente, entre muchas otras cuestiones, el punto 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 porque *Otra Salud es posible*.

Marco teórico

El campo de la Psicología Críticaⁱⁱ 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 productores de dimensiones simbólicas y reales en un campo sociohistórico permiten construir nexos con la Epidemiología Crítica. Las posibilidades de agenciamiento de nuevos sentidos posibilitan la autonomía y autodeterminación como actores sociales y permiten potenciar la praxis en salud al aprehender el carácter dialéctico de la realidad, la dialogicidad y el proceso estructurante de las prácticas sociales.

La **Epidemiología Crítica**ⁱⁱⁱ concibe a la salud-enfermedad como un proceso singular y colectivo, entretejido por una diversidad de dimensiones: condicionantes socio-económicas;

¹ El artículo 75 de la Constitución Nacional inciso 22, otorga jerarquía constitucional a: la Convención Americana de Derechos Humanos, el Pacto de Derechos económicos, sociales, culturales, la Convención de derechos del Niño, niña y adolescentes, la Convención por la eliminación de la violencia contra las mujeres, entre otros.

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 las relaciones de los colectivos en 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 la 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^{iv}.

Desde la Salud Colectiva, el territorio aparece como algo más que un espacio en un mapa, un lugar. El territorio se construye móvil, variable, semantizable y resemantizable como la realidad social que lo envuelve. Incluso en las zonas urbanas, en los barrios, 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, se reproducen socialmente 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^v.

La articulación de enfoques se encuadra en los procesos de reflexividad, que enfrentan la disyuntiva objeto-sujeto y convocan a pensar y hacer desde y con el Otro en el horizonte estratégico del porvenir.

En ese marco, los procesos de exigibilidad de derechos, requieren del empoderamiento de sujetos y colectivos a partir del reconocimiento de sus necesidades, demandas y recursos, en territorio. El pasaje hacia la justiciabilidad en salud se produce entonces cuando se logra 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. Asimismo, para cumplir ese imperativo ético, es necesario ampliar la noción convencional de la bioética hacia la noción integral de la ética de la salud^{vi}.

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^{vii}.

Metodología

Desde la IAP (Investigación Acción Participativa), 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^{viii}.

En este marco, el presente escrito tiene el **objetivo** de presentar un primer mapeo de actores y análisis preliminar de necesidades, demandas, problemas, prioridades y acciones de salud de la comunas 3 de la CABA. Para ello, se retoman registros de relevamiento documental, registros de sistematización de observaciones (participante, no participante y dialéctica); 8 entrevistas en profundidad a informantes clave y un grupo focal.

Dichos **instrumentos** constituyen parte de las metodologías que desde una perspectiva dialéctica 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. Del mismo modo, 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 actores y efectores
- Identificación de problemas prioritarios del territorio
- Obstáculos de procesos de vulnerabilidad y desprotección
- Acciones realizadas para dar respuesta a esas problemáticas.

Resultados y discusión: primer avance sobre el territorio, prácticas y actores.

Diagnóstico preliminar

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 transitaban como el Bar cercano a la Facultad de Psicología.

Es un espacio territorial socialmente heterogéneo y en las cercanías de la Plaza Miserere se encuentran niñas, niños y adolescentes en situación de calle; mujeres y algunos jóvenes en situación de prostitución y múltiples vendedores informales, además de pastores y pastoras invocando a la salvación mediante rituales y sermones de diversos cultos.

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 un grupo focal centrado en la caracterización de la zona, sus necesidades y demandas, los actores y sus prácticas, ubicada en el mapa del territorio. De los registros de campo de dichas observaciones, entrevistas y grupo focal, se trabajó inicialmente en la identificación de las categorías centrales en función de los objetivos de la investigación.

Foto 1: Georreferencialización de problemáticas prioritarias percibidas – Grupo Focal.



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). Pues 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.

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-Directiva-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** se destacan la **discriminación** (incluso entre los propios grupos discriminados) y la **violencia**, percibida por los entrevistados sobre todo entre los sectores inmigrantes del territorio; mientras que el **consumo problemático de drogas** aparece como relevante entre los sectores medios y los jóvenes. También está presente la problemática del **hacinamiento** y la **explotación sexual** de personas, fundamentalmente, mujeres.

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. Valorados como los *“problemas psicosociales más prioritarios”* (2-EIC-Directiva-CESAC11).
- Problemas de accesibilidad a los derechos de salud sexual. Tema clave entre la población en situación de prostitución especialmente para la prevención del VIH, las ITS y los embarazos no deseados: *“jóvenes en situación de prostitución y travestis en situación de prostitución porque ésta es una zona con muchos lugares ocultos donde se ejerce la prostitución. Y en el Centro [de Salud] se hacen 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 vinculados a las condiciones de vida, especialmente 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). Se mencionaron las condiciones de vida en inermidad extrema: *“Se tiraron abajo un montón de conventillos, hay mucha situación de calle de niños y adultos”* (9-GF-COM3).

- Preocupación por los jóvenes y el consumo de sustancias psicoactivas 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 punto 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. También para proyectar acciones colectivas especialmente en el sector norte de la Comuna (entre las avenidas Rivadavia y Córdoba) (6-EIC-Psi-LCH). De este modo, los participantes del taller señalaron *“se está trabajando con esa problemática [...] Se está comenzando a hacer una tarde de juegos para chicos. Para los adultos: que haya un acompañamiento en relación a derechos vulnerados, también en relación al arte, hay nuevos espacios teatrales en el Abasto [...] hay una casa abandonada y se quiere hacer un mural ahí. En general la idea es poder laburar con la gente del barrio, que tengan mayor compromiso [...] se están haciendo los martes de salud, el 4to martes del mes”* (9-GF-COM3). Mientras que en el sector Sur de la Comuna, el trabajo de articulación está apuntalado por la asociación de vecinos (8-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 ha registrado”* y que eso es relevante en un contexto de violencia social (7-EIC-TS-CESAC11). Incluso que la población mantiene en buen estado las instalaciones del centro porque allí encuentran reconocimientos y un espacio de cuidado especialmente dirigido a los sectores de diversidades sexuales –se promueven carteleras específicas trabajadas por profesionales del centro y usuarios/as–.

Asimismo, existen **obstáculos para poder viabilizar las acciones de salud**. 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 maternos), problemas en la integración de los sectores inmigrantes en las instituciones, prácticas discriminatorias sobre los

sectores vulnerables, y la problemática de la vivienda que es 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. También 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 el proceso de salud-enfermedad-cuidado.

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 y reactualizó la construcción de procesos dialógicos con los/las actores de los territorios comunales. Proceso que propicia un fortalecimiento de las redes y lazos sociales en la perspectiva de una auditoría social contrahegemónica. 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 subjetivas: violencias, abusos, adicciones etcétera. Partimos del análisis del discurso contextualizado, indagando 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 tanto el lugar de la precarización y fragilización de algunas vidas; como la abyección en relación con la norma heterosexual o los estereotipos socioculturales, son constitutivas de nuevas prácticas alternativas, en las grietas institucionales.

Es así que 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 de 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.

-
- ⁱ 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.
- ⁱⁱ 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.
- ⁱⁱⁱ Breilh, J. (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
- ^{iv} 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.
- ^v 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.
- ^{vi} Breilh, J. (2010). "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano". *Revista Salud Colectiva* v.6 n.1 Lanús ene./abr.
- ^{vii} López Oliva, M. & Valobra, MK. (2007). La Defensa y Protección de los derechos de los niños desde las experiencias de organizaciones de la sociedad civil. *En cursiva* N°3. Buenos Aires.
- ^{viii} 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 (Opfy).