

DERECHO A LA SALUD EN LA COMUNA 3 DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: MIGRACION Y GENERO.

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

Cita:

Zaldúa, Graciela, Lenta, María Malena, Longo, Roxana, Sopransi, María Belén, Pawlowicz, María Pía y Moschella, Romina (Noviembre, 2012). *DERECHO A LA SALUD EN LA COMUNA 3 DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: MIGRACION Y GENERO. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/156>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/SQn>



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>.



**IV Congreso Internacional de Investigación
y Práctica Profesional en Psicología**

XIX Jornadas de Investigación

**VIII Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR**

“Desarrollo Humano. Problemáticas de la Subjetividad y Salud Mental. Desafíos de la Psicología Contemporánea”. “Homenaje al Prof. Emérito Dr. Aníbal Duarte”

DERECHO A LA SALUD EN LA COMUNA 3 DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: MIGRACION Y GENERO

Autoras: Zaldúa, Graciela; Lenta, Malena; Longo, Roxana; Sopransi, Belén; Pawlowicz, María Pía; Moschella, Romina

Email: graciela.zaldua@gmail.com

Dirección: Laprida 1813. Piso 8 (CP1425) Instituto de Investigación. Facultad de Psicología. UBA.

Área Temática: Psicología de la Salud, Epidemiología y Prevención

Resumen

Esta presentación tiene el objetivo de analizar necesidades, demandas, problemas y prioridades en el campo de la salud de la Comuna 3, de la CABA, a través de las narrativas de los actores sociales: usuarios, efectores y participantes de organizaciones sociales. Desde los enfoques de la Psicología Crítica y la Epidemiología Territorial co- construimos objetivos y campo temático con un abordaje de Investigación Acción Participativa para visibilizar la relación entre la salud, el territorio, la comunidad y las relaciones de poder/dominación que son estructurantes de situaciones y potencialidades. Triangulamos fuentes e instrumentos y estos fueron: entrevistas, grupos focales, observación participante y grilla de relevamiento documental y registros de sistematización. Las dimensiones de análisis seleccionadas, relacionadas con las prácticas sociales y

las producciones subjetivas, se vinculan con los procesos de migración y las problemáticas de género y expresan diversas situaciones de vulnerabilidad psicosocial.

Palabras clave: Epidemiología Territorial – Participación – Derecho a la Salud

RIGHT TO HEALTH IN THE COMUNA 3 OF THE BUENOS AIRES CITY: MIGRATION AND GENDER

Resumen en inglés

This article has the goal to analyze needs, demands, problems and priorities in the health field of the Commune 3 of the Buenos Aires City, through the narratives of social actors like users, effectors and participants of social organizations. From the Critical Psychology and the Epidemiology Territorial we build the goals with the Participatory Action Research frame to visualize the relationship between health, territory, community and the power relations/ domination relations that are structuring situations and potentials. We triangulate sources and instruments like interviews, focus groups, participant observation and documentary survey and systematic records. The categories related to social practices and subjective productions were selected. This categories are related with migration processes and gender problems, and this express different psychosocial vulnerabilities situations.

Keywords: Epidemiology Territorial- Participation- Right to health

INTRODUCCIÓN

Este trabajo presenta resultados de la primera etapa del proyecto de investigación UBACyT: “Epidemiología territorial participativa y derecho a la salud. Exigibilidad y justiciabilidad en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)” y tiene el objetivo de analizar, en un primer momento de co-construcción, necesidades, demandas, problemas y prioridades en el campo de salud en la Comuna 3 desde las narrativas de los actores sociales (efectores de instituciones públicas, usuarios/as y organizaciones sociales).

El enfoque de la Psicología Crítica aporta una mirada reflexiva sobre las dimensiones simbólicas e históricas de la realidad social que posibilita la construcción de significados compartidos por los grupos sociales¹. La comprensión

del lenguaje y la cultura como productores de dimensiones simbólicas y reales en un campo sociohistórico, permite construir nexos con la Epidemiología Territorial Participativa como herramientas para el abordaje de las problemáticas psicosociales en salud, desde una mirada georreferenciada. En este encuentro, el territorio aparece no solo como *lugar* sino como el ámbito de la acción de los sujetos sociales, operando en tanto anclaje en una realidad que es detonada en su contradicción por el hacer de los sujetos². Las distintas clases sociales, cruzadas por relaciones étnicas, de género y etáreas, 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 una³.

Abordar territorial y participativamente la apropiación subjetiva y colectiva del derecho a la salud, supone entonces, trascender una perspectiva fragmentaria y centrada en los aspectos biomédicos y considerar la concatenación de “procesos de diversos órdenes, que definen la vida y la salud, abarcando tanto la organización social como el mundo de la vida que la sustenta”⁴. En ese sentido, es necesario visibilizar la relación entre la salud, el territorio, la comunidad y las relaciones de poder/dominación que son estructurantes de situaciones y potencialidades. A su vez, jurídicamente, el derecho a la salud excede también el derecho a los bienes que posibilitan una atención adecuada. Pues el derecho a una vida saludable se imbrica con la vigencia de otros derechos del “buen vivir”⁵.

El ejercicio reflexivo de sujetos sociales, singulares y colectivo, abre posibilidades de agenciamiento de nuevos sentidos que posibilita la autonomía y la 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 sociales¹.

METODOLOGÍA

El *monitoreo* de las problemáticas, necesidades, prácticas y alternativas se imbrica con la perspectiva de la auditoría social que sostiene los procesos por los cuales las y los ciudadanos revisan, viabilizan y exigen a la administración

pública de servicios, sus demandas y requerimientos así como los compromisos de desarrollo. Por lo tanto, son mecanismos que propenden a garantizar la activa participación ciudadana, creando canales de comunicación, en la co-responsabilidad de las partes involucradas en los aspectos de interés de la comunidad.

El análisis que se presenta en este artículo, recorta aspectos del proceso de investigación realizado en la Comuna 3 de la (CABA), la que constituye, junto con la Comuna 4, las unidades territoriales del universo-población de nuestro trabajo.

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).

Para el análisis se incluyen instituciones públicas de salud y educación, y organizaciones sociales; trabajadores-dirigentes y usuarios-participantes de esas instituciones. En función del encuadre epistémico-metodológico, trabajamos con muestras intencionales basadas en los criterios de pertinencia, representatividad, viabilidad y accesibilidad.

La Investigación Acción Participativa (IAP) como encuadre de la perspectiva epistémico metodológica, se presenta como una práctica alternativa a las formas tradicionales de investigación, en la cual la investigación y la participación se constituyen como momentos dentro del mismo proceso de producción de conocimientos colectivo⁶, a partir del cual la misma comunidad puede identificar y problematizar sus necesidades y demandas⁷ y el investigador es una herramienta de la investigación que aporta su reflexividad crítica⁸, a la vez que una vigilancia epistemológica⁹.

La muestra en esta etapa estuvo compuesta por instituciones públicas de salud y de educación, organizaciones de la sociedad civil, informantes clave de la comunidad y estudiantes de escuela media. 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, miembros de la red

barrial RIOBA, un equipo de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, una enfermera del Hospital Ramos Mejía con más de 20 años de trabajo en el barrio y tres enfermeras del CESAC 11. Dichos actores participaron tanto de entrevistas individuales y participativas así como de un grupo focal de georreferencialización de las problemáticas psicosociales percibidas.

Desde la IAP construimos dispositivos de problematización, planificación y evaluación participativos tendiendo a la co-construcción de estrategias de reapropiación colectiva. Dicha tarea nos demandó la triangulación de una diversidad fuentes e instrumentos que permitieron captar la complejidad de los procesos enunciados. Los instrumentos implementados fueron: 1) Entrevistas en profundidad¹⁰, participativa¹¹; 2) Grupos focales¹²; 3) Observación participante y no participante¹¹; y 4) Grilla de relevamiento documental y registros de sistematización¹¹.

Los ejes de análisis relevados incluyeron la indagación de aspectos relativos al registro de problemáticas psicosociales prioritarias en la Comuna, así como la identificación de necesidades y demandas en salud; y los obstáculos en la accesibilidad al derecho a la salud.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNA 3 DE LA CABA

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, entre otros. Es un espacio territorial socialmente heterogéneo y en las cercanías de la Plaza Miserere se encuentran niñas, niños, 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.

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.

“(...) hay casas de clase media, casas colectivas, inquilinatos. Esto trae aparejado las condiciones de salud”. (Integrante de la Residencia Int. Educ para la Salud)

“Se tiraron abajo un montón de conventillos, hay mucha situación de calle de niños y adultos”. (Integrante de la Casona de Humahuaca)

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, sólo 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” (Integrante de escuela media)*. En contraposición, las asociaciones civiles y el CESAC trabajan centralmente con población de los sectores más vulnerables, fundamentalmente, niños, niñas y adolescentes, mujeres jóvenes, travestis y personas migrantes de países limítrofes (fundamentalmente de Bolivia, Perú y Paraguay).

EL ESCENARIO DE LAS MIGRACIONES

Un núcleo de problemas y tensiones visibilizados transversalmente en la co-construcción de la investigación es el de la afiliación entre **migración** y pobreza, ya que configura escenarios de fragmentación social en los que se agudiza la vulnerabilidad en el acceso a derechos.

La **migración** desde un punto de vista geográfico, es el movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica hacia otra a través de una frontera administrativa o política, con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal en un lugar distinto a su lugar de origen. Aunque los motivos sociales y subjetivos pueden ser múltiples, la migración en busca de trabajo se ha convertido en un rasgo estructural de largo plazo de muchos países del mundo. Las mujeres constituyen casi el 50% de la fuerza laboral que migra al extranjero en Asia, América Latina y otras partes del mundo, y en algunos países de estas regiones la proporción de mujeres rebasa la de migrantes de sexo masculino¹³. Se sabe que las migraciones producen efectos sobre la salud de los migrantes, encontrándose entre los síntomas más comunes: la aparición de sentimientos de angustia, tristeza, ansiedad, temores, entre otros. Asimismo se producen modificaciones en los hábitos, cambios de clima y en el régimen alimentario provocando consecuencias sobre su estado de salud¹⁴.

“En la zona del Abasto hay muchas casas tomadas y la población es golondrina que viaja de los países limítrofes. Traen problemática social, quizás arrastran a sus madres que no pueden acostumbrarse a las condiciones de vida y les sube la presión y entran con depresión. La alimentación no es adecuada, golpes de calor, personas sin educación básica completa. Con los niños hay otros problemas, pasan mucho tiempo en la calle. En vez de planificar el período preventivo tenemos que estar involucrándonos en un tema migratorio” (Enfermera, CESAC)

“Hay una enorme diversidad y fragmentación. Es un barrio que sufrió mucho, tiene migración histórica como la población judía. Se pauperizó todo con el cierre del Abasto y con los cambios a nivel del país. La convivencia de diversidad cultural es un dato de salud no de problemática. El barrio lo que hizo fue generar espacios de contención de arte”. (Integrante de la Casona de Humahuaca)

La feminización y autonomización de la migración internacional, unidas a la demanda creciente de mujeres migrantes en el sector de los servicios domésticos y de cuidado, así como en la industria del sexo, constituye un importante reto para

la protección de los derechos reproductivos y la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) de la población migrante femenina¹⁵. Esta situación se agrava aún más, en poblaciones que se encuentran expuestas a la pobreza, al analfabetismo, al trabajo forzado y a la migración. Existen diversos obstáculos que atraviesan las poblaciones migrantes para el acceso a servicios de salud. Un elemento condicionante es el encuentro/desencuentro de las poblaciones migrantes con un contexto socio-cultural, lingüístico, simbólico y colectivo diferente al de su origen. A esto se le anexa la situación de disponer de escasos servicios flexibles en salud que contemplen consejerías en información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de salud. El proceso de salud-enfermedad-atención es un componente integral de la migración y no debe ser considerado de manera aislada; por el contrario, requiere de un abordaje comprehensivo que elimine las barreras existentes y promueva un acercamiento, diálogo e interacción que combine e integre al cuidado de la salud de la población migrante¹⁴, de manera armónica aspectos: sociales, económicos, culturales y religiosos, entre otros:

“Tenemos falta de preparación, se arma un desbarajuste. Hay gente que habla francés, inglés, vienen de África de Senegal. Nos comunicamos con la embajada de Francia para pedir un traductor” (Enfermera, CESAC)

“Otro problema son las diferencias culturales en relación a los cuerpos, por ejemplo dicen Tengo 15 años, llamo al Pediatra y me dice que no es para él porque tienen unos cuerpos (...)” (Enfermera, Hospital)

PROBLEMAS Y DERECHOS DE LAS MUJERES

El **acceso al derecho a la salud de las mujeres**, su visibilidad del campo y la incorporación en la agenda pública como componente de los derechos humanos, trasciende el ámbito de los asuntos privados. Se relaciona con las demandas de la sociedad civil y en particular del movimiento de mujeres y de un sector de profesionales comprometidos con la salud colectiva¹⁶. En este proceso se ha reconocido la vulnerabilidad de las mujeres frente a la **accesibilidad a los servicios en SSyR**. Si bien se puede percibir un progreso en la atención de la salud de las mujeres, siguen persistiendo obstáculos y serias deficiencias

cualitativas y cuantitativas reflejados en los indicadores de salud: altos índices de mortalidad materna, e índices muy bajos en el uso de la contracepción. Esta situación se agrava aún más, en mujeres que se encuentran expuestas a la pobreza, al analfabetismo, al trabajo forzado, explotación sexual y a la migración. Existen diversos obstáculos que atraviesan las mujeres migrantes para el acceso a servicios de salud y en especial de la SSyR. Un elemento condicionante, es el encuentro/desencuentro de las mujeres migrantes con un contexto socio-cultural, lingüístico, simbólico y colectivo diferente al de su origen. A esto se le anexa la situación de disponer de escasos servicios flexibles en salud que contemplen consejerías en información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y SSyR. La mayoría de los relatos que recuperamos de las entrevistas y talleres realizados a efectores/as de salud, integrantes de organizaciones territoriales, y usuarias/as de salud manifiestan preocupación respecto al tema:

“Otra temática es el embarazo adolescente, aborto. El acceso a los recursos, hay información que es a medias... no uso preservativo y después me tomo la pastilla de emergencia” (Taller)

“Vos le podes decir es tu derecho, pero la cuestión es cuando la piba o el pibe va al médico y si detecta que hubo una interrupción del embarazo... no siempre sale bien” (Taller)

Incluso, la trata de mujeres para la explotación sexual en la comuna aparece como una cuestión visible socialmente donde las mujeres migrantes son las más vulneradas en el acceso no solo al derecho a la salud, sino al `buen vivir´³.

“También nos encontramos con chicas que se escaparon de trata de blancas y no les entendíamos el idioma. Nos manejamos con gestos”.
(Taller)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las *desigualdades de género* continúan impidiendo lograr el máximo nivel de salud, y son más agudas en las poblaciones más vulnerables¹⁷. Los/as jóvenes y mujeres en edad fértil están expuestos al riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, de enfrentarse a embarazos no deseados y de sufrir discriminación y violencia en

razón de su edad. Para reducir los índices de mortalidad femenina, es necesario realizar abordajes que integren a los varones, lo cual permitiría abordar la problemática desde una mirada relacional, que contemplen el trabajo crítico sobre las representaciones sociales patriarcales que no vislumbran procesos de negociación en las parejas y obstaculizan la promoción de la equidad en el ejercicio de los derechos entre varones y mujeres.

CONCLUSIONES

Los territorios urbanos en las sociedades contemporáneas presentan diversas problemáticas vinculadas con procesos de vulnerabilidad social que inciden considerablemente en el deterioro de la calidad de vida de los/as ciudadanos/as y en los indicadores de salud de las poblaciones, sobre todo en sectores económicamente más desfavorecidos de la sociedad. La marcada presencia de problemas como la discriminación al diferente, el racismo, el hábitat precario, el maltrato, los excesos y consumos son visibilizados como formas de la violencia social que forman parte de la configuración actual de los territorios urbanos, que deben leerse también en clave de género. Lo *urbano* se vuelve un analizador social que devela la precariedad de los lazos sociales, la construcción simbólica del diferente como un otro problemático – peligroso, despojado de garantías de derechos o con una ciudadanía parcial.

La comprensión de las formas actuales que adquiere el padecimiento subjetivo, singular y colectivo, requiere interrogar las lógicas multiculturales hegemónicas de vulneración de derechos y las teorías cristalizadas que alienan las prácticas. El desafío es potenciar redes institucionales, gestiones democráticas y participativas, conjuntamente con la reflexividad crítica propia de la praxis.

¹Parker, 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.

²Onocko, R. (2008). *La planificación en el laberinto. Un viaje hermenéutico*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

³Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*. 6, 83-101.

⁴Ibíd.

⁵Ibídem.

⁶Fals Borda, O. (1999). Orígenes universales y retos actuales de la IAP (investigación acción participativa). *Análisis Político*. 38, 71-88.

⁷Sirvent, M.T. (1999) *Cultura popular y Participación Social. Una investigación en el barrio de Mataderos*. Buenos Aires: Editorial Miño y Dávila.

⁸Bourdieu, P y Wacquant, L. (1995) *Respuestas para una Antropología Reflexiva*. México: Ed. Grijalvo.

⁹Castellanos, P.L. (1995) *Lo ecológico en epidemiología aplicado a la Salud pública*. OPS-OMS.

¹⁰Andrade, S; Shedlin, M. y Bonilla, E. (1987) Métodos cualitativos para la evaluación de programas. Un manual para programas de salud, planificación familiar y servicios sociales. Massachusetts. The Pathfinder Fund.

¹¹Montero, M. (2006) *Hacer para transformar*. Buenos Aires: Paidós.

¹²Debus, M. y Novelli, P. (1994). *“Manual para Excelencia en la investigación mediante Grupos Focales”*. Washington, D.C., Health Com. Traducción de Ernesto Vázquez del Águila.

¹³Disponible en: <http://www.gfmd.org/mexico-2010/index.php?lang=es&view=article&id=35>

¹⁴Amadeo, E. P., Agosto, G. V., Ferro, P. C., Gurrieri, J. R., Marsero, N. V., Langoni, M. L., y Dos Santos Claro, N. (2010). Derechos sexuales y reproductivos de la población migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2008-2009. *VI Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, en el marco de las transformaciones en la familia*. Buenos Aires: AEPA/ CENEP/ CEDES. Disponible en: <http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/DSR-migrantes-CABA-2008-2009.pdf>

¹⁵Mora, Luis (2007). Globalización, migración internacional y división sexual del trabajo. Una mirada desde el género y los derechos reproductivos. En: CEPAL/CELADE (Eds.), *Notas de Población*. No. 85 (p. 115-144). Santiago: CEPAL/CELADE.

¹⁶Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Longo, R., y Moschella, R. (2010). Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CABA. Obstáculos y Resistencias. *Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología. UBA

¹⁷ Disponible en: <http://new.paho.org/arg/>