

Vulneración de derechos y alternativas de exigibilidad en salud comunitaria.

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

Cita:

Zaldúa, Graciela, Pawlowicz, María Pía, Longo, Roxana, Lenta, Malena y Sopransi, M. Belén (2013). *Vulneración de derechos y alternativas de exigibilidad en salud comunitaria*. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA,.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/37>

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



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>.

Título: Vulneración de derechos y alternativas de exigibilidad en salud comunitaria

Resumen

Desde la Epidemiología Crítica, el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado es considerado como un proceso singular y colectivo que acontece en un territorio. La Psicología Crítica aporta la elucidación de dimensiones participativas, dialogales y el compromiso con la transformación de contextos socioeconómicos, ecológicos, simbólicos y subjetivos. Ambas perspectivas aportan al abordaje de la salud como un campo de confluencia e intersección de sentidos, prácticas y saberes de diferentes actores sociales en territorios particulares. Con un enfoque cualitativo y la modalidad de estudio de casos múltiple, este trabajo se propone elucidar obstáculos y facilitadores en la exigibilidad de la salud como derecho en las comunas 3 y 4 de la Ciudad de Buenos Aires. Entre los resultados se visibilizaron aspectos socio-económicos, institucionales, epistémicos y tecnocráticos como principales obstáculos; mientras que la existencia de actores con implicación crítica y redes sociales-comunitarias aparecieron como principales facilitadores en el acceso al derecho a la salud.

Palabras Clave: Salud – Derechos - Territorio

Right's infirgment and alternatives to exigibility in communitarian health

Abstract

Since the Critical Epidemiology, the health-disease-care process, is considered a singular and collective process that occurs in a territory. The Critical Psychology brings the elucidating of participatory, dialogic and commitment dimensions to the transformation of socio-economic, ecological, symbolic and subjective. Both approaches contribute to addressing health as a field of convergence and intersection of meanings, practices and knowledge of different social actors in specific territories. With a qualitative approach and a multiples cases study, this paper intends to elucidate barriers and facilitators in the exigibility of health rigths, in Buenos Aires City, .districts 3 and 4. As results became visible socio-economic, institutional, epistemological and technocratic dimensions as obstacles; while actors with critical involvement and community social networks appeared as main facilitators in accessing to health right.

Key words: Health – Right - Territory

1.Introducción

En contextos donde se multiplican situaciones de vulnerabilidad social, puede suceder que a pesar de estas condiciones, acontezcan prácticas instituyentes de exigibilidad y justiciabilidad en salud comunitaria. Ante situaciones de vulneración de derechos, los sujetos y colectivos atraviesan procesos de reflexividad y de participación en los que reconocen de distinto modo sus derechos y buscan mecanismos de apelación/reclamo/reconocimiento.

La exigibilidad de la salud como derecho es comprendida dentro de las dimensiones histórico-sociales en las que se desarrollan las relaciones de clase, género, etnia e intergeneracionales, donde la interfase de esas relaciones, se estructura en modos de vida colectivos.

En la accesibilidad al derecho a la salud de sujetos y colectivos están presentes, aspectos materiales de producción sociohistórica de masculinidades-femineidades y sus relaciones; sistemas de valores y creencias en relación con los cuerpos y sus cuidados; modelos científicos de interpretación e intervención técnico-profesional; así como el análisis de las prácticas sociales y de la vida cotidiana. Esta lectura de los procesos de accesibilidad al derecho a la salud tiene su asidero en el entrecruzamiento de – centralmente– dos perspectivas ético-políticas transversales que nos habilitan a incursionar en procesos relacionales y potenciadores de autonomías, que se despliegan en escenarios con diversidad de actores, no sin tensiones y conflictos.

Por un lado, la Epidemiología Crítica que entiende el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado como un proceso singular y colectivo que acontece en un territorio. Por otro, la Psicología Crítica que se caracteriza por sus dimensiones críticas participativas, dialogales, comprometida con la transformación de los contextos socioeconómicos, ecológicos, simbólicos y subjetivos.

Entonces, nos referimos a un campo de confluencia e intersección de sentidos, prácticas y saberes relacionados con el ámbito societal barrial, en el que desarrollamos dispositivos que tienden a develar mecanismos de estigmatización, opresión y exclusión, así como estrategias de resistencia y cambio.

En esa línea teórico-política, el objetivo de este trabajo es elucidar obstáculos y facilitadores en la exigibilidad del derecho a la salud en las comunas 3 y 4 de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, a partir de cuatro casos testigo referidos a las temáticas de salud y educación; salud sexual y reproductiva; salud y hábitat; y, salud y salud mental. Este trabajo se inscribe en el proyecto UBACyT (2011-2014) “Epidemiología territorial

participativa y derecho a la salud. Exigibilidad y justiciabilidad en la zona sur de la CABA”.

2.Derecho a la salud

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), el derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Se trata de un valor intrínsecamente vinculado a la vida que tiene incidencia nodal en cada uno de los sujetos y en la sociedad como conjunto. Es un bien jurídico de carácter universal que constituye el núcleo esencial de los derechos humanos y sociales que deben ser protegidos por los Estados, con acciones positivas dirigidas al conjunto de la población (Defensoría del Pueblo, 2013).

Los principios de igualdad y no discriminación, son elementos fundamentales que destacan la importancia de reconocer las diferencias y satisfacer las necesidades específicas de aquellos grupos que son más vulnerables ante determinados problemas de salud como los que derivan de tasas altas de mortalidad o afrontan dificultades específicas en el sector salud (Organización de las Naciones Unidas y OMS, 2008). En Argentina, el reconocimiento de este derecho se establece en la Constitución Nacional a partir de la incorporación de tratados internacionales tales como: la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989).

Las temáticas actuales del campo de la prevención y la promoción de la salud y del derecho a la salud en poblaciones urbanas requieren una problematización sobre la heterogeneidad espacial en la producción social de problemas o eventos de salud. Junto a nuevas situaciones ventajosas, afloran viejas y nuevas problemáticas, como la escasa visibilidad de los contextos, asociado a la carencia o la falta de integración de información (Iñiguez Rojas, 2008).

Sin embargo, la crisis capitalista de las últimas décadas y las consecuencias del proceso de globalización, generaron nuevas formas crecientes de fragmentación social y exclusión, restringiendo el campo de posibilidades de la incorporación ciudadana como garantía de derechos. Pues la hegemonía del individualismo neoliberal que reduce la política a la simple búsqueda de intereses individuales, vacía a la ciudadanía de su dimensión pública, colectiva y solidaria, subordinándola a los mercados económicos y financieros (Fleury, 2012).

La acelerada expansión urbana en América Latina, caracterizada por el crecimiento de barrios y comunidades empobrecidos y vulnerables, conforman territorios-población con menor calidad de vida y mayor riesgo de enfermedad y muerte. La polarización social, la transición demográfica, la recomposición acelerada de los territorios urbanos y la migración, impactan sobre las condiciones de vida y salud de las poblaciones, aumentan la demanda de servicios básicos, infraestructura y equipamiento urbano conformando un complejo panorama de necesidades sociales y de salud (López Arellano y Blanco Gil, 1997).

La situación sociocultural y económica (inserción ocupacional, nivel educativo, cobertura de salud, nivel de ingreso, distancias sociales y culturales con los/as profesionales de la salud, dificultades para el acceso a los centros de atención y redes familiares y sociales) juegan roles destacables en la explicación de las desigualdades en salud al determinar percepciones diferenciales de síntomas, enfermedades y conductas frente al cuidado (López *et al.*, 2006). Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud, injustas y evitables que aparecen entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Son el resultado de las distintas oportunidades y recursos a los que las personas pueden acceder en función de su clase social, género, país de nacimiento o etnia (Borell *et al.*; 2012).

Desde un abordaje comunitario, es necesario generar procesos complejos y relacionales. Esta posición implica entender al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado desde un enfoque que incluya relaciones sociales, que reflexione sobre los modelos vinculares, los contextos particulares y rescate las diferentes tramas de relaciones y la experiencia vivida.

La visión integral de la salud como campo de acción colectiva, derivada de estos enunciados, incluye el derecho a la salud, que se vincula a la vigencia de otros derechos (a la educación, la vivienda, la alimentación, el agua, el trabajo, la justicia, la seguridad social, la salubridad del hábitat, entre otros). Pensar la salud como campo colectivo lleva a plantear que los problemas de salud no se reducen a fenómenos individuales “porque los hechos que llevan a la gente a enfermar no afectan sólo a una persona o a pocas personas, sino que operan potencialmente sobre toda una comunidad” (Breilh, 2010: 264-265).

Por ello, surge la necesidad de recuperar prácticas colectivas que promuevan lazos solidarios y se inscriban en la esfera pública, permitiendo la construcción de sujetos políticos emancipatorios. La capacidad colectiva de exigibilidad de derechos, promueve, según Fleury (2012), procesos de “subjetivación”. Por un lado, ello implica el desarrollo

de nuevas identidades singulares y colectivas que rompan con las identidades subordinadas y alienadas; mientras que por otro, supone procesos de singularización y construcción de una estrategia de transformación social y ruptura de las relaciones percibidas como opresivas.

3.Situación actual en torno a la vulneración de derechos en salud

En la CABA, las dificultades en el acceso al derecho a la salud aparecen como situaciones cotidianas y sistemáticas. Según un informe de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad (2009), en el subsector público se observan situaciones de “inadecuado mantenimiento de las infraestructuras; de la aparatología; en el faltante de insumos; en problemas en la atención a los pacientes; demoras en turnos tanto de atención en consultorio como de tratamientos y estudios diagnósticos y/o intervenciones quirúrgicas; en la falta de personal, en especial de anestesiólogos, de enfermería y administrativos” (Defensoría del Pueblo, 2009: 27).

Entre las principales denuncias presentadas en la Defensoría se resaltan: la falta de recursos humanos especializados, la inexistencia de una red formalmente institucionalizada que permita la derivación intra e interhospitalaria, el incumplimiento del deber de gratuidad, los obstáculos para la obtención de historias clínicas, las situaciones vinculadas a la bioética como prácticas docentes y de investigación sin consentimiento informado, los malos tratos a los usuarios por situaciones discriminatorias diversas y el incumplimiento de la Ley de Salud Mental, entre otras.

En informes posteriores, la Defensoría del Pueblo (Bloch, 2012) se señala como problema de salud relevante de la CABA, al incremento de muertes evitables de niños durante sus primeros doce meses de vida. En el análisis sobre un trabajo de la Dirección General de Estadísticas y Censos de la CABA (DGEyC) denominado *La mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires 2000-2011*, se indica que la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) de 2011(8,5/1.000nv) superaba en un 27 por ciento a la registrada en 2010 (6,7/1.000nv); y era similar a la registrada en 2004 (8,5/1.000nv), que fue la mayor de los últimos ocho años. Este dato resulta relevante para analizar la situación de salud de la CABA pues, como indicador, es útil para apreciar la situación socio-económica del sitio al que corresponde y para evaluar la eficacia de las acciones que se desarrollan para evitar la muerte de los más pequeños, y se calcula a partir de los certificados de defunción de niños nacidos vivos cuyas madres residen en la jurisdicción. En este caso, si bien la TMI de la CABA es inferior a la nacional (10,52/1.000nv), aun es muy superior a otras TMI de países como Cuba y Canadá, relevando la ineficacia de las políticas en salud, así como las inequidades en el acceso a derechos entre los distintos sectores

sociales. Incluso dentro del propio territorio de la CABA, la TMI aumenta en las comunas de la zona sur (fundamentalmente en las Comunas 4, 8, 9 y 10 que se acercan a la TMI nacional) (DGEyC, 2012).

Asimismo, el Ministerio Público Tutelar de la CABA, en su Informe de Gestión 2011 (2012) señala que durante el periodo informado, las Asesorías Tutelares de Primera Instancia ante el fuero Contencioso, Administrativo y Tributario atendieron 903 consultas y dieron lugar a la apertura de 574 actuaciones extrajudiciales orientadas a promover derechos de niños, niñas y adolescentes o personas afectadas en su salud mental. En estos casos, los derechos involucrados fueron en un 34% vivienda, 25% alimentación, 16 % salud, 12% educación.

En cuanto al derecho a la salud, se resalta especialmente un retroceso el cierre intempestivo de algunos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) que atienden especialmente población residente en villas y asentamientos de la CABA (Comunas 1, 4, 8 y 9); así como las deficiencias denunciadas en el servicio que brinda el SAME para la atención en dichos territorios. Además, se menciona como grave falta la insuficiencia de Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica en la época invernal (mayo/agosto) para garantizar la asistencia frente a la epidemia de bronqueolitis y la falta de dispositivos para garantizar la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, que lleva a internaciones innecesarias e iatrogénicas.

4.Territorio y derecho a la salud: dos claves para pensar la exigibilidad y justiciabilidad

Nuestra perspectiva teórica, se referencia en la **Psicología Crítica** (Parker, 2009), que como punto de partida, alerta sobre las limitaciones de los desarrollos tecnocráticos o de *mainstream* de la Psicología. Como *complex psi*, la Psicología hegemónica reduce el estudio del psiquismo a estructuras o instancias internas y ahistóricas que anulan al sujeto al mismo tiempo que lo “descubre”. Al considerar las dimensiones simbólicas e históricas de la realidad social posibilita la construcción de significados compartidos por los grupos. A la par, el lenguaje y la cultura productora de dimensiones simbólicas y reales en un campo sociohistórico permiten construir nexos con la Epidemiología Crítica. El 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.

Desde la **Epidemiología Crítica** (Breilh, 2003), el abordaje de la salud como un objeto complejo multidimensional se inscribe dentro de la perspectiva de la determinación

social de la salud. La categoría reproducción social permite articular el sistema de contradicciones que se enlazan entre sus tres grandes dominios: el dominio general que corresponde a la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones políticas y culturales; el dominio particular de los modos de vida con sus patrones estructurados grupales de vulnerabilidad; y el dominio singular, de los estilos de vida y el libre albedrío personal incluyendo las condiciones fenotípicas y genotípicas. En correspondencia, se abordan las relaciones de poder como una matriz integrada: clase-género-etnia, incorporando la dimensión de la interculturalidad como condición de una objetividad y subjetividad innovadas en el conocimiento epidemiológico (Breilh, 2011). Asimismo, la asunción de lo geográfico como histórico social, entreteje diversas dimensiones 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. Se concibe a *la salud urbana como objeto de transformación*. Es por tanto un proceso complejo y dialéctico (Breilh, 2010). Esta mirada territorial, se nutre de los aportes convergentes de la Salud Colectiva. La vinculación de territorio y salud puede ir mucho más allá de la mera distribución espacial o de las características ambientales físicas que inciden en los perfiles epidemiológicos de los colectivos o individuos (Samaja, 2003). El territorio es una expresión compleja que conjuga al medio y a los componentes y procesos que contiene: grupos sociales, relaciones, conflictos; es decir no se reduce a la complejidad de lo meramente físico-natural, no es la naturaleza ni la sociedad, ni su articulación; sino naturaleza, sociedad y articulaciones juntas, en una espacialidad o formación socio-espacial particular (Bozzano, 2002). Por lo tanto, el Territorio se trata del espacio social producido por las relaciones sociales y las relaciones entre la sociedad y la naturaleza. El territorio se identifica por sus culturas, sus costumbres, creencias y prácticas sociales. La salud colectiva subraya las dinámicas comunitarias y los procesos de participación comunitaria y resistencias colectivas en salud. 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 darnos las pistas de las potencialidades escondidas en esas comunidades (Onocko *et al.*, 2008). En este sentido los barrios, como espacio territorial, son espacios auto producidos al límite, al margen, desde la exclusión que también pueden promover

identidades, construcciones culturales, saberes, formas de organización, de resistencia y de vida (Martínez, 2013).

5. Metodología

Desde una metodología cualitativa y la perspectiva crítica nos propusimos generar aportes teóricos y categorías en cogestión con actores comunales. Empleamos la técnica investigativa de estudio de casos, seleccionado cuatro e identificando diversas dimensiones. Con una estrategia de Investigación Acción Participativa intentamos aportar a los propósitos exploratorios descriptivos y/o explicativos partiendo de una selección de situaciones problemáticas.

Como señalan McLaren y Kincheloe (2007) uno de los aspectos más importantes de una investigación cualitativa guiada por la Teoría Crítica, incluye el dominio, muchas veces descuidado, de la interpretación de la información. El acto hermenéutico supone indagar sobre las dinámicas del poder y la justicia dentro de las tramas sociales culturales en contextos sociohistóricos, en un proceso de análisis recursivo entre textos e intérpretes, apostando al encuentro interdisciplinario y el *bricolage*.

El estudio de casos como metodología de investigación debe contemplar los objetivos a lograr, la finalidad para recabar e interpretar y cuál es el objeto de estudio. El estudio puede servir para describir un fenómeno dentro de organizaciones, para explorar una situación sobre la que no existe un marco teórico bien definido, para explicar por qué se producen fenómenos. Ello es la base para la generación de nuevas teorías, para ilustrar prácticas o validar propuestas teóricas (Yin, 2009).

La selección de la unidad de análisis constituye la definición del caso (*ibíd.*); en esta investigación (usuarios de servicios públicos de salud y educación de Comunas 3 y 4) está relacionada con el problema fundamental que los actores definieron en cada espacio institucional-territorial. Y se seleccionaron por una modalidad de muestreo teórico, no estadístico. Se escogieron los casos con más riqueza para el intercambio por sus dimensiones y de mayor potencialidad para la intervención psicosocial. En este sentido podíamos haber optado por el estudio de un caso único por su importancia y significatividad, pero priorizamos la opción de casos múltiples no solo para la validez interna o la replicación teórica como aspecto de la validez externa, sino para abordar campos de la complejidad territorial como son los ámbitos de la Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, la Salud y el Trabajo, la Salud y la Educación, y los obstáculos y límites a la exigibilidad de derechos.

Se implementaron: entrevistas en profundidad a informantes clave sobre el territorio para la identificación de casos de vulneración de derechos, y un taller de discusión sobre los

casos desde la perspectiva de los actores territoriales.

En los siguientes apartados sintetizamos los protocolos que nos permitieron incluir la recolección de datos y los procedimientos y contemplamos los aspectos éticos de confidencialidad, protección y garantía de derechos, intereses y sensibilidades de los sujetos.

6.Resultados

6.a.Breve contextualización de las problemáticas territorialesⁱ

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).

En la Comuna 3, las principales problemáticas psicosociales relevadas participativamente a través de talleres y cartografías sociales (Villasante, 2013; Diez y Escudero, 2012) son: problemas habitacionales –convivencia colectivas, inquilinatos, casas tomadas, hacinamiento-, población migrante-población golondrina, fragmentación barrial, personas en situación de calle –niños/as y adultos/as–, consumos problemáticos, embarazo adolescente, abortos practicados en condiciones de clandestinidad, trata de mujeres, prostitución, violencia de género, vulnerabilidad en los procesos de cuidado en adolescentes, violencia entre pares, dificultad de los niños por pasar mucho tiempos solos.

En la Comuna 4, relevamos las siguientes problemáticas psicosociales: personas en situación de calle, déficit habitacional y presencia de “guetos-villas”, población migrante –invisibilización de la presencia de diferentes lenguas, no reconocimiento del otro/a como diverso, homogenización cultural–, trabajo precario, violencia hacia las mujeres y niños/as, aumento de denuncias de mujeres por violación –jóvenes que no recuerdan el hecho–, consumos problemáticos de alcohol y paco, aumentos de cuadros de sufrimiento mental combinados con consumos problemáticos de drogas, aumento de medicación, procesos estigmatizantes –hacia adolescentes de villas, hacia mujeres en situación de prostitución y hacia personas con discapacidades–.

Con respecto a los efectores de salud y educación de la comuna, se registraron dificultades para el acceso a la salud y situaciones de maltrato a los usuarios/as en las guardias, no respeto de la diversidad cultural, reproducción de situaciones de violencia en el sistema de salud y de educación, resistencias institucionales y discriminación institucional, falta de dispositivos que se adecuen a la legislación vigente (Ley Nacional

de Salud Mental, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidades – Ley Nacional 26.378–, Ley Nacional de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, entre otras), dificultad en el trabajo de externación en Salud Mental, dificultades de los propios trabajadores de salud y educación por su formación profesional, y escasos puentes barriales.

Las y los profesionales efectores del sistema de salud y docentes de instituciones públicas en ambas comunas plantearon la necesidad de reflexionar críticamente sobre la formación recibida y las demandas actuales, así como sobre las barreras culturales entre los/as profesionales-docentes y los/as usuarios.

6.b.Casos de vulneración de derechos y posibilidades en torno a la exigibilidad

Caso 1. Vulneración del derecho a una atención en salud adecuada y consensuada, y del derecho a la vivienda. Se trata de Luisⁱⁱ, varón joven, argentino nativo, que transita por un periodo de internación en el Hospital monovalente.

Los actores involucrados han sido un dispositivo alternativo de salud mental y arte, el programa Buenos Aires Presente (BAP), el Parador Monteagudo y el Hospital monovalente.

Desde el dispositivo alternativo se enuncian las acciones que fueron emprendidas para favorecer el proceso de externación de Luis: *“(...) reuniones permanentes con sus médicos, reconstruir el vínculo con su familia y buscar un lugar alternativo –transitorio para vivir, que no sea dentro del hospital– que permita a nuestro compa solo volver al hospital a tomar su terapia, realizar los talleres con nosotros y en busca de medicación (...) nos contactamos con diversos paradores donde no fue posible conseguir cama, hasta que desde el Monteagudo logramos conseguir cama. En el transcurso del tiempo que el compa permaneció en el parador, fuimos trabajando con él para que pudiera ir tramitando y resolviendo diferentes cosas como ser, el documento, pensión, entre otras cosas”.* Se gestionó a través del programa BAP los traslados al Parador. Con respecto a las acciones en torno a la exigibilidad comentan *“(...) se reclamó a los jefes de servicio correspondiente, en nuestras producciones artísticas siempre están denunciados este tipo de atropellos”.* Como respuesta obtenida nos comentan: *“Nos quedamos con la reflexión de la jefa de servicio que pregunto ‘¿tan bien actúa este muchacho que se preocupan tanto por él?’. Sin palabras por donde se lo quiera entender”.* Actualmente, Luis pudo llevar adelante su proceso de externación: *“El compa participa de nuestros talleres y de otros talleres artísticos que ofrecen en el parador. El tiempo que permaneció en el parador armó un lindo vínculo con sus nuevos compañeros de convivencia. Luego se fue a vivir, por un tiempo, a la casa de su novia”.*

Caso 2. Vulneración del derecho a la salud integral, el derecho a la vivienda y el derecho al trabajo digno. Juana es una mujer joven, migrante y madre soltera, habita una vivienda precaria y trabaja en negro cosiendo bolsas plásticas en su propia casa.

Juana se acerca al CeSAC para consultar por problemas respiratorios, la enfermera que siguió su caso nos relata: “Las enfermeras hablamos con la mujer para que no trabaje en la costura en el mismo lugar donde vive. Las telas plásticas tienen tóxicos y el polvillo también que la hacen enfermar. Se puede convertir en una enfermedad crónica que lleva a la muerte de ella y de su hija pequeña. Le explicamos que esto pasa si no hay ventilación”. En torno a las acciones de exigibilidad: “Se habló con la trabajadora social para que hiciera una visita domiciliaria a la mujer. Para que hiciera un socio-ambiental y consiguiera otro trabajo o tipo de vivienda”. No se obtuvo respuesta: “No hizo nada. No nos prestó atención. Nunca salió a hacer la visita. Los médicos tampoco se interesan por eso”. Actualmente Juana “siempre vuelve al centro de salud cuando tiene algún brote alérgico, asma. Ya se ha convertido en una enfermedad respiratoria crónica. La hija también tiene problemas respiratorios”.

Caso 3. Vulneración del derecho a decidir sobre su propio cuerpo, a la educación sexual y el acceso a la anticoncepción. Es parte de la historia de Jessica, una adolescente que tiene 16 años, y atravesó por un embarazo no deseado.

Entre los actores involucrados en el caso encontramos al CeSAC, la escuela, y el hospital general. La médica generalista del CeSAC relata “La tutora le cuenta a la profesional que la estaba atendiendo, que el año pasado Jessica había quedado embarazada y había intentado abortar con misoprostol, pero como lo había usado incorrectamente, no logró la interrupción del embarazo. Por lo cual, a los cinco meses de embarazo le realizan en un hospital público, un parto por inducción (...) [Cuando se confirma que Jessica está nuevamente embarazada] se le pregunta qué quiere hacer. La adolescente responde que quiere continuar con su embarazo. Se le da un tuno con la obstetra del CeSAC para que Jessica realice los controles. Pero Jessica no vuelve al CeSAC. Desde el CeSAC tratan de contactarla pero no lo logran”. No registramos ninguna acción específica en torno a la exigibilidad de los derechos vulnerados de Jessica. El desenlace del caso fue que “(...) tuvo un parto prematuro de seis meses de embarazo y que el bebe prematuro muere a los tres días”.

Caso 4. Vulneración de derecho a vivir sin violencia y del derecho a la protección de los adultos. Pedro es un varón adolescente escolarizado, maltratado física y psíquicamente por su madre cuando lleva bajas calificaciones de la escuela.

Los actores involucrados en el caso han sido el Departamento de Orientación Escolar de la escuela media a la que asiste, la Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes, y el Servicio de Psicología del Hospital polivalente.

Entre las acciones emprendidas, la asesora pedagógica enuncia *“Entrevistas con el alumno en cuestión, luego con su madre. Comunicación con la Defensoría (Abogados y Trabajadora Social) interviniente y el profesional (Psicólogo) del Hospital. Otro familiar cercano al alumno. El juez dictamina que le cede la tenencia a un familiar cercano y lo separa del hogar, domiciliándolo en una casa de otro familiar. Continúa concurriendo a la escuela. Se le brinda un espacio de escucha y contención en la escuela, clases de apoyo y metodología de estudio”*. No se realiza ninguna acción específica en torno a la exigibilidad de los derechos vulnerados. La situación actual de Pedro, *“Luego de vivir cerca de un año en la casa del familiar, regresó a su hogar. Continúa asistiendo a clases. Repitió el año escolar. La situación de golpes y violencia por parte de su familia (madre), por ahora ha cesado. Sin embargo continuamos en comunicación con la Defensoría. No así con el Hospital, ya que luego de un tiempo, el alumno dejó de asistir. Y con el Departamento de Orientación, continúa la asistencia por la metodología de estudio y la asistencia a la escuela para corroborar su actual estado”*.

6.c.Análisis

- **Obstáculos socio-económicos**

En todos los casos abordados, los obstáculos socio-económicos están presentes como determinación estructurante de sus condiciones de vida e involucran singularmente en la producción de una diversidad de afectaciones y limitaciones en la accesibilidad al derecho a la salud. Pero también, al conjunto de los derechos políticos, sociales, económicos, culturales y de solidaridad que incluye los de género, medio ambiente y de patrimonio histórico.

István Mészáros (2008) afirma que las características definitorias de la crisis estructural del capitalismo actual –como novedad histórica– se pone de manifiesto en cuatro aspectos principales: 1. su carácter **universal** en lugar de restringirse a una esfera particular como la financiera o que afecte a una única rama de la producción; 2. su cobertura es **global** en lugar de verse circunscripta a unos países en particular; 3. la escala temporal es **extensa**, permanente, en lugar de limitada y cíclica; y, 4. su modo de desenvolvimiento se podría clasificar de **reptante** en contraste con las erupciones y

derrumbes del pasado. La crisis estructural afecta a la totalidad del complejo social, en todas sus relaciones con sus partes o subcomplejos constituyentes, al igual que con otros complejos con los cuales está vinculado. Es una crisis del modo de reproducción metabólica social del capital y se expresa en la crisis de la política y de sus instituciones. En este sentido, a nivel local –en sintonía con este modo de producción y distribución–, se alienta a las inversiones privadas y al lucro, impactando en las áreas de lo público, en particular los servicios de salud y educación.

Estos impactos se visibilizan cuantitativamente en relación a: -los modos distributivos de los presupuestos, - las tasas de morbi-mortalidad diferenciadas,- los cierres y faltas de alternativas con nuevos dispositivos, etc. Y, cualitativamente, se convierten en obstáculos para: - la accesibilidad a la atención y el cuidado, - la centralidad del respeto a los derechos humanos, en particular de los sujetos con padecimientos psíquicos, - los procesos de equidad de género y étnicos, y - de autonomía y empoderamiento de los derechos de ciudadanía.

En particular, en el Caso 2 Juana, se puede observar como las problemáticas respiratorias que afectan su salud, solo pueden aprehenderse considerando las condiciones habitacionales de hacinamiento, el trabajo precario y domiciliario, junto con falta de instituciones como jardines maternales que le permitirían contar con ayuda, para lograr la salida del círculo de precariedad.

- **Obstáculos institucionales**

Las instituciones, como señala Enriquez (1989), en tanto sistemas culturales, simbólicos e imaginarios se presentan como conjuntos englobantes que aspiran a imprimir su sello distintivo en el cuerpo, el pensamiento y la psique de cada uno de sus miembros. Atribuciones de lugares, expectativas y roles en conflictos constituyen referencias del sistema cultural. Los sistemas simbólicos, constituidos por rituales de iniciación, tránsito, mitos y héroes, componen el sistema legitimador de sentido de las prácticas. Además de los sentidos, se expresan los sin sentidos epocales, que encubren la exigibilidad de derechos para usuarios y trabajadores. La precarización, la flexibilización y las violencias laborales afectan las relaciones, la subjetividad y la vida en el trabajo. Señala Dejours (2013) que las formas de organización del trabajo contemporáneas, después del giro neoliberal se apoya sobre principios que sugieren sacrificar la subjetividad y el colectivo de trabajo en nombre de la rentabilidad y la competitividad. Afirma, además, que el recurso de las evaluaciones del trabajo, hoy llevadas a los servicios públicos, funciona como una forma más de intimidación y

dominación. A su vez, ello produce mayor distanciamiento en el vínculo con los usuarios y aumenta la competencia entre personas, equipos y servicios.

En el Caso 4 Pedro, por ejemplo, se puede observar como la fragmentación intersectorial (educación, salud y desarrollo social) e interdisciplinaria (dentro de cada uno de esos equipos), dificulta las respuestas integrales a las problemática del joven. Para los profesionales, el desencanto con el propio trabajo y/o las dificultades en imaginar la transformación de situaciones problemáticas a partir del las prácticas implicadas, obstaculiza la posibilidad de realizar el seguimiento de casos así como generar movimientos en las propias prácticas institucionales, a partir de los temas y problemas planteados en la propia comunidad de referencia.

Esto puede observarse también en el Caso 2 Juana, cuando las enfermeras que relataron el caso, señalaron que la Trabajadora Social y los médicos no tomaron ninguna acción porque “no se interesaron” por el caso.

- **Obstáculos epistémicos**

Prejuicios, desconocimientos y etnocentrismos de clase y género, visiones sesgadas y parciales de problemáticas complejas se conjugan con hegemonías disciplinares que, en el campo de la salud, suelen estar centradas en el modelo biomédico. Pues, además de la formación académica teórico-práctica y ética, en los *actos de salud* (retomando el concepto Emerson Merhy) también operan matrices vinculares, afectivas y representacionales. Estas *tecnologías blandas* “corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario” (Merhy *et al.*, 2006:151) y son cruciales además de las tecnologías “duras” de las respuestas técnicas.

La zona sur de la CABA es el territorio en el que viven más migrantes de países de la región, y se advierte además, de condiciones de vida y salud desfavorables como así también de operatorias estigmatizantes que refuerzan las desigualdades sociales.

Existen diversos obstáculos que atraviesan las/os usuarios en el acceso a servicios de Salud. Un elemento condicionante es el encuentro/desencuentro de las/os migrantes con un contexto socio-cultural, lingüístico, simbólico y colectivo diferente al de su origen. El proceso de salud 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 migrante (OS, FEIM y OIM, 2009), de manera armónica aspectos: sociales, económicos, culturales y religiosos, entre otros.

A estos obstáculos que podría denominarse como epistémicos, se los puede observar en el Caso 1 Luis cuando desde el hospital se les pregunta a los integrantes del dispositivo alternativo de salud mental y arte si la preocupación por la calidad de vida de Luis es “*porque actúa bien*” (Caso 1 Luis).

Entre los obstáculos se observa también la dificultad en el reconocimiento de la dimensión de los derechos de los sujetos, así como de la responsabilidad en la búsqueda comprometida de recursos para poder garantizarlos a través de dispositivos que puedan ser rediseñados para dar respuestas adecuadas. En el Caso 3 Jessica, se observa en el hecho de no brindar una respuesta oportuna y atenderla en el momento mismo de esa consulta con la médica obstetra; en lugar de darle un turno para otro día al que nunca acudiría. O en la vulneración del derecho a la información precisa acerca del uso y acceso al misoprostol.

- **Posibilidades: la implicación crítica de actores**

La profunda crisis que asiste al paradigma del modo actual del trabajo en salud, hace necesario repensar y reactualizar lo constitutivo en la relación entre usuarios y profesionales: la escucha, el acogimiento, las prácticas de cuidado, el compromiso, la responsabilización, es decir, todo aquello que apela a la creación de un vínculo humanizador en la atención en salud. En este plano se manifiestan singularidades y expresiones de las subjetividades en acción, base de una actuación con sentido integral del derecho a la salud (Merhy, 1998). A pesar de las dificultades y desafíos que implica el trabajo en equipos en lo cotidiano, trabajar en equipo es mejor que trabajar individualmente; del mismo modo los problemas de una comunidad no pueden ser resueltos por ninguna acción individual desarticulada de otras, el trabajo conjunto y articulado produce un efecto sinérgico que potencia los efectos de las acciones individuales. Si la acción individual tiene menor capacidad de transformación de la realidad que la acción conjunta, el trabajo en equipo es también una forma de prevenir el sentimiento de impotencia que ello implica para los que trabajamos en salud y sus consecuencias en términos de salud física y mental, identidad y realización personal. En esto la cooperación se vuelve central, supone la voluntad de trabajo conjunto y la superación de las brechas entre el trabajo prescrito y el real, conformando una voluntad común. Esta cooperación no puede ser obligada ni prescrita, es voluntaria y libre y se basa en el deseo de cooperar. Supone el establecimiento de relaciones de confianza a partir de la construcción ética de acuerdos, normas y “reglas de trabajo” o “reglas de oficio”. El deseo de cooperar se vuelve movilización subjetiva ante el desafío que supone la organización del trabajo, y se expresa en la puesta en juego de la inteligencia y la

propia personalidad de los trabajadores, que realizan así una contribución singular, irremplazable y necesaria a la concepción, ajuste y gestión del trabajo. Es de esta contribución de la cual los sujetos reciben la retribución del reconocimiento, necesario en la dinámica de la identidad, así como para el involucramiento de los trabajadores en la acción (Dejours, 2013).

En este sentido, G.W. de Sousa Campos (2009) denomina a la posibilidad de coproducción como potencia del ser humano para comprender y actuar sobre sí mismo y sobre el mundo. Los factores estructurales, institucionales, culturales o económicos sólo funcionan mediante el agenciamiento de sujetos que los operan a través de redes de poder provenientes de las organizaciones jerarquizadas y el control social, ejercido por instituciones que modelan el comportamiento al producir epistemes, discursos estructurados. Ello produce dominación pero también resistencia.

En este marco, el proceso de trabajo en salud es comprendida como una interacción intersubjetiva, mediada por estructuras e instituciones sociales que son las organizaciones de salud. Por ello, el autor propone alterar las maneras de practicar la clínica y el sanitarismo. Por un lado, plantea la invención de modos de co gestión del acto y del proceso clínico y sanitario, es decir, inventar una organización del trabajo que facilite la construcción del vínculo, la relación horizontal en el tiempo y la clara definición de responsabilidad clínica o sanitaria entre trabajadores y usuarios. Por el otro, invita a avanzar en el desarrollo de mecanismos de la democratización de las organizaciones de salud, implementando la co-gestión, planificación, consejos, gestión participativa que son recursos del método Paideia (Campos op. cit.). Inspirado en la rueda de los pedagogos constructivistas y en la rueda del samba, del candomblé y de la ciranda donde cada uno de los participantes entra con su predisposición y habilidad sin alterar el ritmo colectivo, el método Paideia se interroga sobre la posibilidad de inventar mundos, organizaciones e instituciones que produjeran no objetos /sujetados, sino seres con potencial para pensar (reflexionar y analizar) y actuar con algún grado de autonomía en relación a sus determinantes, fueran externos o internos, coyunturales o estructurales. Se trata, por lo tanto, de una apuesta a la posibilidad de organización social que produzca libertad y autonomía y no, el control y la dominación. Ello implica la invención de reglas institucionales para combinar dialécticamente la atención de las necesidades sociales con la producción de subjetividades autónomas y libres.

Por ejemplo, en el Caso 1 Luis, podemos ver esta modalidad de funcionamiento como colectivo de trabajo en el dispositivo alternativo de arte y salud, en donde se juega el involucramiento de los sujetos para ensayar distintas estrategias para favorecer el

proceso de externación de Luis. Acompañando, cogestionando y posibilitando niveles de autonomía.

- **Posibilidades: repensar las redes y sus potencialidades**

Para repensar las redes de cuidado en salud y ampliar sus posibilidades, Merhy, Feuerwerker y Silva (2012) proponen ver de un modo diferente el acceso y las barreras, ya no desde la lógica del adentro y el afuera –como pasaje físico de un lugar situado afuera a otro situado dentro del servicio de salud, o desde un nivel del sistema de salud a otro–, sino colocando en escena la tensión acceso/barrera como construcción cotidiana de las redes de cuidado, puntualmente bajo la lógica de producción o inhibición de redes de conexiones existenciales. Este no es un concepto de aprehensión inmediata, “las redes son el producto del diálogo entre la micropolítica del trabajo vivo y las apuestas de producción de cuidado en salud, en la defensa intransigente de la vida”. Para comprender las redes de conexiones existenciales, los autores las ejemplifican a través del cuidado manicomial, éste aísla, disciplinariza moralmente y medicaliza a quien considera un “enfermo mental”. “En ese proceso, corta las múltiples redes de vínculos existenciales existentes y ofrece como única posibilidad otra red de conexión, que se presenta como más protectora y controlada. Entendemos que con esto ‘condena’ a alguien a vivir exclusivamente bajo redes de conexiones definidas a partir de la enfermedad como centro de la producción de una vida cualquiera y se prohíben otras formas de vivir que no estén generadas a partir de ese territorio existencial” (Merhy *et al.*, 2012: 26). Al dirigir la producción de redes de conexiones existenciales hacia una única posibilidad de ordenamiento (la enfermedad mental) se estarían impidiendo nuevos sentidos del vivir. En los encuentros entre los trabajadores de la salud y los usuarios, es decir en los actos de salud, operan dispositivos que inhiben o facilitan esas conexiones. Merhy, Feuerwerker y Silva (2012: 28) plantean que “el usuario en general tiene un comportamiento ‘nómada’ por las redes de cuidado, pues no utiliza solo los equipos de salud para obtener cuidado; produce otras y nuevas redes-acontecimientos, desterritorializadas, con su modo ‘nómada’ de andar la vida”, es decir, el usuario es un protagonista activo de la producción de su propio cuidado. Los usuarios de servicios de salud buscan formas vinculares con distintos territorios posibles de una manera singular, significando esa construcción como algo subjetivante: “toman para sí, por un lado, el territorio geográfico socialmente constituido como un referencial que para ellos tiene sentido. Así, su barrio y todo lo que existe en él, en términos de equipamientos institucionales, son referencias subjetivas por estar en el campo de sentido territorial. Por otro lado, esa dimensión en sí es también cultural y, como tal, sobrepasa lo geográfico,

de tal manera que los usuarios fabrican otra geografía: buscan además otras ofertas que consideran más adecuadas, situadas en otros sitios que no son los de su barrio o de su lugar de trabajo” (*ibíd.*: 27).

El objetivo de esta perspectiva es que podamos visibilizar que aunque existe una fuerte territorialización de la prestación de servicios de salud mental y redes de cuidado, los usuarios –con sus diversos modos de andar la vida– consumen y producen otros lazos, redes de conexiones existenciales no previstas, ni “conocidas en el mundo del cuidado, que escapan a los lugares instituidos como propios por los servicios de salud” (*ibíd.*: 28), es decir, percibir el modo en que los usuarios construyen nuevas redes de cuidado, en ocasiones para vencer las barreras de acceso al cuidado. En el Caso 1 Luis, vemos como estas redes de conexiones existenciales son construidas a partir de su vinculación con un dispositivo alternativo de arte, y cómo a partir de allí, se hace posible su proceso de externación.

La participación inclusiva, y activa de la comunidad en redes conjuntas con los servicios de salud, es un elemento esencial del derecho a la salud, es decir, reconocer a los/as usuarios/as como sujetos activos en el ejercicio de exigibilidad. Esta cuestión, marca la importancia de la inclusión de los usuarios en las redes intrainstitucionales e interinstitucionales, colaborando a la integración del punto de vista de los usuarios, facilitando procesos de empoderamiento y aprendizajes sociales y personales-subjetivos. En el Caso 2 Juana, el CeSAC se ha constituido una referencia para Juana, aunque su situación no haya cambiado: “*siempre vuelve al centro de salud*”.

7.Consideraciones finales

Generar condiciones de equidad en el acceso a las oportunidades en salud, educación, cultura y trabajo digno, deviene una prioridad para cualquier política integral de atención y promoción de la salud y garantía de los derechos humanos. Para ello, son necesarias iniciativas que empoderen a las/os usuarios/as y comunidades como sujetas/os de derecho, a fin de que desarrollen ampliamente su potencial subjetivo y social. Repensar las prácticas clínicas y sanitarias en sus dimensiones intersubjetivas nos remite a modos que pueden ser más innovadores, y como en las experiencias eficaces y de mayor potencia de involucramiento. Facilitar construcciones de vínculos y redes, apuesta a relaciones más horizontales, a la definición de responsabilidades entre efectores y usuarios y a procesos de democratización de las instituciones.

Los casos presentados intentan dar visibilidad a la relación comunidad-territorio-efectores de salud. Esto es, el grado de ajuste entre las características territoriales (recursos y servicios, sentidos y saberes, lógicas de organización); los temas y

problemas prioritarios de la propia comunidad y las modalidades de los recursos para la atención en salud.

Las intervenciones fallidas ante problemas complejos en salud y de larga data, generan muchas veces “desencanto” tanto entre los actores del sistema de salud como en la propia comunidad. La posibilidad de pensar metas a corto plazo para lograr cambios, acordados y/o planificados con los distintos actores territoriales, se constituye en una estrategia viable de acción eficaz frente a la “ilusión” de lograr una sociedad sin conflictos, sin tensiones. Ello no implica abdicar a los ideales de transformación social, sino, por el contrario, retomar los procesos emancipatorios que rompen con las lógicas de la ciudadanía parcial y fragmentada que actualmente hegemoniza el acceso a derechos.

8.Referencias bibliográficas

Borrell, C., Díez, E., Morrison, J. y Camprubí, L. (2012) *Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas*. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities.

Bozzano, H. (2002) *Territorios reales, territorios pensados, territorios posibles*.

Aportes para una Teoría Territorial del Ambiente. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Breilh, J. (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.

Breilh, J. (2010) Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud. En

¿Estado constitucional de derechos?: informe sobre derechos humanos Ecuador 2009.

Quito: Universidad Andina Simón Bolívar. Sede Ecuador. Programa Andino de Derechos Humanos, PADH; Abya Yala, págs. 263-283.

Breilh, J. (2011) Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. En ALAMES y UMXM Determinantes Sociales de la Salud. Extraído el 10 de abril de 2013. Disponible en <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf>

Defensoría del Pueblo de la CABA (2013) El derecho a la salud. En *Revista Diagnósticos* N°1.

Bloch, C. (2012) Mortalidad infantil en la Ciudad: Números en el sube y baja. Extraído el 10 de abril de 2013. Disponible en <http://www.saludyderechos.org.ar/2012/12/mortalidad-infantil-en-la-caba-numeros.html>

Campos, G. W. (2009). Método Paideia: análisis y co-gestion de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Dejours, C. (2013). *Trabajo vivo. Tomo II. Trabajo y emancipación*. Buenos Aires: Topía.

Diez, M. y Escudero, B. (2012) *Cartografía social: investigaciones e intervención desde las ciencias sociales: métodos y experiencias de aplicación*. Comodoro Rivadavia: Universitaria de la Patagonia.

Dirección General de Estadísticas y Censos (2012). *La mortalidad infantil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2011*. Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Enríquez, E. (1989). El trabajo de la Muerte en las Instituciones. En *La institución y las Instituciones*. Kaes, R ed. at. Buenos Aires: Piados.

Fleury, S., Bicudo, V. y Rangel, G. (2013) Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. En *Salud Colectiva*, 9(1), enero-abril, págs. 11-25. Extraído el 10 de abril de 2013. Disponible en <http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista25/v9n1a02.pdf>

Fleury, S. y de Vasconcelos Costa Lobato, L. (2012) *Participación, democracia y salud*. Buenos Aires: Lugar.

Iñiguez Rojas, L. (2008) Territorio y contextos en la salud de la población. En *Revista Cubana de Salud Pública* [online], v.34, n°1 enero-marzo. Extraído el 10 de abril de 2013. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662008000100006>

López Arellano, O. y Blanco Gil, J. (1997) Condiciones de vida en las ciudades, políticas públicas y acciones privadas en el campo de la salud. En *Diseño y Sociedad* N° 7, Universidad Autónoma Metropolitana, págs. 21-28.

López, E., Findling, L. y Abramzón, M. (2006) Desigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres? En *Salud Colectiva*, 2(1), enero-abril, págs. 61-74.

McLaren, P. y Kincheloe, J.L. (2007) *Pedagogía crítica. De qué hablamos, dónde estamos*. Barcelona: Graó.

Martínez, A. (2013) Horizontes de transformación del Movimiento Urbano Popular. En *Alternativas al Capitalismo/colonialismo del siglo XX*. Ecuador: Ediciones Abya Yala.

Merhy, E.E. (2006) *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Merhy, E.E. (1998) La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud – una discusión del modelo asistencial y de la intervención en el modo de trabajar la asistencia. En Campos, Cezar R; Malta, Deborah C.; Teixeira dos Reis, Afonso; Dos Santos, Alaneir; Merhy, Emerson E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público*. San Pablo: Xamã Editora.

Merhy, E.E.; Feuerwerker, L. y Silva, E. (2012) Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación

sobre barreras y acceso en salud mental. En *Salud Colectiva* 8 (1), págs. 25-34, Enero - Abril.

Ministerio Público Tutelar (2012) *Niñez, Adolescencia y Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires. Informe de gestión del Ministerio Público Tutelar*. Buenos Aires: EUDEBA.

Onocko Campos, R., Massuda A., Valle, I., Castaño, G. y Pellegrini, O. (2008) Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. En *Salud Colectiva*, 4(2), mayo-agosto, págs. 173-185.

Samaja, J. (2003) Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología "Miltoniana"). En *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Vol. 6., Nº 2.

Organización Mundial de la Salud (2012) Derecho a la Salud. Nota descriptiva Nº 323 Noviembre de 2012. Extraído el 10 de abril de 2013. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/Derecho>

Parker, I. (2009) Psicología crítica: ¿Qué es y qué no es? En *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, Nº 8, págs. 139-159.

Villasante, T. R. (2013) Hardt, Holloway, Gutiérrez Aguilar, Löwy... Desbordar los dilemas para construir estrategias integradoras y transformadoras. En *Herramienta Web*, Nº 12. Extraído el 10 de abril de 2013. Disponible en

<http://www.herramienta.com.ar/herramienta-web-12/hardt-holloway-gutierrez-aguilar-loewy-desbordar-los-dilemas-para-construir-estra>

Yin, R. (2009) *Case Study Research: Design and Methods*. Londres: Sage.

Zaldúa, G., Lenta, M., Bottinelli, M, Longo, R. y Sopransi, M. B. (2012) Exigibilidad, justiciabilidad y derecho a la salud en Buenos Aires. En *Memorias de las XII Jornadas de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva*.

Zaldúa, G., Bottinelli, M., Longo, R., Sopransi, M.B. y Lenta, M.M. (2013) Exigibilidad y justiciabilidad desde la Epidemiología Territorial. Una construcción inicial con actores/as comunales. En *XIX Anuario de Investigaciones*. Buenos Aires: Facultad de Psicología – UBA.

ⁱ Este diagnóstico se puede profundizar en Zaldúa et. al. (2012)

ⁱⁱ Se utilizan nombres de fantasía en todos los casos.