



Movimiento por la salud de los pueblos Argentina

Aguirre Luro Maria Silvina

Borsani Liliana Mabel

Lamela Giselle

Buenos Aires, Septiembre de 2008



Salud e interculturalidad
en nuevos barrios pobres del conurbano Bonaerense
Un modelo de abordaje a la complejidad de la realidad demográfica actual

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen | 4 |
| Introducción | 5 |
| Descripción del contexto | 6 |
| Fundamentos teóricos utilizados para trabajar el concepto de interculturalidad | 8 |
| Categoría del análisis: la perspectiva intercultural | 9 |
| Objetivos específicos | 10 |
| Metodología | 11 |
| Trabajo de campo | 17 |
| Demografía | 18 |
| Presentación y análisis de los datos recabados | 28 |
| Las comunidades de procedencia de las Familias entrevistadas en el asentamiento | 32 |
| De cómo se trabajó la Intersectorialidad | 35 |
| Impacto evaluado desde la intervención | 38 |
| Conclusiones e hipótesis exploratorias surgidas | 39 |
| Bibliografía | 43 |

Resumen

La movilización constante y progresiva de numerosos grupos sociales desde países limítrofes y dentro de la misma provincia hacia lugares donde todavía existen tierras desocupadas cerca de las grandes ciudades, es una de las variables demográficas más importantes en las últimas décadas.

Florencio Varela, siendo una ciudad que dista unos 23 Km. de la Capital Federal de Buenos Aires donde quedan aún tierras despobladas, no escapa a esa realidad .Pero en el interior de ese proceso de cambios no han sido considerados, hasta ahora, los aspectos de salud-enfermedad-atención, a los que en la experiencia de San Cayetano, se reconocen como centrales para ejemplificar y analizar el intenso proceso de transformación cultural y social que trasciende a las poblaciones.

La intención de éste trabajo es dejar al descubierto los cambios que se presentan en la salud integral y su impacto en los indicadores, cuando esos saberes se integran.

Se analiza el proceso de salud en la población del asentamiento ,a partir de esos saberes, su experiencia, las interacciones que se fueron dando a partir de unos pocos integrantes del equipo de salud del CAPS y de la Gestión de esa área de la secretaría de salud, una ONG y la iglesia de la zona, que poco a poco, y con un proceso digno de investigar y describir en éste trabajo, pusieron a la luz los recursos, los problemas, las redes la sabiduría tradicional y las creencias, para confluir en una integración del sistema y lograr los objetivos sin conflictos, violencia ni sufrimiento.

Palabras clave: interculturalidad-migración-conocimiento-aculturación-creencia-integración-construcción.

1. Introducción:

Para facilitar el entendimiento del planteo del problema, en ésta introducción se comparten el surgimiento de las preguntas que llevaron a delimitar el problema, lo que es decir, el comienzo de la construcción histórica.

Florencio Varela, es mi ciudad natal, y es una ciudad a la que he visto crecer desde que era un pueblo, y lo que no he visto, lo he escuchado de mi abuelo quien cada tarde me contaba una anécdota desde la fundación.

La historia, cuando se analiza, genera dudas, cuestionamientos, asombros, que en un continuo impulsan búsquedas con el afán de llegar a mejorar las acciones que la modifiquen para bien. Mi formación en las ciencias sociales desde muy joven y luego en el estudio de la medicina ha impartido en mí una cosmovisión particular en el concepto de ver el desarrollo y la salud, y por eso creo que ésta investigación con las herramientas para el análisis que me ha brindado la maestría en sistemas de salud y seguridad social, merece llevarse a cabo.

Con esta investigación se quiere demostrar, la necesidad en el contexto actual de plantear proyectos participativos que incorporen a la comunidad, no a la aplicación sistemática de cada proyecto, sino a la construcción de estrategias comunes que contemplen la participación en todas las instancias de los procesos, a fin de aspirar al concepto mencionado en el título.

Al comenzar el análisis sobre el tema, surgen interrogantes como: ¿por qué la experiencia del san Cayetano no pasó con otros asentamientos?, ¿qué características existían en ese centro de salud, en esa área programática de la secretaría de salud, entre los vecinos? ¿Que características tiene la población, que la diferencia de otros asentamientos? y ¿qué actividades se realizaron en el mismo, las cuales permitieron su implantación?

Se consideran en el mismo las condiciones materiales de vida, el como impacta el tener la posibilidad de ser poseedor de una casa-rancho en la iniciativa personal, el tipo de relaciones y redes sociales que se establecen, las oportunidades diferenciales de acceso a los recursos para la salud, la diferencia que existe entre tener o no ciudadanía o DNI, y, sobre todo el bagaje cultural de cada grupo social, lo que condiciona expectativas, decisiones y obstáculos.

En la realización del trabajo se trata de caracterizar el modelo desde el punto de vista administrativo, docente, asistencial e investigativo y se tomará en consideración el

testimonio de quienes tuvieron la posibilidad de ser sus fundadores, por considerarlo como una contribución a difundir una experiencia que es un eslabón en el proceso dinámico y continuo de desarrollo de los servicios de salud que tiene logros importantes.

1.2. Descripción del contexto:

Es pertinente agrupar en la introducción y planteo del problema, todos aquellos aspectos que son necesarios explicitar para contextualizar éste trabajo.

La atención de la salud en Florencio Varela, como en muchas otras ciudades del conurbano bonaerense, está en deuda con la comunidad, ya que los recursos son escasos, la problemática es diversa (tanto de la comunidad como del sistema de salud) y la población crece y se modifica constantemente.

Al referirse al marco en que se instaló la población, el equipo de salud, relata lo siguiente:

– “El día que se instalaron las primeras casas en el asentamiento, llovía, hacía mucho frío. Hacía tres días que llovía sin parar, y el agua estaba llegando al borde del arroyo¹, los niveles de agua se seguían desde el equipo de salud como los de la bolsa siguen a las acciones...era cuestión de unas gotas más para que desborde.”

...mientras tanto, “los de la cava²”, de a poquito tenían que subir las cosas, porque ya era una pileta...se quedaban los hombres, si había, y sino se mandaban los chicos con alguien y una quedaba haciendo guardia, porque sino, contaban, les robaban todo.

Ya se sabía, por defensa civil, que los habían querido trasladar a la escuela, al comedor del 3 de mayo...pero , se resistían, sabían que si los sacaban iban a perder el pedazo de tierra.

Ese día, el 7 de agosto, con la inundación de la cava, surge el asentamiento .El barro hacía intransitable el único acceso “al basural”, lugar de aproximadamente 4 manzanas que juntaba la mugre de todos los carritos que cartonean y la de chóferes avivados que vacían los camiones con basura.

Había parado de llover, hacía un frío terrible. Con asombro, se comprobó que no eran las 18 familias de la cava, sino aproximadamente 200 que habían tomado la tierra, y como podían, entre la basura, tenían sus pocas pertenencias y construían sus

¹ Arroyo “las piedras”, recorre Florencio Varela de oeste a este, viene de la cuenca del río Matanza

² La cava es una enorme depresión del terreno, formada por excavaciones de una tosquera. Lugar inundable fácilmente ya que carece de desagüe.

precarias casitas- chozas con pedazos de chapas de cartón, de zinc, de madera y hasta de nylon.

Fueron transcurriendo las horas y diferentes opiniones desde el nivel central de gobierno municipal comenzaron a acotar la intervención:

_No se pueden quedar, el intendente dio la orden que no se permiten mas asentamientos, no quedan tierras fiscales en Varela, ésta es de una empresa.

_Uds. no hagan nada, esta todo en conflicto, va a venir la gendarmería y los va a sacar.

_El comisario no lo pudo impedir, pero los tiene que sacar, ahora están reunidos en la comisaría, gobierno, con los curas ³y el centro Angellelli⁴.

Desde el equipo de salud la decisión fue intervenir, causa humanitaria y función de salud pública, se procuraría tener rápidamente un cuadro de situación:

- Se organizó un censo⁵ para el día siguiente, se realizaría entre salud y asistentes sociales de la secretaría de desarrollo social, rápidamente teníamos que tener una estadística que le sirva al intendente para tomar una decisión al respecto.
- Se eligió interinamente un cuerpo de delegados, de cada manzana para poder articular acciones, ellos tendrían la responsabilidad de decidir por sus vecinos y transmitir todo lo hablado con los estamentos de gobierno.
- Se instaló una posta de salud, en el comedor del barrio vecino (3 de mayo), donde podían acudir si alguno lo requería, y serviría las veces de consultorio para evaluar estado de salud.
- Con las enfermeras se comenzó a recorrer casa por casa, con bolsas para residuos, y relevando enfermos que necesiten atención o medicación.

Se articuló rápidamente con un camión cisterna para traer agua segura al lugar, para cocinar y beber.

³ sacerdotes católicos de la iglesia san Cayetano, diócesis de Quilmes

⁴ centro de participación popular, que trabaja en los barrios con diferentes proyectos sociales, y con colaboración de la embajada de Alemania.

⁵ Censo casa por casa, que se realizó el 9 de agosto de 2006, con un relevamiento de datos esenciales para tener el cuadro de situación.

2 .Fundamentos teóricos utilizados para trabajar el concepto de interculturalidad:

Es muy importante expresar las ideas que operan como punto de partida para realizar la presente investigación, procurando de ésta forma, facilitar al lector la posibilidad de apreciar con más detalles las condiciones concretas bajo las cuales se fueron analizando el entorno y los sucesos desde el mismo núcleo del problema.

Rigoberta Menchú ⁶al referirse al “Desarrollo e interculturalidad” nos menciona: _
“Nuestra gente tiene tecnología propia, tiene su propia noción de desarrollo... ese conocimiento tiene que fundirse con un avance progresista y científico. Pero no se puede pensar que un río debe tener una noción y un ritmo de acuerdo a la noción y al deseo de los seres humanos. Cuando se hace eso, el río resulta verdaderamente contaminado, y ya no tiene la transparencia de antes, o simplemente ese río se habrá secado para siempre, no volverá a existir nunca, porque se le impuso la voluntad... es bueno crear un ideal... la medicina para sanear nuestra sociedad está en nuestros propios valores y en nuestras propias manos”.

Así mismo tomando la perspectiva de Almeida Filho⁷en cuanto al “Desarrollo sanitario de una población”, fortalece la idea de la necesidad en el cambio de abordaje de la política sanitaria cuando se refiere: ... *“Hay un momento en que la clínica confluye con las ciencias sociales, es cuando la medicina se ocupa de las enfermedades en un escenario, de Los enfermos en una población [...]*

También, Gimeno Martín⁸ dice con respecto al desarrollo de poblaciones marginadas que considera los proyectos de desarrollo, en la mejor tradición de la antropología, como un “hecho social total”, que en la línea de la economía política antropológica, constituye un proceso de cambio social, complejo y tenso; pone en relación (de manera asimétrica y desigual) a una gran diversidad de actores, con sus propios fines y estrategias, mediante los cuales intentan mejorar la situación de una población marginada o excluida.

Por supuesto que lo que se entiende por mejora o marginación, no es un terreno consensuado, y está en la base de la confrontación de las estrategias de los actores que interactúan en éste proceso.

Julio Monsalvo⁹, médico sanitarista, filósofo e incansable trabajador en el noreste Argentino, con mucha experiencia de trabajo con poblaciones de culturas diversas y sobrada experiencia en el primer nivel, se refiere a la puesta en práctica de los

⁶ . (R. Menchú-1998.Rigoberta, la nieta de los mayas. Pág. 164/165.Santillana)

⁷ Almeida Filho, N y Silva Paim, J (1999)

⁸ Gimeno Martín:(1999,Pág. 65)

⁹ Monsalvo , J ,(2000,Pág. 56)

equipos de salud: _no se trata de “un hacer” (una práctica) acompañado de “un sentir” (actitud)...comprender práctica-actitud como esencia indisoluble permite captar la potencialidad del dialogo intercultural. Llegar a una aproximación que permita al menos tener una

“visión bulto” de la configuración de los valores de culturas que generan estas “prácticas -actitudes” [...] la práctica-actitud es una unidad esencial “cada uno descubre su cultura cuando descubre la del otro”, nos advertía Charpentier...¹⁰

Todas éstas ideas fueron las que guiaron el ideario de éste trabajo, sin poder dejar de citar la

Función del sector sanitario que se plasma en la carta de Ottawa¹¹...“la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. [...] “Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Se subraya aquí también el papel de la acción multisectorial para la promoción de la salud: “El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación”.

3. Categoría del análisis: la perspectiva intercultural

A partir de todos estos conceptos surge entonces la pregunta que guiará la presente investigación:

¿Cual es la estrategia que hay que trabajar desde la gestión en salud para lograr el abordaje de la salud comunitaria en la complejidad de los saberes interculturales que están implícitos en la población del conurbano bonaerense?

Se parte de la hipótesis de que si bien existen distintos programas destinados a “favorecer” la salud de los niños adultos, embarazadas, adultos mayores; no existe en ellos un abordaje “amplio”, que enfrente conjuntamente distintos factores, teniendo en cuenta lo cultural, y que pueden provocar la falta de salud en ellos, y más específicamente, la familia saludable. HIPÓTESIS II: existen acciones posibles para bajar el índice de morbi mortalidad (alto grado de reductibilidad con acciones de articulación entre sectores, sin incrementar costos económicos), aunque se debe

¹⁰ Charpentier, J -Aprender Haciendo .INCUPO-comisión Europea, Reconquista 1981.

¹¹ la “Carta de Ottawa para la promoción de la salud” (OMS/OMS,1986), dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000”

trabajar en conjunto distintas variables, de lo contrario podrían obtenerse sólo resultados transitorios. HIPÓTESIS III: Si bien la Morbi mortalidad tiene un fuerte grado de reductibilidad con acciones pequeñas será dificultoso trabajar para bajar este índice si no se consideran las características de la población con la que el Centro de Salud trabaja, la forma en que ésta se empoderar de la idea de salud y considerando de esta manera “procesos y condiciones de fragilización” pero también de “protección”.

Realizando una integración de los planteos conceptuales preliminares, es necesario mencionar la relevancia del problema que a sido planteado anteriormente.

A propósito de ello, me quiero referir, por un lado a la relevancia de realizar una investigación centrada en una temática en la cual no he encontrado investigaciones que tengan en cuenta la evolución de la salud integral de un barrio –asentamiento con practicas de autogestión y participación activa en las decisiones dentro del contexto de diversidad e interculturalidad del conurbano bonaerense.

Por otro lado, la relevancia práctica y social, de poder investigar y plantear un posible modelo de abordaje a esta problemática que se hace cada vez más común por los cambios demográficos.

Con respecto a la primera, la expectativa de éste trabajo es poder realizar una investigación sobre el impacto del modelo en los indicadores cuali y cuantitativos del cuidado de la salud; y con respecto a la segunda, la intención es que, el producto de ésta investigación, sirva para proporcionar herramientas de gestión en la complejidad del contexto sociodemográfico actual.

4. Objetivos específicos

- I. Analizar las estrategias familiares de cuidado de la salud y la percepción de salud de la comunidad.
- II. Identificar factores socioculturales vinculados y establecer la concepción teórica de salud integral de los integrantes del equipo de salud
- III. Detectar la procedencia de sus saberes y el modo de participación comunitaria en salud tanto de la población como en el accionar de equipo de salud
- IV. Identificar asimetrías que dificultan la implementación del modelo de APS y el encuentro entre el equipo de salud y la comunidad.
- V. identificar herramientas de construcción que sirvan para facilitar el “empoderamiento” de la población con respecto a la salud integral.

Al modelo propuesto lo integran dos componentes: el teórico que lo conforma la concepción de salud del grupo familiar, del equipo de salud, de los referentes de la gestión municipal su fundamentación y definiciones y el metodológico -práctico e instrumental dedicado a las técnicas, experiencias y de evaluación a los procedimientos correspondientes. Con análisis del modelo de la práctica en el barrio san Cayetano. Se elaboró la concepción de salud del grupo familiar y las vías para su análisis, sobre la base de la revisión bibliográfica, el rescate de los valores de teorías existentes, la sistematización de conocimientos, las investigaciones con la familia, la consulta con profesionales expertos del tema y la experiencia personal, asistencial e investigativa de la autora, dedicada a la atención ,a la docencia, a la gestión y la investigación en salud familiar por más de 15 años en el Sistema Nacional de Salud, primero como enfermera y luego como medico de familia.

5. METODOLOGÍA

Es importante dedicar éste apartado a desarrollar los enfoques que fueron fundamentando la toma de decisiones metodológicas durante la investigación, para guiar al lector en cuanto a los procesos investigativos que fueron transcurriendo en cada uno de los puntos analizados y llegar a poder formular las conclusiones preliminares.

Acerca del enfoque cualitativo, se intentó lograr los objetivos teniendo una mirada “integral” de cada momento, ya que, como plantean Taylor y Bogdan ¹²sobre “el modo de encarar el mundo empírico”, que es propio de la metodología cualitativa: _ “el investigador va al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo”.

El presente estudio fue realizado combinando fuentes primarias y secundarias.

Análisis de fuentes primarias. Para llevar a cabo el trabajo empírico se utilizó el método etnográfico. La base para escribir una etnografía es el trabajo de campo y la elaboración de los registros de campo correspondientes que acompañan al mismo (Rockwell)¹³.

Si bien Rockwell puede definir teóricamente un abordaje etnográfico, utilizo una cita de

¹² Taylor, S. J y Bogdan, R; Introducción a los métodos cualitativos de investigación; Paidós, Barcelona;1996

¹³ Rockwell-Trabajo de campo en antropología,

Holy ¹⁴-para aclarar el método de la observación participante- que resume perfectamente lo que intenté hacer yo misma en el campo “es una mezcla o combinación característica de métodos y técnicas que [...] supone una cierta y genuina interacción en el campo con los sujetos bajo estudio, una directa observación de los hechos relevantes, algunas entrevistas formales y muchas informales, algo de enumeración sistemática, alguna colección de documentos y artefactos y apertura en relación a la dirección que la investigación toma.” (Holy, 1984:4).

En particular las técnicas que se utilizaron fueron aquellas que permitieron fortalecer el “diálogo intercultural” y el “poder observar las conductas”.

- Entrevistas: “lo que dice la gente” semi-estructuradas y no-estructuradas (utilizando guías de pautas orientadoras)
- Observación Participante: “lo que la gente hace”, las conductas ante diferentes eventualidades, la forma de participación que se fue dando en el transcurso del tiempo.
- Encuentros informales con informantes clave (médicos, enfermeras, vecinos, etc.) que en la mayor parte de los casos no siguieron una guía estructurada de entrevista
- Técnica de taller, organizado con el Centro de Salud.
- Análisis cualitativo y cuantitativo de Historias Clínicas que completaron la fuente empírica.

Las unidades de análisis fueron entonces dos: el Centro de Salud por un lado (profesionales de la salud, trabajadores sociales, directivos y otros trabajadores); y las familias del asentamiento por otro. Otras seis entrevistas fueron realizadas a distintos agentes que integran el equipo del Centro de Salud (sobre el que en todo momento se trabajó): administrativos, trabajador social, médico pediatra, ginecólogo, enfermera.

Para recabar información sobre el vínculo que el Centro de Salud tiene con distintas instituciones y las diferentes familias del barrio en donde se encuentra ubicado he entrevistado a: dos directoras de escuelas públicas, dos encargados de comedores comunitarios (uno con aporte estatal y otro no), una manzanera y la encargada de una Parroquia (Católica), los sacerdotes de la parroquia, el director del Centro Angellelli, y el secretario de gobierno del municipio.

¹⁴ Holy, 1984; Pág. 4

Análisis de fuentes secundarias. Abordajes teóricos vastos y distintos fueron leídos y analizados para seleccionar la temática de estudio y definir las hipótesis. Una importante tarea de recolección de datos (INDEC, estadísticas provinciales y comunitarias) acompañó el análisis de bibliografía, la que, de alguna manera, intenta dar cuenta del estado del arte en los temas vinculados a la evolución de los indicadores demográficos, de salud y estadísticos. La bibliografía seleccionada es, en su mayoría, de los últimos diez años, sin contar autores clásicos considerados. También he utilizado distintas publicaciones de instituciones tales como: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Desarrollo Social, UNICEF, INDEC.

En cuanto a las variables de estudio, se intentó analizar desde las entrevistas a las madres y padres desde distintos ejes, tales como: origen, historia familiar, creencias, prácticas de salud, costumbres, actitud ante

problemas y percepción de los problemas ,composición familiar; tipo de vivienda; ingresos con los que cuenta; planes o subsidios recibidos; controles médicos tanto de los hijos como del resto de la familia, características de los embarazos, controles llevados a cabo; defunciones en la familia, relatos de la madre de familia; referentes del grupo familiar; referentes del grupo comunitario; relaciones conyugales; estrategias alimentarias ; personas de contención con las que cuentan; personas con quienes se referencian, tiempo de permanencia en el país, vínculo con el Sistema de Salud; cambios en la actualidad ;expectativas; planes; percepción sobre la salud; percepción sobre la felicidad.

En las entrevistas realizadas al equipo del Centro de Salud se indagó sobre la relación del Centro de Salud con la comunidad, su concepción sobre ella; accesibilidad del centro; seguimiento de casos en situaciones de “riesgo”; servicios prestados; prevención; promoción de la salud; implicancias de la Atención Primaria; sobre el funcionamiento de ellos como “equipo de salud”; sobre su relación con otras instituciones del barrio, entre otras.

Las entrevistas a miembros o autoridades de distintas instituciones tuvieron principalmente el objetivo de indagar la relación de éstas con el Centro de Salud; los servicios que prestaban a la comunidad y pensamiento - actitud ante los pobladores del asentamiento.

6. MARCO TEÓRICO

Se podrían citar en éste apartado infinidad de conferencias, años de estudios, citas de OPS, de OMS, sobre los beneficios de encarar a la salud desde la fortaleza de la atención primaria, desde Alma Ata¹⁵, Kazajstán en adelante.

La Atención Primaria de Salud es actualmente analizada en múltiples conclaveS internacionales, pero, en cambio, he decidido rescatar como antecedentes, experiencias, que, basadas en la atención primaria, se han aplicado y analizado desde perspectivas mucho más cercanas a la idiosincrasia de los pobladores del conurbano de Buenos Aires , y mucho mas latinoamericanas.

Desde hace 35 años queda definida la APS como:

“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS/UNICEF, 1978)

También quedan establecidas allí las principales actividades que comprenden la APS:

“Educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y promoción de la salud; provisión del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; suministro de medicamentos”

En el caso de América Latina y el Caribe, a pesar de algunos logros alcanzados, no se

¹⁵ OMS. Alma Ata, Kazajstán, reunió en 1978 a 134 países de Salud para Todos en el año 2000

han explotado al máximo las potencialidades que ofrece la APS. El Centro Internacional de Medicina de Familia (CIMF) con sede en la Argentina promueve la capacitación de médicos de familia en América Latina.

Pero, en la realidad, de las universidades y de las residencias, salen profesionales, con una marcada tendencia al modelo médico hegemónico, que se propone como salvador ante la enfermedad y dueño del arte de curar. La universidad de Rosario, Santa fe, Argentina en los últimos años ha cambiado la curricula de la facultad de ciencias médicas, a favor de formar con una visión integral en salud a sus alumnos. Veremos, en el próximo tiempo, si éste modelo tiene impacto en la formación del profesional.

Ante ésta realidad, se hace necesario reflexionar sobre los elementos que actúan en la APS ante los nuevos paradigmas sociales y ante la complejidad de la sociedad actual.

Hay muchas experiencias que valen la pena mencionar dentro de Latinoamérica, que desde diferentes organizaciones y movimientos, como el Movimiento por la salud de los pueblos¹⁶ se rescatan y comparten desde un análisis científico y humanístico, en las que se busca reforzar y revivir el espíritu de la salud para todos, y otras tantas que se desarrollan día a día como estrategias y herramientas de supervivencia en lugares con carencias extremas, guerras, e injusticia social.

Puedo mencionar, al Dr. Julio Monsalvo, en Formosa, que con su incansable trabajo ha hecho mucho por reflexionar y contagiar la mística de trabajar junto a la comunidad, de la salud ligada a la felicidad “la alegremia” la llamó, es el nivel de alegría-energía que hace que no nos enfermemos, y con sus trabajos nos insta a reflexionar críticamente sobre el paradigma científico y cultural dominante que muchas veces no tiene en cuenta a la sabiduría y creencias populares.

Otras experiencias a tener en cuenta sobre salud y participación popular, son las de Ecuador con las comunidades campesinas, en las que el Dr. Arturo Quisphe ,actual e innovador decano de la facultad de Cs Médicas de Cuenca, ha desarrollado en diferentes trabajos de salud de los ecosistemas, de trabajos con madres y niños para desarrollar capacidades, de recuperación de saberes ancestrales con diferentes

¹⁶ <http://peoplehealthmovement.org/latinoamerica>

comunidades para mejorar la salud, y disminuir la resistencia bacteriana, y una de sus principales experiencias es la incorporación en la curricula universitaria de temas donde se trabaja la interculturalidad y además de una cátedra abierta para estudiar el pensamiento humanístico, como una forma de cambiar la mirada del futuro agente de salud. No podemos, al trabajar en salud, aislarnos del contexto, y trabajar en todos los ámbitos con el mismo modelo.

En el conurbano Bonaerense, como en diferentes partes del mundo en desarrollo existen una variedad de problemas, incluidos la desnutrición, la inseguridad económica, los riesgos laborales, las malas viviendas y la falta de poder político, que crean entonces una predisposición subyacente para la enfermedad y la muerte (Singer,1990).

De esta manera Singer propone ampliar la atención hacia los orígenes sociales de la enfermedad, tomando la vida social como una totalidad de procesos interconectados y no como niveles aislados que no guardan relación, considerando también cómo los macro procesos se manifiestan en el micro nivel.

Estos mismos aspectos son destacados Rubén Torres¹⁷ cuando propone la necesidad de una transformación del sistema de salud y refleja que éste cambio no reside en un problema de financiación, sino, mas bien en un modelo de asignación que estimule la gestión por resultados, y que para llegar a resultados adecuados, los equipos de salud tienen que desarrollar las estrategias adecuadas de abordaje de la comunidad.

7. Trabajo de campo:

El partido en el que se llevó a cabo la investigación pertenece, según la división que el INDEC hace del Gran Buenos Aires en las mediciones de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), al cuarto conurbano. La pertenencia a este grupo, a grandes rasgos, implica la presencia de numerosos sectores en crecientes procesos de urbanización, una vasta carencia de infraestructura y altos índices de desempleo. Los partidos que integran este grupo son los que cuentan con los peores valores en sus indicadores demográficos o socioeconómicos.

Esto se ve reflejado en las estadísticas, tanto que si tomamos el Censo Nacional (2001), encontraremos que en el partido de Florencio Varela, el 26.7% de los hogares

¹⁷ Torres, R. discurso de cátedra, Universidad Isalud, 2008.

cuenta con necesidades básicas insatisfechas ¹⁸ (NBI), índice muy alto si lo comparamos con la media y muy lejano a partidos como Vicente López, que cuenta con los menores porcentajes. Estos datos son aún más crudos si los pensamos en número de personas que implican: 105.121.

Esta localidad cuenta (continuando con la misma fuente) con una superficie de 190km² y una población de 348.970, es decir, el 2.5% de la población de la Provincia de Buenos Aires.

7.1 Demografía:

Podríamos decir que es una población joven, dado que el 43.5% no había alcanzado en el 2001 los 20 años. También el porcentaje de población mayor a 65 años es bajo, 5%. Esta estructura etárea joven es más evidente si la comparamos con los datos de la provincia, siendo para ésta el 35.1% y el 10.6% respectivamente.

Del total de la población, 25.575 hogares (112.860 personas, el 30.7% de la población) viven en casas consideradas tipo B. Sobre la población total, solo 183.056 cuentan con red pública de agua.

¹⁸ fuente. Indec.2001

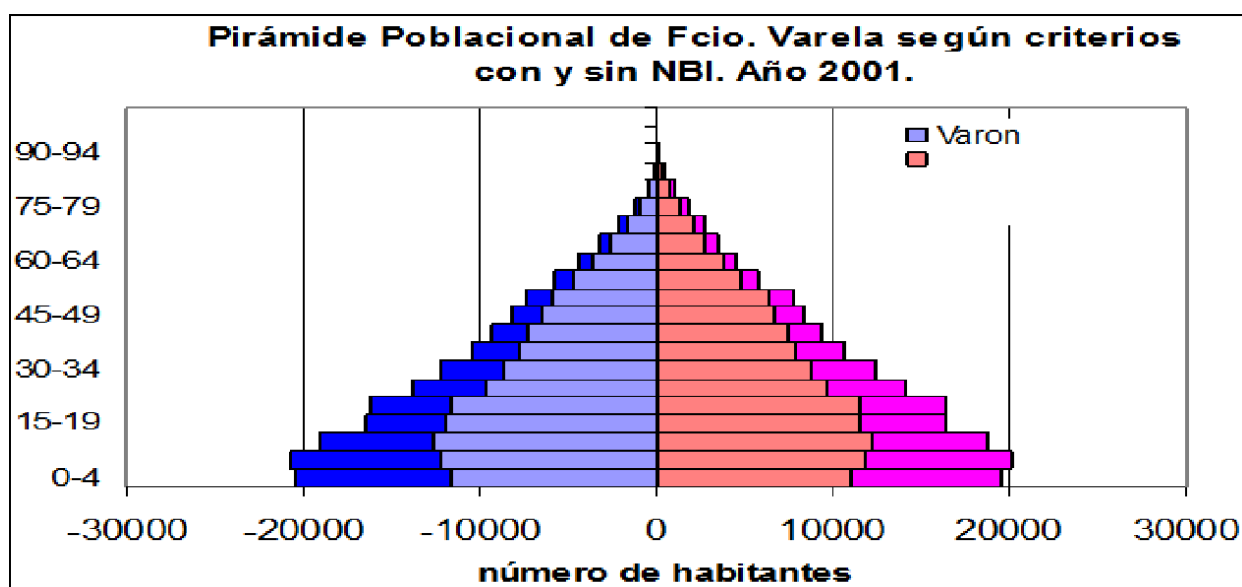
A continuación presento un cuadro a modo de visualizar mejor los datos presentados:

Tabla 1.

| Partido | Hogares | | | Población | | |
|---|------------------|----------------|-------------|-------------------|------------------|-------------|
| | Total | Con NBI | % | Total | Con NBI | % |
| Total | 3,921,455 | 508,671 | 13.0 | 13,708,902 | 2,161,064 | 15.8 |
| 24 Partidos de la Provincia de Buenos Aires | 2,384,948 | 346,613 | 14.5 | 8,639,451 | 1,518,319 | 17.6 |
| Almirante Brown | 133,787 | 21,780 | 16.3 | 512,517 | 99,014 | 19.3 |
| Avellaneda | 100,853 | 9,341 | 9.3 | 327,618 | 35,115 | 10.7 |
| Berazategui | 75,603 | 12,568 | 16.6 | 287,207 | 55,861 | 19.4 |
| Esteban Echeverría | 62,937 | 10,999 | 17.5 | 243,485 | 49,773 | 20.4 |
| Ezeiza | 29,574 | 6,664 | 22.5 | 116,006 | 30,288 | 26.1 |
| Florencio Varela | 84,958 | 22,694 | 26.7 | 346,223 | 105,121 | 30.4 |
| General San Martín | 119,111 | 13,053 | 11.0 | 400,718 | 52,111 | 13.0 |
| Hurlingham | 47,906 | 5,298 | 11.1 | 171,399 | 21,632 | 12.6 |
| Ituzaingó | 44,409 | 4,131 | 9.3 | 156,301 | 16,953 | 10.8 |
| José C. Paz | 56,007 | 12,928 | 23.1 | 229,241 | 61,246 | 26.7 |
| La Matanza | 333,916 | 56,023 | 16.8 | 1,251,595 | 250,912 | 20.0 |
| Lanús | 135,447 | 13,364 | 9.9 | 451,067 | 52,691 | 11.7 |
| Lomas de Zamora | 164,430 | 23,273 | 14.2 | 587,795 | 101,385 | 17.2 |
| Malvinas Argentinas | 72,956 | 14,413 | 19.8 | 289,798 | 66,428 | 22.9 |
| Merlo | 119,624 | 23,744 | 19.8 | 468,452 | 109,792 | 23.4 |
| Moreno | 95,538 | 21,060 | 22.0 | 379,370 | 98,518 | 26.0 |
| Morón | 93,980 | 6,380 | 6.8 | 305,687 | 23,541 | 7.7 |
| Quilmes | 144,671 | 21,323 | 14.7 | 516,404 | 91,015 | 17.6 |
| San Fernando | 42,059 | 5,692 | 13.5 | 150,008 | 24,132 | 16.1 |
| San Isidro | 88,054 | 6,190 | 7.0 | 289,889 | 24,197 | 8.3 |
| San Miguel | 65,694 | 9,902 | 15.1 | 251,299 | 45,734 | 18.2 |
| Tigre | 79,807 | 14,018 | 17.6 | 300,411 | 60,845 | 20.3 |
| Tres de Febrero | 102,212 | 7,805 | 7.6 | 334,889 | 29,087 | 8.7 |
| Vicente López | 91,415 | 3,970 | 4.3 | 272,072 | 12,928 | 4.8 |
| Resto de la Provincia de Buenos Aires | 1,536,507 | 162,058 | 10.5 | 5,069,451 | 642,745 | 12.7 |

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Gráfico 1. Pirámides Poblacionales por Localidad en Fcio. Varela



Fuente: Indec Censo 2001.

Pirámides de población por barrios a partir de los datos provistos por el Instituto

Nacional de Estadística y Censo. Los mismos corresponden al censo realizado en el año 2001 en el municipio de Fcio. Varela. Dentro de la distribución por grupo de edad y sexo que constituyen dichas pirámides, la población se encuentra desagregada en aquellos habitantes que presentaron algún criterio de inclusión en la categoría NBI y los que no exhibieron ninguno.

7.2 Localización geográfica:

El distrito de Florencio Varela, tiene una población aproximada de 448.970. La desocupación alcanza al 50%, los hogares con NBI al 26,7%. Las viviendas deficitarias afectan al 47,7% del total, sin red cloacal al 69,8%, sin agua de red 41%, sin energía eléctrica 3,4%, sin gas de red 29,2%, sin alumbrado público 19,3% y sin pavimento público 31%.(Indicadores socio – demográficos y de acceso a servicios. Informe SIEMPRO, 2005).

El mismo se halla ubicado al Sur del 2º Cordón del Conurbano Bonaerense, a la altura del Km. 25 de la Ruta Provincial 36 (ex Nacional 2), colindando con los distritos de: Quilmes al norte, Berazategui al este, Alte. Brown al oeste y Brandsen y San Vicente al sur. Con una superficie total de 192 Km², dividida en 5 zonas y áreas ocupando la urbana el 36%, la semiurbana el 1,5%, la industrial el 5%, la rural el 23,5% y la complementaria el 34%.

Gráfico 2.

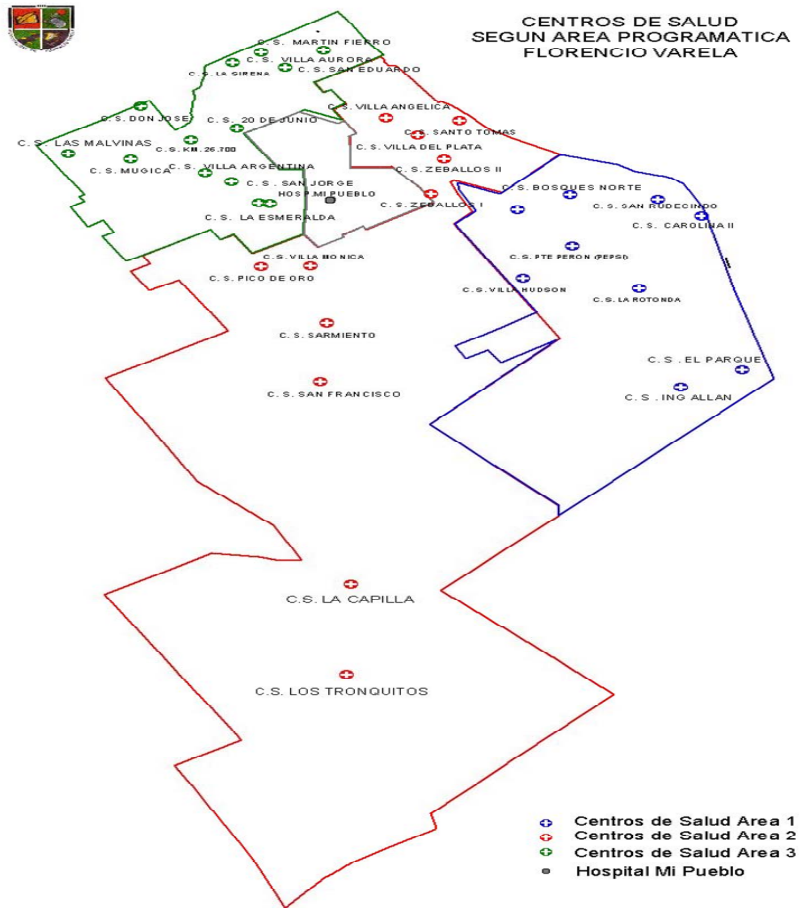
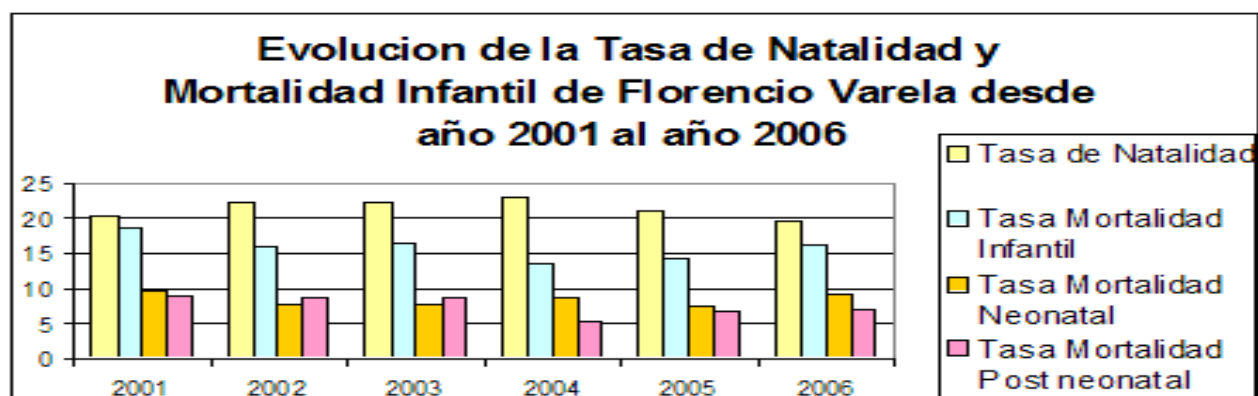


Gráfico 3.



CAPS DE REFERENCIA: MUGICA

Gráfico 4. -indicadores



| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Tasa de Natalidad | 20,3 | 22,3 | 22,3 | 22,9 | 21 | 19,6 |
| Tasa Mortalidad Infantil | 18,6 | 16,1 | 16,3 | 13,7 | 14,1 | 16,2 |
| Tasa Mortalidad Neonatal | 9,6 | 7,6 | 7,6 | 8,6 | 7,4 | 9,2 |
| Tasa Mortalidad Post neonatal | 8,9 | 8,7 | 8,7 | 5,1 | 6,7 | 7,1 |

Fuente: dirección de medicina preventiva y epidemiología. Sec. Salud de Florencio Varela.2007

7.3 El universo de análisis

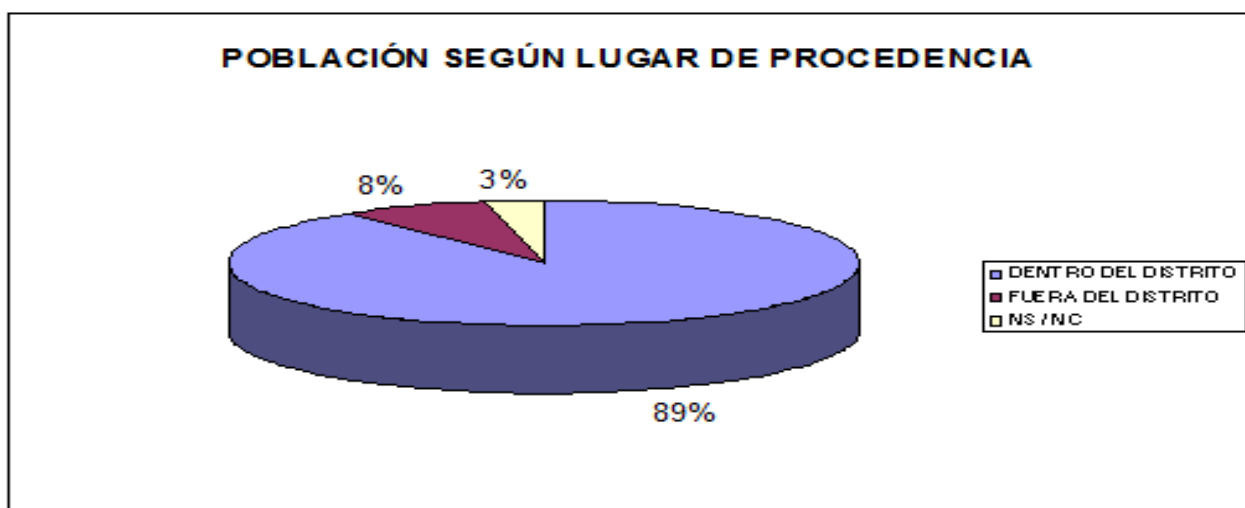
Para dar una aproximación al lector del lugar en que se llevó a cabo la investigación, ya no sobre el Partido específico sino sobre el contexto del universo de análisis (barrio en donde se encuentra ubicado el Centro de Salud) se relatarán vivencias, relatos de entrevistas, y puntos de análisis donde, claramente, los ojos que “vieron” no fueron neutros, aun en mayor medida cuando la llegada al lugar tuvo exclusiva relación con la investigación, es decir, la aproximación se hizo con preguntas premeditadas, intentando encontrar allí “específicamente” algunas respuestas, si bien los cuestionamientos no fueron los mismos al comienzo y al final del trabajo, debido por cierto, a la ampliación de la mirada que el mismo campo otorga. Resumido en palabras de Rockwell podríamos decir que “nunca emerge uno de la experiencia etnográfica pensando lo mismo sobre el asunto que al inicio: no se trata tanto de “des comprobar” y desechar esa concepción original, como de complejizar, matizar, enriquecer y abrirla, dar contenido “concreto” a aquellas ideas iniciales, abstractas, que provee la teórica como punto de partida” (Rockwell,1989:15)

*los resultados del censo realizado en el segundo día del asentamiento(los cuales adjunto a continuación),fueron procesados por el área de salud inmediatamente, y fueron determinantes para modificar el accionar del gobierno municipal con respecto al problema, ya que demostraron que las familias pertenecían al distrito, que en su gran

mayoría eran familias jóvenes que Vivian compartiendo la

casa con otros familiares, en total hacinamiento, y que luego, al cruzar los datos con la estadística de la secretaría de desarrollo social, se corroboró la veracidad de los mismos, ya que muy pocos habían sido acreedores de algún beneficio social ,aunque muchos habían sido encuestados en alguna oportunidad. Se contaron 250 familias, muchas de las cuales no permitieron que las encuestemos; de esas150 familias aproximadamente 1000 habitantes y de ellos, el 90% menores de 45 años.

Gráfico 5



Fuente: Indec Censo planificado por sec. De salud agosto 2006 .

Gráfico 6

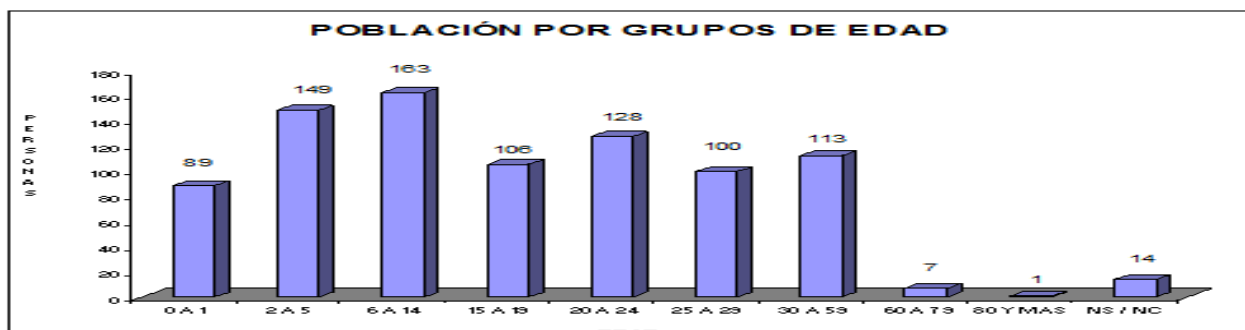
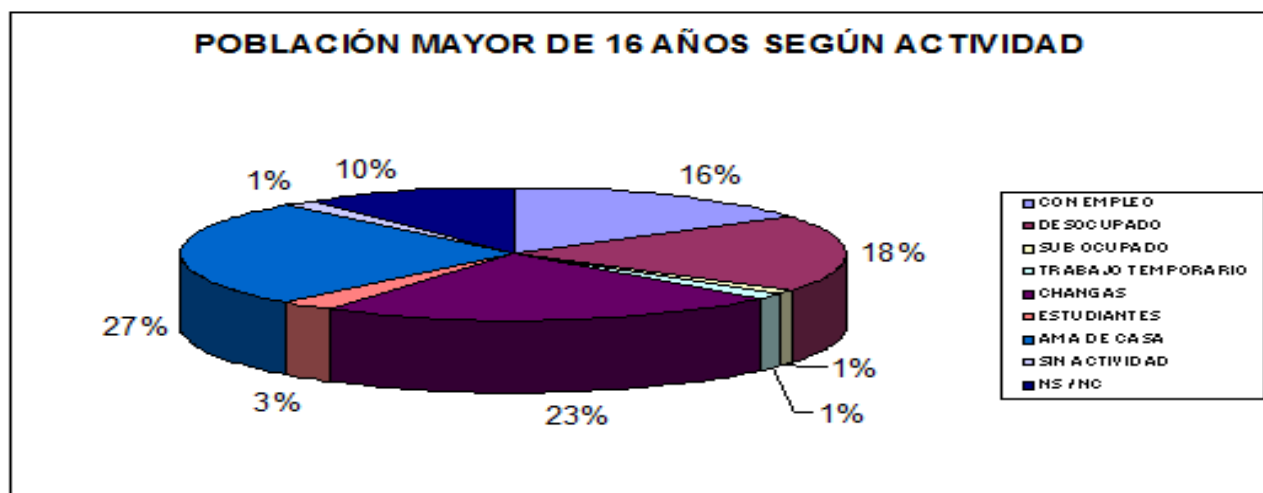


Grafico7



Fuente: Indec Censo planificado por sec. De salud agosto 2006.

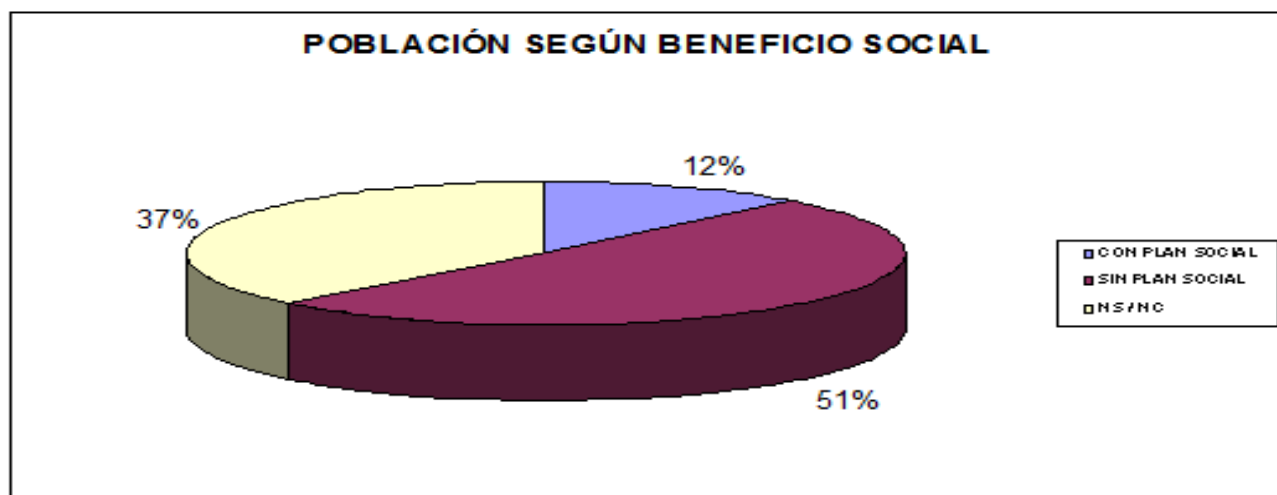


Gráfico 8 .Fuente: Indec Censo planificado por sec. De salud agosto 2006

Los datos relevados en el censo fueron procesados rápidamente, y llevados a las reuniones de la secretaría de gobierno, en donde se discutían día a día las estrategias a seguir. En éstas reuniones participábamos las secretarías de gobierno, de desarrollo, de salud, dirección de seguridad y de defensa civil.

Con el censo se demostró que la mayoría de los asentados eran oriundos de la misma ciudad, habían asistido a escuelas del distrito, o tenían alguna entrevista o informe social. Eran familias de jóvenes que hasta ese momento vivían compartiendo el lote o la casa con algún familiar.

Solo unas 30 familias, que fueron las últimas en asentarse, venían de distritos vecinos. Todo esto contribuyó, para que luego de varios días de reuniones, intercambio de opiniones y deliberaciones, el gobierno municipal haya dado la orden de comenzar a trabajar con el fin de organizar y abastecer de las condiciones sanitarias básicas a los vecinos.

La tierra ocupada era utilizada de basural a cielo abierto por los carritos de trabajo informal, y es un predio de 8 hectáreas que pertenece a una empresa particular.

En ese momento, desde el gobierno municipal se estaba trabajando una política de desarrollo de agua, asfaltos, planes de vivienda, y la política del municipio era la de evitar nuevos asentamientos, al decir del secretario de gobierno municipal Don Ernesto Bargas: ___” no aceptamos como política de gobierno municipal otro asentamiento en esta ciudad, por dos razones: porque no quedan tierras fiscales y porque esto frenará el poder de desarrollo de otros barrios, ya que los recursos son limitados”

En ese mismo momento, en el gabinete se debatía la estrategia para desalojar a los nuevos vecinos, y se llevaban a cabo reuniones entre diferentes actores de parte de los asentados (entre ellos la iglesia, organizaciones no gubernamentales, la dirección de seguridad, de salud, desarrollo social).

Desde los primeros se realizaron diversas tareas desde el Centro de Salud Padre Mugica especialmente desde el asistente social y una medica generalista, y desde la dirección de esa área se impulsó la creación de una brigada de emergencia con enfermeras y un consultorio rudimentario en el comedor del barrio cercano, siempre acompañando, a la participación de la Comunidad del Asentamiento en la construcción de acciones que, tiendan a trabajar en la promoción, prevención y tratamiento de distintas problemáticas que hacen a la salud colectiva.

En todo momento del proceso se articularon acciones desde y hacia diferentes organizaciones que allí estaban presentes participando, el equipo, como un actor más entre otros tantos, realizando una verdadera articulación democrática, sin desentender el necesario rol del Estado que cumple la secretaría de salud.

Desde esta conceptualización se trabajó con el objetivo de brindar atención a los recién llegados, construyendo un espacio en el que pudieran referenciarse ante situaciones de gravedad socio sanitarias, seguimiento en enfermedades prevalentes, y

/o problemas graves de salud. Esta tarea fue avalada por la gestión municipal recién diez días después, cuando un censo primario demostró que las familias asentadas eran originarias del mismo municipio, y las conversaciones avanzaron hasta un acuerdo entre la comisión representante del asentamiento y la secretaria de gobierno municipal.

En poco tiempo pudo construirse un espacio de referencia, se articularon con la Comunidad distintas estrategias de abordaje comunitario de problemáticas. (Ver punto 4.1 “procesos internos del barrio”)

Entre los objetivos centrales de este primer momento del proceso, se encontraron el generar el conocimiento de la comunidad acerca del servicio de salud existente, reducir las barreras de accesibilidad al mismo, y lograr que la población se referencie con el centro de Salud. Al mismo tiempo puedo citar como otro de los objetivos iniciales el comenzar a tener un conocimiento de las características socio-sanitarias y culturales de la población que se había asentado en el lugar.

En el camino iniciado fueron detectándose problemas comunes asociados principalmente a las características de la infraestructura, a la diversidad cultural, al acceso a servicios básicos con que contaba la población, así en función principalmente de generar un medida de promoción y tratamiento al detectarse como un problema prevalente la parasitosis se articuló con la Facultad de Ciencias Exactas la producción de antiparasitarios, con la empresa Edesur por la energía, con obras y servicios públicos por las calles para entrar los basureros y la ambulancia, con desarrollo por las elección de responsables de manzana y nominalización del seguro Publico, con seguridad para organizar la vía a seguir ante delito, con la escuela para la realización de una campaña que contempló a toda la población del Asentamiento.

Se trabajó en coordinación permanente con el cuerpo de delegados del Asentamiento. Esto permitió y permite poder acercarse en cada momento de la intervención a las inquietudes comunes y proyectos de la población organizada.

En este momento del proceso, se planteó junto al a comunidad del Asentamiento , la necesidad de la realización de un relevamiento poblacional y sanitario que nos permita generar estrategias de intervención que fortalezcan la salud social colectiva y aporte a través de la devolución organizada y sistematizada de los datos, a la organización comunitaria, otorgándole una herramienta metodológica a fin de reducir barreras de accesibilidad, reconocimiento de derechos y construcción colectiva de ciudadanía.

Además de los beneficios detectados en término de acceso inmediato a una asistencia en salud se puede tener la percepción casi inmediata de atributos inherentes a la solidaridad entre vecinos, a la fortaleza de vínculos interculturales, a la baja en producción de delitos, lo cual esto hace diferenciar ésta experiencia de otras por éstas dos cuestiones:

- modalidad de participación y autogestión.
- incorporación del sentido de pertenencia.

Éstos emergentes que surgen de lo que hacen y cuentan los protagonistas, hacen referencia una y otra vez a la visión de la salud integral del conjunto, del ser y su entorno, como única forma de poder mejorar la salud de una población.

8. Presentación, análisis e interpretación de lo recabado en el trabajo de investigación

Se puede comenzar diciendo que las calles son de tierra, hechas por el trayecto de los pies y de los carros, tal es así que una de las calles es conocida como “el mejorado” sirve como referencia cuando uno consulta sobre cómo llegar a algún lugar. No es raro al caminar por estas calles encontrar basura dispersa, pudiendo inferir que ésta formará parte del camino, también podemos encontrar escombros. Los mejorados de acceso son caminos que quedaron sin un terminado final, siendo muy poco uniformes, sólo algunos cuentan con una especie de vereda y en sus bordes mayormente se encuentran zanjas, donde distintas plantas crecen a sus costados y los chicos juegan con palitos a pescar renacuajos. En el transcurso de las visitas se pudo observar gente trabajando en esas zanjas. Muchos perros, varios de ellos raquíticos, circulan por las calles. También es común ver grupos de chicos jugando al fútbol o agrupados en las calles.

En general hay muchas bicicletas. Además, una línea de colectivo llega hasta el lugar,(el 500) ubicado a aproximadamente 25 minutos del centro comercial de la localidad. Esta línea transita por distintos barrios alejados, aunque cuenta con un servicio permanente, finaliza a las 22hs, no quedando otra opción que un auto particular cuando se quiere salir de allí después de aquel horario, la empresa de remís más próxima está a unas 12 cuadras, en el barrio Luján, y no trabaja de noche. Norma (una de las madres entrevistadas) especifica el inconveniente que genera esta

situación al decir “[...] porque si te agarran las 10 de la noche y no tenés colectivo, no tenés tren, tenés que ir en remís al hospital, y si hay y no tenés plata para el remís [...]”.

Mientras se camina por estas calles se puede escuchar la música traspasando las paredes de las casas. En relación a las viviendas, éstas en su amplia mayoría se encuentran construidas de chapa y cartón, con rectángulos de alfombra que hace las veces de piso, y generalmente sin ventanas. Los techos son bajos, las chapas tocan en los tendidos clandestinos de cables, que proveen de electricidad, único medio para calentarse es la estufa eléctrica o el brasero.

Desde el Centro de Salud (CS) se hace entrega de chapas, alimentos, y leche privilegiando a personas con mayores necesidades.

Ante una visita al centro de salud, Martha, la administrativa, se queja:

- “Los del San Cayetano las quieren todas, y no comprenden que nosotros también cuando vinimos la luchamos¹⁹, pero no nos quedábamos dando lástima, o cortando la calle, íbamos a la municipalidad y nos instalábamos, íbamos a los ministerios a conseguir cosas nos quedábamos horas y horas juntando orina hasta que nos atendían, eso era luchar...[...]; además, dejamos que se aprovechen, mire[saca una orden firmada] Stella (La pediatra) les da como 8 kilos de leche a cada mamá que le atiende un chico mire ...mire las órdenes...
- entonces en la conversación surge que la ordenanza establece 2 kilos de leche por niño menor de 2 años, y embarazadas, y lo que se plantea es que los demás hermanitos son pequeños y la necesidad es grande...pero Martha está enojada, dice que se aprovechan...

8.1 Procesos internos del barrio y Estrategias planificadas con la comunidad

La planificación del espacio

Luego del primer censo, en la misma semana, se creyó conveniente hacer una reunión con los jefes de familia, para planificar la delimitación de las parcelas, ya que habían surgido problemas de ocupación de espacios posteriores y crecía la

¹⁹Martha Bravo fue una de las fundadoras del barrio Luján, junto a su marido, que vinieron a asentarse hace 25 años, desde la villa 31 de retiro, compañera del Padre Mugica (sacerdote asesinado por la dictadura militar) en la lucha por los derechos humanos llegaron a Varela, se asentaron, y al poco tiempo habían organizado una cooperativa, construyeron viviendas, hoy las tienen escrituradas y es el barrio Lujan. El centro de salud del barrio Luján se llama padre Mugica, y fue tramitado en el consejo deliverante por Martha y su marido, en honor al cura asesinado.

problemática.

Se concluyó que era necesario que se demarcaran los lotes (aproximadamente 20 por 10 metros cada uno) y se numeraron las manzanas, esto se realizó con dos fines:

- Organizativo, ya que facilitaría la tarea de localización de cada familia para abordar problemas e interactuar.
- De planificación, dado el aluvión de familias que deseaban instalarse en los días posteriores, fue urgente planificar el espacio, dejando lotes de medidas cómodas, un espacio verde, un lugar para la construcción de un punto de encuentro para reuniones y sala de primeros auxilios. La idea de este loteo era poder planificar un barrio, que queden calles y manzanas.

La reunión fue muy concurrida, y además de participar parte del equipo de salud, representantes del centro Angellelli (ONG) y la iglesia, participó la directora de planificación del departamento de tierras, secretaría de obras y servicios públicos.

La elección de los delegados:

Dada la dificultad que surgía en la comunicación, al ser tantas personas con tan diversas inquietudes y problemáticas, se decidió realizar una elección interina de delegados de manzana, quienes tendrían la responsabilidad de cumplir misiones y funciones determinadas (previamente consensuadas):

- Serían electos por voto secreto entre los vecinos de su manzana
- Serían responsables de comunicarse fluidamente con cada familia de la manzana, y ser los que lleven a las reuniones las problemáticas de cada uno.
- Serían encargados de comunicar las decisiones y lo hablado en cada reunión con los funcionarios municipales.
- Formarían parte de una comisión de seguimiento de acciones.
- Serían referentes de su manzana en cuanto a temas de seguridad, u otras cuestiones que surgieran ,para facilitar la comunicación y mantener informados al resto de los vecinos, llevar adelante las decisiones del conjunto, expresar en los espacios de encuentro las distintas necesidades, inquietudes y problemáticas que se suceden en las distintas manzanas. Generan Asambleas de manzana. Cuentan con una publicación en la que periódicamente informan al resto de la manzana.

- Las tareas de estos miembros de la comunidad son variadas ya que frente a todo tipo de problemáticas la población del asentamiento concurre o se referencia con ellos.
- Tienen reuniones semanales o quincenales en donde deciden los pasos a seguir en beneficio de la totalidad de la comunidad
- Existe un espacio que funciona como Centro Comunitario, en donde se han desarrollado y desarrollan distintas tareas, comedor, apoyo escolar, posta de salud, entre otras
- Son los representantes del barrio ante los organismos municipal, provincial y nacional.

La primera elección se hizo de forma interina, para luego poder hacer una definitiva, ya que muchos no se conocían anteriormente.

Además los delegados formaron comisiones, de 4 o 5 c/u para referenciarse con los secretarios Municipales, así quedaron comisiones de obras y servicios públicos, salud, seguridad y desarrollo social.

8.2 Las comunidades de procedencia de las Familias entrevistadas en el asentamiento:

Entre las 250 familias que fueron luego de la elección de delegados relevadas una por una, surgió que:

- 150 son de origen Paraguayo o hijos de paraguayos
(Muchos con familiares en el barrio 3 de mayo)²⁰
- 50 de origen Boliviano.
- 23 de origen Peruano
- 2 de las familias de Chile.
- 25 de origen Argentino.

A medida que fue transcurriendo el tiempo los problemas fueron cambiando, y a medida que se superaban aparecían otros, muchos de ellos, podríamos decir que son estructurales. Los podríamos dividir en problemas de:

La comunidad recién asentada, sufrió el frío, con los problemas de salud relacionados

²⁰ El barrio 3 de Mayo es lindero al asentamiento, dividido por una calle; ahora avenida asfaltada, que se asentó con la crisis del 2001, un 3 de mayo.

al invierno, allí se detectó la falencia en la accesibilidad al caps., por desconocimiento de la existencia, por no poder dejar

solas las pertenencias, por tener un estado precario de salud ,de nutrición y en los niños y embarazadas detectamos falencias en la periodicidad de los controles .A medida que fue transcurriendo el tiempo y avanzando los procesos detectamos que muchos de los niños menores de un año no recibían lactancia materna, y al abrir historias clínicas y analizarlas pudimos comprobar que se daba en un sector de la comunidad (paraguayas y argentinas),en cambio en las mamás bolivianas daban de lactar hasta casi los 2 años del niño.²¹

Otras de las cuestiones que aparecieron fueron los actos delictivos: en un comienzo el problema era que, con el objetivo de poder venderlo después, venían a buscar lugar para armar una casita quienes ya tenían una en otro lado, pero esto fue canalizado por los propios vecinos; personalmente he tenido la experiencia de ver como entre 5 delegadas le desarmaron la casilla a un asentado del cual conocían que tenía una casa en el 3 de mayo, y le incendiaron todos los tirantes. Así, con ese episodio, surgió lo que sería después la comisión de seguridad, donde por un sistema de “Chasquis”²²se avisan entre los delegados para acudir en caso de que en alguna de las manzanas se necesite ayuda .Veremos más adelante los resultados que se obtuvieron a partir del uso de éste método.

8.3Las Intervenciones asistenciales desde el equipo de salud:

- Se genero un espacio de posta sanitaria de emergencia en un comedor que se encontraba a dos cuabras del asentamiento. Allí se llevaron medicamentos, tubo de oxigeno sumado a un servicio de enfermería, pediatría y trabajo social.
- Se genero y articulo con el espacio de vacunación (dirección de medicina preventiva)de la Secretaria de salud la realización de una campaña de vacunación que contemplo a toda la población (se dieron 1237 dosis en dos días).había una cobertura de calendario muy deficiente(45%) en el año 2007 llegamos al 98%.
- Se articulo junto a la dirección del Área de salud la presencia de un trailer, que concurrió en algunas ocasiones con la presencia de odontólogos, clínico, y

²¹ lo que llevó a pensar en la estrategia de los talleres interculturales para la crianza en las futuras madres, con participación de mamás recientes.

²² “chasquis” en referencia del método que tenían algunos de nuestros pueblos originarios para facilitar y acelerar la comunicación, donde se trasmitían el recado por medio de un encargado de llevar la novedad, a otro en un sistema de postas.

ginecólogo.

- Se realizaron a lo largo del proceso reuniones semanales o quincenales con el cuerpo de delegados del asentamiento para el tratamiento de diversos temas que hacen a las necesidades y
- problemáticas en el Asentamiento. (Trabajamos temas tales como la obtención de agua potable, red de luz medidor comunitario. Problemáticas particulares...
- A partir reuniones con los delegados surge la inquietud y planteo acerca de las muchas familias que padecían de parasitosis, de trabajar esta problemática
- Se genero la entrega de las dosis casa por casa junto a los delegados y enfermeras del centro de salud
- Se comenzó a articular junto a las facultades de ciencias exactas y trabajo social la posibilidad de construcción de instrumentos que profundicen el conocimiento de la población, dinamicen estrategias de intervención y se constituyan en herramientas para el fortalecimiento de ciudadanía
- Se realizaron reuniones con el cuerpo de delegados para generar estrategias comunes de trabajo junto a las facultades

Identificación de prácticas y creencias con respecto a la salud:

Por medio de más de 30 entrevistas, muchas charlas informales en la consulta, e intercambio en los talleres he recabado información sobre la concepción de salud, y sobre la percepción de necesidad que tiene la comunidad.

Además es muy notorio el uso de prácticas que reconocen su origen en los ancestros, las cuales desarrollo luego .A esto se le agrega una riqueza particular de éste universo, y es el intercambio cultural en prácticas de convivencia.

Dichas prácticas tienen su sustrato en hierbas naturales, cataplasmas, tés, curas de palabra, untado de sustancias, rezos y ritos, entre otras.

Relevamiento del Ambiente:

Se describe situación del ambiente en dos fases: la de inicio, donde se trabajo intensamente con las familias, con actividades casa por casa con el equipo de salud, para que se consuma agua segura, provista por el camión cisterna del municipio y por una canilla comunitaria en el comedor del barrio 3 de mayo, además se realizó un folleto con el dibujo explicativo de cómo construir un pozo de excretas, la distancia que tiene que haber con el de agua, el saneamiento con el trato de la basura.

Y seis meses después donde la provisión de agua en la totalidad del asentamiento San Cayetano es napa subterránea. Las familias que no acceden a estas posibilidades la obtienen de sus vecinos, o en ocasiones

algunos concurren al Comedor que se encuentra dos cuadras, en el Asentamiento tres de Mayo.

Las perforaciones de pozos de agua y baño, son realizadas por vecinos y en forma muy artesanal. Las huertas familiares son regadas con el agua del lavado y con el agua de la bomba. Hay muchas viviendas con pozos precarios para eliminación de excretas, ya que no existe red cloacal en la zona. Existe una porción de la población que aún no cuenta con baño, utilizando el de los vecinos. La totalidad de viviendas arrojan las aguas servidas a las zanjas callejeras. No existe recolección de residuos por parte del Estado Municipal. Con anterioridad a la instalación del asentamiento existía en el lugar un basural, principalmente en las zonas aledañas a la cava.

9-De cómo se trabajó la Intersectorialidad

Se trabajó acompañando el contacto de los delegados del asentamiento con los directivos de distintas instituciones a fin de poder vincularlos y/o fortalecer la relación que éstas tenían con el Caps. Mugica, matricular a los nuevos vecinitos en las escuelas y además establecer un plan de evacuación en caso de inundación del asentamiento por reabastecimiento del arroyo.

Se pudo observar que las escuelas eran las que en mayor medida tenían vínculo con el CS, haciendo referencia a talleres o al acceso a algún servicio cuando ello fuera requerido. Sobre esto la directora de una escuela especial mencionaba:

“desde el Centro de Salud se organizan charlas, las organizan la odontóloga y la asistente social. También hace controles (odontóloga) y charlas con los padres. Tenemos relación con el Centro, derivamos a los padres allí, o cualquier inconveniente con los chicos los llevamos allá”.

“Mercedes, de manitos laboriosas”... es una Sra. que había sido manzanera²³ en el lugar y actualmente conductora de un proyecto de taller para niños y roperito, donde se dan clases de refuerzo escolar, y taller de costura para madres. Éste lugar articula desde siempre con el equipo de salud y fue clave para la realización de actividades y talleres.

Mercedes, con respecto a su articulación con los nuevos vecinos mencionaba: “_les dimos un montón de ropa los primeros días de la lluvia, venían a buscar todos, porque estaba todo a la miseria, los nenes descalzos, muertos de frío, tenían todo mojado... [...], ahora ya les dije a las delegadas, que les digan a todas las que quieran venir a arreglar y coser, yo les enseño”

Esta directora mostró tener buen vínculo con distintas instituciones que pudieran dar de distintas maneras algún beneficio al alumnado y a la institución, hizo mención por ejemplo a la relación con un jardín maternal; con otras escuelas especiales; unidad de gestión local (UGL²⁴) encargada del ropero escolar, del mantenimiento, la limpieza; también con los Boy Scout (con quienes realizan campamentos integrados); el instituto de formación docente (los integran en proyectos) y Asociación de Sordos.

La vice-directora de otra escuela también refería a una relación con el CS. Específicamente mencionó talleres sobre sexualidad y adicciones que suelen realizarse desde allí. Aclaró que no se hacen controles a los chicos, aunque a veces se acercan desde allí para vacunarlos.

Distinto fue cuando se consultó a encargados de comedores escolares y de instituciones religiosas. Refirieron no tener ningún tipo de vínculo con el CS. La encargada de la Parroquia (católica) cercana al CS, dijo que “Caritas” había implementado un roperito y se informaba al CS sobre los medicamentos con los que contaba, pudiendo recurrir a ellos en caso de necesitarlos, pero la relación no iba más allá de esta cuestión específica.

²³ Manzanera es un término asignado a las vecinas que eran las encargadas de repartir la leche y otros recursos en su manzana. En la época del gobierno del Dr. Dualde, en la provincia, de la implementación del “plan vida”.

²⁴ Institución integrada por las diferentes entidades intermedias barriales (Sociedades de Fomento, Clubes, Ligas de Mujeres, Iglesias, Centros de Salud, Cooperadoras Escolares, Defensores de la Niñez, Centros de Jubilados), cuenta con un coordinador municipal. Tiene como misión fortalecer la red social a través de la descentralización administrativa - operativa para lograr un mayor consenso en la toma de decisiones. Sus objetivos son: promover y organizar la participación barrial y promover el desarrollo de proyectos autónomos para satisfacer las demandas de servicios (www.florenciovarela.gov.ar/Institucional/SecretariaDeRelaciones/ugl.aspx)

Esta falencia en la articulación de distintos sectores, también se puede observar en el interior del Sistema de Salud, al considerar los niveles de atención, habitualmente era mencionada como una falencia a mejorar.

9.1. Talleres de desarrollo familiar y comunitario:

Objetivo de los Talleres:

El objetivo de esta línea de acción es promover el desarrollo de destrezas para la vida en las familias. De esta manera, se pretende mejorar la posición de los pobladores del asentamiento frente a diferentes situaciones que generan exclusión social, limitan el pleno acceso a servicios sociales y el goce de sus derechos de ciudadanía.

Temática de los talleres:

Las áreas temáticas identificadas se relacionan a problemáticas familiares, promoción de ciudadanía y derechos y participación comunitaria. Dentro cada una de estas áreas se implementarán talleres específicos que corresponden a necesidades e intereses de los beneficiarios. Para comenzar, se siguieron los talleres descritos en el siguiente cuadro.

Tabla 1. Talleres de Desarrollo Familiar y Comunitario

| TALLER | OBJETIVO |
|---|---|
| 1. Género, Salud Sexual y Reproductiva | Promover la identificación de necesidades de hombres y mujeres, y sus relaciones de género, en relación a sus derechos y la adquisición de comportamientos preventivos en salud materna, sexual y reproductiva. |
| 2. crianza y vínculo | Fortalecer la prevención de la morbi.mortalidad infantil trabajando y fortaleciendo la lactancia, y los cuidados maternos del niño en todos los aspectos de la salud integral. |
| 3. Prevención de riesgos sociales para Jóvenes. | Promover la prevención de riesgos sociales como drogadicción, violencia, etc.Participa el equipo de salud, alumnos de las escuelas,El Cevareso* y el CPA |
| 4. Prevención de la violencia doméstica | Promover la cultura de respeto a la integridad física, emocional y espiritual de las personas. |
| 5. Optimización del uso de los recursos del hogar | Brindar herramientas para hacer un uso más eficiente de los recursos del hogar (incluyendo nutrición) ,huertas y ambiente. |
| 6. Derechos y construcción ciudadanía. | Capacitar a las familias para identificar, ejercer y respetar derechos civiles, sociales y políticos. |
| 7. Autonomía personal | Promover el afianzamiento de la autonomía personal |

*CE.VA.RE.SO: centro varelenso de rehabilitación y reinserción social.

CPA: centro provincial de prevención de adicciones.

10. Impacto evaluado desde la intervención:

Uno de los resultados medibles en corto tiempo, fue la cobertura del calendario de vacunaciones: cuando llegaron los pobladores, y se realizó el primer rastillaje vacunatorio casa por casa, la cobertura era de un 45% de calendario completo, actualmente es del 98% real.

Otra de las relaciones de impacto de la estrategia fue la epidemia de irab (infecciones

respiratorias agudas bajas) donde en el primer periodo agosto -septiembre 2006 (dos meses) fueron asistidos 576 niños, los cuales, por el estado de gravedad, fueron derivados al hospital 21 ,de los cuales 1 falleció.

Durante el tiempo siguiente se trabajó con las madres en los talleres los signos de alarma y tratamiento, el poder leer parámetros de gravedad, la prevención y el pronto acudir a la enfermería ante los primeros síntomas en menores de 1 año. Además se vacunó con vacuna de la gripe a todas las familias de los niños de riesgo, prematuros, bajo peso, o con riesgo social, lo que disminuyó riesgo en menores de 1 año.

En el período mayo-septiembre de 2007(cinco meses), se asistieron 587 pacientes, de los cuales solo 15 fueron internados y ninguno falleció.

Tabla 5: impacto de estrategias:

| <u>Irab</u> (Infecciones Respiratorias Agudas Bajas) Año 2007-equipo de salud del Caps. Mugica | |
|---|------------|
| Pacientes atendidos | 587 |
| Pacientes Internados | 15 |
| Pacientes Fallecidos | 0 |
| Tasa de Mortalidad en pacientes Irab (cada 1000) | 0 |

| <u>Irab</u> (Infecciones Respiratorias Agudas Bajas) agosto-sept.-octubre 2006 equipo de terreno-tráiler | |
|--|------------|
| Pacientes Atendidos | 576 |
| Pacientes Internados | 21 |
| Pacientes Fallecidos | 1 |
| Tasa de Mortalidad en pacientes Irab (cada 1000) | 1,7 |

Fuente: dirección de epidemiología y medicina preventiva. Secretaría de salud de Florencio Varela. Febrero 2008

A partir de lo trabajado se ha logrado mediante la estrategia desarrollada la participación activa de la comunidad en todas las instancias del proceso:

Se ha trabajado con iniciativas conjuntas definidas por todos los participantes del proceso. La articulación con las facultades y la Universidad nos permitió mejorar el acceso a los medicamentos y la calidad de vida de la población dejando capacidad instalada en los mismos y a partir del procesamiento de los datos, se determinará cuales son las enfermedades prevalentes y otras problemáticas del lugar.

En relación al Equipo de Salud si bien se trabaja con la comunidad de San Cayetano, principalmente asistiendo desde esta institución de salud, un grupo reducido realiza un trabajo comunitario allí.

11. Conclusiones e hipótesis exploratorias surgidas:

La experiencia descrita en este trabajo, se puede considerar como una estrategia exitosa frente a una problemática compleja de salud de la población.

Dicha estrategia se diferencia del común de las intervenciones de los equipos de salud en cuanto a que:

- ✓ Fue implementada con fuerte trabajo en terreno enfocado a asegurar la accesibilidad.
- ✓ Desde el comienzo se tuvieron en cuenta las pautas culturales de cada sector.
- ✓ Los problemas fueron detectados en conjunto con la comunidad, empoderándola así, de los recursos existentes.
- ✓ La estrategia fue planificada con actores claves sentados a la mesa: la gestión, los profesionales del equipo, las organizaciones barriales, la comunidad destinataria con participación democrática.
- ✓ En todo momento se involucró a los vecinos en la responsabilidad y el derecho en cuanto a salud.
- ✓ La reforma del abordaje, la transformación del equipo, la mejora en la accesibilidad

y en los indicadores de cobertura de programas, no implicaron mas financiación,
sino que implicaron la reforma de un modelo estimulado por el contacto en terreno con la población destinataria, con el modelo de designación de los recursos y la estimulación del seguimiento directo de resultados.

Tobar²⁵ establece que para fortalecer la estrategia de Atención primaria de la salud no es necesario crear una secretaría, una dirección ni siquiera un programa nuevo. Es más importante articular los esfuerzos y sincronizar los recursos existentes. Este autor propone una organización en red, “abrir progresivamente canales de comunicación y participación y favorecer la incorporación de nuevos nodos, nuevos agentes, efectores, voluntarios, etc., que con roles bien definidos puedan contribuir a la estrategia” (Tobar). Este autor también propone establecer cambios en el primer nivel de atención, que, a parte de ser más viables, los cambios tienen mayor impacto.

En esta articulación podemos pensar al CS (uno de los ejes de esta investigación) como la institución que promueve y difunde la participación, como el organizador de esta red, que convoca, abre espacios, debates... y así, cuando determinados actores, organizaciones o instituciones no estuvieran presentes, sería necesario preguntarse por qué no lo están, y buscar la manera de convocarlos, para que más personas participen en la detección y análisis de los problemas y la elaboración de propuestas para su solución.

La participación también puede llevar a una continuidad de las acciones, para que puedan trascender a los vaivenes políticos o gobiernos en ejercicio.

En la medida en que distintos grupos, sectores, personas participen, se logrará que los proyectos tengan mayor respuesta por parte de la población. Entendiendo que es distinta la respuesta frente a una propuesta que emana de una autoridad de aquella que es realizada por un par o un referente de la comunidad. Al mismo tiempo, por ser mayor el espectro de quienes convocan, también será mayor la posibilidad de que la

²⁵ Tobar, artículo revista Isalud. En referencia a Salud Comunitaria, 2007

gente pueda “identificarse” con alguno de ellos y lleve, promueva, su participación.

Existe una deuda que esta en las raíces mismas de un sistema que aún no es claro en las consignas y potencialidades de la implicancia y relevancia de la atención primaria de salud como estrategia, hay discontinuidad en el sostenimiento de los recursos y eso dificulta las estrategias.

Deberíamos entender en conjunto la necesidad de la articulación permanente con la comunidad fortaleciendo lazos que privilegien el trabajo de todos en un mismo sentido.

Utilizando palabras del profesor Rubén Torres²⁶, la gestión en salud debe promover la atención integral y debe impulsar políticas públicas acordes. La salud es un derecho humano básico y por ello se debe trabajar en promoción de la salud, en prevención, en la escucha, y aprendizaje de las situaciones de los otros a fin de potenciar y mejorar las situaciones de salud de la comunidad en general y de los grupos más vulnerables en particular.

La gestión debe ser fortalecedora de derechos, aportando a la reconstrucción de ciudadanía y en el necesario rol del estado en estos procesos en la obligatoria presencia de otros recursos que garanticen la construcción de una situación de salud tendiente a la mejora de la calidad de vida de esta población.

Es necesario hacer participar a las poblaciones en las responsabilidades, y centralmente en los derechos, y en este sentido trabajar en el derecho a participar en las decisiones de cómo se utilizan los recursos tanto los del estado, como los de las obras sociales, de los programas existentes, lo que fortalecerá las herramientas del sistema sanitario.

Se hace hincapié en la importancia que puede tener el Centro de Salud en una red social, como organizador y como agente que promueva la participación de distintos actores. Esto requiere que las acciones implementadas por el Sistema de Salud estén articuladas con otros sectores para abordar conjuntamente las distintas cuestiones y nos remite necesariamente a la ínter disciplina, ya que al establecer que los problemas tienen múltiples vinculaciones, deben darse también a estos una respuesta que incluya la combinación de distintas estrategias, acciones y la necesidad para la promoción de la salud de acciones del Estado (políticas públicas saludables), de la comunidad (refuerzo de la acción comunitaria), de los individuos (desarrollo de habilidades personales), del Sistema de Salud (reorientación del sistema) y de asociaciones

²⁶ Médico, cirujano, sociólogo y magíster en dirección y gestión de sistemas de salud y seg. social. Director de la maestría en sistemas de salud y seguridad social. Isalud.

intersectoriales. Se ve aquí un gran abanico donde distintos actores, involucrados directa o indirectamente con el área de salud, que cuentan con cierta responsabilidad ya sea por los problemas o por las distintas soluciones que se puedan proponer.

En el campo pude observar que, al consultar sobre este tema a los profesionales de la salud, (a excepción de la médica generalista y el asistente social) únicamente contestaron acerca de la participación específica en actividades concretas planteadas por ellos, sin considerar una participación más amplia y activa, en la que la comunidad pueda ser involucrada en otros aspectos, aun en la toma de ciertas decisiones que los involucren en tanto miembro de la comunidad. Pero el acercamiento de los delegados del asentamiento al Caps., fortaleció los vínculos, y logró que se planeen estrategias en el barrio, muchas de las cuales surgieron de los vecinos en interacción con esta parte del equipo que antes se veía frustrada o no le interesaba participar.

El hecho de no encontrar una respuesta satisfactoria por parte de la comunidad cuando se proponen actividades es perjudicial tanto para el equipo de salud como para la comunidad ya que probablemente estas cuestiones llevan al desaliento, a no querer preparar este tipo de actividades, en definitiva, a no poder desprenderse de la sensación de que “total va a fracasar”. Y en la experiencia de San Cayetano, se vio que hay otra forma de participar, de hacer salud, de empollarse todos: el equipo de la población, y la población de las estrategias en salud.

Me parece importante destacar aquí, algo que con frecuencia pude observar: la falta de una reflexión sobre el propio accionar de algunos profesionales que permitiera abrir una pregunta, una duda sobre su trabajo, específicamente, la simple pregunta de qué hacer para lograr que más gente participe en la actividad, o qué faltó para que esto sucediera.

Claramente no es menor el dato de que a medida que se promueve la salud y la prevención de enfermedades, disminuye la demanda de atención, quedan de esta manera mayor cantidad de turnos disponibles en los CS, al mismo tiempo que para los profesionales aminora el trabajo, mejorando también así las condiciones laborales y de salud de todos.

Finalmente deseo sintetizar con esta experiencia la necesidad de plantear proyectos participativos que incorporen a la comunidad, no a la aplicación sistemática de cada proyecto, sino a la construcción de estrategias comunes que contemplen la participación en todas las instancias de los procesos, a fin de aspirar al concepto

mencionado en el título.

Referencias bibliográficas:

- -Almeida Filho, N y Silva Palm, J.-La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica, Cuadernos médicos sociales, 2003.
- -Calderón, F; Los movimientos sociales en América Latina, OPS. 2006.
- -Castel, R. La metamorfosis de la cuestión social. Buenos Aires, Paidós. 1997.
- -Charpentier, M.-Aprender haciendo. INCUPO, Reconquista, 1999.
- -Cueto M Salud, cultura y sociedad en América Latina. Instituto de estudios Peruanos: OPS. 2000.
- -Gimeno Martín, Interculturalidad y desarrollo. Pág. 65 1995.
- -Holy, Trabajo de campo. 1984; Pág. 4
- -Ministerio de desarrollo social; La Bisagra. Políticas Sociales en acción. 2007-
Menchú, R.- Rigoberta, la nieta de los mayas. Pág. 164/165. Santillana. 1998
- -Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Incidencia del ambiente en los procesos de salud enfermedad, Documento. 2008
- -Monsalvo J.-Diálogo intercultural; una propuesta para la salud pública; Revista de la escuela de salud Pública; Facultad de Ciencias médicas. Universidad de Córdoba, Vol. 16. 2003.
- -Organización Mundial de la salud-Fondo de las naciones Unidas para la infancia; La Declaración de Alma Ata; Ginebra, 1978.
- -Rockwell-Trabajo de campo en antropología, 2004
- -Sethuraman, S. El sector urbano no formal. Definición, medición y política. Revista internacional del trabajo, Ginebra, OIT. 1976.
- -Taylor, S J y Bogdan, R; Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Paidós; Barcelona, 1996.
- -Tobar, artículo revista Isalud. En referencia a Salud Comunitaria, 2007
- -Torres, R; en referencia al sistema de salud argentino y su financiación, Artículo revista Isalud. Noviembre 2008.