



SYP

Salud y Población

ISSN: 1669-0966 // ISSN(en línea) 1669-6980

**Cuadernos de capacitación
de la residencia interdisciplinaria
de educación para la salud**

Jefe de Gobierno

Mauricio Macri

Jefe de Gabinete de Ministros

Horacio Rodríguez Larreta

Ministro de Salud

Jorge Daniel Lemus

Subsecretario de Planificación Sanitaria

Néstor Pérez Baliño

Dirección General de Docencia e Investigación

Kumiko Eiguchi

Dirección de Capacitación y Docencia

Ricardo Rodríguez

RIEpS
Residencia Interdisciplinaria
de Educación para la Salud

La RIEpS es un postgrado remunerado de capacitación en servicio que forma parte desde el año 1987 del conjunto de residencias y concurrencias del sistema público de salud de la Ciudad de Bs.As.

La formación está orientada al desarrollo de las acciones en salud con eje en la Prevención, Promoción y Educación para la Salud en el marco de la Salud Pública-Colectiva, la estrategia de la APS y la Promoción de la Salud. Esta propuesta se basa en la identificación de proceso salud-enfermedad-atención/cuidado, implementación de la planificación local participativa, producción de estrategias socio sanitarias, comunicacionales, educativas y organizacionales y gestión interdisciplinaria e intersectorial.

Las siguientes disciplinas son las que están habilitadas para concursar: Médicos, Odontólogos, Enfermeros, Antropólogos y Lics. en Trabajo Social, Sociología, Psicología, Psicopedagogía, Educación y Comunicación.

Publicación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud

Responsable y Propietario de la Publicación
Dirección General de Docencia e Investigación
Ministerio de Salud – Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Monasterio 480 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Directora de la Publicación
Dra. Kumiko Eguchi

Coordinadora Editorial
Lic. María Andrea Dakessian

Comité Editorial y de Redacción

Lic. Lorena Bande
Lic. Leticia Castellaro
Lic. Gladys Chávez
Lic. Carolina Deguer
Lic. Lilia Delgado
Lic. Luisina González
Lic. Eric Goyos
Med. Eugenia Guareschi
Lic. Verónica Minassian
Lic. Florencia Revale
Lic. David Ríos
Lic. Julieta Silvestri
Lic. Gabriela Trunzo

Comunicación Institucional y Comunitaria
Ministerio de Salud – Gobierno de la ciudad Autónoma de Buenos Aires

Diseño y armado
Marina Benzaquen
Clarisa Alemany

Fotografía de tapa
Asociación Civil Galpón Cultural Piedrabuenarte

Para contactarse
revistasaludypoblacion@gmail.com

Los artículos publicados en Salud y Población son de entera responsabilidad de los autores. Está permitida la reproducción parcial o total de los artículos con la mención de la fuente.

La revista Salud y Población puede consultarse en
http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/revistareps.php?menu_id=19151

ISSN: 1669-0966
ISSN (en línea): 1669-6980

comité
evaluador

Agradecemos la colaboración a quienes participaron en este número como evaluadores externos a los artículos:

Lic. María Inés Bogomolny

Lic. María Carman

Lic. Susana Checa

Lic. Silvia Chejter

Dra. Silvia Ferrer

Dra. Cecilia Kligman

Dr. Antonio Lapalma

Lic. Claudia Lomagno

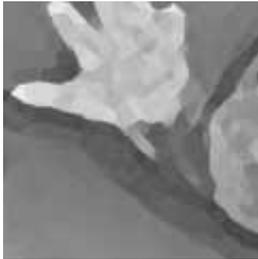
Lic. Laura Rivera

Dra. Anahí Sy

Sr. Washington Uranga

Dra. Silvana Weller

Lic. Debora Yanco



Editorial / Dra. y Prof. Kumiko Eguchi, Directora General de Docencia e Investigación	8
Comentarios Iniciales / Comité Editorial	9
Perspectivas de Análisis	
Lo supuesto, pensado. Una reflexión sobre los supuestos básicos subyacentes y su incidencia en la práctica de los profesionales formándose en Educación para la Salud / Lic. Carla Del Duca, Lic. Julieta Fazzini, Lic. Estibalz Cuesta Ramunno, Lic. Leticia Castellaro, Med. Eugenia Guareschi	10-13
Traspassando fronteras: la importancia de la interdisciplina para el veterinario / Vet. Noelia Stefani	14-17
Sala de espera, palabras inesperadas. Reflexiones en torno a espacios de Promoción y Educación para la Salud en sala de espera / Lic. Cecilia Andiazaabal, Lic. Betina Burkman, Lic. Nancy Moran	18-23
Lo (in)visible de la violencia: una mirada desde la Promoción de la Salud / Lic. Karina Angeleri, Lic. Lorena Bande, Lic. Adriana Cacace, Lic. Agustina Ortiz, Lic. Silvia Tapia, Lic. Silvana Treviño	24-28
La consulta odontológica en adolescentes escolarizados: una aproximación a sus condicionantes / Lic. Mercedes Caiman, Lic. Carolina Deguer, Lic. Laura Grigaitis, Lic. Ana Pagadizabal, Lic. Silvia Tapia	29-33
Experiencias de acción	
Suban el volumen. Una experiencia de radio en escuelas medias / Lic. Gabriel Højman, Lic. Flavia Llaneza, Lic. Gabriela Taboada, Lic. Maximiliano Jeshen, Lic. Analía Abregú, Lic. Jessica Ferrer	34-38
Viviendas multifamiliares: interrogantes en el contexto de la intervención / Lic. Analía Almaeck, Lic. Betina Burkman, Lic. Julieta Silvestri, Lic. Carolina Sticotti	39-44
El desafío de construir un equipo interdisciplinario en salud bucal. Informe de una experiencia en los barrios de La Boca y Barracas / Odo. Cristina Culacciatti, Lic. Verónica Lanzette, Lic. Florencia Revale, Odo. Irene Sandoval, Lic. M. Soledad Seijas Cabrera	45-51
Construyendo entre todos salud en la escuela. Abordaje integrado e integral de la salud mental en el ámbito educativo / Lic. Laura Domínguez Alonso, Lic. Eduardo Tissera, Lic. Carolina Viale, Lic. Paula Cortona	52-57
Trabajo en terreno en el asentamiento Los Pinos / Lic. Carolina Deguer, Enf. Roberto Repetto y Andrada, Lic. Gabriela Trunzo, Lic. Daniela Zarowsky	58-62
Espacio joven. Adolescentes y equipo de salud: construcción de una trama en la Promoción de Salud / Lic. Andrea Berra, Lic. Silva Kargjeman, Lic. Mariela La Salvia, Med. Cecilia Martínez Calejman, Med. Viviana Mazur, Med. Marisa Menestrina	63-68
Promoción de las lecturas, una apuesta a la salud / Lic. María José Bórquez, Med. Liliana González, Lic. Mariana Kielmanovich, Lic. Analía Martínez, Lic. Claudia Salinas, Lic. Daniela Varela	69-73
Dossier: Historias de Atención Primaria de la Salud (APS)	74
Cómo se logra que el pueblo diga: nosotros también entendemos de salud. Entrevista al Dr. Mario Testa / Lic. María Andrea Dakessian, Lic. Carolina Deguer, Lic. Eric Goyos, Lic. Julieta Silvestri	75-80
ATAMDOS: Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud. Reflexiones sobre la experiencia / Enf. Gladys Chávez, Lic. Luisina Gonzalez, Lic. Verónica Minassian, Lic. Gabriela Trunzo	81-85
El período de oro de la APS, la experiencia de Eldorado / Lic. Leticia Castellaro, Lic. Lilia Delgado, Med. Eugenia Guareschi, Lic. Florencia Revale	86-91
Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS): su organización y su propuesta formativa	92
Normas de publicación	94

La capacitación en servicio de los y las residentes y concurrentes (médicas y del equipo de salud, básicas y postbásicas, disciplinarias e interdisciplinarias) implica no sólo adquirir las competencias específicas de su especialidad sino adquirir competencias en investigación, trabajo en equipo, comunicacionales, ligadas a la gestión en general y del conocimiento, a la salud pública y la promoción de la salud; acompañado este proceso por un fuerte impulso a la creatividad y la vocación de servicio hacia el paciente, las familias y la comunidad basado en principios éticos.

En sintonía con el despliegue de algunas de estas competencias es que desde esta Dirección continuamos con este proyecto de publicación y somos partícipes del proceso de trabajo y formación. En este número se reúnen los escritos de muchos profesionales que trabajan en el sistema público de salud de esta Ciudad y está destinado para ellos y muchos más.

La multiplicidad de disciplinas, temáticas y problemáticas, tipos de abordaje caracteriza esta publicación reflejando el gran espectro propio de la salud pública hoy.

La residencia interdisciplinaria de educación para la salud (RIEpS) cumple con la estrategia de renovación de APS en fomentar la promoción y protección de la salud articulando el primer nivel de atención con el segundo nivel, en sintonía con las estrategias del nivel central a través de las redes y programas de salud. También realizan un importante desarrollo de trabajo comunitario e intersectorial tomando como base los problemas de las personas que viven en nuestra Ciudad desde las perspectivas de género y derechos.

Los residentes se han comprometido con los temas epidemiológicos más relevantes en estos últimos años, colaborando en servicio y educación a la comunidad en el marco del desarrollo de las líneas de acción de este Ministerio.

El entusiasmo por la investigación de los problemas de salud en el marco de los determinantes sociales, han dado sus frutos y algunos de esos exponentes son publicados en este número.

editorial

Prof. Dra. Kumiko Eiguchi
Marzo 2011

“Para que el potencial de cambio se materialice es necesaria mucha reflexión y son necesarias dos condiciones: procesar adecuadamente el nuevo conocimiento y transformarlo en nuevas razones para la movilización”.

Boaventura de Sousa Santos

El primer número de esta revista se publicó en el año 1999 y se constituyó en una propuesta formativa más amplia que fue ideada por la Lic. Haydee Lorusso, la Coordinadora General de la Residencia en ese momento.

Uno de los objetivos iniciales de esta publicación, entendida como cuadernos de capacitación, fue la visibilización de la residencia como un actor dentro del sistema. Un actor que representaba y se enmarcaba en el campo de la salud, aportando un modo de pensar y hacer interdisciplinario, con base epidemiológica, con herramientas para la acción local y fuerte compromiso y responsabilidad institucional y social. En la actualidad, continuamos con esos objetivos y priorizamos la posibilidad de intercambiar experiencias, conceptos e interrogantes con otros actores.

En este sentido, el proceso de construcción de la revista es un proyecto general de la RIEpS, entendido como una propuesta colectiva que reúne a todos los niveles organizacionales de la residencia (residentes de todas las sedes, jefes/as de residentes, coordinadora general y egresados/as que actualmente trabajan en el sistema de salud).

Muchos son los objetivos de aprendizaje que se conjugan en este producto, uno que nos parece central es la posibilidad de producir y comunicar nuestras experiencias y la de otros/as profesionales, así como los interrogantes que surgen de las prácticas cotidianas en un contexto con aspectos favorables y otros no tanto.

Esta publicación intenta aportar a la consolidación de un cuerpo conceptual metodológico que conjugue los aportes de muchos/as, recupere los aportes de antes y ponga en escena los nuevos.

En esta oportunidad se presentan doce artículos escritos por profesionales de planta y residentes de siete efectores del sistema público de salud. Por otra parte, el dossier "Historias de atención primaria de la salud (APS)" es un gran orgullo para este comité editorial porque brindó la posibilidad de recuperar, una vez más, las voces de trabajadores/as y formadores/as como Alicia Stolkner, Mario Testa y Floreal Ferrara y distintos compañeros que formaron parte de la experiencia ATAMDOS.

A todos/as nuestro agradecimiento, como así también a los evaluadores/as que nos han acompañado y aportado su experiencia y conocimiento para enriquecer las producciones que a continuación compartimos con ustedes.

Coordinadora Editorial

Comité Editorial y de Redacción

Revista Salud y Población N° 7

Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud

Comentarios iniciales

Lo supuesto, pensado

Una reflexión sobre los supuestos básicos subyacentes y su incidencia en la práctica de profesionales formándose en Educación para la Salud

Lic. Carla Del Duca*
 Lic. Julieta Fazzini**
 Lic. Estibaliz Cuesta Ramunno***
 Lic. Leticia Castellano****
 Med. Eugenia Guareschi*****

“Abandonar el supuesto de que las creencias de los demás obedecen a la necesidad, mientras que las suyas -en nuestro caso profesionales de la salud-sólo obedecen a los dictados de la lógica y la razón”

Alvin W. Gouldner

Resumen

Este artículo se propone exponer resultados de la jornada de reflexión sobre las propias prácticas y saberes profesionales que realizó el equipo de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud del Área del Penna. En esta jornada comenzamos un proceso de objetivación de los supuestos básicos subyacentes (SBS) que guían nuestras intervenciones en el campo de la Educación para la Salud. Direccionamos este proceso desde cuatro ejes: “El otro” como sujeto de intervención, el rol del profesional en el ámbito de la educación para la salud, la salud-enfermedad y la interdisciplina. A partir de este proceso logramos reconocer que estas concepciones básicas, aunque no suelen hacerse explícitas, orientan nuestras prácticas y teorías. Por lo tanto, consideramos que trabajar sobre los SBS constituye una metodología válida y necesaria como un paso para la construcción de un conocimiento y una praxis comprometida.

Palabras claves: profesionales – educación para la salud – supuestos básicos subyacentes

Explicitando los supuestos...

Durante el mes de marzo del año 2010, en el equipo RIEpS (Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud) del Hospital “Dr. J. M. Penna”, nos propusimos poner como objeto de estudio nuestras propias representaciones (1) y prácticas. El propósito fue repensar el trabajo que cotidianamente realizamos como profesionales dentro del campo de la salud, analizando los saberes que orientan la praxis hacia la promoción, prevención y educación para la salud. Cuando ingresamos como residentes al sistema de salud entramos a un campo de juego que se asemeja a un campo de fuerzas, como señala el sociólogo francés Pierre Bourdieu (2000): un campo de poder. El campo es el espacio de las disposiciones de poder. El campo de la salud (así como el campo de la educación, el campo religioso, el campo científico etc.) también es un espacio estructurado de posiciones cuyas propiedades dependen

*Lic. en Psicología. Residente de 3º Año de Educación para la Salud. CeSAC N º10 y 39. Área Programática del Hospital J. M. Penna. carlade180@gmail.com

**Lic. en Ciencias de la Educación. Residente de 3º Año de Educación para la Salud. CeSAC N º10 y 39. Área Programática del Hospital J. M. Penna. julietafazzini@hotmail.com

*** Lic. en Antropología, Residente de 2º Año de Educación para la Salud. CeSAC N º10 y 39. Área Programática del Hospital J. M. Penna. estibaliz_c@fibertel.com.ar

del lugar que se ocupe. Cada campo tiene sus reglas de juego, que funcionan, para el que ingresa a él como generales. En palabras del autor: "Un campo se define, entre otras formas, definiendo aquello que está en juego y los intereses específicos, que son irreducibles a lo que se encuentra en juego en otros campos o a sus intereses propios y que no percibirá alguien que no haya sido construido para entrar en ese campo [...] Para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté dotado de los *habitus* (2) que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes immanentes al juego, de lo que está en juego, etcétera" (Bourdieu, 1990:135)

Efectivamente, un campo se define desde adentro, desde sus actores posicionados. El campo de la salud está compuesto, entre otros, por profesionales de la salud. Éstos se ubican generalmente, con un capital simbólico particular: su saber experto (Giddens, 2002). Más adelante profundizaremos esta cuestión.

Ahora nos interesa continuar con la descripción de nuestros roles. Dentro de la escena diaria de nuestras intervenciones, realizamos una performance: muchas veces somos protagonistas, otras veces cumplimos roles secundarios, y la mayoría de las ocasiones somos sorprendidos espectadores de una realidad cotidiana de la cual muchas veces pretendemos participación y movilización. Suponemos que somos necesarios y que nuestros saberes deben ser conciliados con los procesos que los propios grupos sociales llevan a cabo. Pero esta pretensión (que se traduce en acciones concretas) no siempre trae aparejado los resultados que queremos alcanzar. Y es en estas instancias donde creemos necesario apartar el foco de estudio de los sujetos que se atienden por el sistema de salud para convertirnos en objetos de estudio a fin de mejorar nuestro trabajo diario.

Ahora bien, ¿cuál es la finalidad de este giro de estudio? ¿De qué manera la objetivación de uno puede resultar en una objetivación del otro?

Para contestar estas preguntas desarrollaremos punto por punto, los supuestos, teorías y motivaciones desde las cuales partimos.

Comenzaremos por nuestros saberes. Los saberes profesionales incluyen las prácticas y las representaciones sociales y técnicas a nivel de los conjuntos sociales y profesionales (Menéndez, 1994). En la jornada de trabajo partimos de pensar a nuestros saberes profesionales no como un simple cúmulo progresivo de conocimientos atesorados, sino también como saberes mediadores de procesos políticos e ideológicos que nos posicionan en el campo. Es decir, partimos de pensar que el saber profesional, contemplado como una práctica, es producto de la relación dialéctica entre el profesional y la sociedad, e implica constantes ajustes microsociales puesto que debe articular distintos discursos disciplinares (Comelles, 1996) y valoraciones morales que varían según los contextos sociales.

Los saberes, como mediadores de procesos, dejan de ser algo estático, amoral o apolítico, insertándose de lleno en el ámbito de la moralidad, la historia y la legitimación de las prácticas. Para Alvin Gouldner en los saberes profesionales y técnicos subyacen supuestos básicos que "establecen los límites dentro de los cuales se afirman o niegan los atributos imputados al mundo social" (Gouldner, 2000:34). Estos supuestos básicos subyacentes (a partir de aquí: SBS) son, para este autor, herramientas cognoscitivas cargadas de afectividad que surgen en los comienzos de nuestra socialización dentro de una cultura particular y se hallan profundamente arraigadas en nuestra estructura de carácter. En su libro más célebre "La crisis de la sociología occidental" (1970), el autor mencionado desafía a sus colegas sociólogos a "una nueva y mayor conciencia de sí mismos, que los conduzca a plantearse sobre sí mismos preguntas análogas a las que se plantean sobre los conductores de taxi o los médicos y a responderlas del mismo modo. Esto significa, sobre todo, que debemos adquirir el inveterado hábito de examinar nuestras propias convicciones como si fueran ajenas [...] deben abandonar el supuesto -humano, pero elitista- de que las creencias de los demás obedecen a la necesidad, mientras que las suyas solo obedecen a los dictados de la lógica y la razón" (op.cit, 2000:31). Propone dejar de reconocer la existencia de dos tipos de hombres; sujetos y objetos, cuya conducta hay que examinar de manera diferente. En este sentido planteamos pensar el binomio profesionales/usuarios.

La actividad que realizamos se basó en una adaptación teórico-metodológica de la propuesta del autor al análisis de los SBS que residen en nuestras representaciones, definiciones y prácticas de profesionales de la Educación para la Salud (A partir de aquí: EpS). La propuesta surgió por las experiencias cotidianas que nos interpelan a buscar vías válidas de de-construcción de nuestros saberes, a fin de salvar la brecha existente entre las concepciones aprehendidas fuertemente en nuestros campos disciplinares y las intervenciones que implican la interacción entre distintas realidades.

Podemos ejemplificar esta idea con el proyecto "Alimentación y crianza" (3). La posibilidad de trabajar en equipo interdisciplinario nos permitió comprender y problematizar la temática del bajo peso y la desnutrición en los niños. Consideramos que esto fue posible porque en los espacios de intercambio intentamos permanentemente correr del rol de "profesionales del deber ser", para situarnos en un lugar de escucha y apertura hacia otro tipo de conocimiento: el saber de las familias en la complejidad de su cotidianidad. Permitiendo, de este modo, a los verdaderos actores intercambiar y construir coec-



**** Lic. en Trabajo Social, Residente de 1º Año de Educación para la Salud. CeSAC N º10 y 39. Área Programática del Hospital J. M. Penna. leticastellaro@hotmail.com
 ***** Médica, Residente de 1º Año de Educación para la Salud. CeSAC N º10 y 39. Área Programática del Hospital J. M. Penna. eugueareschi@hotmail.com

tivamente estrategias de afrontamiento del problema desde sus experiencias de vida. En el proyecto mencionado el discurso del deber ser, es decir, nuestro conocimiento estrictamente técnico, fue interpelado desde dos frentes: por un lado los saberes de las participantes sobre la crianza y la alimentación de sus hijos, y por el otro con nuestras propias experiencias personales e historias en relación a la problemática. Nuestros SBS sobre cómo debe ser la crianza de los niños aparecían, muchas veces, en forma de un discurso experto, y condicionaban el diálogo abierto y reflexivo con las participantes.

Cuatro categorías, infinitos supuestos

Siguiendo la línea reflexiva que nos plantea el quehacer cotidiano en cada proyecto, nos propusimos realizar una jornada de trabajo en la cual sean objeto de estudio y reconocimiento, nuestros SBS. Para ello partimos de la reflexión desde la subjetividad individual sobre cuatro categorías que son centrales en nuestras prácticas: "el otro" sujeto de intervención, el rol profesional en el ámbito de la educación para la salud, la salud – enfermedad y la interdisciplina.

Con este proceso de reflexión no buscábamos definiciones de tipo académicas, o del "deber ser teórico", que muchas veces (la mayoría de ellas demandadas y necesarias para la práctica) disocian al propio profesional como sujeto. Es decir, buscábamos alejarnos de la falsa creencia de que es posible pensar y actuar desde un saber técnico y objetivo en algunos contextos, mayormente los institucionales, y pensar y actuar como sujetos socializados en diferentes contextos producto de los itinerarios vitales particulares, en otros.

Posteriormente, pusimos en común el trabajo individual a través de una discusión grupal. Lo que nos permitió visualizar este trabajo es la multiplicidad de supuestos detrás de cada categoría para cada una de las integrantes del equipo. Esto, además, puso en evidencia las diferencias de criterio que pueden ser sutiles, pero que se ponen en juego en los discursos y las prácticas de un equipo interdisciplinario, aún cuando se piense que todos partimos de las mismas concepciones de intervención y comulgamos con ellas. Pero más allá de los contenidos referidos a una disciplina particular también encierran creencias construidas en la práctica en un ámbito público de la salud y en la trayectoria personal y cultural de cada uno.

Todas las representaciones, y sus supuestos contenidos en ellas dieron cuenta del "otro" como una entidad compleja:

"Diversas dimensiones atraviesan al sujeto y lo construyen: educación, religión, cultura, sociedad, política, economía, ambiente, medios de comunicación, moralidad"

"Está inserto en instituciones de: educación, salud, trabajo, religión, justicia, policía, recreación, y legislación"

"Conocer al otro implica reconocer los atravesamientos de condiciones materiales de existencia, los procesos subjetivos, las experiencias y prácticas, las capacidades y potencialidades"

"Está determinado por el contexto social, cultural y económico en que vive, y es atravesado por múltiples condiciones que requieren de una mirada compleja para poder acercarse a conocerlo" (Discurso textual)

Estos SBS muestran la dificultad de poder abstraer al sujeto y la necesidad de definirlo haciendo referencia al contexto en el cual interactúa y a otros sujetos. Es decir, que el sujeto se va definiendo en la interacción con otros.

"El sujeto no existe sin otro, se constituye en la otredad y también en función

de un paradigma de época, un ethos"

"No es sin otros, sin familia"

"El otro no es una construcción a priori, por lo que es importante interpelar las nociones que exponen al sujeto como algo dado, desnaturalizarlas" La autonomía de los sujetos y su capacidad de intervenir sobre la realidad es otro aspecto que se explicitó en la mayoría de las transcripciones.

"Es capaz de modificar la realidad pero dentro de ciertos márgenes"

"Es un ser autónomo, pero dependiente, con ideologías, prejuicios, mitos y convicciones, saberes y no saberes. Sobre los no saberes se interviene con una ideología/intencionalidad basado en la moral (bien-mal)"

"Es un ser autónomo, trae consigo un bagaje de conocimientos, creencias y experiencias"

Este supuesto compartido es la condición que guía nuestras intervenciones en EpS, ya que la misma apunta a la construcción colectiva de herramientas y estrategias para la mejora de la calidad de vida de los sujetos. Sin embargo, en algunas ocasiones esta intencionalidad de la EpS tiene sus límites en la misma autonomía del sujeto que le permite decidir participar o no de nuestras intervenciones, así como si participa, utilizar las herramientas y el conocimiento construido de manera independiente adaptándolas a su realidad.

"Promover la autonomía del otro implica aceptar que no siempre las elecciones de los sujetos van a acordar con las nuestras, a pesar de nuestras intervenciones"

Por otro lado, las diferencias disciplinares se evidencian en la concepción del "otro" como cuerpo biológico desde un discurso biomédico "desde mi disciplina se pone énfasis en el estudio del cuerpo y sus variables y se concibe al sujeto como paciente, alguien que espera, que necesita ser escuchado porque su problema es de importancia vital y no se puede ir sin una respuesta" y un sujeto inconciente-conciente que emerge de la dialéctica psicológica "El otro implica a un ser humano, un cuerpo que siente dolor y placer, tiene deseos y frustraciones, está constituido y es regido por un

inconciente-conciente". Si bien en ambos casos no se excluye la dimensión socio-histórica para definirlos no serán las mismas las intervenciones de uno y otro profesional en función de estos supuestos.

Para finalizar este artículo, señalar que este ejercicio nos permitió reconocer y poner sobre la mesa algunos de los SBS. Y de esta manera desnaturalizar las concepciones, teorías, creencias y posiciones que guían nuestras prácticas, como así también los pre-juicios sobre concepciones disciplinares, abriendo un espacio para continuar pensando cómo es concebido el rol del profesional de la EpS. Nos permitió también identificar SBS en común, preexistentes a nuestra capacitación en la RIEpS, como por ejemplo el concepto ampliado de salud y la concepción del sujeto como una entidad compleja, que interacciona en un contexto y que se construye con el otro. Además encontramos en la concepción de autonomía del sujeto un SBS que permanecía tácito en el equipo y que pudimos explicitar y reconocer como guía de nuestras intervenciones, interpelándonos, de ahora en más, en forma cotidiana y resignificando las actividades.

Siguiendo esta línea de análisis, la actividad compartida nos generó los siguientes interrogantes: ¿Cómo influye en nuestras prácticas el reconocer que promover verdaderamente la autonomía del otro implica aceptar

que no siempre las elecciones de los sujetos van a acordar con las nuestras, a pesar de nuestras intervenciones? ¿Qué consecuencias para nuestro trabajo diario trae reconocer a la EpS determinada por supuestos e ideologías? ¿En qué podría beneficiar a nuestro trabajo reflexionar sobre estos supuestos e ideologías? ¿Cómo se construye el juego e interrelación en la que los otros sujetos nos habilitan o permiten el despliegue de nuestros saberes discursos, prácticas e intervenciones? ¿Quién legitima nuestros discursos? ¿La disciplina y el sistema de salud en que medida son suficientes para habilitarnos al juego? Y si creemos que no son suficientes ¿cómo construir esa legitimidad con el otro? y por último, si hablamos de autonomía del sujeto, y a la luz de esta convicción, ¿estamos verdaderamente dispuestos a aceptar que las elecciones de los sujetos no siempre van a acordar con las nuestras, a pesar de nuestras intervenciones?

Notas

(1) Para Denise Jodelet las representaciones se vinculan a sistemas de pensamiento más amplios, ideológicos o culturales, a un estado de conocimiento científico, como a la condición social y a la esfera de la experiencia previa y afectiva de los individuos (Jodelet, D., 2006)

(2) "El habitus como sistema de disposiciones adquiridas por medio del aprendizaje implícito o explícito que funciona como un sistema de esquemas generadores" (Bourdieu, 1990: 141)

(3) El proyecto de "Alimentación y crianza" es llevado a cabo por el equipo de la Residencia Interdisciplinaria de Educación (RIEpS) de la sede formadora del Área programática del Hospital General de Agudos José María Penna. Tiene como objetivo general: "Mejorar las capacidades y aptitudes de las familias para responder a las necesidades de los niños/as bajo peso que concurren al control pediátrico del Programa de Vigilancia Nutricional en el CeSAC N° 10, y acompañarlos en la recuperación de su peso". El proyecto comenzó a implementarse en el mes de julio del 2008 a través de talleres participativos semanales con las madres o familiares que acompañan a los niños con bajo peso, previamente al control pediátrico.

Referencias Bibliográficas

- ✓ **Bourdieu, P. (2000):** "Cosas Dichas". Barcelona. Gedisa. 1990: "Sociología y Cultura". Grijalbo.
- ✓ **Comelles, J. (1996):** "Las profesionales y el Estado" En: Ensayos de antropología cultural Prat E. y A. Martínez (comp). Barcelona. Ariel Antropología.
- ✓ **Gouldner, A. (2000):** "La crisis de la sociología occidental". Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- ✓ **Jodelet, D (2007):** Seminario "El abordaje psico-sociológico del cuerpo y su posicionamiento en el seno de las ciencias humanas". Centro Franco Argentino. Buenos Aires 24/9/07 al 5/10/07.
- ✓ **Menéndez, E. (1994):** "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" En: Alteridades México. Año 4. N° 7. UAM, Iztapalapa.
- ✓ **Giddens, A. (2002):** "Modernidad e identidad del yo-el yo y la sociedad en la época contemporánea". Buenos Aires. Península.

Traspasando fronteras:

La importancia de la interdisciplina para el veterinario

Vet. Noelia Stefanic*

Resumen

Este trabajo da cuenta de los aportes generados a partir de la articulación entre la Residencia de Veterinaria en Salud Pública (RVSP) y la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS).

El trabajo conjunto con los profesionales de las ciencias sociales facilita el vínculo del veterinario con la comunidad y con el equipo de salud brindando nuevas herramientas para la planificación y desarrollo de proyectos participativos en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC's).

A partir de nuestra experiencia como veterinarios en el campo de la salud pública, consideramos que el trabajo interdisciplinario implica un alto grado de enriquecimiento mutuo que, a su vez, es primordial para abordar el proceso salud-enfermedad en forma integral.

Palabras clave: interdisciplina - salud integral - proyectos comunitarios

La Residencia de Veterinaria en Salud Pública

En el año 1999, a partir del Decreto N° 1258, se crea la RVSP incorporándose al Sistema de Residencias del Equipo de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La creación de dicha residencia impulsa un cambio de paradigmas para el joven profesional. A partir de ese momento, el médico veterinario tiene la posibilidad de elegir una capacitación de posgrado en servicio que lo acerque a la población humana.

La principal función del veterinario inmerso en el ámbito de la salud pública es la prevención y el control de las enfermedades comunes y transmisibles entre los seres humanos y los animales. Esto se realiza a través de diferentes dispositivos como la vigilancia epidemiológica de zoonosis urbanas (1), el diag-

nóstico y tratamiento de dichas enfermedades y, principalmente, el trabajo en conjunto con los equipos de salud para lograr, por parte de la comunidad la adopción de prácticas saludables mediante el desarrollo de proyectos participativos de educación para la salud.

Entre las acciones de la RVSP se distinguen tres ejes prioritarios:

- Vigilancia epidemiológica de zoonosis urbanas: incluye la prevención y control de enfermedades zoonóticas de ciclo urbano y el desarrollo y ejecución de investigaciones epidemiológicas.
- Educación para la promoción de la salud: promoviendo la adopción de prácticas saludables en la convivencia humano-animal, fomentando la higiene alimentaria y promocionando la generación de prácticas para el cuidado del medio ambiente.
- Acciones preventivas a nivel comunitario: mediante el control del crecimiento poblacional canino y felino, la vacunación antirrábica y desparasitación de animales domésticos, y la toma de muestras para la detec-

* Veterinaria. Residente de 1º Año de Veterinaria en Salud Pública. Instituto de Zoonosis "Luis Pasteur". noestefanic@gmail.com

ción de posibles fuentes de infección de enfermedades zoonóticas.

Se espera que al completar su formación, el perfil del veterinario egresado de la RVSP cuente con un nivel de capacitación que le permita formar parte de centros o departamentos de zoonosis, de vigilancia epidemiológica o de salud pública, ya sea en el ámbito oficial como en el privado.

La sede de la RVSP es el Instituto de Zoonosis Luis Pasteur (IZLP) que fue fundado con la denominación de "Antirrábico" en 1927, en el mismo lugar donde el Dr. Desiderio Davel había realizado anteriormente la primera vacunación antirrábica de la Argentina. Desde el año 1988, luego de haber logrado grandes avances en el control de la rabia, el Instituto cambia su nombre por el actual y orienta sus actividades hacia un mayor espectro de zoonosis.

Una nueva sede formadora para la RIEpS (2) A partir de 1998, la política institucional del IZLP comienza a prestar mayor importancia a la promoción, la investigación y el trabajo comunitario en el campo de las zoonosis. Con el fin de afianzar las acciones de promoción, en ese mismo año se crea el Área de Educación para la Promoción de la Salud integrado por profesionales de diferentes disciplinas y orientado hacia la formación y actualización de recurso humano de salud y educación. Entre las tareas realizadas por este área se describen actividades de capacitación docente del sistema educativo público y privado, desarrollo e implementación de campañas de difusión de temas prioritarios de salud y, específicamente en el sector de salud, se ha dedicado a la formación de residentes de la RVSP y la RIEpS, enfermeros y personal de hospitales en la temática de zoonosis.

En el año 2007, se crea una Unidad de Capacitación en Prevención, Promoción, y Educación para la Salud con sede en el Área de Educación para la Salud del IZLP. Ésta, se encuentra cogestionada por el área anteriormente citada, la RIEpS y por la Dirección de Capacitación e Investigación del Gobierno de la Ciudad de Buenos



Aires. La coordinación de esta unidad se da por la asignación de un Instructor para tal fin, el Equipo de Jefatura y por la Coordinación General de la RIEpS. El objetivo de la misma es planificar y llevar a cabo actividades de capacitación para que los residentes de Educación para la Salud adquieran herramientas de gestión metodológica, tecnológica y de investigación.

Una vez afianzada la Unidad de Capacitación, se abre, en Junio de 2009, la 7ª sede formadora para la RIEpS siendo asignados a la misma dos Licenciadas en Ciencias de la Comunicación como residentes de 2º año (ya habían cursado su 1º año de residencia en la sede del Hospital Durand), una Licenciada en Sociología como residente de 1º año y, a cargo de ellas, el instructor con función de jefe de residentes perteneciente a la disciplina de Enfermería.

Como eje central "la RIEpS busca capacitar en servicio a sus profesionales, optimizando sus capacidades de identificar los problemas de salud prioritarios de las comunidades de la ciudad, de utilizar la planificación local participativa como instrumento de trabajo y de producir estrategias socio-sanitarias, comunicacionales, educativas y organizacionales con los equipos de salud y de motorizar e integrarse en una gestión interdisciplinaria e intersectorial de la salud que se desarrolle con eficacia en los diferentes ámbitos urbanos" (Cabral, A. L., Di Lorenzo, S., Lorusso, H. y Rodríguez, P., 2003: 5). Adicionalmente, el nuevo equipo de trabajo se enfrentaba a otro desafío: insertarse en una institución donde las enfermedades tratadas se limitan a un grupo de zoonosis no comúnmente abordadas en el ámbito de los hospitales y CeSAC's.

Un año de experiencias compartidas

Desde su incorporación al IZLP, fue estratégica la decisión de que los integrantes de la RIEpS compartieran el lugar de reuniones con la RVSP, fomentando el interés mutuo entre las residencias y posibilitando la interacción cotidiana. Al comienzo, era notorio el muro divisorio entre las diferentes discipli-

nas pero, con el tiempo, las actividades se fueron entrelazando mediante la programación de ateneos y la planificación de proyectos de intervención. De esta manera, se fueron creando espacios para el intercambio de ideas y el conocimiento de las disciplinas ajenas a la propia.

Trabajar en un grupo conformado por diferentes disciplinas imprime, inevitablemente, variantes a lo cotidiano. Implica un cambio en el modo de trabajo, una alteración en el ritmo y muchas veces incluye, también, discusiones ideológicas que llevan, finalmente, a la superación de los desafíos constantes en los proyectos de salud. Esto no se traduce en la pérdida de identidad disciplinaria, sino todo lo contrario, desde la especificidad de cada profesión se logran los aportes necesarios para el abordaje de las problemáticas en salud.

Al leer el Artículo 3° de la Ley Básica de Salud N° 153 del Gobierno de la Ciudad donde se enuncia que la garantía de la salud se sustenta, entre otros, en "...la concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente..." (Ley N° 153,1999: 1), surge un planteo que nos remite al significado de sistemas complejos. Pensar de modo integral la salud nos lleva a considerarla como una totalidad organizada que funciona a partir de la "confluencia de múltiples factores que no son aislables y que, por consiguiente, no pueden ser descriptos y explicados "sumando" simplemente enfoques parciales de distintos especialistas que los estudien de forma independiente" (García, 1994: 5). De aquí parte la importancia de la interdisciplina en salud.

Luego de la creación de la sede de la RIEpS en el IZLP, se ha notado un gran cambio en el trabajo cotidiano de la RVSP. Han sido numerosos y sumamente enriquecedores los espacios de encuentro entre ambas residencias.

La articulación entre las dos residencias se dio a través de las siguientes actividades:

- Ateneos de formación en los cuales el eje central ha sido exponer y analizar diferentes sistemas nacionales de salud, con el objetivo de reflexionar acerca de la participación de los integrantes de ambas residencias en la implementación de cambios para la mejora del sistema actual.

- Planificación y desarrollo de proyectos comunitarios:

- "Proyecto de intervención para la disminución de los microbasurales en el asentamiento Los Pinos". En este trabajo se han llevado a cabo talleres sobre la problemática de la basura y la relación de la misma con la presencia de roedores y el riesgo que éstos implican para la salud de la comunidad. También se gestionó el pedido de un volquete ante el Centro de Gestión y Participación y el Ente de Higiene Urbana para contribuir al saneamiento ambiental del barrio.

- "Vigilancia epidemiológica de sarna sarcóptica zoonótica en la población canina del asentamiento Los Pinos en el año 2010". Éste es un trabajo que surge a partir de la propuesta realizada por parte del Área de Educación para la Promoción de la Salud y de la RIEpS del IZLP a los residentes de 1° año de la RVSP que se encontraban realizando su rotación en dicha área. Cabe destacar que todos los años se venía realizando la planificación teórica de un proyecto de estas características, pero este es el primer año que el producto de esa actividad es llevado a la práctica. Aclaramos que este proyecto se encuentra aún en marcha y que cuenta también con la participación de la Residencia de Medicina General y Familiar del CeSAC N° 24.

- Desarrollo de cine debate. Estos espacios de encuentro han sido propues-

tos para producir los intercambios necesarios para la profundización del proceso salud-enfermedad-atención como objeto de estudio. Se han elegido películas que nos permitan conocer la visión de cada disciplina acerca de los distintos componentes que se encuentran incluidos en el concepto de salud integral.

- Participación en las II Jornadas de Salud y Sociedad en Octubre de 2009 en las cuales tuvimos la posibilidad de reflexionar, entre otros ejes, acerca de la incumbencia del veterinario en el contexto de la salud pública.

- Rotación interna en la RIEpS por una residente de 3° año de la RVSP. Esta rotación electiva surge a partir del interés, por parte de una residente, de perfeccionar metodologías propias del área de educación para la salud y de la intención de construir espacios de intercambio con otras disciplinas.

La interdisciplina: un camino por hacer

En este artículo reflexionamos sobre la interdisciplina como un proceso y no como la mera coordinación de resultados. Por esto, creemos que este es el comienzo de un largo camino de trabajo conjunto para el equipo formado por la RIEpS y la RVSP en el IZLP.

La experiencia de trabajar en proyectos comunitarios junto a profesionales de las ciencias sociales implicó un cambio de visión para los veterinarios que integramos la RVSP. Tal vez sea por la celeridad con la que se nos enseña a actuar, que al comienzo resultaba sumamente difícil dedicar el tiempo necesario para hacer el diag-



nóstico de situación. Cada visita al asentamiento implicaba la posterior redacción del "diario de ruta" en el cual debíamos volcar todos los detalles, comentarios y reflexiones del grupo. Coincidimos con Alicia Stolkiner cuando afirma que "la incorporación a un equipo interdisciplinario conlleva necesariamente una etapa de crisis de identidad. Este primer momento de confusión, es una etapa que hay que poder sostener y atravesar porque de hecho cuando uno hace experiencia de trabajo interdisciplinario sostenida, una parte de esa experiencia es la incorporación del lenguaje de las otras disciplinas y de alguna manera la comprensión de la lógica de las otras disciplinas" (Rosas, 2005: 54). El trabajo conjunto implicaba aprender a trabajar de otro modo, redefiniendo problemáticas desde perspectivas que en nuestra disciplina no se planteaban. En ello vemos reflejado lo que afirma Beatriz Kalinsky sobre la interdisciplina "es la circulación e interferencia de conocimientos" (Kalinsky, 1995: 25).

Como profesionales pertenecientes a las ciencias duras, los veterinarios no estamos académicamente preparados para afrontar las complejas problemáticas sociales que se presentan en el trabajo comunitario. Luego de compartir este año de capacitación en servicio junto al equipo de la RIEpS, hemos podido adquirir una variedad de dispositivos para el abordaje de actividades tales como talleres en los que muchas veces resulta difícil coordinar y reflexionar temas específicos cuando son tantas las necesidades insatisfechas. Las formas de hablar, de observar, analizar y documentar la realidad constituyen para la RIEpS una metodología de trabajo que resulta muy útil para nuestra disciplina a la hora de vincularnos con la comunidad y el personal de los CeSAC's.

Muchos han sido los aprendizajes a partir de la articulación de ambas residencias pero todavía queda por delante mucho por hacer para llegar a la construcción del abordaje interdisciplinario en salud. "Lo fundamental, entonces, será salir del aislacionismo aún vigente y abocarnos al trabajo en equipo, "sin saberes absolutos", sino en la

búsqueda constante de modelos teóricos que permitan resolver los problemas que la realidad plantea" (Elichiry en Crosta, 2005, 52). Las herramientas para lograrlo seguramente incluyan más espacios de intercambio, intencionalidad y valorización de lo ajeno a la propia disciplina. Siendo la interdisciplina un diálogo entre diferentes, el cultivo de la misma supone que podamos disfrutar de la fuerza creativa de las diferencias, desarrollando un lenguaje común.

Notas

(1) Por definición, las zoonosis son las enfermedades que pueden transmitirse de los animales vertebrados al hombre y viceversa. Las zoonosis urbanas más conocidas son la rabia, la leptospirosis, la toxoplasmosis y la psitacosis, entre otras.

(2) Información suministrada por la Lic. Marcela Bovisio, Coordinadora Local de la RIEpS en el IZLP, y por la Lic. María Andrea Dakessian, Coordinadora General de la RIEpS.

Referencias bibliográficas

- ✓ **Bovisio, M., Demonte, F., González, B., Repetto, R. (2009):** "Programa de Capacitación Local de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud". Sede IALP Área para la Promoción de la Salud Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ✓ **Cabral, A. L., Di Lorenzo, S., Lorusso, H. y Rodríguez, P. (2003):** "Programa de Formación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud". Dirección de Capacitación y Desarrollo. Secretaría de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- ✓ **Cattaneo, A. (S/d):** "La inserción de las ciencias sociales en los equipos de salud. Alcances y limitaciones de una experiencia en curso". www.naya.org.ar.
- ✓ **Crosta, A. (2005):** "Algunas reflexiones acerca de la interdisciplina". Revista de Salud y Población. Nº 4, pp. 49-52.
- ✓ **De Souza Minayo, M. (2008):** "Interdiscipliniedad y pensamiento complejo en el área de la salud". Salud Colectiva. Vol 4 (001), pp. 5-8.
- ✓ **García, R., (1994):** "Interdiscipliniedad y sistemas complejos". Ciencias Sociales y Formación Ambiental. Barcelona, España. Ed. Gedisa.
- ✓ **Kalinsky, B. (1995):** "Salud e interdisciplina: ¿Fracaso epistemológico o práctica de la intergestión disciplinaria de la ciencia?". Cultura, salud y enfermedad. Temas de antropología médica. Ed. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.
- ✓ **Ley N° 153. (1999):** Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- ✓ **Marcos, E. (2001):** "El sistema de residencias, las ciencias veterinarias y la salud pública. Una nueva opción de formación de posgrado para veterinarios" en Revista de Medicina Veterinaria. Vol 82 (3), pp. 175-180.
- ✓ **Najmanovich, D. (S/d):** "Interdisciplina. Artes y riesgos del Arte Dialógico". www.pensamientoComplejo.com.ar.
- ✓ **Rosas, M. (2005):** "Entrevista a Alicia Stolkiner". Revista de Salud y Población. Nº 4, pp. 53-57.
- ✓ **Stolkiner, A. (1999):** "La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas". www.campoppsi.com.ar.

Salas de espera, palabras inesperadas

Reflexiones en torno a espacios de promoción y educación para la salud en sala de espera

Lic. Cecilia Andiazabal*

Lic. Betina Burkman**

Lic. Nancy Morán***

Resumen

En las instituciones de salud, la espera previa a la atención suele estar tan establecida que reflexionar en torno a ella puede parecer una obviedad. Esta "paciencia obligatoria": ¿se relaciona con las prácticas institucionales y con el modelo de atención subyacente? ¿Qué ocurre cuando en este espacio se pone a circular la palabra?

Nuestro propósito es reflexionar sobre estos aspectos, indagando en las características de la práctica de esperar desde la perspectiva de la Promoción y la Educación para la Salud. Y a partir de experiencias concretas -la realización de actividades en salas de espera- examinar las posibilidades que este lugar ofrece para la construcción de espacios en los cuales compartir, legitimar y democratizar saberes acerca de nuestra salud. En especial, cuando se trata de saberes en torno a la sexualidad.

Palabras clave: sala de espera - educación para la salud - prácticas institucionales

Problematizando la espera

La espera como antesala de la atención en salud parece ser un fenómeno aceptado tanto por los profesionales como por los consultantes, en tanto la modalidad de organización genera una brecha de tiempo entre el momento de obtener el turno y el de la atención. En consecuencia, cada institución dispone un tiempo y un espacio para la espera.

Este trabajo refleja los interrogantes surgidos en nuestra práctica cotidiana acerca de los lugares que se asignan y se asumen en los vínculos entre la institución de salud y los consultantes, y cómo éstos influyen en la construcción de subjetividades.

Nos proponemos problematizar la práctica de esperar desde la perspectiva de la Promoción de la Salud (PS) y la Educación para la Salud (EPS) (1), enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). La EPS trata de no limitar el proceso educativo en salud a la transmisión de un saber sino de ubicarlo en el marco del descubrimiento respecto al propio contexto de vida, colocándolo en el espacio de las prácticas de las personas en relación con las distintas esferas en que se desenvuelve su vida. (Alfaro, Valadez, Villaseñor, 2004). De esta manera, la EPS "no se preocupa tanto de los conocimientos ni de los efectos en términos de comportamiento, como de la interacción dialéctica entre las personas y su realidad, así como del desarrollo de una conciencia social". (Alfaro et al, 2004:46) Róvere (2008) advierte que si los profesionales intervenimos sin tomar previamente conocimiento de la historia, cultura, lenguaje y representaciones de quienes sean los destinatarios de nuestras prácticas, el hacer resulta una especie de EPS colonizadora o asimiladora.

* Lic. en Ciencias de la Educación. CeSAC N° 41. Área Programática del Htal. Argerich. ceceandiazabal@yahoo.com

**Lic. en Psicología. Residente de 3º Año de Educación para la Salud. CeSAC 12. Área Programática del Htal Pirovano. betinab@hotmail.com

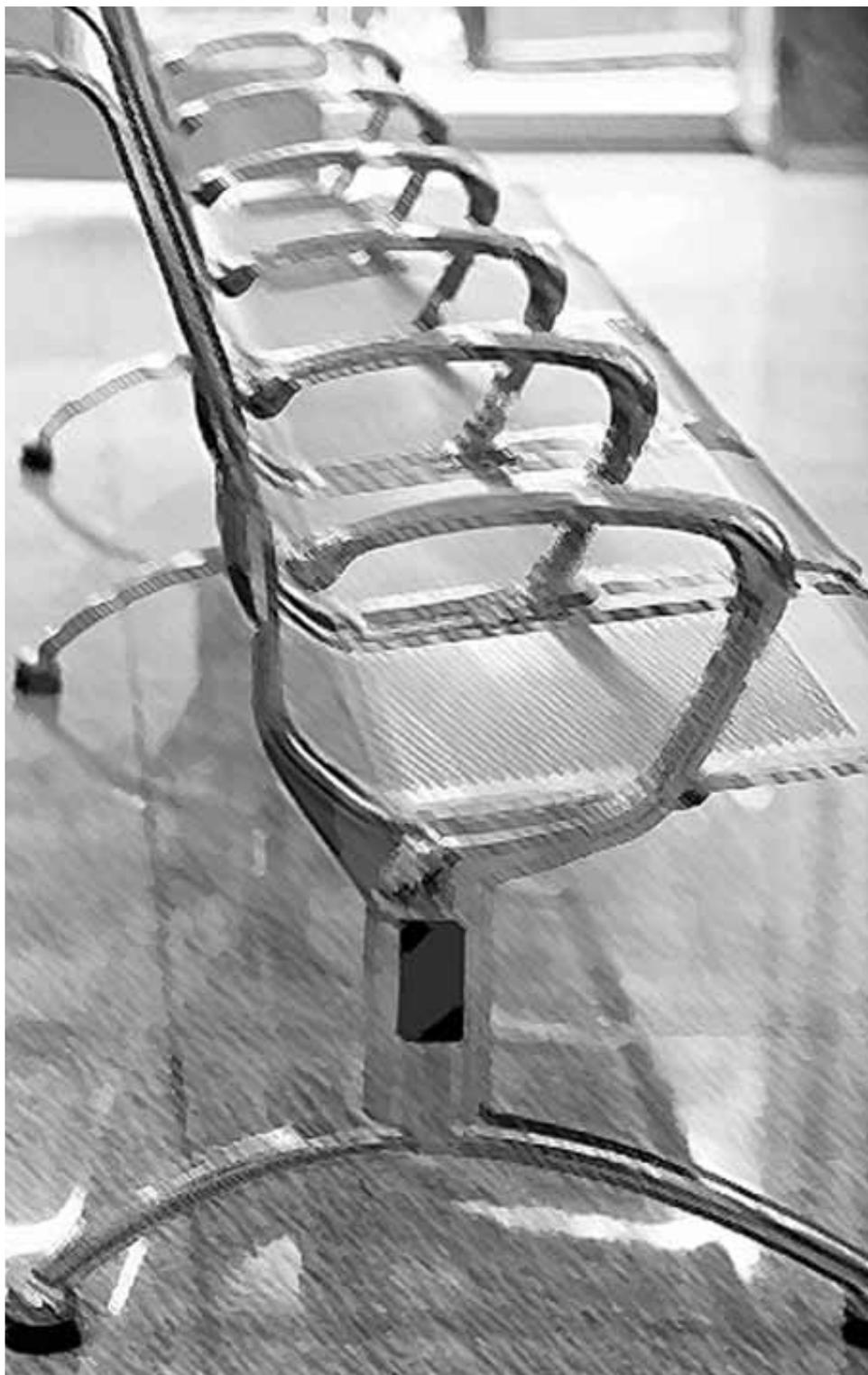
***Lic. en Trabajo Social. Residente de 3º Año de Servicio Social. Hospital Tornú. nancyn_moran@yahoo.com.ar

Afirma además, a propósito de la relación entre PS y EPS, que la EPS es el saber – hacer, productor de dispositivos que permitan comprender y pararse frente a situaciones nuevas de interculturalidad, mientras que la PS apunta a que las poblaciones puedan incrementar el control sobre su salud. Para que esto ocurra, Róvere señala que los profesionales tienen que escuchar y ofrecer información oportuna y pertinente y brindar a la población la oportunidad de tomar la palabra.

En cuanto a la APS, la Declaración de Alma Ata del año 1978, subraya que todas las personas deben tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. Por lo cual, este enfoque abarca los siguientes componentes: equidad, participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles. Nos interesa destacar en este artículo el componente de la participación, por considerarlo clave cuando proponemos un espacio de trabajo en la sala de espera.

La APS sostiene una concepción de salud como un continuo entre la salud, la enfermedad y la atención, a la cual acceden las personas en un determinado momento y lugar. Pretende la participación de los consultantes en su propio proceso de salud. En este punto, surge el interrogante: ¿qué oportunidades de participación se proponen en una sala de espera? Generalmente es habitual la espera obligatoria, amenizada por un televisor o algún material de lectura. Sin embargo, numerosas iniciativas se desarrollan en nuestro sistema de salud encaminándose a convertir la espera en un tiempo y un espacio productores de subjetividad, de lazo, de actividad. Tal es el caso de talleres, charlas informativas, espacios de juego, de promoción de la lectura, de intercambio, relevamiento de intereses, etc. Estas acciones responden a voluntades y esfuerzos aislados de algunos profesionales y, con menor frecuencia, a decisiones institucionales.

La reflexión que nos ocupa surge en relación con la práctica – talleres y grupos informativos de sexualidad - que cada una de nosotras ha tenido oportunidad de desarrollar en distintos efectores de la Ciudad





Autónoma de Buenos Aires. Este escrito intenta visibilizar y precisar la potencialidad de las actividades en sala de espera, en tanto posible elemento de transformación del vínculo entre la institución de salud y la comunidad en la que se inserta. Esta propuesta se fundamenta en la atención integral postulada por el Modelo Médico Social (MMS) (2) a diferencia del Modelo Médico Hegemónico (MMH) (3), que refuerza el lugar del paciente en tanto individuo al que no se le posibilita algo más allá de la espera pasiva.

Así, las prácticas de atención que se desarrollan habitualmente en nuestro sistema de salud se enmarcan dentro del MMH, sosteniendo una atención individual e interviniendo prioritariamente sobre el aspecto biológico. Se constituye una relación profesional-paciente en la cual el primero, al que se le atribuye el conocimiento, realiza indicaciones, mientras que el paciente debe cumplir con las mismas.

De los "no lugares" a la construcción de "lugares"

Consideramos que los espacios de trabajo en sala de espera se constituyen como una práctica que busca alejarse del paradigma hegemónico, dirigiéndose a construir modalidades de atención que contemplan la integralidad de los sujetos en relación a su Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA). Esta propuesta implica la participación en las decisiones sobre el mismo y la construcción colectiva de saberes y prácticas de cuidado.

En este sentido, proponemos pensar el trabajo en sala de espera como posible transformador de un "no lugar" o espacio, en un "lugar", tomando la categoría de Augé (2007).

Como ejemplo de "no lugares" este autor menciona los medios de transporte, los grandes centros comerciales, entre otros. Plantea que el espacio del

no lugar es ahistórico, no crea ni identidad singular ni relación, sino soledad y similitud.

La actividad en sala de espera puede pensarse entonces como propuesta disruptiva que busca la construcción de un "lugar", no sólo de manera efímera o temporal (aunque su duración lo sea) sino como posibilidad de apropiación de ese espacio en tanto público. Esto permite la construcción de un vínculo entre el equipo de salud y los usuarios, así como el intercambio entre los participantes.

El paciente, pasivo por definición, se ve interpelado en pos de un rol activo y edificante. Históricamente, "guardar silencio" se constituyó como un "deber ser" de los pacientes. Actualmente, este mandato ha perdido fuerza, pero aún así puede resultar difícil instaurar otras modalidades. En este sentido, invitar a tomar la palabra en un espacio como la sala de espera, constituye una situación probablemente inesperada para los y las usuarios/as. De este modo, puede generar cierta incomodidad romper el silencio y volverse "alguien" para los otros (decir el nombre, presentarse, contar algo personal). Como plantea Augé (2007), esto no es patrimonio exclusivo de estos espacios, sino signo de nuestro tiempo.

Ahora bien, ¿cómo convertir la sala de espera en una sala de actividad, una sala de participación?

El primer movimiento sería convertirla en un "lugar", lo que puede lograrse solicitando a los sujetos que se presenten e invitándolos a tomar la palabra. De este modo se los habilitaría a convertirse en participantes. Las propuestas lúdicas son herramientas valiosas para introducir a los presentes en un nuevo orden (Carballeda A., 2002) creándose un espacio intermediario, de apertura. Las circunstancias no convencionales – el hecho de ser invitado a jugar cuando uno está enfermo, o preocupado, o expectante– proponen una ruptura de lo esperable. El jugar aumenta la disponibilidad psíquica y la apertura hacia el afuera, manteniendo la conexión con lo propio e involucrando el cuerpo. Nos alejaría de los propósitos de este trabajo referimos a los interesantes desarrollos realizados en torno a la relación

entre cuerpo y saber (4). Nuestra intención es señalar la vinculación entre estos aspectos de nuestra subjetividad y suscribir a aquellas investigaciones que postulan que el jugar (5) es una de las actividades que nos permite acceder a ellos, de lo cual surge su importancia para vehicular propuestas de aprendizaje.

Partiendo de un caldeamiento que puede desenvolverse a partir de lo lúdico, se propician intercambios, en los cuales mitos y situaciones problemáticas son utilizados como disparadores. Se espera que los mismos convoquen a pensar qué de lo propio resuena en ellos y a partir de esto surja una toma de posición. Durante los intercambios, las palabras y creencias de los otros pueden constituirse como fuentes de conflictos afectivos y cognitivos, movilizándolo al sujeto y favoreciendo su ruptura con una versión única de las cosas, con un modo dogmático de ver una situación (6). Si consideramos que la reflexión antecede a los cambios individuales o colectivos, el diálogo se torna esencial. Es a través de la palabra que los sujetos pueden considerar experiencias, conocimientos y convicciones propias y de los otros, teniendo así la oportunidad de resignificarlas. La pregunta, tanto en boca del coordinador como de los participantes, es una herramienta privilegiada para activar saberes previos y disponer cognitivamente para la incorporación de algo nuevo. Por último, la escucha permite la reformulación, el parafraseo, la devolución y la recapitulación de los temas tratados. En resumen, ser promotor activo del diálogo y la escucha, hacia y entre los participantes, tal vez sea la estrategia fundamental de quien coordina un espacio con el objetivo de generar un "lugar".

¿Por qué hablar de sexualidad en un espacio de sala de espera?

Partiendo de la concepción de salud integral como modo de abordaje del PSEA de los sujetos y comunidades, consideramos que cualquier contenido podría ser pertinente para ser trabajado en sala de espera si es elegido directamente por la población o, según criterios epidemiológicos, por los profesio-

nales de la salud. Sin embargo, abordar las características y dificultades de los cuidados de la salud y la promoción de los derechos son dos de los ejes que creemos importante trabajar con la población.

En base a nuestra experiencia, generalmente somos los profesionales quienes decidimos qué temas pueden resultar de interés según diferentes criterios, como ser la escucha de las inquietudes de las personas, los objetivos de los programas o servicios, etc.

Más allá del criterio utilizado, es fundamental contextualizar a la población en su espacio cotidiano. Este nos indicará qué áreas o contenidos pueden ser significativos para la misma, y es allí donde deberíamos destinar nuestros esfuerzos. De todos modos, retomando las concepciones de la EPS, creemos importante facilitar que los mismos participantes puedan decidir qué temas trabajar en base a sus necesidades e intereses.

Quisiéramos pensar estas consideraciones en torno a una temática en particular, la sexualidad, en tanto es uno de los ejes conformadores de la identidad. La sexualidad se manifestará de modo diverso en cada sujeto, según sus particularidades y las construcciones sociales de cada momento histórico. El cuerpo y la sexualidad se encuentran rodeados de mitos, silencios y tabúes contruidos socialmente por distintas instituciones y actores. Los mismos suelen estar ligados a cuestiones morales y de control de las poblaciones. A partir de la existencia de los métodos anticonceptivos, se concreta la posibilidad de separar sexualidad de reproducción, lo que permite que la sexualidad adquiera un valor en sí misma.

Ahora bien, ¿porqué hablar de sexualidad en un espacio de sala de espera? En principio, creemos que la población posee distintas cantidades y calidades de información, y es necesario que los profesionales de la salud podamos contribuir a una "redistribución" de la misma. Así, cada sujeto y cada comunidad podrán obtener información precisa y oportuna, apropiársela y articularla con sus prácticas. Se trata de saber hacer algo con ese saber. Esa información debe estar disponible, en los espacios comunes, circulando y rompiendo las barreras que impiden hablar de lo que afecta la vida cotidiana. Esto no sólo se dirige a prevenir problemáticas relativas a la salud sexual y reproductiva, sino también a contemplar y abarcar los aspectos placenteros, como eje de la promoción de una vida sexual saludable. Para esto es necesario que los agentes de salud contribuyan a la desmitificación de ciertas cuestiones y tengan capacidad de acompañar situaciones complejas. De igual modo, sería apropiado que brinden herramientas para que las personas puedan elegir con libertad y responsabilidad, reflexionando acerca de la sexualidad y sus cuidados.

Creemos que en el intercambio con otros/as se construyen nociones y conocimientos sobre la sexualidad y los cuidados pertinentes para conservar la salud, por eso, un espacio de encuentro enriquecerá a los y las participantes, ya que allí se articulan las cuestiones subjetivas-individuales con las condiciones sociales en las que éstas se producen.

¿Cómo se articula el "cuidarse" con el "saber"?

En el ámbito de la sexualidad, nos parece interesante problematizar la tensión placer-cuidados, ya que muchas veces estos términos pueden aparecer como antagónicos.

La utilización del término "cuidarse" en referencia a lo sexual, connota la idea de que el ejercicio de la sexualidad es peligroso, y habría que protegerse del

mismo. Pero en realidad no es la sexualidad en sí lo que pone en "peligro" al sujeto, sino algunas prácticas específicas. En este punto es necesario desanudar ciertas representaciones que configuran obstáculos para que los sujetos asuman cuidados sexuales.

Aún en aquellas poblaciones que poseen información, resulta interesante tener presente que ésta no siempre se articula con prácticas efectivas de cuidado, ya que hay otros aspectos que influyen en las mismas.

Weller (2005) postula un fenómeno de doble inscripción en el cual la información queda almacenada a nivel consciente, pero desvinculada de la posibilidad de ser utilizada o articulada con otras situaciones. Esto funciona tanto para adoptar medidas de cuidado o bien para que el sujeto no se preocupe ante situaciones definidas por él mismo como no peligrosas. Podríamos pensar que si la conciencia no puede acceder a ciertos contenidos, se pone de manifiesto la existencia de un conflicto. Sería necesario entonces indagar en qué situaciones sucede esto, ya que así nos aproximaríamos al porqué de la no- implementación de prácticas preventivas de cuidado.

De acuerdo a Weiss y Lombardi (2005), sólo se previene el que conoce los riesgos y se siente atravesado por ellos, por lo cual si no se logra una construcción del "estar en riesgo" muy difícilmente se instaurarán cuidados preventivos. El riesgo se define como la probabilidad de que ocurra un hecho indeseado que afecte a la salud de una persona o grupo. Desde el sector salud, es necesario contribuir a que las poblaciones generen conocimientos y herramientas individuales y colectivas que puedan emplearse para los cuidados en salud.

Cabe preguntarse ¿cómo generar placer cuidado y cuidado placentero?

Una de las líneas a trabajar, tanto con mujeres como con varones, sería el reconocimiento de los problemas o preocupaciones asociados a su salud sexual (por ejemplo, temor a embarazos no planificados o a la transmisión sexual de infecciones) con el objetivo de contribuir a prácticas sexuales más saludables y placenteras.

Esto incluye la relación con los otros en el plano de lo sexual, y cómo se articula el cuidarse y cuidar al otro con el placer propio.

Es decir, estas cuestiones se relacionan con poder incorporar la noción de "cuidados" como un valor en sí mismo.

Comentarios finales

Creemos necesario continuar la reflexión propuesta en este trabajo, explorando posibles modos de evaluación de los procesos de construcción de autonomía y la toma de decisión informada, ambas cuestiones claves en la EPS y la PS.

Habitualmente realizamos evaluaciones parciales solicitando a los/as participantes de grupos y talleres en sala de espera que, luego de cada encuentro, respondan encuestas o preguntas sencillas acerca del mismo. Esto nos permite evaluar cada actividad y obtener insumos para planificar las siguientes.

Sin embargo, quedaría pendiente dar cuenta de los efectos de este trabajo en relación con la implementación de prácticas concretas de cuidado por parte de la población.

Hemos intentado en este artículo presentar las actividades en sala de espera como un camino posible para generar cambios en las relaciones establecidas históricamente entre las instituciones de salud y los/as usuarios/as.

El objetivo de las propuestas en sala de espera no sería brindar certezas, sino

que quienes participen de esta experiencia dialógica y comunicativa, puedan llevarse información pero también inquietudes.

La escucha atenta sitúa al otro en el lugar de semejante, invitándolo y habilitándolo a posicionarse como locutor – narrador. Cuando logra ser genuina y sin prejuicios, legitima los saberes y las experiencias de los/as participantes, al tiempo que transmite interés y brinda confirmación, otorgando crédito a lo expresado. Constituye una oportunidad para que las diferencias se manifiesten, posibilitando un diálogo plural.

Creemos que la escucha respetuosa es más importante que las respuestas, porque garantiza, más que aquellas, la voluntad de trabajo junto al otro.

Notas

(1) Para ampliar ambos conceptos sugerimos leer: Promoción de la Salud – Carta de Ottawa/ Educación para la Salud- Valadez Figueroa, Isabel; Villaseñor Farías, Martha; Alfaro Alfaro, Noé. Educación para la Salud: la importancia del concepto. Revista de Educación y Desarrollo, 1. 2004.

(2) El MMS, según lo planteado por Prada (2006), tiene las siguientes características: Enfoque social e histórico del sujeto y la



enfermedad que padece: el hombre como totalidad biopsíquica, inserto en un contexto social y ambiental.

Evaluación de la salud en relación con la calidad de los vínculos, comunicación e inserción social de una persona.

Importancia de la eficacia técnica y también humana, de la comunicación permanente entre equipo terapéutico y comunidad.

Prevención y abordaje de los pacientes por medios técnicos y humanos. Énfasis en la comprensión del otro y de su sufrimiento.

C conciencia de los agentes de la salud de sus propias limitaciones.

Relevancia fundamental de la comunicación, comprensión y respeto mutuo como factores que contribuyen al éxito de los tratamientos.

(3) Menéndez define al MMH como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

(4) A quienes estén interesados en este tema invitamos a leer 'La inteligencia atrapada' de Alicia Fernández y 'Cuerpo y saber' de Daniel Calmels.



(5) Nos apoyamos principalmente en la concepción del jugar que puede extraerse de los desarrollos teóricos del psicoanalista Donald Winnicott quien lo entiende como un proceso transicional, de intermediación entre la subjetividad y la objetividad.

(6) El papel del conflicto en el aprendizaje encuentra sustento en el constructivismo socio-histórico, enfoque teórico que se despliega durante el siglo XX, principalmente a partir de los desarrollos de Lev Vigostky, Jean Piaget y Jerome Bruner, entre otros.

Referencias bibliográficas

Alfaro Alfaro N.; Valadez Figueroa, I.; Villaseñor Farías, M. (2004): "Educación para la Salud: la importancia del concepto". En Revista de Educación y Desarrollo, Volumen Nro. 1, págs. 43-48.

Augé, M. (2007): Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad. Buenos Aires, Editorial Gedisa.

Cabral, A.; Demonte, F.; Goyos, E. (2008): "Entrevista al Dr. Mario Róvere". En Revista Salud y Población. Cuadernos de Capacitación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, Volumen 6, págs. 59-64.

Calandra, N.; Zingman, F.; Echeverri, M.; Corino C.; Berner, E. (2005): "Espacio no convencional para hablar de sexualidad. Experiencia con talleres en sala de espera de un hospital público". Revista Campo Grupal, Año 8 Nº 72, págs. 2-4.

Calmels, D. (2001): Cuerpo y saber. Buenos Aires, Editorial Novedades Educativas.

Carballeda, A. (2002): La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires, Editorial Paidós.

Fernández, A. (1999): La inteligencia atrapada. Buenos Aires, Editorial Nueva Visión.

Gutiérrez Pérez, F. y Prieto Castillo, D. (1999): La mediación pedagógica. Buenos Aires, Ediciones Ciccus-La Crujía.

Organización Mundial de la Salud. (1986): Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible en www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf a mayo del 2010.

Organización Mundial de la Salud. (1998): Glosario de Promoción de la Salud. Disponible en whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf a mayo del 2010.

Prada, C. (2006): "Modelo Médico Social". Disponible en <http://socioantro2.blogspot.com/2006/07/modelo-medico-egemnico.html> a mayo del 2010.

Weiss, M. y Lombardi, G. (2005): "Algunas consideraciones generales sobre la prevención del VIH-SIDA y la educación". En Salud, Sexualidad y VIH-SIDA. Actualización para el debate con los docentes. Buenos Aires. UNICEF Oficina de Argentina- Gobierno de Buenos Aires.

Weller, S. (2005): "Si saben, ¿por qué no se cuidan? O ¿qué saben cuando no se cuidan?" En Salud, Sexualidad y VIH-SIDA. Actualización para el debate con los docentes. Buenos Aires. UNICEF Oficina de Argentina- Gobierno de Buenos Aires.

Winnicott, D. (1987): Realidad y juego. Buenos Aires, Gedisa Editorial.

Lo (in)visible de la violencia:

una mirada desde la promoción de la salud

Lic. Karina Angeleri*

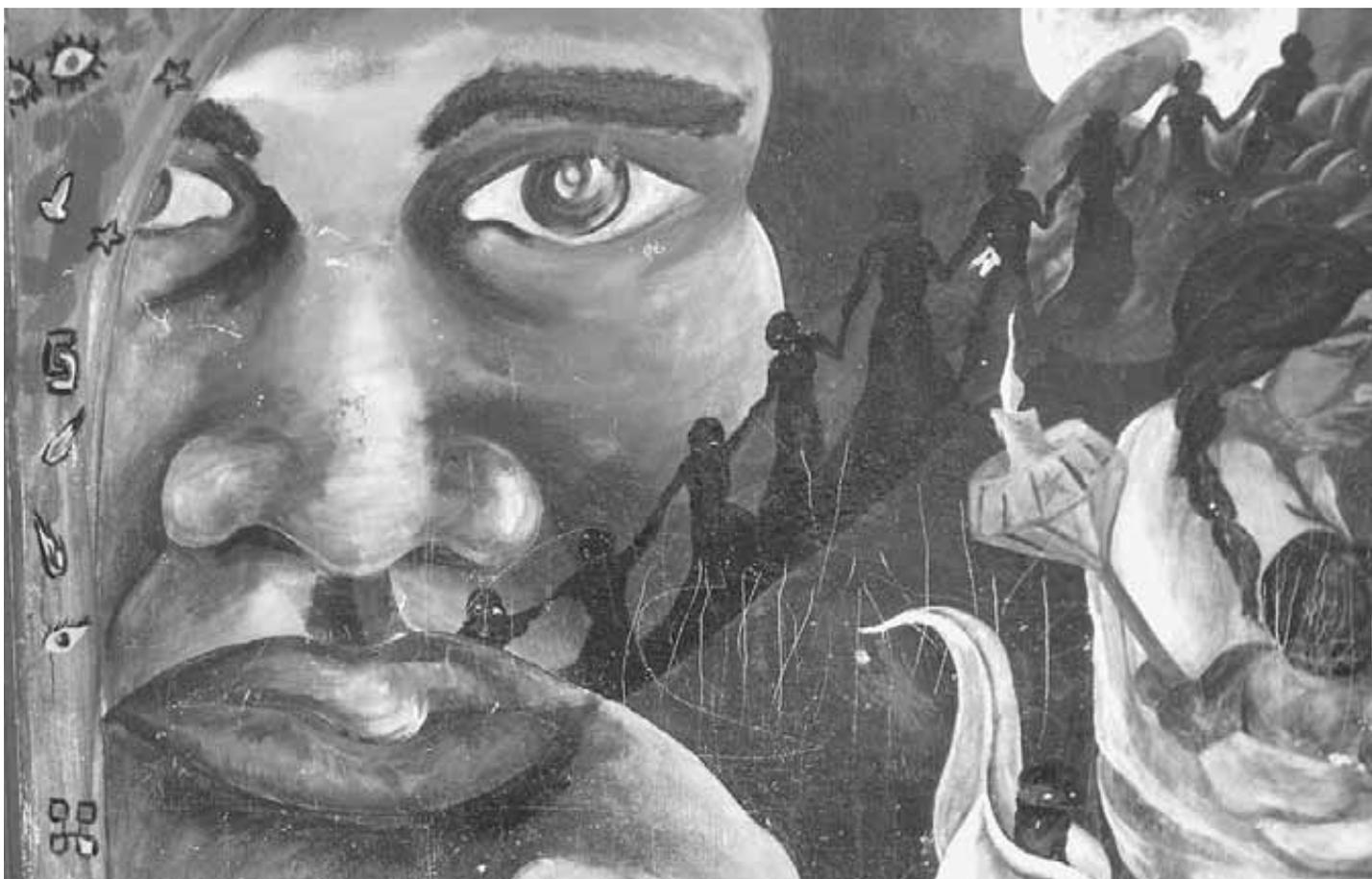
Lic. Lorena Bande**

Lic. Adriana Cacace***

Lic. Agustina Ortiz****

Lic. Silvia Tapia*****

Lic. Silvana Treviño*****



*Lic. en Trabajo Social. CeSAC N° 38. Área Programática del Hospital Carlos G. Durand. karinangeleri@hotmail.com

**Lic. en Psicología. Residente de 2º Año de Educación para la Salud. Área Programática del Hospital Carlos G. Durand. loreb.dalerojo@gmail.com

***Lic. en Psicología. CeSAC N° 38. Área Programática del Hospital Carlos G. Durand. agcacace@hotmail.com

****Lic. en Psicopedagogía. Instructora de la Residencia de Educación para la Salud. Área Programática del Hospital Carlos G. Durand. agusortiz1@yahoo.com.ar

Resumen

En este artículo nos proponemos reflexionar acerca de la problemática de la violencia a partir de la experiencia en los talleres de Educación para la Salud que se desarrollan en el CeSAC N° 38.

Recién en 1996 la Asamblea Mundial de la Salud estableció la violencia como prioridad de la Salud Pública, indicando que ésta debía considerarse una "epidemia soslayada" que pronto superaría a las enfermedades infecciosas como causa principal de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, las intervenciones desde el sector salud suelen consistir en abordajes asistenciales que responden, generalmente, a los efectos de la violencia física. Por esta razón, la relación entre salud y violencia requiere ser problematizada, considerando las diversas manifestaciones de la violencia frecuentemente naturalizadas.

Intentaremos dar cuenta de la relevancia de habilitar espacios que trabajen esta problemática en el marco de la estrategia de atención primaria desde una perspectiva de promoción de la salud integral.

Palabras claves: salud integral – violencia – desnaturalización.

Pensar la violencia desde la salud pública. La violencia es definida por la OMS como "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones" (OMS, 2002:5). Esta conceptualización permite dar cuenta de la amplitud del término "violencia", en la medida en que es utilizado para hacer alusión a múltiples formas de agresión, no sólo interpersonales sino también las dirigidas contra la propia persona o grupos de población. "Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca también las numerosísimas consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que

comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades" (OMS, 2002: 5). De este modo, esta definición tiene la virtud de contemplar el hecho de que no necesariamente debe producirse una acción violenta para considerar que la violencia existe. El sentirse bajo amenaza tiene la potencialidad de producir efectos en las personas o grupos que pueden resultar tan dañinos como los efectivamente llevados a cabo.

Es imposible saber con exactitud cuántas personas en el mundo padecen diversas expresiones de la violencia; sin embargo, a partir del conocimiento epidemiológico, podemos enunciar que la violencia es señalada como "una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, y la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina, aproximadamente" (OMS, 2002:1). Entre las causas de mortalidad por violencia más frecuentes, el Informe Mundial sobre la Salud y la Violencia menciona los suicidios, homicidios y conflictos bélicos. Sin embargo, resulta dificultoso conocer con exactitud el impacto de la violencia en los casos en que no ocasiona la muerte. Son los innumerables casos de violencias verbales, psicológicas, sexuales, económicas que producen daños no siempre visibles en las estadísticas de salud. Como lo expresa Rebeca De los Ríos, hablando de la violencia que ocurre puertas adentro de los hogares "las dimensiones y la gravedad del problema tienden a ser subestimadas por los especialistas de la salud pública [...] (Se) reduce este problema de salud a la contabilización de defunciones, desconociendo el significado de los daños a los sobrevivientes, daños que también podrían mirarse en términos de muerte lenta" (De los Ríos, 1993).

En este sentido, organismos como la Organización Mundial de la Salud han llamado la atención acerca de la necesidad de mejorar las fuentes de datos disponibles sobre los daños a la salud que ocasiona la violencia. Esta necesidad no sólo está vinculada a la problemática del subregistro de casos, sino también a la mala calidad de los registros existentes.

Por otra parte, en las acciones realizadas desde el sector salud suelen predominar, por sobre las prácticas de prevención y promoción de la salud, aquéllas de tipo asistencial. De hecho, la misma OMS expresa que "en términos generales, la respuesta del sector salud a la violencia es fundamentalmente reactiva y terapéutica" (OMS, 2002:4). Esta modalidad de intervención, donde el modelo médico es hegemónico, se sustenta en una concepción de enfermedad entendida "esencialmente como el único estado de un cuerpo individual" (Herzlich y Pierret, 1988: 22).

Desde tal perspectiva resulta difícil visualizar entonces cómo los condicionantes sociales, económicos, políticos y culturales afectan a los grupos sociales de modo diferente generando situaciones de desigualdad frente a la posibilidad de padecer determinados problemas de salud. No entendidos como factores externos sino como aspectos propios del mismo proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA).

En el caso de la violencia, si bien la asistencia a sus consecuencias físicas resulta sin duda necesaria; atender a los condicionantes que la sustentan y reproducen, así como a sus efectos menos visibles y naturalizados, es de vital importancia. De esta manera, la perspectiva de la promoción de la salud implica "el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para enfrentar la multiplicidad de factores que condicionan la salud" (Czeresnia, 2001: 9). La autora agrega que la promoción de la salud se vincula con "la construcción de una capacidad para elegir". En este sentido, la OPS plantea que

****Lic. en Sociología. Residente de 3º Año de Educación para la Salud. Área Programática del Hospital Carlos G. Durand. aivlisat@yahoo.com.ar

*****Lic. en Psicopedagogía. Residente de 1º Año de Educación para la Salud. Área Programática del Hospital Carlos G. Durand. silvanatrevino@yahoo.com.ar



"consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (OPS/OMS, 1996: 367).

Un abordaje posible

Los talleres de Educación para la Salud se inician en el año 2006, conjuntamente con la apertura del CeSAC 38 a partir del interés presentado por el equipo de salud de promover espacios de intercambio, asesoramiento y reflexión como parte de las acciones de prevención y promoción de la Salud. Estos talleres se realizan con una frecuencia semanal, siendo co-coordinados por profesionales de la planta permanente del CeSAC y de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS). A dichos talleres concurren miembros de la comunidad en el momento previo al retiro de la leche en polvo en el marco del Programa Materno Infantil. En este contexto procuramos generar condiciones para el fortalecimiento de la comunidad considerando a los participantes como sujetos activos en el cuidado de su salud, con la intención de favorecer la capacidad de tomar decisiones y transformar el entorno, con responsabilidad y autonomía.

Esta actividad se asienta en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) que contempla la concepción de salud integral entendiéndola como un proceso complejo, determinado social e históricamente, y como un derecho humano universal, indivisible, ligado a otros derechos que deben estar garantizados por el Estado. De esta manera, promover el derecho a la Salud se presenta como uno de los propósitos de esta actividad.

Durante el desarrollo de las diferentes temáticas abordadas en los talleres, el equipo coordinador logró identificar la existencia de distintas expresiones ligadas a situaciones violentas, no siempre explicitadas como tales por los participantes, sino por el contrario naturalizadas como parte de la diversidad de las relaciones. Asimismo, estas manifestaciones fueron relevadas por diferentes profesionales en consultas realizadas en el CeSAC. Es así que se decide trabajar esta temática planteando como principal objetivo la necesidad de desnaturalizar dichas situaciones que son vivenciadas como ineludibles y por lo tanto se mantienen invisibilizadas. Consideramos que las acciones desde la prevención y la promoción de la salud son un valioso aporte para la sensibilización acerca de los efectos de la violencia y la visibilización de sus expresiones, sin desconocer la complejidad que atraviesa esta problemática ni los límites de nuestra intervención.

Creemos prioritario profundizar en aquellas expresiones mayormente naturalizadas, las violencias simbólicas que operan en los procesos de salud-enfermedad-atención, diferenciándolas de la violencia física que tiene como característica el ser más "visible".

De acuerdo al planteo de Bourdieu (2000), entendemos lo simbólico, no como algo puramente "espiritual" u opuesto a lo real sino que, aun cuando esté presente en el plano de los significados y sentidos, sus efectos son reales posibilitando o limitando las prácticas de los sujetos. Asimismo, siguiendo a este autor, cabe señalar que las estructuras que la hacen posible no son ahistóricas o naturales, en tanto "son el producto de un trabajo continuado

(histórico por tanto) de reproducción al que contribuyen unos agentes singulares (entre los que están los hombres, con unas armas como la violencia física y la violencia simbólica) y unas instituciones: Familia, Iglesia, Escuela, Estado" (Bourdieu, 2000: 50).

En los talleres, para facilitar la identificación de las expresiones violentas se propuso la reflexión a partir de viñetas en las cuales se ponían en juego diversos aspectos de la violencia invisibilizada en diferentes vínculos: de pareja, entre padres separados y entre distintas generaciones, habilitando la posibilidad del surgimiento de otras situaciones no contempladas en la propuesta. Se privilegió presentar aquellas en las que las relaciones eran cercanas, ya que la violencia en estos vínculos suelen ser difícilmente identificada como tal.

En este sentido, como plantea Bourdieu "La violencia simbólica se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador cuando no dispone [...] para imaginar la relación que tiene con él, de otro instrumento de conocimiento que aquel que comparte con el dominador y que, al no ser más que la forma asimilada de la relación de dominación, hacen que esa relación parezca natural" (Bourdieu, 2000: 51). Esto puede acontecer en un grupo social doméstico, donde hay una relación cotidiana y significativa, como es la relación familiar supuestamente basada en un vínculo de amor y protección.

Algunos emergentes de los talleres

En cada encuentro, se propuso problematizar la multiplicidad de situaciones de violencia que fueron emergiendo referidas a diferentes ámbitos. Algunas personas identificaron escenas cotidianas que tenían lugar en espacios públicos o en el ámbito familiar, operando en ocasiones como violencias invisibles. Asimismo, se plantearon situaciones que si bien pueden ser percibidas como actos violentos, resultan difíciles de



abordar para quienes las sufren. A la vez, en los relatos los participantes se pudieron posicionar no solo como posibles víctimas, sino también como victimarios o espectadores.

En relación con este punto, una participante en uno de los talleres comenta que en el hotel en el que vive hay una mujer que frecuentemente les grita a sus hijos en forma muy violenta, retándolos por todo lo que los niños hacen. Algunas de las participantes del grupo enuncian que las condiciones habitacionales y laborales muchas veces inciden en la manera en que se relacionan con los niños. El grupo explicita que las dificultades económicas, laborales y sociales en ocasiones llevan a los adultos a "descargarse" con sus hijos.

Esta situación permitió visualizar cómo las condiciones de vida pueden afectar el modo en el que se producen las relaciones y reconocer que las desigualdades sociales también operan como violencia en tanto vulneran derechos, sin embargo, esta identificación no legitimaba el ejercicio de la violencia como forma de resolución de conflictos. Asimismo en diversos relatos pudieron visibilizarse otros condicionantes que sostienen situaciones de violencia como los referidos a las expectativas sociales diferenciales según el género. En este sentido, entendemos que las relaciones de género son uno de los ejes cruciales por donde discurren las desigualdades de poder, y la familia, uno de los ámbitos en que se manifiesta (Bonino Méndez, 2006:193). Así por ejemplo, durante uno de los encuentros, un participante comenta que en muchas ocasiones a las mujeres no se les dice: "vos te quedas en casa con los chicos" pero tampoco se facilita la posibilidad de generar espacios propios, ni se negocian otras alternativas.

En nuestras sociedades se postulan roles marcados principalmente por el género, es decir por las representaciones sociales elaboradas a partir de las diferencias visibles

entre el cuerpo femenino y el masculino, por lo cual se le atribuyen significaciones y valoraciones desiguales a cada uno de ellos, fundamentándolas en el orden de lo natural. En este sentido, "se legitima una relación de dominación inscribiéndola en una naturaleza biológica que es en sí misma una construcción social naturalizada" (Bourdieu, 2000:37).

De este modo, se crean las bases de legitimación de la autoridad y dominio del varón, sostenido por mitos compartidos por hombres y mujeres; que les permiten dar cuenta de la realidad, caracterizarla y explicarla, asumiéndola como verdad indiscutible. Mitos tales como el amor romántico, la mujer-madre, la pasividad erótica de la mujer, la responsabilidad de la mujer de mantener la armonía del hogar; refuerzan la violencia que se expresa sobre todo contra ellas.

A su vez, las desigualdades de poder también se juegan en el plano intergeneracional, afectando a niños/as y adolescentes, así como ancianos/as. En este sentido, se propuso para la reflexión una viñeta que relataba cómo un grupo de adultos descalificaba la opinión de un adolescente, aduciendo que el joven no contaba con la edad suficiente para intervenir en el diálogo. Durante el intercambio se buscó problematizar este tipo de escenas cotidianas en las cuales la violencia se asienta en las diferencias generacionales. Una de las participantes pudo identificar algo de lo trabajado en el taller en relación al vínculo con su madre —con quien convive—, cuando ésta juzga negativamente el modo en que la joven se desenvuelve en la crianza de su hijo pequeño. La mujer se conmovió al visibilizar una situación que la angustiaba cotidianamente; parecía no haber podido reconocer, hasta entonces, por qué la afectaba. En función de esto se comentó la frecuencia de tales tipos de maltrato y el hecho de que muchas veces pasan desapercibidos incluso para quienes lo ejercen.

La naturalización de ciertas modalidades de vínculos donde está presente la violencia simbólica se sustenta en creencias, valores y representaciones sociales que legitiman el ejercicio de poder de algunos sujetos sobre otros e impiden visibilizar el carácter construido de tales significaciones. Consideramos que la violencia simbólica opera más allá de los controles de la conciencia y la voluntad, ya que la mera identificación de una situación violenta no bastaría para que quien la sufre pueda modificarla.

Al habilitar un espacio para que se desplieguen los efectos subjetivos, las intervenciones pretendían dar lugar a los sentimientos y emociones que pueden atravesar aquéllos que habitan las situaciones de violencia y a partir de allí cuestionar lo que se sostiene como aparentemente inmodificable.

Reflexiones finales

Excede los objetivos de este trabajo dar cuenta de complejos mecanismos tanto singulares como interpersonales o sociales que atraviesan las múltiples formas de violencia, así como sus condiciones de producción y los elementos que se ponen en juego en cada una de ellas. De hecho, podríamos señalar que tanto en los procesos de subjetivación, como en la institución de las sociedades hay un trabajo que implica, por un lado, imposición de normas



por sobre los deseos individuales y algún modo de resistencia por el otro, lo cual se puede observar, por ejemplo, en las más pequeñas y cotidianas situaciones de la crianza y en la ambivalencia existente en casi todas las formas de vínculo. Entonces, la pregunta que surge es cómo operar desde este difícil lugar, sin caer en una postura que confunda imposibilidad con impotencia, ni en la ingenua posición contraria de considerar la prevención de la violencia en el sentido clásico de la palabra como anticipación de los hechos, ¿y cómo a pesar de ello, dar valor a nuestras prácticas?

Al ubicar los límites de nuestra intervención y la complejidad de la temática que abordamos, proponemos nuestro trabajo en términos de apuesta. No alcanza en el campo de la salud con intentar paliar el fenómeno, asistir a las víctimas y ocuparse meramente de los hechos de violencia consumada y con efectos visibles. Por el contrario, resultan necesarios cada vez más espacios institucionales que permitan el develamiento de las causas de producción de la violencia y que se ocupen de esa invisibilización que es propia de los mecanismos que la sostienen. En este sentido, la implementación de dispositivos preventivos y promocionales como el propuesto, habilita la reflexión,

permite construir herramientas y brindar información sobre recursos disponibles.

Resaltamos el valor que pueden tener los espacios de estas características en la posibilidad de romper, in situ, con el juego específico que mantiene la violencia en el ámbito de lo privado y lo oculto. Habilitar la enunciación de "las violencias" en un ámbito público destinado al cuidado de la salud es ya, en algún punto, comenzar a desmantelarlas. La presencia de estos espacios puede tener efecto simbólico precisamente por su sola existencia, en tanto permitan el surgimiento de interrogantes sobre algo que parece inamovible, resistiendo al silenciamiento, contrarrestando lo invisible de la violencia.



Referencias Bibliográficas

- ✓ **Berestein, I. (2000):** "Notas sobre la violencia" en <http://www.apdeba.org/publicaciones/2000/02/articulos/022000berenstein.pdf>
- ✓ **Biagini, G. (1996):** "La conformación del objeto de estudio de la sociología de la salud". Publicación de Cátedra de Sociología de la Salud No. 2. Facultad de Ciencias Sociales – UBA.
- ✓ **Bonino Méndez, L. (2006):** "Micromachismos. La violencia invisible en la pareja", en http://www.europofem.org/02.info/22contri/2.05.es/2es.masc/54es_mas.htm
- ✓ **Bourdieu, P. (2000):** "La dominación masculina". Barcelona. Editorial Anagrama.
- ✓ **Czeresnia, D. (2001):** "El concepto de Salud y la diferencia entre Prevención y Promoción". Cuadernos de Salud Pública, Brasil.
- ✓ **De los Ríos, R. (1993):** "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", en Género, mujer y salud en las Américas. Publicación científica No. 541. Organización Panamericana de la Salud.
- ✓ **Foucault, M. (1979):** "Microfísica del poder". Madrid. Editorial La Piqueta.
- ✓ **Franco Agudelo, S. (1995):** "Violencia, Ciudadanía y Salud Pública" en Cuadernos Médicos Sociales Nº 73, pp 81-97.
- ✓ **Herzlich, C y Pierret, J (1988):** "De ayer a hoy: construcción social del enfermo". Cuadernos Médicos Sociales Nº 43, pp 21-30.
- ✓ **OMS/OPS (2002):** Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. Washington DC.
- ✓ **OPS/OMS (1996):** "Carta de Ottawa para la promoción de la salud" en Promoción de la salud: una antología. Washington, 1ra Sección, Anexo I.
- ✓ **Szasz, I. (1999):** "Género y salud: propuesta para un análisis de una relación compleja" en Bronfman y Castro (comps.): Salud, cambio social y política. México. EDAMEX.
- ✓ **Spinelli, H. (2005):** Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: una mirada desde el sector salud. Buenos Aires, OPS.
- ✓ **Ulloa, F. (1995):** "Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica". Buenos Aires. Editorial Paidós.
- ✓ **Valadez Figueroa, I.; Villaseñor Farías, M. y Alfaro Alfaro, N. (2004):** "Educación para la Salud: la importancia del concepto". Revista de Educación y Desarrollo Nº 1. pp 43 -47.



La consulta odontológica en adolescentes escolarizados:

una aproximación a sus condicionantes

Lic. Mercedes Caimari *
 Lic. Carolina Deguer **
 Lic. Laura Grigaitis ***
 Lic. Ana Pagadizabal ****
 Lic. Silvia Tapia*****

Resumen

Este artículo surge de una investigación realizada en el marco del Programa de Salud Escolar, Subprograma Escuelas Medias, del Área Programática del Hospital Argerich.

Nos proponemos presentar el análisis de las concepciones que pueden operar como condicionantes en el cuidado de la salud bucal de los adolescentes que fueron derivados a la consulta odontológica y no concurren a la misma.

Consideramos que la oferta de asistencia odontológica es condición necesaria pero no suficiente para el cuidado de la salud bucal en un modelo de atención que se caracteriza por la dificultad de plantearse estrategias de prevención. En este sentido, favorecer la accesibilidad de los jóvenes deviene un desafío para los equipos de salud.

El reconocimiento de la temporalidad vivida por los estudiantes, la forma de asumir determinadas obligaciones o la experiencia propia/familiar con el cuidado de la salud puede ser el punto de partida para repensar nuestras prácticas y mejorarlas.

Palabras clave: salud bucal – accesibilidad - prácticas y concepciones

*Lic. en Trabajo Social. Programa Salud Escolar. Área Programática del Hospital Dr. Cosme Argerich. mechicaimari@hotmail.com

**Lic. en Ciencias de la Comunicación. Residente de 2do Año de Educación para la Salud. Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. Rotante del Programa Salud Escolar. Área Programática del Hospital Dr. Cosme Argerich. carodeguer@yahoo.com.ar

***Lic. en Sociología. Programa Salud Escolar. Área Programática del Hospital Dr. Cosme Argerich. lauragrigitis@yahoo.com.ar

Investigar cuando los adolescentes no van al odontólogo

En este artículo presentamos los resultados de una investigación sobre salud bucal realizada en el marco del Programa de Salud Escolar, subprograma Escuelas Medias, del Área Programática del Hospital Dr. Cosme Argerich (CABA). La misma fue desarrollada en el primer trimestre de 2009, por un equipo integrado por profesionales del Programa de Salud Escolar y de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS), en el marco de la rotación por el componente de Escuelas Medias.

La problemática de salud bucal había sido abordada en diversas oportunidades por el Programa de Salud Escolar, fundamentalmente desde el equipo de nivel primario. Durante los años 2007/ 2008, los datos registrados por el Programa mostraron una alta prevalencia de problemas de salud bucal en los estudiantes de escuelas medias que habían realizado controles de salud. Así por ejemplo, el informe epidemiológico del Control de Salud Escolar de enero-marzo de 2007, realizado con una muestra de 289 alumnos, establece que entre los problemas más frecuentes se encuentran las patologías odontológicas. La presencia de caries se instala como la segunda causa de derivación para los adolescentes.

En el 2008 se creó para el Programa un circuito ad-hoc de derivación a un efector del Área, Plan Odontólogos de Cabecera, que resultó sub-utilizado: más de la mitad de los estudiantes derivados no concurre a la consulta odontológica. Por este motivo, se planteó en el equipo si la accesibilidad al turno programado resultaba condición suficiente para que los adolescentes concurrieran a la consulta y devino relevante la indagación por los condicionamientos que podían estar implicados en la inasistencia. La investigación operativa que aquí se presenta es un intento de responder a este interrogante. El propósito fue rastrear y analizar las concepciones y prácticas relativas al cuidado de la salud bucal entre los actores involucrados, a fin de tomarlas como punto de partida para modificar las intervenciones realizadas desde el Programa.

De acuerdo con estos planteos, se propuso como objetivo general la identificación de los principales condicionantes que mediatizan la concurrencia a la consulta odontológica, en un grupo de estudiantes de escuelas medias ubicadas en el Área Programática del Hospital Argerich. Asimismo, se establecieron como objetivos específicos, el conocimiento de las concepciones y prácticas vinculadas con el cuidado/autocuidado de la salud bucal de los estudiantes así como la identificación de obstáculos y facilitadores que pueden operar en el acceso a la atención odontológica de los mismos.

En cuanto a la metodología, se elaboró un diseño exploratorio/ descriptivo y se utilizó la entrevista semi-estructurada como técnica de producción de la información de tipo cualitativo.

De acuerdo con los objetivos planteados se trabajó con todo el universo de análisis, trece estudiantes de escuelas medias del Área Programática que habían sido derivados a una consulta odontológica a partir de los controles de salud del Programa. A estos adolescentes se les había facilitado un turno con un profesional del Plan Odontólogos de Cabecera y no hicieron uso del mismo. Del total de jóvenes, se logró contactar a ocho de ellos para ser entrevistados.

Cabe destacar que siete de los ocho entrevistados fueron varones. En su mayoría eran adolescentes de 17 años o más. En casi todos los casos, su edad era mayor a la "esperable" para el año escolar que se encontraban cursando. Al momento de realizarse el estudio, la mitad de ellos trabajaba además de estar estudiando.

Por otra parte, estos jóvenes residían en barrios de la zona sur de la Ciudad

de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense (sólo la mitad de ellos vivía en el Área Programática del Hospital Argerich). De modo que su situación socioeconómica debe contextualizarse en relación con las condiciones de vulnerabilidad que caracterizan a gran parte de la población residente en dichas áreas.

En los siguientes párrafos presentaremos el análisis de las concepciones y prácticas que pueden aproximarnos a los condicionantes de la salud bucal de estos adolescentes.

El relato de los entrevistados interpela las prácticas en salud

En relación a los objetivos planteados se indagaron diversos aspectos vinculados al cuidado de la salud bucal. Con respecto a las experiencias previas de atención odontológica, podemos señalar que todos los entrevistados refirieron haber concurrido al menos en alguna oportunidad a una consulta. Sin embargo, debemos apuntar que la misma aparece como un evento borroso y lejano en la temporalidad de una infancia ya transitada.

Cabe destacar que, del total de los entrevistados, sólo tres se atendían a través del subsector privado y/o de obras sociales. La atención en el ámbito privado no se refiere a prepagas, sino a centros odontológicos comunitarios con aranceles bajos. El resto de los adolescentes concurría a efectores del subsector público, combinando en diferentes momentos hospitales pediátricos, odontológicos, generales de agudos y centros de salud. Los motivos de consulta estuvieron mayoritariamente vinculados con la necesidad de atención ante un daño ya instalado, debido a que "tenían caries". De modo que, más de la mitad de los entrevistados manifiestan que concurrieron a la consulta porque experimentaban "dolor", "molestia" o "dolor e infección" en alguno de sus dientes. Así es como la visita al dentista se liga con la urgencia de la asistencia, a la enfermedad que es reconocida por el síntoma del dolor. En los adolescentes entrevistados aparece así la dificultad para adoptar una actitud de previsión. La consulta supone la irrupción de síntomas que dificultan seguir adelante con la vida cotidiana.

Por otra parte, las características del modelo

****Lic. en Trabajo Social. Programa Salud Escolar. Área Programática del Hospital Dr. Cosme Argerich. anazabal@gmail.com

*****Lic. en Sociología. Residente de 3er Año de Educación para la Salud. Área Programática del Hospital Carlos G. Durand. Rotante del Programa Salud Escolar. Área Programática del Hospital Dr. Cosme Argerich. aivlisat@yahoo.com.ar

de salud refuerzan este tipo de prácticas ya que no se alientan las acciones promocionales y preventivas. Al respecto, si tenemos en cuenta que las derivaciones efectuadas por el Programa de Salud Escolar son realizadas a partir de la detección de la enfermedad, podríamos preguntarnos si esto no contribuye a fortalecer el reconocimiento de la necesidad de atención de urgencia por sobre la práctica preventiva. Interrogante que nos interpela como equipo de salud con la consiguiente reflexión acerca de cómo reconfigurar las propias prácticas.

Más allá de estas consideraciones y la efectiva visita al dentista frente a la urgencia de la enfermedad ya instalada, debemos señalar que estos adolescentes no desconocen en sus relatos el valor del cuidado y la anticipación a la aparición de patologías como la caries. Si bien no realizan controles odontológicos, si reconocen la importancia de los mismos como modo de prevención de las diversas problemáticas de la salud bucal.

En relación al cuidado de la salud dental, los jóvenes entrevistados afirman que llevan a cabo diversas prácticas, de las cuales el cepillado es la principal. Y en cuanto a las primeras acciones que realizan frente al dolor, manifiestan que recurren a la toma de analgésicos. Tales prácticas, junto a la decisión de concurrir al odontólogo, pueden ser encuadradas en el concepto de autoatención planteado por Eduardo Menéndez (2004) que reenvía a las actividades que realizan las personas y los grupos de forma autónoma a partir de sus saberes, experiencias previas o teniendo como referencia otras formas de atención, especialmente la biomédica.

Cabe destacar que no se observan diferencias entre las prácticas reconocidas como propias y las que visualizan en sus familiares y conocidos. Esto nos remite una vez más a la relevancia de considerar como unidad de análisis al grupo doméstico en relación con el proceso salud/enfermedad/atención para el planteo de futuras estrategias de investigación y/o intervención (Menéndez, 1992).

Por otra parte, ya hemos mencionado que los entrevistados reconocen el valor de las acciones preventivas para el cuidado de la salud.

En particular, visualizan tales prácticas como modo de evitar la pérdida de la dentadura:

“Entrevistadora: -Además de cuando a uno le duelen las muelas, ¿en qué otras oportunidades creés que es necesario ir al dentista?

Entrevistado: -A mí no me gusta mucho ir... Aunque tendría que haber una revisión, de última, para que se vayan fijando cómo van los dientes. Porque uno puede estar fijándose, cuidando la dentadura pero una caries que no viste y después ya tenés que sacarte ese diente” (Varón, 20 años)

Ahora bien, del análisis del discurso de los jóvenes puede inferirse que entre las prácticas realizadas desde los servicios de salud predominan las de asistencia por sobre las de promoción y prevención. Asimismo, la atención aparece ligada a la eliminación de la pieza problemática (diente) y no a la reparación del daño. Un ejemplo de esta vinculación se presenta claramente en este entrevistado:

“Entrevistadora: -¿Te explicó el odontólogo qué te pasaba y cómo lo iban a tratar?

Entrevistado: -La muela estaba picada.

Entrevistadora: -¿Le pudiste preguntar algo sobre eso que te pasaba?

Entrevistado: -No, me la sacó y ya está”. (Varón, 19 años)

Aunque no contamos con elementos suficientes como para hacer afirmaciones sobre este tipo de acciones por parte de los profesionales, cabe al menos preguntarnos si la práctica de extracción se relaciona con las condiciones objetivas de la pieza dentaria y el carácter avanzado del problema (caries); o si se trata de un modo de intervención generalizado en la cultura institucional de los servicios públicos que brindan atención de la salud bucal. La posibilidad de esta modalidad de trabajo podría estar sustentada en la escasez de recursos de la asistencia odontológica del sector público.

Por otro lado, en los relatos de los entrevistados se presenta el miedo a la pérdida de los dientes. De acuerdo con el análisis puede inferirse que la futura carencia de la dentadura se vincula con la proximidad de una imagen corporal que evidencia una posición social caracterizada por la vulnerabilidad y la desventaja frente a otros sectores sociales. Así la falta de dientes funciona como un indicador social del “villero”, del “pobre”, con el consiguiente rechazo a reconocerse en estas imágenes corporales ya que implican lo desvalorizado por la sociedad (1).

Paradójicamente, se plantea la cuestión de cómo promover la consulta odontológica cuando el resultado más probable (ya experimentado por los entrevistados) es que se concreten sus temores más profundos vinculados con la salud oral: la pérdida de los dientes y, con ello, la transformación de su imagen corporal.

Otros aspectos de la experiencia de los jóvenes con el sistema de salud

En relación a la experiencia con los servicios que brindaron atención odontológica, los relatos de los entrevistados remiten a circuitos relativamente complejos y/o poco accesibles para el caso del subsector público. La dificultad más mencionada es el acceso a los turnos:

“Entrevistadora: -Y al Hospital Penna, ¿cómo llegaste?, ¿cómo fue que conseguiste el turno ahí?

Entrevistado: -Mí mamá me había dicho que me tenía que levantar a

las 5 y esperar ahí en la cola porque son nomás doce turnos que te dan. Y te los dan a las 7 y ya a las 6 está lleno de gente. Entonces, me tenía que levantar a las 5, pasar toda la villa caminando y, llegar al hospital y hacer la cola. Si llegaba a tener uno de los turnos, me atendían y si no, tenía que esperar al otro día". (Varón, 20 años)

Según los dichos de los entrevistados, el subsector privado y el de las obras sociales son un espacio de mayor accesibilidad al turno. Sin embargo, en los relatos aparece una restricción en relación a dichos efectores: el carácter arancelado de las prácticas, aún cuando se trate de valores muy bajos. Asimismo, la accesibilidad a la atención odontológica se ve limitada, de acuerdo con la percepción de estos adolescentes, debido a que la oferta de servicios es mayor para la población infantil.

En relación a los motivos de ausencia al turno otorgado con el odontólogo, los entrevistados explicitan distintas razones. Por un lado, la mitad de éstos menciona dificultades de horario por superposición con el trabajo, aunque también se pone de manifiesto el olvido o la falta de interés.

La mayoría de los adolescentes entrevistados trabaja además de estudiar, constituyéndose lo laboral en un obstáculo para disponer del tiempo necesario para la atención odontológica ya que la jornada de trabajo presenta características de irregularidad horaria. En este sentido, lo impredecible del tiempo requerido para el trabajo genera dificultades para planificar las actividades diarias como el estudio, un turno para el médico, etc.

En el marco de trabajos mayoritariamente inestables y precarios, los tiempos de las actividades escolares y laborales de los entrevistados no son fijos sino que varían de un modo no previsto provocando exclusiones o superposiciones entre las mismas. De modo que un turno para el odontólogo definido en una fecha y hora predeterminada con anterioridad resulta incompatible con la temporalidad de las prácticas de estos jóvenes. Por otro lado, la escasa franja horaria (2) con la que se cuenta para las derivaciones dificulta aún más su acceso a la atención de la salud bucal.

Los entrevistados que estudian pero no trabajan refieren otros motivos por los cuales no asistieron a la consulta odontológica. Estos se relacionan con cuestiones como no disponer del tiempo suficiente debido a la necesidad de estudiar para un examen, un olvido o no encontrar la dirección del consultorio del dentista.

Sin duda, existen diferencias entre aquellos adolescentes que sólo estudian y los que además trabajan, de hecho los motivos de no concurrencia a la consulta odontológica son distintos. En este sentido, sus desiguales condiciones de vida suponen diversidad en la forma de uso de los recursos de salud (Boltanski, 1975).

Si bien todos los entrevistados tienen responsabilidades, en el caso de los que trabajan, el tiempo disponible para ocuparse de su salud queda aún más reducido. No se trata sólo de una disminución del propio tiempo sino también de que la organización de este último depende de las decisiones de un "otro" en una situación de poder diferencial: el empleador. De modo que de acuerdo con el relato de estos jóvenes, no concurrir al trabajo puede suponer desde un altercado con el jefe, la pérdida del salario correspondiente a esa jornada y hasta el despido; en un contexto de precariedad y mínimo acceso a los derechos laborales.

Por otra parte, preguntamos si las consultas previas al odontólogo podían dificultar la accesibilidad a futuras consultas, y debemos señalar que prácticamente



todos los entrevistados refieren haberse sentido "bien" durante la atención odontológica. A partir de esta afirmación generalizada podemos identificar diferentes situaciones: tres de ellos manifiestan que no recibieron ninguna explicación del procedimiento que les estaban realizando, ni se consideraron habilitados para realizar alguna pregunta al respecto. Únicamente dos entrevistados recuerdan haber sido tratados "muy bien" y recibir explicaciones detalladas por parte del profesional; uno de ellos se atendió en un efector público y el otro en uno privado.

Además, cabe señalar que el miedo al dolor no se presenta como un obstaculizador para acudir a la consulta odontológica, ya que su experimentación antes o durante la consulta es escasamente mencionada por los adolescentes. Sólo tres de ellos (dos varones y la única mujer) comentaron, que "de chicos" sí experimentaron este obstáculo. Sin embargo, cabe que nos preguntemos si resultaba posible que los entrevistados enunciaran haber tenido ese sentimiento en un pasado relativamente próximo, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos son adolescentes varones. Tal como señalan los estudios de género, el modelo hegemónico de masculinidad no admite legítimamente esa enunciación, un varón que espere ser reconocido como tal no puede presentarse como "miedoso".

Consideraciones finales

Sin duda, la oferta de asistencia odontológica es una condición necesaria para efectivizar el cuidado de la salud bucal. Habitualmente se afirma que este tipo de atención supone la disponibilidad de recursos profesionales y tecnológicos que pocas veces son asignados al subsector público de salud, y en particular, al primer nivel de atención.

No obstante, la población que estudia en escuelas del Área Programática del Argerich dispone de una relativamente importante oferta de servicios en salud bucal, ya que cuenta con varios efectores: los CeSAC N° 9, N° 15 y N° 41; el Centro Odontológico Boca-Barracas, el Plan Médicos de Cabecera (que incluye atención odontológica) y el Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela Martín.

Ahora bien, más allá del recurso disponible, según los informes epidemiológicos del Programa de Salud Escolar existe una alta prevalencia de problemas relacionados con la salud bucal en los adolescentes del Área Programática. Y en este sentido, resulta prioritario el trabajo articulado con otros niveles del Programa (en particular inicial y primaria), así como con otros efectores que puedan operar no sólo en el contexto de la escuela, sino en otras organizaciones.

Por otro lado, los entrevistados no concurren a la consulta odontológica cuando

se les facilitó un turno, por lo tanto, la oferta de atención odontológica es necesaria pero no una condición suficiente para favorecer la accesibilidad de los jóvenes al cuidado de su salud bucal en un modelo de atención que prioriza las estrategias de asistencia por sobre las de prevención y promoción.

El propósito de la investigación presentada se centraba en explorar los diversos condicionantes que pudiesen posibilitar u obstaculizar el cuidado de la salud dental de los adolescentes a fin de problematizar las acciones desarrolladas por el sistema de salud del cual somos parte. Los resultados de este estudio intentan ser un puente para repensar las propias prácticas del equipo de salud, las articulaciones entre acciones de tipo asistencial, preventivo y promocional.

El Programa, en particular, y los equipos de salud del subsector público, en general, deben enfrentar el desafío de lograr una mayor accesibilidad a la atención y al cuidado de la salud oral. Esto último supone, entre otras cosas, considerar: la extensión de la franja horaria, las distancias geográficas, la facilidad de programación de los turnos y del tiempo de espera, y fundamentalmente, las condiciones de vida de las personas y los grupos sociales. De modo que deviene importante reconocer la influencia de factores como la temporalidad vivida por los entrevistados, la forma de asumir determinadas obligaciones o la experiencia propia o familiar con el cuidado de la salud. Aspectos que, sin duda, inciden en las posibilidades de acceder y hacer uso de los recursos del sistema de salud.

Notas

- (1) Como señalan Margulis y Urresti, el cuerpo se constituye en el primer plano de interacción social portando unos sentidos que son producto de la apropiación de la jerarquía social (cf: Margulis y Urresti, (1998): "La construcción social de juventud" en Margulis, M. (ed.): *Viviendo a toda: Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*, Bogotá, Universidad Central / DIUC / Siglo del Hombre Editores).
- (2) Las derivaciones implicaron el otorgamiento de turnos a las 14 hs.

Referencias Bibliográficas

- ✓ **Boltanski, L. (1975):** *Los usos sociales del cuerpo*, Buenos Aires, Ediciones Periferia.
- ✓ **Jodelet, D. (1988):** "La representación social: fenómenos, conceptos y teoría", en Moscovici, S. (comp): *Psicología social II*, Barcelona, Paidós.
- ✓ **Laurell, A. (1986):** "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina" en Cuadernos Médico Sociales N° 37, Rosario, CESS.
- ✓ **Margulis, M. y Urresti, M. (1998):** "La construcción social de juventud" en Margulis, M. (ed.): *Viviendo a toda: Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*, Bogotá, Universidad Central / DIUC / Siglo del Hombre Editores.
- ✓ **Menéndez, E. (1992):** "Grupo doméstico y proceso salud/ enfermedad/ atención. Del teorismo al movimiento continuo" en Cuadernos Médico Sociales N° 59, Rosario, CESS.
- ✓ **Menéndez, E. (2004):** "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas" en Spinelli, H. (comp.): *Salud Colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

Suban el volumen

Una experiencia de radio en
escuelas medias

Lic. Gabriel Hojman*
Lic. Flavia Llana**
Lic. Gabriela Taboada***
Lic. Maximiliano Jeshen****
Lic. Analia Abregú*****
Lic. Jesica Ferrer*****



Resumen

El artículo narra dos experiencias de realización de microprogramas de radio con secundarios del Área Programática del Hospital Argerich. El equipo interdisciplinario en el marco del Programa de Salud Escolar planifica los encuentros junto a alumnos de quinto año de una escuela con orientación en comunicación social. Los adolescentes participan activamente tomando decisiones en todas las etapas. Hasta el momento formaron parte de este proyecto treinta alumnos de seis escuelas. Eligen un tema de interés, buscan información, se distribuyen las tareas, realizan entrevistas, graban y editan el programa. La tarea no culmina allí, continúa en su difusión en radios comunitarias y en la elaboración de un cuadernillo de actividades que acompaña al microprograma, destinado a multiplicar el debate sobre la temática elegida en las aulas. Esta experiencia muestra que a partir de una propuesta creativa donde los adolescentes son protagonistas, es posible construir colectivamente espacios alternativos de promoción en salud.

Palabras clave: Radio - Capacitación entre pares - Involucramiento

“Crece desde el pie musiquita, crece desde el pie uno, dos y tres, derechita crece desde el pie (...)

Crece los mejores amores, crece desde el pie, para sus colores las flores crece desde el pie.

Crece desde el pueblo el futuro, crece desde el pie ánima del rumbo seguro crece desde el pie.”

Alfredo Zitarrosa

¿Por qué subir el volumen en un momento de tanto ruido?

Este artículo se propone narrar dos experiencias de realización de microprogramas de radio con adolescentes que asisten a escuelas medias de los barrios de La Boca, San Telmo y Barracas incluidos en el Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

Es chiquita, al decir del poeta uruguayo. Es una experiencia que va creciendo desde el pie, como una musiquita. Entre tanto ruido, la información sobre salud colectiva circula en exceso por los medios de comunicación (radio, TV, internet, celulares), impactando directamente en los adolescentes.

El Programa de Salud Escolar dependiente del Área Programática del mencionado hospital prioriza las estrategias extramurales por lo cual sus equipos, divididos según los diferentes niveles educativos (inicial, primaria y media) se constituyen como itinerantes trabajando en el primer nivel de atención realizando controles médicos y actividades de prevención y promoción (1) de la salud con las escuelas (2).

Nuestra labor en los colegios secundarios consta de tres ejes: Eje LOSE (Libreta Oficial de Salud Escolar, en el marco del cual se realizan los mencionados controles médicos), el Eje Institucional y Eje de Trabajo Directo con Adolescentes. Cuando proponemos espacios de debate en el marco de talleres de sensibilización previos al control médico, la información, los datos, las problemáticas e inquietudes abordadas superan los límites de esta actividad. ¿Qué hacer con esta información que excede? Los alumnos y alumnas levantan la mano, opinan, escuchan, hablan pero les cuesta decir, es complejo escuchar y escucharse.

En el formato esos talleres nos encontramos reproduciendo formatos escolares o dramatizando un panel televisivo donde conversa el público y los "especialistas". ¿Cómo abordar temáticas de salud con otras técnicas y dinámicas? ¿Cómo facilitar un espacio para que suban las voces, pero que haya tiempo y espacio para que esas voces discutan, se enriquezcan, se contradigan, se junten a otras? ¿Desde dónde pensar otros modos de comunicación para fortalecer (3) la salud colectiva? Nos ubicamos desde una perspectiva de promoción de derechos y construcción de ciudadanía democrática, basándonos en el marco normativo básico que desde el paradigma de los derechos de niñas, niños y adolescentes fundamenta nuestras prácticas.

Consideramos que las políticas públicas en salud son uno de los caminos que permitiría saltar de lo normativo al verdadero cumplimiento de estos derechos. Dentro de las políticas en salud no es lo mismo una práctica asistencialista y reproductora de las condiciones imperantes que otra que fomenta el conocimiento, la participación y el involucramiento de los adolescentes.

Sin embargo, el contexto actual no facilita la participación sino que propicia prácticas de consumo, pasividad e indiferencia que impactan en los adolescentes, en sus trayectorias, en la construcción de sus subjetividades.

Ante estas preguntas, generamos el Eje de Trabajo Directo con Adolescentes, un espacio alternativo, distinto al taller, a la clase, al panel televisivo, que propicia la participación protagónica del adolescente.

Se habla mucho, se hace ruido con este concepto. Por momentos, pareciera ser que cualquier cosa, si es participativa es correcta, "está bien". Sin embargo, "no es buena ni mala en sí misma (...) puede ser dirigida hacia diferentes objetivos y consecuencias" (Menéndez 2006: 77).

Entendemos por protagónica a una participación social efectiva de los y las adolescentes. "Esta meta demanda abandonar el adultocentrismo, tomar en cuenta las diversas situaciones de exclusión, permitir y escuchar abiertamente la voz de las juventudes de los más diversos ámbitos" (4) (Krauskopf, 2000: 127). Nos propusimos que las voces de las juventudes muchas veces excluidas en el Hospital, en el barrio y en la escuela tuvieran un lugar.

*Lic. en Sociología, Equipo de Escuelas Medias del Programa de Salud Escolar del Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. hojmangabrie@hotmail.com

**Lic. en Psicología, Equipo de Escuelas Medias del Programa de Salud Escolar del Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. flaviallanezal@hotmail.com

¿Cómo pensar un espacio alternativo para estas voces adolescentes? ¿Con qué propósitos?

Esta propuesta de actividad tiene su origen en la jornada de inicio del año 2008. En esa oportunidad, el encuentro tuvo lugar en el Teatro Verdi de La Boca, ya que promovemos la integración de espacios comunitarios en nuestras tareas. Allí se reunieron el Equipo de Salud, los alumnos y alumnas de las escuelas del Área y sus referentes y directivos.

En el encuentro y el intercambio de esta reunión con y entre los y las adolescentes, se debatió y se buscaron propuestas para el del Eje de Trabajo Directo con Adolescentes (Comunicación y Salud – Recreación y Salud – Cultura y Salud). Allí, entonces, surge la propuesta de realizar un taller de radio y abordar así cuestiones de salud.

El objetivo de ese Eje es buscar alternativas lúdicas, recreativas y pedagógicas a las propuestas por los espacios escolares, básica y preponderantemente dirigidas a los alumnos denominados líderes en salud (5). Esas experiencias resultan atractivas para jóvenes ya motivados y acostumbrados a cumplir roles de liderazgo en la institución y comprometidos con el proyecto escolar. Nuestra búsqueda se basa en la preocupación por ampliar la convocatoria y la accesibilidad a quienes no necesariamente tuvieron esas características. A su vez, se vincula con las preguntas acerca de cómo generar espacios de participación de los y las adolescentes del Área, y el convencimiento del Equipo de que la construcción de espacios y la creación colectiva son fundamentales para la promoción de la salud.

Es un desafío complejo, intentamos pensarlo y abordarlo de manera interdisciplinaria (6). Entendemos que promover la participación de los adolescentes se vincula necesariamente con el desarrollo de capacidades para identificar situaciones que los afectan, analizar las causas, proponer soluciones viables y tender a afirmarlas en la realidad. ¿Esto es posible en un espacio de salud escolar?

¿Cómo se organiza la propuesta de radio?

Los y las adolescentes participan activamente tomando decisiones en todas las etapas. Hasta el momento formaron parte de este proyecto treinta alumnos de seis escuelas. Eligen un tema de interés, buscan información, se distribuyen las tareas, realizan entrevistas, graban y editan el programa. La tarea no culmina allí, continúa en su difusión en radios comunitarias y en la elaboración de un cuadernillo de actividades que acompaña al microprograma, destinado a multiplicar el debate sobre la temática elegida en las aulas.

a. Convocatoria

La convocatoria se realiza en todas las escuelas de Área durante los talleres de sensibilización. En este espacio se trabajan temas de salud, en su aspecto amplio, en los contenidos transmitidos se enfatiza los derechos, la participación y en la importancia de escuchar la voz de los adolescentes. En la etapa final de estos talleres se invita a los alumnos a participar del taller de radio, que es coordinado por integrantes del equipo de Salud Escolar de Escuelas Medias y la colaboración de alumnos de quinto año del Instituto Secundario "El Taller", con orientación en Comunicación Social, quienes aportarán saberes técnicos sobre radio. Se les propone a los alumnos que allí tendrán la posibilidad de, una vez por semana, encontrarse con alumnos de distintas escuelas y barrios, fuera del horario escolar, para formar parte de la producción de un microprograma sobre un tema elegido por el grupo.

b. Elección de los temas

La elección de los temas ocupa los primeros tres encuentros de la actividad. Reunidos los interesados se realizan diferentes dinámicas grupales para favorecer la interacción y confianza durante el taller. Se reúne a los participantes en pequeños grupos con un coordinador tanto del equipo de salud como de la escuela "El Taller". Como disparadores de debate se presentan imágenes vinculados a la salud como por ejemplo sexualidad, salud ambiental, violencia, discriminación, salud mental, tiempo libre, recreación, etc. Luego se da paso al momento de compartir lo discutido, se exponen las diferentes problemáticas que son de interés para los adolescentes. Se evalúan pros y contras de llevar el tema adelante en formato radial. Finalmente se decide el tema por votación.

c. Lo técnico

Lo técnico es aportado por los alumnos de la Escuela "El Taller", aquí se incluye cómo hacer una entrevista, el guión radial, la locución, la conducción, los roles, la grabación y la edición del microprograma.

d. La grabación

Finalizada la producción, se da paso a la grabación y a la edición del microprograma en las instalaciones de la escuela "El taller". Los integrantes del proyecto ya tienen asignados los diferentes roles que cumplirán. Este es un momento importante para los alumnos, ya que lo viven como un logro individual y colectivo.

e. La difusión en radios comunitarias

Es esta la segunda etapa del taller, al grupo se le propone visitar radios comunitarias con motivo de presentar su trabajo. Es la oportunidad de intercambiar su experiencia con profesionales de la radio. A esto se le suma la emoción de salir en vivo en una radio que valora la participación y los proyectos comunitarios.

f. Producción de un material didáctico

Para finalizar y con motivo de que este programa y temática pueda ser escuchada y utilizado en las escuelas como material didáctico, los chicos y el equipo de coordinación diseña una caja que contiene el CD del programa y un cuadernillo con actividades que fueron pensadas para generar

*** Lic. en Psicología, Becaria del Equipo de Escuelas Medias del Programa de Salud Escolar del Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. psigabitaboda@yahoo.com.ar

**** Lic. en Psicología, Equipo de Escuelas Medias del Programa de Salud Escolar del Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. maxijeshen@gmail.com

nuevos debates y conciencia sobre las problemáticas trabajadas durante el proceso.

¿Por qué una propuesta de radio?

Es a partir del debate y de la participación, enmarcados en el respeto por los distintos saberes y opiniones, que surgen y se desarrollan las problemáticas y las inquietudes diversas entre los jóvenes. Temas cotidianos, incluso teñidos de cierta redundancia, cobran frescura. Fue así como en la primera reunión de este taller, los adolescentes mismos aclararon que la "discriminación", una de las temáticas elegidas, debería ser

vechar oportunidades, voluntad para promover cambios, capacidad de protagonismo y de participar.

Entonces, ¿por qué radio? En primer lugar, porque surge del legítimo interés de estos jóvenes. Y en segundo lugar, absolutamente en consonancia con el primero, porque a través de este medio de comunicación toman la palabra, hacen oír su voz, plasmándose el espíritu del Artículo 17 de la Ley 114, Derecho a ser oído: "...cuando se trate de sus intereses o al encontrarse involucrados personalmente en cuestiones o procedimientos relativos a sus derechos" (7). Ahora, devenidos actores sociales, sujetos de derecho, que reflexionan sobre cuestiones que no sólo les interesan sino que también los implican y los involucran: adolescentes pensando sobre adolescentes (violencia y discriminación dentro y fuera de la escuela, iniciación sexual).

Pensamos la capacitación entre pares como una actividad que supera el mero hecho de transmitir un saber, una técnica. La horizontalidad propicia la



abordada desde la visión del adolescente, evitando repetir el discurso instituido desde los medios masivos de comunicación, la escuela, los adultos: adolescente, adolecer... crisis.

Allí se nos plantea la posibilidad de rescatar, destacar y valorar capacidades y potencialidades, donde la crisis abre paso a lo nuevo, nos confronta con la necesidad de poner a jugar lo inédito. Podríamos decir, la creatividad, carácter instituyente propio de la adolescencia: capacidad de emprendimiento, postura crítica constructiva, sensibilidad estética, avidez para aprender y apro-

expresión de distintas versiones, experiencias, creencias, donde estas también constituyen saberes... en este intercambio modifican su entorno y a ellos mismos siendo esto lo enriquecedor. Se ven desnaturalizarse aquellas situaciones cristalizadas, dando lugar a la aparición de preguntas y reformulaciones.

Los encuentros dieron un lugar que permitió el despliegue de la palabra, que se habilitara la de cada uno para relanzar la construcción colectiva.

A modo de cierre: voces para multiplicar

Esta experiencia muestra que a partir de una propuesta creativa donde los y las adolescentes son protagonistas, es posible construir colectivamente espacios alternativos de promoción en salud. Se llevan realizados dos microprogramas: el primero sobre discriminación y violencia dentro y fuera de la escuela ("Vos que andás diciendo que hay mejores y peores") y el segundo

***** Lic. en Psicología, Concurrente de 2do Año de Salud Mental, Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.
 analia.abregu@yahoo.com.ar

***** Lic. en Psicología, Concurrente de 2do Año, de Salud Mental, Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. jessica_19@hotmail.com

sobre iniciación sexual ("Yendo de la escuela a la cama"). Participaron alrededor de treinta adolescentes pero esperamos que el efecto sea multiplicador cuando alguno de estos programas se utilice para trabajar estas temáticas en escuelas u otros espacios comunitarios.

En función de las preguntas desarrolladas anteriormente, consideramos que algunos logros de este proyecto permiten continuar hilando en posibles caminos a recorrer para propiciar un lugar para la voz del adolescente, para el desarrollo de sus habilidades personales y donde las discusiones y decisiones colectivas propicien la creación de ambientes saludables para la salud. Creemos que los derechos de los niños, niñas y adolescentes son instrumentos de acción para abrir alternativas en el trabajo con las escuelas. Es necesario considerar a los y las jóvenes como actores sociales protagónicos con amplias capacidades de intervenir en el ámbito escolar y barrial pudiendo reflexionar y actuar en el terreno de la salud colectiva y de sus pares.

Las instituciones educativas y de salud pueden promover espacios (que pueden ser pequeños) donde los jóvenes puedan comenzar a modificar su entorno social, al elaborar y desarrollar proyectos personales y colectivos. Las instancias y dinámicas grupales abren la posibilidad de convertir a los y las adolescentes en potenciales agentes multiplicadores que detectan problemas y brindan orientación a sus compañeros y compañeras. El protagonismo activo en un proyecto no debe olvidar involucrar a los jóvenes desde la formulación de la idea, hasta la gestión y evaluación de los resultados.

Algunas de estas cuestiones se pusieron en juego cuando en una visita a Radio Gráfica, en marzo de este año, el conductor antes de finalizar la charla con los chicos pregunta ¿alguien tiene algo más para agregar? Florencia (quinto año, escuela de La Boca) se acerca al micrófono y dice: "No se olviden que podemos ir a buscar preservativos al Hospital y a los centros de salud, ¡es nuestro derecho!"

Notas

(1) Diferenciamos los conceptos de prevención y promoción de la salud en tanto la primera "se estructura mediante la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas de cambio de hábitos" mientras que la segunda "se define de manera más amplia que prevención pues se refiere a medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y bienestar generales" y "al fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionamientos de la salud". En Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C., organizadores: "Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias", p. 54 y sigs. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.

(2) Diferenciamos el trabajo con las escuelas que refiere a una construcción conjunta de las actividades con los docentes de la institución, de un trabajo en la escuela que toma la institución sólo como lugar de intervención de un dispositivo externo.

(3) Entendemos el fortalecimiento como un concepto clave de la Psicología Comunitaria vinculado a la necesidad de la participación y el fomento de las capacidades de las personas y los grupos. Desde esta línea de análisis se plantea la necesidad de superar ciertos factores que inhiben la capacidad de participación y el desarrollo de las potencialidades de las comunidades.

(4) Krauskopf, D. (2000). "Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes" en Balardini, S. (comp) La participación social y política de los

jóvenes en el horizonte del nuevo siglo, Buenos Aires: CLACSO.

(5) Nos referimos a un grupo de alumnos y alumnas de una escuela que se reúnen con un referente para pensar diversas acciones en virtud de promover la salud de sus pares.

(6) El abordaje interdisciplinario de problemas complejos supone un movimiento en el cual las disciplinas deben proponerse la construcción de una conceptualización común del problema y la construcción de una estrategia de abordaje del mismo.

(7) Ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes; Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Referencias bibliográficas

✓ **Balardini, Sergio (comp) (2000):** La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo, Buenos Aires, CLACSO

✓ **Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (2006):** "Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias", Buenos Aires, Lugar.

✓ **Kantor, D. (1998):** Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y Jóvenes en América Latina y el Caribe. Washington. OPS, OMS, Kellogg.

✓ **Krauskopf, D. (2000):** "Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes" en Balardini, S. La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo (comp), Buenos Aires, CLACSO.

✓ **Menéndez, E. (2006):** "Participación social en salud: las representaciones y las prácticas" en Menéndez y Spinelli (coord). Participación social: ¿para qué? Buenos Aires, Lugar.

✓ **Nirenberg, O. (2006):** Participación de adolescentes en proyectos sociales. Aportes conceptuales y pautas para su evaluación. Buenos Aires, Paidós.

✓ **Schujman, G. y Siede I. (2007):** Ciudadanía para amar. Aportes para la formación ética y política, (comp) Buenos Aires, Aique.

✓ **Sirvent, M.T. (2008):** Educación de adultos: Investigación, participación, desafíos y contradicciones. Buenos Aires, Miño y Dávila.

✓ **Ley N°114 (1998):** Ley de Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Viviendas Multifamiliares: interrogantes en el contexto de la intervención

Lic. Analía Almaleck *

Lic. Betina Burkman **

Lic. Julieta Silvestri ***

Lic. Carolina Sticotti ****

* Lic. en Trabajo Social. Residente de 2º Año de de Trabajo Social. CeSAC Nº 12. Área Programática Hospital Pirovano. anialmaleck@hotmail.com

** Lic. en Psicología. Residente de 3º Año de de Trabajo Social. RIEPS. CeSAC Nº 12. Área Programática Hospital Pirovano. betinab@hotmail.com

*** Lic. en Ciencias de la Comunicación. Residente de 1º Año de de Trabajo Social. RIEPS. CeSAC Nº 12. Área Programática Hospital Pirovano. julisilv@hotmail.com

**** Lic. en Trabajo Social. CeSAC Nº 12. Área Programática Hospital Pirovano. carolina_sticotti@yahoo.com.ar

Resumen

En el presente artículo se describe el proyecto de intervención comunitaria en viviendas multifamiliares del Área Programática del Hospital Pirovano, llevado adelante por un equipo de salud del Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 12, conformado por las residencias de Educación para la Salud y de Servicio Social y una trabajadora social de planta. Este proyecto apunta a la promoción de la salud integral y a facilitar el acceso al sistema de salud en contextos de déficit habitacional, en tanto la población destinataria se encuentra viviendo en hoteles, inquilinatos y casas tomadas del área.

Partiendo de las líneas principales del proyecto, como sus objetivos y actividades, se propone una reflexión sobre las particularidades del trabajo con esta población y sobre determinados interrogantes en relación con la intervención, tales como las dificultades de la población en el acceso al sistema de salud, las características de su participación, la modalidad de acercamiento del equipo de salud a la población destinataria y qué concepto de lo comunitario supone la intervención.

Palabras clave: accesibilidad - intervención comunitaria - viviendas multifamiliares

Introducción a la problemática habitacional en la ciudad

Entendemos la problemática habitacional como una cuestión que atañe no solo a la vivienda, sino a una situación social más amplia y compleja, que incluye el espacio urbano, la infraestructura pública, los servicios, las instituciones de la zona y toda cuestión que condicione el espacio vital de las personas.

El derecho a la vivienda se encuentra reconocido en la legislación nacional e internacional y en la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En ésta se afirma el derecho a una vivienda digna y a un hábitat adecuado.

Existen distintas formas de alquiler y/u ocupación de piezas en condiciones deficitarias, como casas tomadas, hoteles-pensiones e inquilinatos.

Las casas tomadas han sido anteriormente viviendas particulares, edificios estatales o comerciales, fábricas o edificios en construcción y, al quedar vacíos, fueron ocupados por una o más personas; pertenecen a personas particulares o al Estado. En ellas pueden o no pagarse el alquiler y los servicios y, en algunos casos, debe pagarse un "derecho de entrada" para poder ingresar, más allá de que luego se siga pagando el alquiler.

Los inquilinatos son viviendas en las cuales informalmente se subalquilan las habitaciones. Por último, los hoteles-pensión son inmuebles habilitados para el hospedaje de personas y por ende la contratación de las habitaciones es formal. Estos tres tipos de vivienda son los que denominamos en este artículo "viviendas multifamiliares". Las mismas presentan situación habitacional deficitaria (1), la cual se define a partir de cuatro dimensiones básicas: calidad y estado constructivo de la vivienda, servicios internos que posee, cantidad y calidad de servicios externos (infraestructura) y hacinamiento. (2)

La infraestructura habitacional deficiente en la Ciudad de Buenos Aires es un fenómeno que se ha extendido en las últimas décadas, debido al contexto económico y social del país.

Contexto local en el cual se enmarca el proyecto

El área del Hospital Pirovano se encuentra dentro de las zonas "privilegiadas" de la Ciudad de Buenos Aires. Abarca los barrios de Villa Urquiza, Saavedra,

Coghlan, Colegiales, Belgrano, Núñez, Villa Pueyrredón y parte de Palermo. Con una mayoría de población de ingresos medianos y altos, existen, sin embargo, grupos de población con situación habitacional precaria, que habitan en viviendas multifamiliares. Uno de estos grupos lo constituyen los habitantes de las viviendas ubicadas en la traza de la Ex Autopista N° 3, sector 5, cuya problemática específica no abordaremos, ya que no forma parte de este proyecto. El otro grupo, población destinataria del proyecto que describiremos a continuación, es el que habita en las viviendas multifamiliares.

Según datos del Censo de 2001, en el Área Programática habitan un total de 392.146 personas y el 3% de la población tiene Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Del total de la población, 4855 personas habitan en viviendas consideradas deficitarias (rancho, casilla, inquilinato, pieza de hotel o pensión, local no construido para habitar, vivienda móvil y personas en situación de calle), de las cuales la mayoría (82% = 4002 personas) vive en piezas de inquilinatos y piezas de hoteles y pensiones.

Partiendo del supuesto básico que todos los seres humanos tenemos derecho a una vivienda digna, consideramos que las personas que habitan viviendas multifamiliares se encuentran vulneradas en lo que refiere a este derecho.

Caracterización de la población y de las viviendas

Las condiciones edilicias de estas viviendas presentan deterioro generalizado en aspectos como humedad, filtraciones, falta de mantenimiento eléctrico y sanitario, ausencia de luz natural y deficiente ventilación. Por estar emplazadas en una zona urbana, estas viviendas poseen acceso a los servicios básicos de agua, electricidad, recolección de residuos y redes cloacales, aunque se visualizan obstáculos que dificultan el aprovechamiento óptimo de estos servicios. Otra característica de estas viviendas es que se encuentran subdivididas en relación con el plano original, conformándose así múltiples espacios cerrados. En cada uno de éstos vive una familia, lo cual genera

condiciones de hacinamiento. En consecuencia, el espacio de uso privado es reducido, y debe funcionar como dormitorio, comedor, recibidor de visitas, lugar de juegos, etc. Además existen espacios compartidos como ser el patio, hall, baño y cocina.

En cuanto a la permanencia de las personas en las viviendas, se puede observar que algunas familias se movilizan, por distintos motivos, de una vivienda de estas características a otra similar. Consideramos importante destacar que, para muchas de estas familias, el hecho de habitar una vivienda multifamiliar es un eslabón más en un largo proceso de búsqueda de estrategias para superar la problemática habitacional. En este sentido, la trayectoria de cada familia depende no sólo de los ingresos de la misma en un momento dado, sino también de las redes sociales y de apoyo que posee y de la posibilidad de cumplimentar con los requisitos para alquilar. Además, la población valora la ubicación geográfica de estos inmuebles, ya que facilita el acceso al mercado laboral y a los recursos educativos y de salud públicos.

Con el objetivo de permanecer en el barrio esta población desarrolla distintas estrategias para que las viviendas pasen desapercibidas, como mantener permanentemente cerradas las puertas y ventanas que dan al exterior. Es decir que, a simple vista, no son percibidas como viviendas habitadas, y menos aún por gran cantidad de personas.

Descripción de la experiencia de intervención

Este proyecto surge a fines del 2005, y se enmarca en el campo de la Promoción de la Salud. Hasta la actualidad ha sido reformulado en distintas ocasiones en cuanto a los objetivos y actividades del mismo.

El Objetivo General de este proyecto es contribuir a mejorar la accesibilidad a las actividades de asistencia, prevención y promoción de la salud de las personas en situación de vulnerabilidad que viven en hoteles, inquilinatos y casas tomadas del Área Programática del Hospital Pirovano.

El equipo se encuentra actualmente integrado por residentes de Educación para la Salud y de Servicio Social, y una trabajadora social de planta permanente del CeSAC. Colaboran además residentes de Medicina General.

Se cuenta con un registro de aproximadamente 100 viviendas multifamiliares, de las cuales, dadas las posibilidades del equipo, se priorizó el trabajo con 40 de ellas.

Una de las actividades principales consiste en el recorrido por las viviendas multifamiliares. El objetivo es actualizar los datos sobre cada vivienda, establecer vínculos con los habitantes y realizar la difusión de las actividades y servicios del CeSAC, de los recursos de salud del Área Programática y de los derechos básicos a la salud.

Como parte del proyecto, se realizan visitas periódicas y llamados telefónicos a aquellas viviendas en las cuales pudimos establecer algún contacto previo. En algunas ocasiones, realizamos con la población encuentros participativos de intercambio y reflexión sobre el proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) en las viviendas.

Por otra parte, hemos desarrollado una serie de encuentros lúdico-recreativos en el centro de salud. Estos encuentros tuvieron como destinatarios, entre otros, a los niños y niñas que habitan estas viviendas.

Problematizando la intervención

El proyecto de viviendas multifamiliares interpela al equipo en distintas dimensiones de la intervención, por lo cual es objeto de continua reflexión. A continuación se abordarán en líneas generales algunos ejes que consideramos principales, tales como el concepto de comunidad en relación con esta población, la accesibilidad al sistema público de salud, las posibilidades de ingreso a estas viviendas y, por último, una reflexión en torno a la participación.

¿Comunidad, comunidades?

Tomamos el término comunidad en tanto puede aportarnos herramientas para pensar la intervención con esta población. Siguiendo a Pedrinho Guareschi (2008) la comunidad como concepto remite a dos dimensiones, una individual y otra social, que lejos de ser opuestas, se complementan y definen mutuamente. Para pensar la dimensión individual, nos detendremos en la concepción de ser humano presente en el término comunidad. De las muchas posibles, ya sea como individuo aislado, como parte de una máquina, etc., elegimos el ser humano=relación, entendido como la persona singular y específica, pero que no puede ser sin los otros.

En cuanto a la dimensión de lo social en el término comunidad, también podemos pensarla de diversos modos; desde la concepción individualista y liberal como una suma de individuos; como una gran y única realidad, donde lo individual no existe, desde la concepción totalitaria; o bien como lo social=relación. En esta noción hay relaciones que componen un grupo. Al respecto afirma Guareschi: "Tanto las personas como las comunidades son incomprensibles unas sin las otras. El ser humano se realiza en comunidad y una comunidad es siempre una comunidad de seres humanos entendidos como relación" (Guareschi, 2008: 21).

Por otra parte, siguiendo a Alipio Sánchez Vidal (1991), el término comunidad alude en su significado a lo común y compartido. Una comunidad se define como un grupo social con características e intereses compartidos por sus miembros. Puede o no tener una localidad geográfica compartida y se caracteriza por lazos sociales y culturales comunes y por la interacción social.

A partir de estas definiciones, reflexionamos si las personas destinatarias de este proyecto pueden ser entendidas como una comunidad en sí misma o



bien si cada vivienda constituiría una comunidad, con características y problemáticas específicas. Además nos preguntamos si la población visualiza como algo común la problemática habitacional que la atraviesa.

La población de las viviendas es heterogénea, y en ella coexisten distintas visiones del mundo, valores y prácticas. Las personas y grupos familiares que allí conviven, proceden de diferentes lugares de origen y tienen distintas historias de vida y situaciones laborales. No para todos significa lo mismo habitar una vivienda de estas características. Para algunos es una situación transitoria, a la espera de conseguir alguna vivienda en mejores condiciones, para otros es la vivienda que han habitado desde siempre, y aun otros han mejorado su situación habitacional viviendo allí. Esta cuestión es relativa a la diferencia entre "ser ocupante" y "estar ocupando", distinción planteada por María Carman (2006). La situación en cada vivienda varía en cuanto a la cantidad de familias que allí viven, las condiciones edilicias, la legalidad de la ocupación, si pagan o no la habitación y/o servicios. También difieren en la organización interna entre los habitantes, en la distribución de tareas y responsabilidades relacionadas con los espacios comunes. Además se diferencian en el grado de comunicación, cooperación e intercambio entre sus miembros. Visualizamos distintas estrategias colectivas en las viviendas en relación con estos puntos, sin embargo nos preguntamos si existen otras estrategias más amplias de organización interna o entre habitantes de distintas viviendas.



Estas cuestiones se relacionan con lo que afirma Carman, ya que la búsqueda de soluciones personales puede eclipsar la participación en el proyecto y reivindicaciones comunes.

Es importante destacar que más allá de las distinciones y la heterogeneidad entre las personas, visualizamos que ellas estarán atravesadas por cuestiones comunes tales como "hostigamiento y apatía estatal; el repudio de los vecinos de clase media del barrio; las acusaciones de los medios de comunicación; (...) el peligro constante de desalojo" (Carman, 2006: 119-20). Todo esto en el contexto del deterioro de las condiciones laborales y habitacionales.

En este sentido, entendemos que nuestro trabajo tiene como objetivo intervenir específicamente en cada vivienda y en cada grupo humano dentro la misma. De todos modos, planteamos como objetivo a largo plazo, promover interacciones entre los habitantes de diferentes viviendas, para facilitar la organización conjunta, en pos de mejorar su situación habitacional.

Consideramos importante no perder de vista nuestro eje de trabajo con seres humanos=personas=relaciones, con sus similitudes y diferencias, sus alianzas y conflictos, más allá de que sea a través de abordajes individuales, familiares, grupales o comunitarios.

Accesibilidad al sistema público de salud

Stolkner define la accesibilidad como "un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones

y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios". (Stolkner, A., Solitario, R., Garbus, P., 2008: 264).

En este sentido, definimos a la accesibilidad como un concepto relacional. El equipo de salud realiza actividades con la población con el objetivo, entre otros, de generar el acercamiento de la misma al CeSAC. Sin embargo, al tratarse de acciones realizadas por un equipo reducido, nos preguntamos cuáles son los límites y alcances de estas acciones. En relación con esto, consideramos necesario realizar una revisión del funcionamiento del equipo de salud en su conjunto para construir instituciones más accesibles, abiertas y receptivas a las demandas y necesidades de la población. En este sentido, ¿qué posibilidades de intervención existen en el contexto institucional?

La población desconoce, en muchos casos, algunos de los derechos enunciados en la Ley N° 153 - Ley Básica de Salud-, lo cual podría estar operando como una barrera de accesibilidad a la hora de obtener los servicios de salud requeridos. Se hace necesario trabajar en la promoción de los derechos para que la población los conozca. Paradójicamente, no siempre el sistema de salud garantiza servicios receptivos, por lo cual la difusión de derechos termina operando como una mera enunciación, sin sustento real en los efectores. ¿Cómo trabajar en pos de que la población pueda apropiarse y ejercer sus derechos, yendo más allá de la mera enunciación de estos en los discursos?, ¿cómo construir desde los equipos de salud servicios más abiertos y en consonancia con las necesidades de la población?

Consideramos, tal como lo plantea Stolkner, que se hace necesario pensar en

la población, en los servicios de salud y en la relación entre éstos, en tanto los servicios son productores de discursos que se entranan en representaciones y prácticas de la población, dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización de los mismos.

Dificultades en el ingreso a las viviendas

Como mencionamos anteriormente, durante el recorrido y visita a las viviendas se realizan charlas informales y se intentan establecer contactos personalizados.

Una particularidad que reviste el trabajo con esta población está dada por el hecho de que la puerta de calle opera como intermediaria entre el equipo y la población que vive en esa vivienda multifamiliar. Si bien en muchas oportunidades no conseguimos ingresar a la vivienda, cuando esto sucede, al traspasar la "puerta de calle" aparecen nuevos obstáculos liga-

con esto, a lo largo de la intervención han sido diversas las experiencias, ya que los encargados/as han operado como facilitadores u obstaculizadores por el acercamiento a los habitantes y la construcción de un vínculo. En este sentido nos preguntamos, ¿cómo intervenir en estos lugares en que dependemos de un dueño o encargado –quien actúa como intermediador- para el acceso y contacto con la población?

Para superar este obstáculo al interior del equipo, y sumado a la gran cantidad de viviendas multifamiliares del área, nos planteamos otra posibilidad de contacto con la población, a partir de generar vínculos con instituciones que poseen a la misma como usuaria. Consideramos que al relacionarnos con referentes institucionales podremos intercambiar conocimientos sobre esta población y su PSEA. Esta alternativa, aún no implementada en su totalidad, supone explorar los espacios en los cuales circula cotidianamente la población.

Algunas consideraciones sobre la participación

La participación comunitaria es "un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales" (Montero, 2003: 229).

Los encuentros de reflexión e intercambio sobre el PSEA se realizaron en el espacio de uso común de cada vivienda con distinta periodicidad. Se trabajó



dos al contacto con cada hogar y la posibilidad de construir vínculos con la población. En primera instancia, el equipo no siempre puede acceder directamente al espacio donde vive cada familia (la habitación), sino a un espacio de uso común dentro de la vivienda, como ser un pasillo o patio. Se constituye así un lugar intermedio entre el espacio público y el ámbito donde se desarrolla la vida privada de estas familias.

Es interesante reflexionar acerca de los alcances que tiene nuestra intervención cuando sólo podemos acceder a esos espacios de uso común y se nos dificulta lograr un acercamiento en cada uno de los hogares que componen esa vivienda.

En segunda instancia, no siempre nos recibe la misma persona en la vivienda, por lo cual la apertura hacia el equipo es variable.

En muchas viviendas existe un encargado/a que recibe nuestra visita. En relación

con la modalidad de talleres, abarcando diferentes temáticas. El proceso de trabajo se fue definiendo de modo singular en cada vivienda. Generalmente el equipo propuso los temas de los talleres iniciales, para luego construir junto con la población la demanda y los temas de interés a trabajar. En otras viviendas se tomaron temáticas que la población había propuesto previamente.

¿Cómo negociar y acordar con la población temáticas que sean de interés para los participantes y que además respondan a los objetivos planteados por el equipo?

En algunas oportunidades la población eligió temas ligados estrictamente a la enfermedad. Para abordarlos, trabajamos desde la perspectiva de la prevención y reforzamos la transmisión de información sobre los recursos, características y funcionamiento del sistema público de salud. En estos talleres de contenido más ligado a lo biomédico, evaluamos que participaron activamente y hubo gran interés.

En otras ocasiones, los/las participantes propusieron distintos temas, como la convivencia entre vecinos o la salud mental. Es importante destacar que estos temas propiciaron un abordaje desde la perspectiva de promoción de la salud y derechos. Se implementaron dinámicas lúdicas y recreativas, que también generaron participación y facilitaron el intercambio entre los participantes.

Más allá de abordar las temáticas desde la prevención de la enfermedad o desde la promoción de la salud, los encuentros generaron interés cuando la

problemática trabajada convocaba a los participantes desde su vida cotidiana. En relación con el nivel de participación, creemos que es fundamental tomar como punto de partida las necesidades e intereses de las personas. Sin embargo, e independientemente de los temas trabajados, observamos que son muchas las condiciones que limitan la participación de la población en estos espacios. Algunos de los obstáculos identificados por el equipo se relacionan con el horario de realización de los encuentros, el cual suele coincidir con la jornada laboral o con el regreso de los niños/as de la escuela. También es necesario considerar que las personas, luego de una jornada laboral con gran desgaste físico, no siempre tienen ganas o disponibilidad para participar de un encuentro con otros. Por último, otro aspecto que influye es la existencia de conflictos o malestar entre vecinos, que pueden dificultar la posibilidad de compartir una actividad.

Como equipo, podemos identificar ciertos logros a partir de los encuentros de reflexión e intercambio sobre el PSEA. Consideramos que en términos generales, se propició el diálogo entre los participantes, introduciendo la diversidad y fomentando el surgimiento de nuevos modos de pensar y hacer. Se crearon momentos para fortalecer el desarrollo de la capacidad reflexiva y crítica y la posibilidad de compartir distintas miradas y saberes. Sin embargo, continuamos preguntándonos ¿Cómo lograr mayores niveles de participación?

Reflexiones finales

Para el cumplimiento de los objetivos del proyecto, el equipo constantemente redefine las estrategias de abordaje, repiensa los dispositivos y busca alternativas que siempre son provisorias, ya que se dan en el contexto de cambios permanentes que demandan flexibilizar la planificación y requieren una mirada y abordaje integral.

Si bien en el presente artículo planteamos algunos interrogantes y tensiones que surgen en nuestra práctica de intervención, consideramos que no hay respuestas definitivas para los mismos. En adelante, creemos que seguirán surgiendo nuevas tensiones a lo largo del proceso, y por ende, nuevos desafíos.

Notas

(1) Capítulo: "La cuestión habitacional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". Documento Técnico del Plan Estratégico, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2003.

(2) Según la Encuesta Permanente de Hogares del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires del año 2003, el hacinamiento se clasifica en deficitario (dos o tres personas en una habitación) y en hacinamiento crítico (más de tres personas por habitación).

Referencias Bibliográficas

- ✓ **Bombarolo, F. (2003):** "La cuestión habitacional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". Documento Técnico del Plan Estratégico, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- ✓ **Cardarelli, G., Lapalma A. y Robirosa M. (1990):** Turbulencia y Planificación social. Buenos Aires. Ed. UNICEF & Siglo XXI.
- ✓ **Carman, M. (2006):** Las trampas de la cultura. Los "intrusos" y los nue-

vos usos del barrio de Gardel. Buenos Aires. Ed. Paidós.

- ✓ **Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (1994):** Ciudad de Buenos Aires.

- ✓ **Encuesta Permanente de Hogares. (2003):** Dirección de Estadísticas y Censos. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

- ✓ **Guareschi, P. (2008):** "Introducción" en Saforcada, E. y Castella, J. Enfoques conceptuales y técnicos en Psicología Comunitaria. E. Buenos Aires. Tramas Sociales 48. Ed. Paidós.

- ✓ **Ley Básica de Salud N° 153. (1999):** Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

- ✓ **Lopez, C. (1991):** Caracterización de la situación habitacional, Inquilinatos y hoteles. Vol. 328. Buenos Aires. Ed. Centro Editor de América Latina.

- ✓ **Mazzeo, V., Lago, M., Wainer, L. (2007):** "Hábitat y población: el caso de la población que vive en inquilinatos, hoteles, pensiones y casas tomadas de la Ciudad de Buenos Aires" en Población de Buenos Aires. Vol. 5, abril 2008. Págs. 31-44.

- ✓ **Montero, M. (2003):** Teoría y práctica de la psicología comunitaria. Buenos Aires. Ed. Paidós.

- ✓ **OMS (1998):** "Promoción de la Salud-Glosario". Organización Mundial de la Salud- Ginebra Versión PDF.

Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

- ✓ **Sánchez Vidal, A. (1991):** Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas: Métodos de intervención. Barcelona, 2da edición PPU.

- ✓ **Stolkiner, A., Solitario, R., Garbus, P. (2008):** "Derechos, ciudadanía y participación en Salud: Su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios" en Anuario de Investigaciones. Vol. XV. Buenos Aires. Facultad de Psicología-UBA. Secretaría de Investigaciones.

- ✓ **Tissera, E. (1998):** "Psicología de la salud y atención primaria de la salud. Relación entre organizaciones estatales y comunitarias en un contexto local concreto". 3ras Jornadas Internacionales Estado y Sociedad, Centro de Estudios Avanzados-UBA.

El desafío de construir un equipo interdisciplinario en salud bucal

Informe de una experiencia en los barrios de La Boca y Barracas

Od. Cristina Culacciatti*
 Lic. Verónica Lanzette**
 Lic. Florencia Revale***
 Od. Irene Sandoval****
 Lic. M. Soledad Seijas Cabrera*****



* Odontóloga. Centro Boca Barracas. Área Programática Hospital Dr. C. Argerich. cculacciati@yahoo.com

** Lic. en Trabajo Social. Área Programática Hospital Dr. C. Argerich. veronicalanzette@yahoo.com.ar

*** Lic. en Sociología. Residente de 2º Año de Educación para la Salud. Área Programática Hospital Dr. C. Argerich. florenciarevale@yahoo.com.ar

**** Odontóloga. Jefa a Cargo del Centro Boca Barracas. Área Programática Hospital Dr. C. Argerich. iregard@yahoo.com.ar

***** Lic. en Psicopedagogía. Jefa de Residentes de Educación para la Salud. Área Programática Hospital Dr. C. Argerich. seijasms@hotmail.com

Resumen

El objetivo de este artículo es relatar la experiencia inicial de construcción de un equipo interdisciplinario de salud en el Centro Odontológico Boca Barracas desarrollada desde febrero de 2009 a febrero de 2010. El Centro Boca Barracas, monovalente del primer nivel de atención de salud, está ubicado entre los barrios de la Boca y Barracas de la C.A.B.A. Busca construir un proyecto institucional que, desde una mirada integral de la salud, contemple los requerimientos preventivo-promocionales de la población así como las de atención específica (en salud bucal) y no específica en nuestra área geográfica. Es relevante destacar la complejización de los procesos de salud-enfermedad-atención, consecuencia de la pobreza e indigencia que ha venido transitando la población. Esta complejidad requiere de un trabajo en equipo en el que concurren diversas miradas y del intercambio de saberes para la construcción de estrategias interdisciplinarias con la finalidad de abordar las problemáticas de salud que plantea la población.

Palabras claves: Equipo interdisciplinario – Salud bucal – Primer nivel de atención de la salud

El Centro Boca Barracas en su área de responsabilidad

El Centro Boca Barracas (CBB), monovalente del primer nivel de atención de salud, está ubicado entre los barrios de la Boca y Barracas de la C.A.B.A. y pertenece al Área Programática del Hospital Gral. de Agudos Dr. Cosme Argerich. Podemos describir la población que se encuentra bajo responsabilidad del efector con datos obtenidos de las encuestas realizadas por profesionales del CBB capacitados en servicio en epidemiología. A partir del material de esta indagación, se observa que nuestra población comparte características socio epidemiológicas semejantes al resto de la región sur de la ciudad en términos de la vulnerabilidad social de sus habitantes. Dicha encuesta, realizada entre septiembre y diciembre de 2009 indica que:

- El 54% de los entrevistados no posee cobertura de salud.
- El 42% de los entrevistados señalan que los ingresos de su grupo familiar son inferiores a los \$1000.
- El 32% de los entrevistados vive en inquilinatos, hoteles y pensiones.
- El 68% de los entrevistados no terminó los estudios secundarios, si bien un 30% los inició.

En cuanto a los indicadores de salud bucal, otra encuesta realizada entre febrero y mayo de 2009 por los profesionales del CBB permite conocer que:

- El 40% de los entrevistados consultó al odontólogo en el último año; un 40% lo consultó en los últimos 2 años y 20% hace más de 2 años (1).
- Un 12% de los entrevistados reconoce no cepillarse los dientes.
- El 80% de los entrevistados consume alimentos con alto contenido de azúcar, aunque no se investigó cantidad ni frecuencia (2).

Además, sabemos que un 60% de los niños escolarizados de nivel primario tiene caries a partir del Informe 2008 del Programa de Salud de la Comunidad Escolar - Nivel primario perteneciente al Área Programática del Hospital Argerich (3).

Otras aristas en el campo de la Salud Bucal

La apertura de un centro odontológico de primer nivel en este ámbito nos permite vislumbrar la complejidad que entrama el quehacer de un equipo de

profesionales que se propone responder, de una manera integral e integrada, a los problemas de la salud bucal de la población.

Las prácticas de cuidado de la salud bucal y la visita al odontólogo se enmarcan dentro del proceso de salud-enfermedad-atención de las personas y los grupos sociales. En el caso de la visita al odontólogo sabemos (4) que desencadena un particular conjunto de representaciones para los sujetos (5). Entre ellas podemos mencionar el miedo a la consulta, por asociarla al dolor; la sospecha de que seguramente se va perder una o varias piezas dentarias; el alto costo del tratamiento, y la consecuente idea de que éste es accesible para unos pocos que lo pueden pagar.

Estas representaciones sociales pueden ser tomadas en cuenta por los profesionales como insumo para pensar sus prácticas. A su vez, pueden nutrir reflexiones acerca de los sujetos de aquellas, permitiendo trascender la focalización en el tema "boca sana – boca enferma", con perspectivas más integradoras. De esta manera, los profesionales pueden aproximarse a los usuarios atendiendo no sólo a lo específico de su disciplina sino también a los obstáculos que se les presentan a las personas para llevar adelante medidas preventivas, tales como: cepillarse diariamente los dientes, evitar alimentos cariogénicos y consumir una dieta variada, visitar periódicamente al odontólogo aún sin dolor, entre otros.

De este modo, consideramos que al incorporar la cuestión de las representaciones sociales -que determinan y son determinadas por las acciones de los sujetos- se complejiza la tarea de un centro de salud especializado en odontología. Percebir esa complejidad permite a los profesionales realizar acciones más ajustadas a la realidad de las personas y consecuentemente, más eficaces. Al mismo tiempo, tenemos en cuenta que las demandas que las familias del barrio acercan a los profesionales del primer nivel, al estar atravesadas por la vulnerabilidad social y los determinantes de salud que hemos visto previamente (condiciones laborales, ambientales, de vivienda, saneamiento e infraestructura, educación y servi-

cios de salud), también son cada vez más complejas. Este tipo de demandas colocan a los equipos de salud en el compromiso de capacitarse para afrontar la tarea: poder escuchar a los usuarios, derivar las necesidades correspondientes a otros niveles del sistema y buscar las herramientas pertinentes para resolver aquellas específicas del primer nivel; desde una perspectiva de derechos y ciudadanía. Atender la complejidad de los procesos de salud-enfermedad por los que transita nuestra población implica, más allá de una capacitación específica en Atención Primaria de la Salud, comprender desde el rol profesional la particularidad con la que cada persona o grupo enfrenta y atraviesa este proceso y cuál es la inserción del mismo en su vida.

La interdisciplina como desafío

En este contexto, la propuesta institucional del CBB es la de abordar el campo de la salud bucal desde la interdisciplina. Por este motivo, desde la gestión del AP se decidió que profesionales de diversas disciplinas se fueran incorporando al equipo: una médica de familia que realiza asistencia semanal, una psicóloga, una psicopedagoga, dos trabajadores sociales, alumnos de la carrera de Kinesiología, residentes de Enfermería y de Medicina Familiar, un antropólogo especialista en epidemiología y el equipo de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS) conformado por una psicopedagoga y una socióloga. Por las características de contratación y de pertenencia al sistema, algunos de estos profesionales han tenido y tienen una presencia más sostenida que otros.

Pensar el trabajo interdisciplinario como forma de respuesta a la complejidad de la demanda de la población conlleva reflexionar sobre nuestra práctica cotidiana en pos de enriquecer nuestros saberes disciplinares y construir conjuntamente un nuevo saber más acorde a la forma en que se presentan los problemas en la realidad: indisciplinados, en palabras de Alicia Stokiner (1987) (6). Desde esta perspec-

tiva, repensar nuestras prácticas disciplinares es un ejercicio permanente que se enriquece en la medida en que, como profesionales y como personas, podemos encontrarnos y reconocer al otro: el otro colega, el otro compañero del equipo de salud, el otro usuario del centro...

La construcción del equipo de profesionales del CBB implica, entonces, dos desafíos que son inseparables (7): en primer lugar, el de constituirse como equipo de trabajo y, al mismo tiempo, el de abordar la tarea desde la interdisciplina. En cuanto al primero de estos objetivos, la experiencia nos demuestra que el trabajo en equipo no puede aprenderse sólo a nivel teórico. Dado que implica la inclusión material de las personas en un grupo, hay aspectos personales y subjetivos que se ven involucrados. De esta manera, todo proceso de conformación de un equipo plantea dificultades propias del hecho de comenzar a trabajar con profesionales que tienen trayectorias personales y laborales particulares. En el caso específico del CBB, en lo que refiere a los odontólogos, no todos tienen una vasta trayectoria de trabajo en el subsector público de salud, sumado al hecho de que ejercen una profesión que, fundamentalmente en el sector privado, es solitaria. En el caso de la RIEpS,

la apertura de la sede que funciona en el CBB es muy reciente (junio 2009). A su vez, la inserción en un centro monovalente en odontología representa un acercamiento novedoso de la residencia al campo de la salud bucal.

En segundo lugar, nos referíamos al desafío de construir interdisciplina. La formación profesional involucra adoptar ciertas maneras de pensar y actuar. El proceso de conformación del equipo del CBB está determinado por la presencia de profesionales de diversas disciplinas (como fue expresado anteriormente), pero con una presencia mayoritaria de odontólogos/as. Esto tracciona nuestros saberes y prácticas hacia el campo de la salud odontológica. La presencia de profesionales de las

ciencias sociales y humanas en un centro monovalente en odontología posibilita la definición de problemas diferentes y la generación de preguntas y respuestas novedosas.

Las palabras no resultan suficientes para expresar y aprehender los saberes y las prácticas de los demás integrantes del grupo, sino que esto se logra compartiendo el hacer con el otro. Rosana Onocko Campos dice: "Defendemos que la interdisciplinariedad, como el jugar, también es posible haciendo y no solamente pensando. Otra actividad en que el hacer es constitutivo y que requiere de un lugar y de un tiempo" (Onocko Campos, 2008: 118).

Trabajar en un equipo interdisciplinario nos pone en la situación de que en nuestro espacio de trabajo circulen permanentemente diversos puntos de vista y nos invita a correrlos del centro de la escena, a tomar –activamente– esos discursos y prácticas de los otros y, volviendo a las palabras de Onocko (2008), a darnos permiso para jugar a mirar desde esos otros ángulos.

Es por esto que la interdisciplina también implica esfuerzo y predisposición,



considerando que el intercambio con el otro profesional es un proceso y lleva tiempo. Es intenso y movilizante e involucrará momentos de discusión, paciencia, frustración, negociación. Del intercambio interdisciplinario esperamos poder, tanto incorporar algo nuevo para nosotros, como aportar también algo original al par interlocutor. En este punto podemos situar, al igual que lo hace Stolkner (1987), la diferencia fundamental con la multidisciplinaria, práctica en la cual se espera el abordaje de la situación problema por varias miradas sin esperar ninguna modificación en los profesionales que la protagonizan.

La puesta en práctica

A continuación, relataremos las actividades desarrolladas por el equipo interdisciplinario en el período febrero 2009 - febrero 2010, haciendo hincapié en algunos aspectos sustanciales referidos a la construcción del mismo.

Reuniones de equipo

En los inicios, la tarea fundamental consistió en la formación del equipo de odontólogos, con la inclusión temprana de diferentes profesionales de otras especialidades cuyo objetivo era colaborar en ese proceso. Con este fin se establecieron las reuniones de equipo (8), con frecuencia semanal, en día y horario fijos. En un principio, el eje de estos encuentros fue discutir ventajas y desventajas de los mismos. En la medida en que se fue avanzando, se comenzaron a tratar aspectos organizativos del centro. Actualmente, en este espacio se determinan y evalúan las líneas de trabajo, como también se abordan temas específicos a modo de capacitación. De estas reuniones participan los miembros del equipo que tienen dedicación de tiempo completo y aquellos con dedicación parcial. Además, asisten estudiantes del internado rotatorio de medicina y residentes rotantes de otros centros de salud.

Visualizamos a estas reuniones como oportunidades en el proceso de conformación del equipo, ya que constituyen un espacio de diálogo, de intercambio de experiencias y saberes. Pero, a la vez, observamos que la fluctuación de diferentes profesionales que participan de las reuniones representa una desventaja en términos de la continuidad que pueda tener el proceso de construcción del equipo, en tanto genera -en quienes permanecen- la disyuntiva de involucrarse o no en conocer al otro, abrirse a escuchar sus propuestas, discutir puntos de vista.

Esta disyuntiva podría deberse al momento inicial de constitución del equipo en el cual predominan ligaduras en relación a las personas más que a los roles o funciones que éstas encarnan. Con el correr del tiempo, entendemos que se podrán comprender las funciones necesarias en el equipo más allá de las personas que las despliegan.



Relevamiento sociodemográfico y epidemiológico

Una de las primeras actividades extramurales que llevó adelante el equipo en su conjunto fue un relevamiento que incluyó una encuesta sobre aspectos sociales, demográficos y de salud, y un reconocimiento visual de las viviendas del área de responsabilidad del CBB (9). Esta tarea contó con el asesoramiento del referente en epidemiología del AP y con la colaboración de otros profesionales con experiencia en la realización de encuestas. A partir de los resultados del primer relevamiento, se decidió llevar adelante una segunda etapa donde se profundiza en el conocimiento de la población y sus condiciones de vida (10).

Este trabajo resultó una experiencia enriquecedora. Por un lado, en el momento de salir a reconocer el barrio y su población, en cuanto fue una posibilidad para los profesionales que hacen clínica de conocer el lugar donde transcurre la vida de las personas con las que trabajan, a la vez que habilitó un vínculo en un escenario distinto al del centro de salud. Por otro lado, en el momento del análisis de los datos, en el que participaron las distintas miradas aportando desde su experiencia y perspectiva.

Encuentros grupales de Promoción de la Salud bucal y Prevención de enfermedades

En el CBB se realizan encuentros grupales sobre salud bucal, con contenidos preventivo-promocionales, y talleres de cepillado como paso previo a la atención odontológica individualizada en la clínica con el objetivo de llegar al alta básica (11).

Estos encuentros son planificados, coordinados y evaluados por sub equipos conformados por un/a odontólogo/a y las residentes de Educación para la Salud.

El hecho de compartir la coordinación de estos encuentros habilita un espacio donde las residentes se familiarizan con conceptos específicos y buscan apropiarse de ellos para expresarlos en un lenguaje más afín. Al

mismo tiempo, los/as odontólogos/as escuchan como aquellos conceptos con los que trabajan hace tiempo son nombrados de otra manera, que muchas veces resulta más llana o accesible para los participantes del encuentro. También se percibe cómo a través de ciertas maneras de coordinar es posible establecer otro tipo de vínculo entre los coordinadores y los participantes del encuentro favoreciendo el diálogo y la circulación de la palabra. Esto facilita el reconocimiento de las necesidades e inquietudes de la población que asiste al centro y permite a todos realizar aprendizajes significativos.

Interdisciplina e Intersectorialidad

Consideramos que el trabajo intersectorial es un pilar fundamental tanto en el conocimiento de los problemas de salud-enfermedad de los sujetos y los grupos de nuestra comunidad, como en la definición de las formas de trabajar sobre ellos, partiendo de la idea de que el sector salud no es omnipotente en lo que hace a estas problemáticas. Es por este motivo que muchas veces se hace necesario establecer vínculos con otros sectores gubernamentales y de la sociedad civil para llevar adelante estrategias de trabajo y, además, para encontrarnos con la comunidad allí donde se desarrollan sus actividades de trabajo, educación y recreación, entre otras.

En el proceso de inserción del CBB en el barrio, y con el objetivo de darlo a conocer a la comunidad y de generar mayor accesibilidad al efector, se inició un trabajo que incluyó e integró componentes preventivo-promocionales y asistenciales en algunas de las organizaciones sociales y escuelas de la zona. Éstas fueron:

- Talleres y diagnóstico bucal utilizando el indicador INTC (Índice y necesidad de tratamiento) en el Comedor comunitario "Los niños primero".
- Capacitación a docentes y cuidadoras del Jardín Maternal Rayuela.
- Talleres y dramatizaciones sobre temas de salud en organizaciones comunitarias.
- Formación de Promotores en Salud

Bucal en la Escuela primaria N° 19 DE 4, con alumnos/as de 6° grado.

- Formación de Promotores en Salud Bucal en la Escuela de reinserción N° 2 DE 4, con los/as delegados/as de los cursos.

El trabajo con otras instituciones también se hace necesario al interior del sector salud. Dado que el CBB es monovalente en odontología, existen problemáticas para las cuales se requiere de la articulación con otros efectores del AP –Centros de Salud, Plan Médico de Cabecera, por ejemplo. Al mismo tiempo, al ser un efector de primer nivel de atención, hay demanda -no resuelta- en intervenciones de mayor complejidad que nos hace ver la urgencia de una red odontológica en la ciudad.

Queda pendiente un análisis pormenorizado de los emergentes que surgen de los

FODA - Abril 2009

Fortalezas

- Predisposición a trabajar en equipo y compañerismo.
- Presencia de diversos profesionales de la salud, con diferentes experiencias y responsabilidades.
- Modelo no habitual de trabajo en salud bucal (incluye promoción de la salud – prevención de enfermedades).

- Atención de adultos y niños.

Oportunidades

- Zona todavía no trabajada por los efectores de salud del área.
- Abordaje intersectorial desde el primer nivel de atención.

Debilidades

- No se logra una rehabilitación total a nivel odontológico (prótesis, endodoncia).
- Falta de interdisciplina.
- Desconocimiento de las características de la población.
- Ubicación del centro en una zona poco transitada.
- Poca difusión del efector por su apertura reciente.

Amenazas

- Falta de articulación con el 2° y 3° nivel de atención.
- Falta de espacio físico adecuado para la coordinación.
- Instrumental insuficiente.

FODA - Febrero 2010

Fortalezas

- Pasaje por diferentes etapas necesarias en la construcción del equipo.
- Dinamismo en la planificación y el desarrollo de tareas y actividades.
- Constitución interdisciplinaria del equipo.
- Presencia y participación permanente de la RIEpS.
- Equipo de profesionales odontólogos estables (6 de planta) con capacitación y formación disciplinar.
- Capacidad instalada adecuada.
- Construcción del proyecto institucional.
- Realización de un relevamiento poblacional y epidemiológico.
- Aumento de la frecuencia de los talleres de ingreso para mejorar la accesibilidad.

Oportunidades

- Propuesta de trabajo innovadora y con amplias posibilidades de desarrollo: monovalencia – APS – odontología.
- Área de responsabilidad con importante demanda de salud bucal y general.
- Contar con un espacio radial local para dirigirse a la población.

Debilidades

- Falta de profesionales no odontólogos nombrados. Por ejemplo, trabajador social.
- Circulación permanente de profesionales en el equipo.
- Lento proceso de apertura de los integrantes del equipo hacia otras especialidades.
- Falta redefinir el rol de algunos profesionales para fortalecer el trabajo en equipo.
- Dificultad de la RIEpS para participar de las reuniones de equipo semanales.

Amenazas

- Falta de articulación con el 2º y 3º nivel de atención.
- Alta demanda de especialidades no resuelta.
- Ausencia de personal de seguridad.
- Ausencia de asistentes dentales.
- Discontinuidad en la entrega de insumos.
- Notable discontinuidad y ausentismo de los pacientes a los tratamientos.
- Falta de equipo de técnicos para la reparación y mantenimiento de los sillones y de instrumental rotatorio.

análisis FODA, sin embargo nos resultaba importante presentarlos en esta oportunidad ya que consideramos que expresan el proceso de construcción del equipo de trabajo y reflejan los debates y preocupaciones actuales.

Algunas reflexiones del equipo

En dos oportunidades la jefatura del centro propuso la elaboración de un análisis de la situación institucional a través del sistema FODA (Fortalezas-Debilidades-Oportunidades-Amenazas). De esta manera, se expresa la visión de los integrantes del equipo en cuanto a las fortalezas y debilidades al interior de la institución, y las oportunidades y amenazas externas que se vinculan al desarrollo de su proyecto. A continuación se presentan los resultados de los FODA realizados en abril de 2009 y febrero de 2010, respectivamente.

A modo de cierre...

La escritura de este artículo fue, sin duda, una apuesta a conceptualizar nuestra experiencia en este proceso de conformación del equipo interdisciplinario del CBB. En esta tarea se hicieron palpables las diversas maneras en que la formación profesional nos proporciona un cierto modo de construir y expresar nuestras ideas.

El esfuerzo que implica ser parte de un equipo y trabajar en interdisciplina, en menor escala, lo experimentamos al proponer esta tarea que resultó un esfuerzo colectivo. En este trayecto atravesamos distintas situaciones y sensaciones como encontrar un tiempo para la reflexión y la escritura, ser pacientes mientras maduraban las ideas –propias y de los demás-, establecer acuerdos, negociar...

Este artículo describe una etapa del proceso de construcción de este equipo interdisciplinario. Queda pendiente un recorrido con avances y retrocesos, sin tiempos determinados, sin dogmatismos; un verdadero desafío.

Notas

(1) Los profesionales del CBB indican realizar consultas al odontólogo cada seis meses.

(2) Una alta exposición de los tejidos dentarios (más de cuatro veces al día) podría aumentar el riesgo de producción de caries.

(3) El área de responsabilidad del PSCE abarca los barrios de La Boca, Barracas y San Telmo.

(4) Ver trabajo de investigación de Caimari, M.; Deguer, C.; Grigaitis, L.; Pagadizábal, A.; Tapia, S. sobre atención odontológica en el marco del AP Argerich.

(5) Tomamos de Denise Jodelet el concepto de representaciones sociales.

(6) "La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos." (Stolkiner, A, 1987: 313)

(7) "... [En la interdisciplina] la integración no se realiza exclusivamente a nivel de las disciplinas, sino a través de los miembros del equipo de trabajo que en grupos heterogéneos aportan prácticas convergentes." (Stolkiner, A., 1996: 337).

(8) Todos los efectores del AP del H. Argerich sostienen reuniones semanales de equipo como parte fundamental de su funcionamiento.

(9) Los datos incluidos al principio del artículo provienen de este relevamiento.

(10) La primera encuesta se realizó entre febrero y abril 09, en el centro y extramuros, y abarcó un total de 50 encuestados. La segunda tuvo lugar entre septiembre y noviembre de 09, fue extramural y se encuestaron 50 personas, en hogares detectados en el relevamiento anterior.

(11) Por alta básica nos referimos al estado de mínima infección de la boca alcanzado mediante la realización de maniobras como inactivación de caries y exodoncias.

Referencias Bibliográficas

- ✓ **Caimari, M.; Deguer, C.; Grigaitis, L.; Pagadizábal, A.; Tapia, S. (2009):** La consulta odontológica en adolescentes escolarizados: una aproximación a sus condicionantes. Inédito
- ✓ **Onocko Campos, R. (2008):** "Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria", en Spinelli. (Comp.) Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- ✓ **Stolkiner, A. (1987):** "De interdisciplinas e indisciplinas", en El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio", Elichiry, N. (comp.), Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.
- ✓ **Stolkiner, A. (1996):** "Intersectorialidad e interdisciplinariedad" en Municipalidad de Rosario, Secretaría de Salud Pública, Actas del 5º Congreso "La salud en el municipio de Rosario" Vol. 1, Municipalidad de Rosario.
- ✓ **Stolkiner, A. (2005):** "Salud Mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy", en Registro de: IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología. Posadas, Misiones.

Construyendo entre todos salud en la escuela

Abordaje integrado e integral de la Salud Mental en el ámbito educativo

Lic. Laura Domínguez Alonso *

Lic. Eduardo Tissera **

Lic. Carolina Viale ***

Lic. Paula Cortona ****



* Lic. en Psicopedagogía. Coordinadora del Equipo Itinerante de Salud de la Comunidad Escolar. Nivel Inicial y Primaria Hospital Dr. C. Argerich- División Área Programática. lauradomingueza@yahoo.com.ar

** Lic. en Psicología. CeSAC N° 15 y Equipo Itinerante de Salud de la Comunidad Escolar. Hospital Dr. C. Argerich- División Área Programática. lasutopias@yahoo.com.ar

Resumen

Este artículo tiene como fin socializar una experiencia interdisciplinaria llevada a cabo por el Programa de Salud de la Comunidad Escolar del Área Programática del Hospital Argerich en una escuela primaria de la Zona Sur de la CABA. Este proyecto constituye una estrategia de articulación intersectorial entre Salud y la comunidad educativa. Su objetivo es facilitar la atención psicológica y psicopedagógica de los niños de las escuelas del Área Programática que no llegan a los efectores dependientes de la misma, particularmente la de aquellos cuyos adultos responsables, por diferentes motivos, no pueden garantizar la continuidad de la atención en el Sector Salud. Para ello, creamos un dispositivo no tradicional de abordaje dentro de la escuela para trabajar grupalmente con aquellos niños que presenten dificultades de aprendizaje y/o conducta. Sosteniendo, a la vez, un espacio de participación, reflexión y orientación con las familias y los docentes intentando arribar a diagnósticos participativos y estrategias de resolución integradas y concensuadas.

A partir de la implementación de esta estrategia, se favoreció la accesibilidad, equidad y continuidad en la atención de salud mental, evidenciándose a su vez una menor repitencia escolar y un enriquecimiento subjetivo en los niños que concurren.

Palabras clave: Salud de la Comunidad Escolar, Accesibilidad, Abordajes grupales.

Introducción

Esta presentación pretende transmitir una experiencia llevada a cabo, desde Mayo de 2008, en una escuela perteneciente al Distrito Escolar Nº IV del barrio de la Boca, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Desarrollamos este proyecto psicólogos y psicopedagogas, los cuales formamos parte del equipo interdisciplinario e itinerante del Programa de Salud de la Comunidad Escolar del Área Programática del Hospital Dr. Cosme Argerich, que desarrolla actividades integradas e integrales tendientes a mejorar el estado de salud de la población escolar.

El proyecto que presentaremos constituye una estrategia intersectorial entre Salud y Educación, cuyo objetivo general es facilitar la atención psicológica y psicopedagógica de los niños de las escuelas del Área Programática que no llegan a los efectores dependientes de la misma, particularmente la de aquellos cuyos adultos responsables, por diferentes motivos, no pueden garantizar la continuidad de un diagnóstico y/o un tratamiento en el Sector Salud. Para lograr este objetivo, pensamos en crear un dispositivo grupal de atención dentro de las escuelas para aquellos niños que presenten dificultades de aprendizaje y/o conducta, incluyendo un espacio de orientación a las familias y a los docentes, con el propósito de favorecer la accesibilidad, equidad y continuidad en la atención de Salud Mental.

Los objetivos específicos de este espacio son:

- Revalorizar y fortalecer el trabajo intersectorial entre el Equipo de Salud y el de Educación (directivos y docentes) para favorecer el aprendizaje de los niños.
- Brindar un espacio grupal a las familias para posibilitar el despliegue de las problemáticas que puedan estar incidiendo en las dificultades de los niños.
- Favorecer la creación de redes sociales y fortalecer las ya existentes entre las familias generando un espacio de sostén y acompañamiento mutuo.
- Propiciar el despliegue de las fortalezas de los niños y sus familias para que pongan en juego sus propios recursos en la resolución de las situaciones conflictivas que atraviesan.
- Generar, a partir del juego, un espacio de producción simbólica que facilite la elaboración de los conflictos y de las dificultades en el aprendizaje de los niños.
- Favorecer la asistencia de los niños detectados en un breve lapso, evitando listas de espera.
- Disminuir las deserciones en la atención de Salud Mental.

¿Dónde se lleva a cabo nuestra tarea?

Decidimos desarrollar nuestro dispositivo en esta escuela, dado que es una de las escuelas desde las cuales recibimos mayor porcentaje de derivaciones a Salud Mental. Se trata de una escuela abierta y receptiva frente a nuevas propuestas, a la vez que comprometida en las problemáticas que allí surgen.

¿A quién está dirigido el dispositivo?

A partir del análisis de la base de datos del Área Programática, se observó que el porcentaje más alto de derivaciones a Salud Mental corresponde a los escolares de 1º y 2º grado. Dicha franja etaria constituye casi la mitad de los alumnos derivados en la escuela primaria, de allí la elección de los niños incluidos en este dispositivo. Por otro lado, en este grupo de edad, nos resultó alarmante el número de familias que interrumpían, por algún motivo, su concurrencia a los diagnósticos y/o tratamientos (cerca al 50%).

Actualmente, asisten al espacio 9 niños. Se trata de un grupo abierto: puede haber ingresos y egresos en diferentes momentos.

La situación común social de estos niños y sus familias se caracteriza por la precariedad e inestabilidad en diversas áreas (social, laboral, educativa, económica, vincular). Situación de exclusión social que nos convoca en perspectiva de contribuir a su superación.

Nuestro encuadre de trabajo

Al contemplar la complejidad de las problemáticas de los niños y sus familias, pensamos en un encuadre plástico, flexible, diferente a la atención clínica

*** Lic. en Psicopedagogía. Integrante del Equipo Itinerante de Salud de la Comunidad Escolar. Hospital Dr. C. Argerich- División Área Programática. carolinaviale@hotmail.com

**** Lic. en Psicología. Concurrente de 1er Año de Salud Mental e integrante del Equipo Itinerante de Salud de la Comunidad Escolar - Hospital Dr. C. Argerich. paula_cortona@hotmail.com

convencional realizada en el Sector Salud. Al encontramos dentro de la escuela, nos vemos obligados a adaptarnos a los espacios, ritmos y tiempos escolares. Por esta razón, pensamos en un dispositivo de tiempo limitado (mayo a diciembre) con objetivos alcanzables e intervenciones que persigan resultados duraderos en el menor tiempo posible.

Privilegiamos la modalidad grupal ya que creemos que el trabajo en grupo trae aparejado múltiples beneficios en los integrantes. Los miembros que conforman un grupo, más allá de las diferencias individuales, comparten su padecimiento y comprueban que hay otros a quienes les sucede lo mismo que a ellos. La circulación del saber entre los integrantes favorece la construcción conjunta y abre un espacio donde las estrategias cognitivas de cada sujeto se ponen en juego para resolver las situaciones que se plantean grupalmente. Por otro lado, el grupo favorece la construcción de redes sociales, que es una necesidad en nuestra población, tan inestable y con poco arraigo.

Desde esta mirada, las redes personales potencializan los recursos que cada uno tiene y posibilitan la creación de alternativas. Por eso mismo, parafraseando a Dabas E. y Perrone N. (2000) podemos decir que la red personal es "salutogénica". Las redes personales sostienen y contienen, permitiendo un mayor nivel de expresión y autocrítica. La consolidación de dichas redes también permite el armado de redes intersectoriales, es decir, con otras instituciones, espacios recreativos, etc. A su vez, la creación de redes de solidaridad entre los miembros de cada grupo permite que compartan situaciones problemáticas similares y posibilita salir de la sensación de ser el único que tiene problemas.



Los diferentes actores con los que trabajamos

Si bien es el niño aquel por quien la escuela está preocupada, el mismo no es el único involucrado en este problema y en su resolución. Por tal motivo, creamos este dispositivo basado en la estrategia de APS, que nos permite trabajar en la escuela con todos los actores implicados en la problemática de ese niño: los docentes, los padres o adultos responsables y el mismo niño.

El grupo de niños

En el grupo de niños, apuntamos a generar un espacio de confianza, de encuentro y de apertura hacia los otros, en el cual los mismos puedan compartir sus dificultades. Año a año, al iniciar los encuentros grupales, encontramos que algunos chicos manifiestan no saber por qué concurren a este espacio ni han podido aún significar su concurrencia al mismo. En los comienzos, nuestra intervención apunta a que puedan construir el por qué y el para qué vienen al grupo. Para ello, se proponen actividades (juegos, técnicas dramáticas, gráficos) que permitan a los niños presentarse, darse a conocer, al mismo tiempo que se habilita un espacio para que puedan hablar sobre su dificultad, expresar, narrar y dialogar sobre lo que les sucede.

En cada uno de los encuentros semanales, se proponen diversas actividades en función de los objetivos a trabajar con cada niño: narrativas, dialógicas, gráficas y lúdicas. También implementamos proyectos que pueden durar más de un encuentro. Intentamos favorecer que sean los mismos niños quienes aporten al resto nuevas ideas o estrategias. En todos los casos, las actividades son consideradas a fin de promover un conflicto socio-cognitivo a la vez que la elaboración de sus problemáticas subjetivas.

El espacio para padres o adultos significativos para el niño

La idea de incluir a las familias en este proyecto está basada en el propósito expresado de integralidad. En ese sentido para la cabal comprensión de la problemática de los niños así, como para su resolución,

consideramos de fundamental importancia convocar a los docentes y, obviamente a los padres y/o adultos responsables, referentes ineludibles del contexto familiar. Si bien creemos que la presencia de la familia es irremplazable y sumamente valiosa, de no concurrir ésta, el niño sigue recibiendo atención. De igual modo intentamos distintas estrategias para acercar a los padres a la escuela: visitas domiciliarias, articulación con trabajo social de los efectores de salud donde se atienden las familias, citaciones por escrito, llamados telefónicos, colaboración de los docentes en la convocatoria, telefonogramas, etc.

Este espacio para las familias consiste en un lugar de reflexión, en donde los adultos significativos pueden pensar conjuntamente cómo acompañarlos en sus dificultades y en su proceso de aprendizaje. No se trata de un espacio terapéutico para ellos, sino que nuestras intervenciones se realizan en función del niño y, en el caso de apuntar a los adultos, propician la reflexión respecto de su función parental.

Trabajamos con las familias en forma grupal y, en algunos casos en entrevistas individuales. Elegimos esta modalidad por varios motivos. Por un lado, en los encuentros grupales, creemos que es sumamente beneficioso que las familias se encuentren con otras familias con problemáticas similares y puedan compartirlas, escucharse y pensar conjuntamente estrategias posibles para su resolución. Por otro lado, las entrevistas individuales nos permiten avanzar y profundizar en el conocimiento de cada familia, desplegar contenidos que a veces son difíciles de expresar en forma grupal-pública, y realizar intervenciones diferentes con cada una de ellas. Estas entrevistas son llevadas a cabo siempre por el mismo coordinador, apostando a que se genere un vínculo de confianza.

Durante este proceso hemos observado diversas interacciones que dan cuenta de intercambios de experiencias y de informaciones útiles entre las madres, así como un incipiente sentido de pertenencia. Esto podría constituir una base de generación de redes sociales de apoyo, (Sluzki, C.1996) más allá del dispositivo, lo cual está en la perspectiva de lo esperado.

Respecto al contenido abordado en los encuentros realizados cada dos semanas,

éstos consistieron, por un lado, en la puesta en común de la cotidianeidad de los niños en el medio familiar y escolar. De esta manera se procuraba socializar situaciones escolares a veces no conocidas, o suficientemente consideradas por los padres, así como también que el equipo (y a través nuestro la institución escolar) pudiera complementar la información que hasta el momento teníamos respecto de cada uno de los niños. Por otro lado constituía, entonces, una valiosa oportunidad de orientación sobre pautas de crianza y sobre aquellas interacciones familiares que pudieran repercutir directa o indirectamente en el desarrollo de los niños. También a partir de los intereses e inquietudes de las familias se convocó a otros profesionales, por ejemplo fonocaudiólogas, para intercambiar saberes dentro del grupo apelando a la visión integrada e integral de la salud que este equipo sostiene.

En el transcurso de los encuentros, las intervenciones no parten sólo de la coordinación, sino que intentamos que se produzca un corrimiento y los mismos padres comienzan a brindar distintas opciones para pensar nuevas soluciones y estrategias

Los efectos psicosociales buscados de este tipo de dispositivos se dan en dos planos: por un lado en línea de desnaturalización de problemáticas que frecuentemente tienden a instalarse (por ejemplo: pobreza = problemas escolares, o hermanos con mal desempeño = niño con mal comportamiento, etc). Por otro lado, y en clara relación con lo anterior, las primeras reacciones de los padres frecuentemente tienen un carácter de desimplicación evidenciada en presentaciones en el espacio en tanto "enviados por...", "traigo el papelito de citación..." y/o de quejas de modo reiterado y demandante. Es nuestro trabajo que puedan implicarse y preguntarse acerca de que por qué y para qué ha aparecido ese problema de conducta y/o aprendizaje en ese niño.

Los talleres con los docentes: un espacio de construcción permanente

Este grupo está conformado por los docentes de 1º y 2º grado a cargo de los alumnos con los que trabajamos, los docentes ZAP (1) y una maestra de apoyo de 2º grado. Estuvo coordinado por una psicopedagoga y dos psicólogos. Consideramos de suma importancia la participación de los maestros, ya que, tomando los aportes de Filidoro (2002), la intervención pedagógica tiene efectos en la constitución de la subjetividad y desempeña un papel importante en la estructuración de un sujeto. Por tal razón, les dedicamos un espacio exclusivo, propio, donde puedan reflexionar acerca de su rol docente y sobre la situación escolar, pedagógica y vincular de sus alumnos.

A principio de año, se establece una primera instancia de trabajo con los docentes, la cual consta de dos encuentros, a efectos de que los mismos realicen la derivación al equipo de los alumnos que les preocupan. En este espacio se acuerdan criterios de derivación al dispositivo y se intenta transformar las "quejas iniciales" de los docentes en una problematización de las dificultades de los niños. Se les solicita un informe escrito a fin de obtener mayor información sobre la situación de aprendizaje de los alumnos. El docente es, en muchos casos, quien detecta el problema y por lo tanto puede dar cuenta del proceso de aprendizaje del niño y de cómo se manifiesta éste en el contexto áulico.

En estos encuentros, intentamos como coordinadores conocer a los docentes y establecer un vínculo de confianza con ellos, habilitando un espacio para que puedan verbalizar qué les preocupa del niño, cuáles son sus hipótesis respecto del problema, así como opiniones y creencias respecto de la dificultad

de aprendizaje o de conducta del niño.

Una vez derivados los niños, las reuniones con los docentes se realizan con frecuencia mensual, en un aula pequeña, exclusiva, y ofrecida por la escuela para este dispositivo.

Un punto de trabajo importante con los docentes y el equipo de conducción, fue pensar una estrategia conjunta que colabore a la organización institucional para que las docentes puedan dejar sus alumnos a cargo de otro adulto responsable y asistir en tiempo y forma a los encuentros pautados con el Equipo de Salud Escolar. Con esto, se intentó promover la implicancia del equipo de conducción y docente, con el fin de afianzar el carácter intersectorial de este proyecto.

A lo largo del año, se plantearon propuestas de trabajo (actividades, consignas, talleres sobre temáticas puntuales, etc.) que invitaron a los docentes a la reflexión y a poder pensar cuestiones concretas de su práctica, así como también ensayar algunas intervenciones posibles con sus alumnos en el aula.

Durante los encuentros, se favoreció la reflexión respecto de cada uno de los niños, qué han podido realizar los docentes hasta el momento para ayudarlos y qué resultados han obtenido, evaluando posibles estrategias a seguir y reflexionando acerca de qué acciones podrían contribuir a una solución.

Tomando los aportes de Amitrano y Rother (2001) el docente actúa como "ratificador" de los cambios producidos, es decir que puede ir "monitoreando" las modificaciones que va realizando el niño a lo largo del proceso y confirmando si se van cumpliendo o no los objetivos propuestos. Es así como, puntualmente y a nivel concreto, se abordó (por escrito y luego oralmente) sobre los "avances" y "estancamientos" de los chicos.

Por otro lado, en esta escuela, los docentes demandaban la posibilidad de que se les brinden herramientas concretas, ya que "siempre que interviene un psicólogo o psicopedagogo nos vienen a hacer una entrevista pero después nadie nos hace una devolución, o nos dice qué tenemos que trabajar con ese chico". Es así como se intentó brindar a los docentes algún aporte concreto o diferentes líneas de acción según su demanda: en general se trató de aportes respecto del aspecto cognitivo del niño, que sea de utilidad para la planificación de actividades pedagógicas, o bien se trabajó conjuntamente acerca de algún contenido escolar específico, para que el maestro pueda transferirlo luego en el aula.

En general, se observó un buen nivel de implicancia por parte de las docentes y por ende, avances en los aspectos pedagógicos-vinculares de sus alumnos, pudiendo realizarse genuinas preguntas respecto de su propia práctica y buscando sugerencias a fin de optimizar su rol y sus intervenciones.

Conclusiones

La implementación de este proyecto dentro de la escuela abre un espacio para poder pensar qué está pasando cuando un niño no aprende y / o presenta problemas de conducta, y cómo se implican los distintos actores intervinientes en esta dificultad.

Ante situaciones socio-familiares cada vez más complejas y altos índices de interrupción de los tratamientos, intentamos salir de la sensación de impotencia, frustración, debilidad y desesperanza. Larrosa plantea que se requiere de un acto de interrupción de lo que venimos haciendo, de lo que pensamos, de lo que creemos. "Se trata de desautomatizar nuestra percepción de las cosas, de nosotros mismos". (Larrosa, 2003, en Nicastro, 2008: 68)

Adherimos a la caracterización que Dejours, C y Dessors (1998) plantean en



relación con el trabajo como todo lo que los hombres y las mujeres se ingenian en inventar para encontrar los mejores compromisos entre lo que deben hacer, lo que es posible hacer y lo que desearían hacer. Así surgió la posibilidad de trabajar en las escuelas. Coincidimos con la mirada que Schelmenson S. (1996) tiene de éstas, al sostener que no cumplen exclusivamente con un objetivo constructivo, epistemológico, sino que ocupan un lugar preponderante en la vida afectiva de los sujetos que a ellas concurren. Son espacio de placer y sufrimiento, de discriminación y transformaciones psíquicas, ofrecen la oportunidad de una inscripción social satisfactoria en la medida que integran las diferencias, permiten el disenso y promueven la reflexión como instrumento de transformación de conocimientos. Por eso consideramos a la institución escuela como un escenario privilegiado para llevar adelante este dispositivo. Como equipo que forma parte del Programa de Salud de la Comunidad Escolar, intentamos dar cuenta de ello priorizando el trabajo en red intersectorial para arribar a diagnósticos y estrategias participativas. Siguiendo las reflexiones del Lic. Listovsky (2007) se trata de pasar de la cultura del aislamiento a la cultura del relacionamiento y del paradigma de la falta y la escasez, al paradigma de la asociatividad y la cooperación. En la medida que todos trabajemos como parte activa del sistema: equipo directivo, docentes, familias y equipo de salud, podremos desarrollar acciones de salud que favorezcan la participa-



ción social, accesibilidad y equidad.

Sostenemos que la gestión de este proyecto supone abordar las dificultades de aprendizaje y de conducta desde un cambio en el posicionamiento, como plantea la Dra Onocko Campos: "Sería el plano de producción de un tránsito o pasaje. Donde impera el orden: desordenar un poco, desequilibrar, desviar. Donde reina el caos fragmentado, propiciar el dialogo, el pasaje entre esos fragmentos (...)Trabajando siempre en una tensión transversal, entre lo instituido y lo instituyente, entre el orden que sustenta la operatividad de otros procesos creativos y de cambio" (Onocko Campos, 2002: 172).

Notas

(1) Maestro ZAP: El Programa Maestro + Maestro (ZAP), del Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires, implementa en algunas escuelas la incorporación de un segundo maestro, llamado maestro ZAP que permite la capacitación en servicio del maestro de grado, a la vez que plantea la organización de la tarea áulica en pareja pedagógica. Con el objetivo de disminuir el fracaso escolar en los alumnos del 1º grado (etapa en la que se concentran los mayores índices de repitencia del sistema educativo) ésta experiencia se propone fortalecer la tarea docente y mejorar sus condiciones de ejercicio en las escuelas, brindando herramientas de análisis y estrategias de trabajo pedagógico que permitan visualizar las posibilidades y logros de aprendizaje de aquellos alumnos que desarrollan su vida

en situaciones complejas y que pertenecen a sectores de la población en los que se registran mayores índices de pobreza, marginalidad y exclusión. La pareja pedagógica permite la organización del trabajo en equipo, posibilitando la reflexión sobre la tarea, la planificación conjunta y el acompañamiento de un par para la implementación de nuevas metodologías didácticas.

Referencias bibliográficas

- ✓ **Amitrano, C; Rother, G (2001):** Tratamiento psicopedagógico. Estrategias y procedimientos con niños, padres y docentes. Psicoteca Editorial.
- ✓ **Dabas, E; Perrone, N. (2000):** Redes en Salud.
- ✓ **Equipo de Psicopedagogía del CeSAC N° 15, (2007):** Ateneo general de la Residencia de Psicopedagogía "Del encuentro al reencuentro. Reflexiones en torno a una experiencia de tratamiento psicopedagógico grupal". Área Programática del Hospital Dr. C. Argerich, Buenos Aires.
- ✓ **Fernández, A. M. (1997):** El campo grupal, notas para una genealogía. Ed. Nueva Visión.
- ✓ **Fernández, C.; Romano, M. Z. (2004):** "Construyendo nuevas misiones en grupos de tratamiento psicopedagógico", Revista Aprendizaje Hoy, Año XXIV, n° 57.
- ✓ **Fernández, C.; Gabella, C. (2002):** "Diagnósticos psicopedagógicos multifamiliares en el Centro de Salud n°15", Trabajo presentado en Jornadas Clínicas de Psicología y Psicopedagogía en Centros de Salud. Organizadas por el Área Programática del Htal Dr. J.M. Penna, Buenos Aires.
- ✓ **Filidoro, N. (2002):** Psicopedagogía, conceptos y problemas: la especificidad de la intervención clínica, Buenos Aires, Ed. Biblos.
- ✓ **Listovsky, G. (2007):** Clase brindada en la Asociación de Profesionales de la CABA.
- ✓ **Nicastro, S.; Gelber, G. (2008):** El trabajo de los Equipos de Orientación Escolar en las instituciones educativas. Una reflexión desde la perspectiva institucional.
- ✓ **Onocko Campos, R. (2002):** La gestión: espacio de intervención, análisis y especificidades técnicas, Brasil, Campinas.
- ✓ **Osorio, S.; Galeazzi, F.; Caruso, C.; Montero, P.; Cacace, G. (2004):** "Dispositivo de Atención Grupal en Psicopedagogía: Proyecto Rondas", Universidad de Lomas, Buenos Aires. Ed. Taller de artes gráficas Nes Dan.
- ✓ **Schlemenson, S. (1996):** El aprendizaje un encuentro de sentidos. Ed. Santillana.
- ✓ **Schlemenson, S.; Percia, M. (Comp.) (1997):** El tratamiento grupal en la clínica psicopedagógica. Ed. Miño y Dávila.
- ✓ **Sluzki, C. (1996):** La red social. Frontera de la práctica sistémica, Barcelona, Gedisa.
- ✓ **Wettengel, L.; Prol, G. (Comp) (2006):** Tratamiento de los problemas de aprendizaje. Ed. Noveduc.

Trabajo en terreno en el asentamiento Los Pinos

Lic. Carolina Deguer*
Enf. Roberto Repetto y Andrada**
Lic. Gabriela A. Trunzo***
Lic. Daniela Zarowsky****

Resumen

Este artículo recupera una experiencia de abordaje comunitario sobre la problemática de los microbasurales en el asentamiento "Los Pinos", ubicado en Villa Soldati, Ciudad de Buenos Aires.

El proyecto forma parte de la incorporación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud en el Instituto Pasteur. Se desarrolló con la intención de articular con la Residencia de Veterinaria en Salud Pública y con el Equipo Comunitario del CeSAC N° 24, Hospital Piñero.

Nos proponemos reflexionar acerca del proceso de trabajo comunitario con una población perteneciente a los sectores más vulnerables de la ciudad, que encuentra como única alternativa de vivienda la ocupación de tierras marginales.

"Los Pinos", originado hace menos de diez años, se encuadra dentro de la categoría de nuevos asentamientos urbanos que implica la exposición de la población a factores socio-ambientales desfavorables con la consecuente precarización del estado de salud.

Palabras clave: asentamientos – abordaje comunitario – ambiente desfavorable

Introducción

La experiencia que a continuación relatamos da cuenta del "Proyecto de intervención para la disminución de los microbasurales en el asentamiento "Los Pinos", que se desarrolló entre los meses de agosto y diciembre de 2009.

El asentamiento se encuentra en el barrio de Villa Soldati, y está delimitado por las avenidas Mariano Acosta, Riestra, Ana María Janer y la calle Portela, en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires.

El origen del proyecto está vinculado con el comienzo de una nueva sede de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS) en el Instituto de Zoonosis Luis Pasteur (IZLP). La singularidad de esta sede es trabajar sobre problemáticas de Salud Ambiental y Zoonosis, desde la perspectiva de la prevención y promoción de la salud que establece el marco de referencia de las prácticas desarrolladas por los distintos equipos de la RIEpS. Esta experiencia se llevó adelante con la colaboración de la Residencia de Veterinaria en Salud Pública (RVSP) y el equipo comunitario del CeSAC N° 24, del Área Programática del Hospital General de Agudos "Dr. P. Piñero". Este equipo está conformado por un grupo de profesionales que posee experiencia previa de trabajo en el asentamiento Los Pinos. (1)

Cartografía del territorio

Al acercarnos al asentamiento "Los Pinos", con la iniciativa de trabajar temáticas relacionadas a la salud ambiental, existió la necesidad de conocer el territorio, es decir, su

*Lic. en Ciencias de la Comunicación. Residente de 2º Año de Educación para la Salud. Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. carodeguer@yahoo.com.ar

**Enfermero. Instructor con función de jefe de residentes de Educación para la Salud. Instituto Pasteur. rob23repetto@yahoo.com.ar

***Lic. en Ciencias de la Comunicación. Residente de 2º Año de Educación para la Salud. Instituto Pasteur. gabrielatrunzo@hotmail.com

****Lic. en Sociología. Residente de 1º Año de Educación para la Salud. Instituto Pasteur. dzarowsky@gmail.com



población, el proceso histórico de emergencia del asentamiento y las problemáticas vinculadas a la vida cotidiana. Esta exploración nos permitió estructurar mapas que comenzaron a guiarnos en el proceso de trabajo.

En esta recorrida nos pareció interesante indagar sobre las características de los asentamientos para dar cuenta de las condiciones de vida y habitabilidad de estas poblaciones, de su relación con el Estado y de las limitaciones que encuentran para reclamar y conseguir mejoras.

En particular, el asentamiento "Los Pinos" se originó hace menos de diez años en el marco de un proceso de empobrecimiento de ciertos sectores de la población, que encontró como única alternativa de vivienda ocupar terrenos marginales de la Ciudad.

La crisis socioeconómica que sufrió el país desde mediados de la década del noventa impactó en los sectores de medios y bajos ingresos de la población y se agravó fuertemente con los sucesos de diciembre de 2001. Asimismo, las reformas laborales que se realizaron en esos años -contratación por tiempo determinado, reducción de cargas

sociales, entre otras- confluyeron en la precarización de las relaciones de trabajo y el aumento del desempleo. Dichas transformaciones en el mercado laboral produjeron situaciones de pobreza y vulnerabilidad en amplios sectores de la población que se vieron obligados a buscar alternativas para acceder a una vivienda.

Según el "Informe de situación" de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires (2006):

"La pobreza urbana articula diversas estrategias habitacionales que van dejando sus huellas en la Ciudad e imprimiéndole una nueva fisonomía al espacio urbano. Una de las manifestaciones espaciales de esta pobreza la constituyen los asentamientos que se conforman en predios de antiguas fábricas abandonadas, terrenos vacantes, bajo autopistas y plazas. Estos espacios constituyen el nuevo y precario hábitat de un universo de familias que, a pesar de su evidente exposición, resultan invisibles para las políticas oficiales" (Defensoría de Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, 2006:3).

En este marco se originan los "Nuevos Asentamientos Urbanos" (NAUs) definidos por dicho organismo como los procesos informales de ocupación de predios o inmuebles (privados y/o públicos). El asentamiento "Los Pinos" se encuentra dentro de esta denominación.

Ahora bien, una característica de los NAUs es la dificultad de organizarse colectivamente para demandar un reconocimiento ante el Estado. Esta situación los diferencia de las villas ya que éstas desde sus inicios, generaron organizaciones representativas que les permitieron exigir mejoras en sus condiciones de habitabilidad. También debido a que muchas veces las villas se

encuentran sobre terrenos fiscales de la Ciudad, se las incluye dentro de proyectos de urbanización y suponen distinto tipo de intervención por parte del Estado. Mientras en las villas predomina la radicación, en los asentamientos prevalecen los desalojos, al ubicarse en terrenos no urbanizables y generalmente privados. La situación de desalojo vulnerabiliza aún más a estos sectores de la población.

Otra propiedad de los "Nuevos Asentamientos Urbanos" es la falta de organización y planificación previa a su ocupación, es decir, que surgen de manera espontánea cuando las familias van alojándose en forma individual en las tierras. Las construcciones tienden a ser muy precarias, sin infraestructura y servicios elementales como agua potable, gas, electricidad y disposición de excretas.

Por otra parte, a diferencia de las villas tradicionales, los "Nuevos Asentamientos Urbanos" se sitúan en terrenos que presentan características topográficamente inadecuadas para su urbanización, dificultando la aplicación de políticas públicas para su mejoramiento.

El asentamiento "Los Pinos" posee características estructurales similares a otros de la Ciudad, como la inadecuada recolección de residuos, la carencia de agua segura para consumo humano, las reiteradas inundaciones debido a problemáticas con los desagües, la contaminación del aire por quema de basura y cables, la contaminación del suelo y la falta de control de plagas y roedores.

Cabe señalar que, a diferencia de otros asentamientos, en "Los Pinos" las

En cuanto a las condiciones de habitabilidad, la mayoría de las familias cuentan con un solo cuarto para dormir; en relación a esta situación puede decirse que habitan en condiciones de hacinamiento. (2)

Por otra parte, los habitantes comenzaron a construir un segundo o tercer piso por vivienda, producto del movimiento de personas y como estrategia de ampliación de los espacios habitacionales, con la consecuente deficiencia en infraestructura que ello significa.

En relación a los servicios públicos, no cuentan con gas natural y utilizan garrafas como modo de acceso a este tipo de energía. En cuanto al tendido de luz eléctrica, si bien casi todos lo poseen, el mismo es clandestino y conlleva grandes peligros ya que puede provocar incendios.

Asimismo, la mayoría de la población dispone de agua corriente y cloacas. No obstante, el agua no es segura para consumo



viviendas en su mayoría son de material y en pocos casos de chapa y cartón. La geografía del territorio posee características estructurales que pueden asemejarse a las de una villa por el grado de construcción y acceso parcializado a algunos servicios públicos.

Finalmente, podemos afirmar que si tomamos en su conjunto las características mencionadas, los habitantes de "Los Pinos" desarrollan su vida cotidiana en un ambiente desfavorable que incide en los procesos de salud-enfermedad-atención.

Singularidades de "Los Pinos"

El asentamiento comenzó a formarse aproximadamente en el año 2004 en un terreno perteneciente al Instituto "Hermandad de Sacerdotes Operarios". Gran parte de la población proviene de países limítrofes, mayoritariamente de Bolivia, y en menor medida de Paraguay, Perú, Uruguay y provincias del noroeste argentino (Arbía, 2008)

Actualmente, "Los Pinos" está organizado en 5 sectores que ocupan la cuarta parte del predio deportivo del mencionado Instituto. En este reducido espacio, según la percepción de algunos referentes, viven alrededor de 350 familias y casi la mitad de su población es menor de 15 años.

humano y el servicio cloacal es deficiente debido a que se desborda y los fluidos inundan las viviendas y los pasillos.

Más allá de estas limitaciones es importante destacar que estos servicios fueron conseguidos a partir de la organización de los vecinos. En este sentido, aún en condiciones de vida desfavorables, es posible afirmar que se despliegan prácticas colectivas que colaboran para resolver diversas problemáticas.

Delineando un proceso de trabajo

Cuando comenzamos a pensar en el proyecto de intervención en el asentamiento "Los Pinos", nos habíamos planteado desarrollar actividades relacionadas con la problemática de los roedores. Esta decisión se debía, por un lado, a que dicha línea de trabajo se estableció en el programa de for-

mación local de la nueva sede en el Instituto Pasteur; y por otra parte, a que en encuentros previos realizados por el equipo comunitario en el asentamiento, surgía la presencia de los roedores como un problema que afectaba al barrio.

Sin embargo, en los primeros acercamientos a "Los Pinos" comenzamos a observar gran cantidad de residuos dispuestos en el espacio público y las consecuentes problemáticas que ello ocasionaba, como malos olores, contaminación visual y presencia de diversas plagas, entre ellas, los roedores. Para comenzar a insertarnos en el asentamiento y darnos a conocer, realizamos entrevistas con distintos referentes del barrio donde preguntábamos, entre otras cosas, cuáles eran las principales problemáticas que percibían.

por los habitantes de Villa Fátima, que se encuentra lindera al asentamiento.

Asimismo, la acumulación de basura remite a cuestiones diversas; entre ellas, la escasa frecuencia de recolección de residuos por parte de las empresas recolectoras y la insuficiente presencia de contenedores o volquetes. También consideramos que los hábitos de los habitantes respecto a las modalidades de desecho de los residuos forman parte de esta problemática.

La relación entre la producción de basura y la disponibilidad de recursos para su recolección es inadecuada. En este sentido, la presencia de sólo dos volquetes para almacenar los residuos es insuficiente. Por otra parte, en muchas ocasiones la recolección no se realiza en tiempo y forma.

Respecto a las modalidades de desecho de los residuos de la población, la basura acumulada por fuera de los volquetes es habitual. Según los vecinos en algunas oportunidades los niños se encargan de llevar la basura al volquete y, al no contar con la altura suficiente, terminan dejándola por fuera del mismo.

Asimismo, los adultos no siempre hacen uso del volquete. La percepción del equipo a partir de comentarios realizados por los vecinos es que la escasa utilización de los contenedores puede estar vinculada con el desconocimiento del mismo como un recurso del barrio.



La basura y la presencia de roedores siempre figuraban entre las mismas.

Desde la perspectiva de la planificación en salud establecimos como prioridad trabajar la problemática de la basura, ya que es un factor que determina la presencia de roedores y otros problemas de salud. Razón por la cual, el objetivo general del proyecto consistió en disminuir la presencia de micro-basurales en el asentamiento "Los Pinos".

Para trabajar en este proyecto, comenzamos identificando los distintos "microbasurales" del asentamiento, es decir, los lugares donde se acumulan residuos en el espacio público. Así, observamos que se encontraba basura en la esquina de avenida Riestra y Portela que era generada por los habitantes del lugar; en el boulevard de Riestra, producto del acopio y separación de una cooperativa de cartoneros organizada por uno de los vecinos; y en la esquina de Riestra y Mariano Acosta, originados también por la mencionada cooperativa y

Nuestra experiencia de intervención

La metodología de trabajo que desarrollamos en el proyecto aborda la temática de la basura desde una perspectiva integral. En este sentido, consideramos que esta problemática forma parte de un proceso complejo en el que convergen las dimensiones sociales, económicas, políticas y culturales.

En la organización del proceso de trabajo comunitario priorizamos los aportes de los habitantes del asentamiento respecto de la problemática. En consecuencia, planificamos una serie de talleres con la utilización de dinámicas participativas para favorecer el intercambio de saberes, opiniones e inquietudes entre los habitantes de "Los Pinos".

Los encuentros se realizaron en la esquina de la Av. Riestra y Portela, debido a que consideramos que este lugar podía favorecer la presencia de los habitantes del asentamiento. La convocatoria a los talleres la llevábamos adelante por medio de recorridas por los pasillos del barrio el día de su realización. La invitación se efectuaba casa por casa, charlando con los vecinos para conocer sus necesidades y que ellos pudieran conocernos. A pesar de estas acciones, es necesario señalar que la asistencia a los encuentros en algunas oportunidades fue escasa.

Para alcanzar los objetivos planteados desarrollamos una campaña comunicacional que incluyó la producción y distribución de volantes y afiches en el barrio.

Finalmente, en el cierre del proyecto organizamos una posta para difundir lo trabajado en los talleres y efectivizar la firma de una carta de reclamo ya con-

sensuada con los vecinos. La misma fue dirigida al CGPC N° 8 solicitando un aumento de la frecuencia de recolección de residuos y una mayor cantidad de volquetes.

Si bien el problema de la basura continúa presente en el asentamiento, cabe destacar que, como resultado de este proceso de trabajo co-construido con los habitantes, se obtuvo un nuevo contenedor. La presencia de este nuevo recurso posibilitó una mejora en la disposición de los residuos.

Algunas reflexiones

A la hora de reflexionar sobre la experiencia de trabajo comunitario nos reencontramos con los diversos obstáculos sorteados en el desarrollo de las actividades. En primer lugar, podemos dar cuenta de la dificultad en la articulación con el equipo comunitario del CeSAC N° 24 para la planificación conjunta de actividades extramurales. Podemos vincular estas limitaciones con las lógicas institucionales propias de la organización actual del sistema de salud, que deja poco margen a acciones de promoción de la salud.

Otro obstáculo que visualizamos fue la baja convocatoria de los vecinos a los talleres, y aún nos encontramos reflexionando acerca de los motivos de esta situación. En este sentido, hemos construido algunos supuestos; por un lado, consideramos que al no pertenecer al Centro de Salud, cada semana era necesario trabajar en pos de generar un vínculo con los habitantes de "Los Pinos". En dicho proceso, otra de las dificultades se relacionaba con la implementación de una propuesta no sustentada en la asistencia médica, para una población que por sus condiciones de vida necesita respuestas inmediatas a sus problemas de salud-enfermedad.

En relación a lo anteriormente mencionado, si bien ellos perciben a la basura como un problema entre muchos otros, quizás no visualizan como prioritaria su solución. En el actual contexto de fragmentación social existen dificultades para organizarse desde la población, sin embargo, las mismas pueden ser superadas en ciertas circunstancias. De hecho, el proyecto permitió la participación de algunos vecinos en un espacio de intercambio a través del cual se concretó el reclamo y la obtención de un nuevo volquete. Este acontecimiento evidenció la fuerza que pueden adquirir las acciones colectivas para la reivindicación de los derechos de las personas y los grupos sociales a una vida más digna.

Notas

(1) El equipo comunitario está conformado por las residencias de Medicina General, Trabajo Social y trabajadores de planta del servicio de Salud Mental.

(2) Se define como condición de hacinamiento a aquellas viviendas u hogares con más de tres personas por habitación. Esta categoría hace referencia al hacinamiento por cuarto, que se obtiene dividiendo el número total de personas del hogar por la cantidad de cuartos del mismo.

Referencias Bibliográficas

✓ **Arbía, J. et al; (2008):** ASIS Los Pinos: Una realidad, diferentes mira-

das, Residencia de Medicina General, CeSAC N° 24, Htal. Piñero, CABA.

✓ **Arroyo Acevedo (2004):** "Perspectivas de Promoción de la Salud en América Latina" en La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica, Puerto Rico, Universidad de Puerto Rico.

✓ **Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires (2006):** Informe de Situación. Desalojos de "Nuevos Asentamientos Urbanos", Julio, Buenos Aires.

✓ **Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires (2007):** "Los desalojos y la emergencia habitacional en la Ciudad de Buenos Aires" Área de Derechos Sociales - Vivienda, Septiembre, Buenos Aires.

✓ **Laplacette, G. (2007):** Guía para la formulación de programas y proyectos de base comunitaria para el primer nivel de atención, Buenos Aires, Ministerio de Salud GCABA, Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud.

✓ **OPS/OMS (1998):** Atención Primaria Ambiental; División de Salud y Ambiente, Programa de Calidad Ambiental, Washington, D.C.

✓ **Rivera Valdés, S. (2003):** Gestión de residuos sólidos. Técnica, salud, ambiente y competencia, Buenos Aires, INET – GTZ.

✓ **Rodríguez, María Florencia (2009):** "Notas sobre los conceptos de los "Nuevos Asentamientos Urbanos" (NAU) en la Ciudad de Buenos Aires". Revista Interuniversitaria de Estudios Territoriales PAMPA, año 5, número 5, Buenos Aires, Ediciones UNL, pp. 197-218.

✓ **Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires (2007):** Informe Especial UPE N 3. Diagnóstico Institucional, Buenos Aires, Mimeo.

✓ **Valadez Figueroa et al., (2004):** "Educación para la Salud: la importancia del concepto", Revista de Educación y Desarrollo I. Disponible en http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo.

Espacio Joven

Adolescentes y equipo de salud:
construcción de una trama en la
promoción de salud

Lic. Andrea Berra*
Lic. Silvia Kargieman**
Lic. Mariela La Salvia***
Med. Cecilia Martínez Calejman****
Med. Viviana Mazur*****
Med. Marisa Menestrina*****

*“Pensar la adolescencia es indagar
los códigos en que se instituye
y que son propios de cada época,
de cada generación, de cada subcultura,
entramados siempre en la historia singular”
(Rother Hornstein: 2006)*



* Lic. en psicología. Servicio de Salud Mental .Centro de Salud y Acción Comunitaria N°7. Área Programática del Hospital D.F Santojanni. andraberra@fibertel.com.ar

** Lic. en psicología. Servicio de Salud Mental .Centro de Salud y Acción Comunitaria N°7. Área Programática del Hospital D.F Santojanni. silviakargieman@hotmail.com



Resumen

El presente relato de experiencia describe un programa de intervención local denominado Espacio Joven, desarrollado en el CeSAC (1) N° 7 y en la Escuela de Educación Media N° 2. Surge con la intención de reducir la inequidad en el acceso de las/los adolescentes a la atención de la salud. Su objetivo general es promover la salud integral de la población de 10 a 19 años.

Las actividades se basan en ofrecer un espacio de atención interdisciplinario, conformado por

médicas generalistas, trabajadoras sociales, psicólogas y una residente de educación para la salud, que promueva el cuidado de la salud integral de las/los adolescentes, sus derechos y ciudadanía, con la participación de sus familias. Los principales resultados son: la conformación de un equipo de salud interdisciplinario enfocado en estos ejes, la mejora en la accesibilidad de las/los adolescentes y su empoderamiento en relación a la salud y construcción de ciudadanía.

Palabras Claves Salud Integral del Adolescente – Interdisciplina - Construcción de ciudadanía.

Antecedentes: Algo de historia...

El programa Espacio Joven se inició en noviembre de 2004, en el CeSAC N° 7, perteneciente al área programática Hospital D. F. Santojanni, ubicado en el barrio Piedrabuena de Villa Lugano, CABA.

Hasta el inicio del programa no existía, en este centro, un servicio de atención específica para adolescentes y jóvenes. Ante la demanda de asistencia, que se vinculaba principalmente con la consulta médica, ésta era resuelta por los servicios de pediatría, clínica médica, ginecología y obstetricia.

Un mínimo porcentaje de jóvenes asistía a otros espacios del centro de salud (servicio social, salud mental, nutrición, educación para la salud y la guardia), y por otro lado, la mayoría de las veces eran las mujeres las que se acercaban y esporádica la consulta por parte de los varones.

Previo al comienzo de este programa se realizaron diversas actividades destinadas al trabajo con adolescentes, entre ellas: talleres de salud sexual y reproductiva en el EEM N° 2 (D.E. 20), una investigación acerca de los varones jóvenes y el uso del preservativo en el EEM N° 1 (D.E. 20), y una encuesta en tres escuelas medias (EEM N°1, Instituto Nuestra Señora de La Paz e Instituto Don Orión) del Barrio Piedrabuena con el objetivo de indagar la relación de los jóvenes con el cuidado y la atención de la salud, en el año 1998.

Desde 1995 funciona, en el centro de salud, el Proyecto de Embarazo Adolescente llevado adelante por profesionales de servicio social, nutrición y obstetricia.

Marco teórico: en qué nos basamos...

Tradicionalmente se ha definido a la adolescencia como una etapa de tran-

sición, de pasaje, de la pubertad a la adultez: una concepción "normalizadora", que implica que el/la adolescente transita una fase en la que debe elaborar un proyecto cerrado y acabado, y esto lo coloca ante una meta que "debe desear" alcanzar, teniendo que contar para la concreción de este logro con un mundo dado de antemano. El encuentro con las/los adolescentes en nuestro trabajo nos hace pensar en la adolescencia como un lapso de la vida con consistencia propia, en el que dadas ciertas condiciones, el/la adolescente puede navegar en el mundo con una plasticidad yoica que le permite desplegar y expandir diferentes potencialidades creativas. "La sola presencia en el mundo justifica la existencia: no importa el puerto al que se arribe, la cuestión es moverse, buscar. La existencia no se justifica en función de un futuro, sino en función de lo que se está haciendo" (Rother Hornstein, María Cristina. Comp: Op. Cit)

Pensamos que la adolescencia no constituye un universal, sino que se define como tal según los discursos de época, que producen constelaciones de sujetos congruentes con sus propuestas identificadoras, sus ideales y prohibiciones. En este sentido, los adolescentes personifican el deber ser cultural, que define quiénes son y como deben jugar el prototipo etario designado. Ni siquiera el cuerpo permanece ajeno a la atribución identificadora basada en aspectos vinculados a ideales sociales, como puede ser determinado tipo de vestimenta, los piercings, u otros que ponen en riesgo su salud como por ejemplo, la utilización de drogas, o la anorexia. Las contundentes transformaciones biológicas ubican lo corporal como parte central de la subjetividad constituida por cuerpo, psiquismo y lazo social.

Algunos datos que nos permiten pensar sobre la situación de los adolescentes. Del total de la población de nuestro país, 7 millones de habitantes (el 17,5%) corresponden al grupo de entre 10 y 19 años de edad. En Ciudad de Buenos Aires este grupo etáreo abarca a 360.000 habitantes representando el 12% del total de la población de dicha ciudad. (INDEC: 2008)

De acuerdo al Diagnóstico de la Situación

*** Lic. en Trabajo Social. Servicio Social. Centro de Salud y Acción Comunitaria N°7. Área Programática del Hospital D.F. Santojanni. lasalviamariela@hotmail.com

**** Médica Generalista. Residente de 3º Año de Educación para la Salud. Centro de Salud y Acción Comunitaria N°7. Área Programática del Hospital D.F. Santojanni. cecilia_mcalejman@yahoo.com

Social en la Ciudad de Buenos Aires realizado en el año 2008 el 10,6% de los adolescentes y jóvenes se encontraba en situación de pobreza. Al igual que entre los niños, la incidencia de la pobreza en este grupo es mayor que para el total de la población.

En relación a la cobertura educacional, el 7,1% de los adolescentes de 15 a 17 años se encontraba fuera del sistema educativo formal sin haber finalizado los estudios secundarios.

Reviste especial interés la situación de aquellos adolescentes y jóvenes pertenecientes a hogares pobres que no estudian ni trabajan y no han finalizado el secundario. Estos representaban el 25,4% del total de personas de 15 a 24 años en situación de pobreza.

Una cuarta parte (25,8%), de los adolescentes y jóvenes sólo contaba con la cobertura del sistema público de salud. Este porcentaje asciende al 81,1% entre los adolescentes pobres.

Según la Organización Mundial de la Salud, (OPS, 1992) para tener un desarrollo saludable los adolescentes y jóvenes necesitan: primero, haber tenido una infancia saludable; segundo, contar con ambientes seguros que los apoyen y brinden oportunidades, a través de la familia, los pares y otras instituciones sociales; tercero, necesitan información y oportunidades para desarrollar una amplia gama de habilidades prácticas, vocacionales y de vida; y cuarto, tener acceso con equidad, a una amplia gama de servicios: educación, empleo, salud, justicia y bienestar.

Entendemos por salud integral del adolescente el equivalente al desarrollo pleno del joven, siendo el proceso de salud-enfermedad-atención una construcción social, en continua interacción con el contexto socio cultural. El acceso a la atención de salud es una de las encrucijadas, que lejos de estar resuelta en el funcionamiento actual del sistema de salud de la C.A.B.A, se ha ido agravando con las sucesivas crisis socio-económicas. La accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las "condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representa-

ciones de los sujetos, y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios", (Stolkiner et al, 2000).

Es fundamental que para lograr la accesibilidad de las/os adolescentes a los servicios de salud, se implementen programas basados en la promoción y protección de sus derechos.

Con la Reforma de la Constitución Nacional en 1994, la Convención sobre los Derechos del Niño, que afirma a los niños, niñas y adolescentes como "sujetos de derecho", adquiere jerarquía constitucional. En esta misma línea, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en 1998, sanciona la Ley 114 de "Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes" que sostiene el derecho a la vida, a su disfrute y protección; el derecho a la libertad, a la dignidad, a la identidad en todas sus dimensiones, y al respeto como personas sujetos titulares de todos los derechos; así como el derecho a la atención integral de su salud asegurando el acceso gratuito, universal e igualitario, sobre la base de la solidaridad. Recién en el año 2005 se logra a nivel nacional la sanción de la Ley 26.061 que sostiene los principios jurídicos antes mencionados. Aparece la figura del interés superior de la niña, niño y adolescente que supone la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos; respetando la condición de sujeto de derecho, el derecho a ser oídos, el respeto al desarrollo pleno en su medio familiar, social y cultural. Asimismo instala al Estado como el principal responsable de las políticas públicas que toman como ejes a la familia, la participación comunitaria, las redes intersectoriales y los diferentes organismos de gobierno.

La posesión de derechos y la conciencia sobre los mismos forma parte del ejercicio de la ciudadanía. Ésta es una condición básica que las personas adquieren al participar en una sociedad democrática. Esta condición de ser ciudadanos y ciudadanas implica el respeto por la igualdad y la libertad de las personas, así como el conocimiento y ejercicio de todos los derechos humanos y de aquellos de los que de esta condición se desprenden, entre los que se encuentran el derecho a la salud. Frente a los derechos es necesario que los adolescentes los conozcan, para poder luego defenderlos. La desprotección de estos derechos y la ausencia de una atención de salud especialmente diseñada para satisfacer las necesidades de este grupo de población, impactan negativamente en el desarrollo integral de niñas y niños y también en su derecho, violando expresamente el marco legal vigente en nuestro país. (Correa, C; Bianco, M, 2003).

En este sentido, las acciones tendientes al empoderamiento de los/as adolescentes son claves para que se reconozcan con la posibilidad real de ejercer sus derechos. El mismo implica el bienestar psíquico e incluye conceptos como autoestima, capacidad de elección, control y acción. Significa tener opiniones propias y alternativas, y la capacidad de actuar según ellas.

Este proceso sintetiza las creencias acerca de la propia competencia, los esfuerzos para ejercer



***** Médica Generalista. Servicio de Medicina General. Centro de Salud y Acción Comunitaria N°7. Área Programática del Hospital D.F. Santojanni. mazurviviana@yahoo.com.ar

***** Médica Generalista. Servicio de Medicina General. Centro de Salud y Acción Comunitaria N°7. Área Programática del Hospital D.F. Santojanni. menestrina25@hotmail.com

control, y una comprensión de la realidad sociopolítica (Silva Dreyer, Carmen Luisa; Martínez Guzmán, M. Loreto; 2007).

La Organización Panamericana de la Salud recomienda un enfoque ecológico para abordar el empoderamiento de las/os adolescentes: el cambio en cada uno de estos niveles —individual, interpersonal, comunitario, sociocultural, político y jurídico— es fundamental para promover su poder de decisión.

El empoderamiento es un proceso o progresión de la inequidad a la equidad, no es un fin sino un proceso en sí y se define cultural y contextualmente.

Al abordar el tema de la equidad e inequidad, no podemos realizarlo sin referirnos a la perspectiva de género y a la importancia de su incorporación en nuestras acciones. La plataforma de Acción de Beijing, en el Informe Mundial de los determinantes sociales, señala la necesidad de incluir la perspectiva de género en todas las actividades de formulación y ejecución de programas (Gita, S; Östlin, P; 2007).

El análisis de los fenómenos sociales desde la perspectiva de género, nos permite visualizar las relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres, que se expresan mediante la existencia de normas, valores y roles diferenciados. "El objeto de interés en materia de género no son la mujer o el hombre, sino las relaciones de desigualdad social entre ellos y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas" (Gómez Gómez, E; 2002). Desde este enfoque, podemos reflexionar sobre las consecuencias en los/as adolescentes, de la adjudicación de posiciones desiguales entre mujeres y varones que afectan sus potencialidades de desarrollo, la adquisición de recursos y reconocimiento social, y que reproducen una situación de

inequidad. Entre los 15 y 19 años aumenta significativamente el porcentaje de mujeres que no estudian ni trabajan fuera del hogar, llegando a valores superiores al 17%. Esta información puede relacionarse con la maternidad, situación que puede repercutir en la deserción de las jóvenes madres del sistema educativo (Correa, C; Faur, E; Re, M; Pagani, L; 2003). Por otro lado, los varones adolescentes, respondiendo al mandato social de constituirse en sustento económico de sus familias, ingresan al mercado laboral, muchas veces en detrimento de su educación escolar.

La inequidad entre los géneros justifica desde el presente proyecto local, un trabajo que integre a ambos, adolescentes mujeres y varones, para que en conjunto puedan construir una visión crítica sobre sus posiciones, roles, ideas y preconceptos, y desde un enfoque de promoción de derechos y construcción de ciudadanía, puedan comprender que, aunque varones y mujeres son diferentes, tienen las mismas condiciones de igualdad en el acceso a los recursos en general y en particular a la salud.

Metodología de la intervención: Cómo lo hacemos...

El objetivo general del programa es promover la salud integral de la población comprendida entre los 10 y 19 años.

Los objetivos específicos son:

- Facilitar el acceso al sistema de salud de a CABA
- Realizar el seguimiento del crecimiento y desarrollo, según los requerimientos de cada joven, con el fin de detectar precozmente alteraciones en el crecimiento
- Prevenir patologías inmuno- prevenibles
- Asegurar el esquema de vacunación completo
- Informar sobre los recursos existentes para la satisfacción de diferentes demandas de las/os jóvenes incluidos en el programa.
- Prevenir y detectar situaciones de violencia familiar, maltrato, abuso sexual, noviazgos violentos
- Beneficiar la vinculación del/la joven con el grupo familiar, de pares, etc.
- Promover el acceso de los/as adolescen-



tes a la información, orientación métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y reproductiva.

- Detectar problemas de salud mental
- Brindar información para prevenir accidentes
- Detectar trastornos alimentarios
- Prevenir el consumo abusivo de sustancias legales e ilegales
- Detectar situaciones de adicción a drogas legales e ilegales
- Articular, según la problemática del joven, con distintas instituciones especializadas para su atención
- Difundir el proyecto en organizaciones formales e informales del Área Programática del CeSAC N°7
- Difundir el proyecto al interior del CeSAC N° 7
- Establecer vínculos con equipos que atiendan a adolescentes y jóvenes, como así también, con el Programa de Adolescencia dependiente del Ministerio de Salud del GCABA.

Las y los jóvenes destinatarios de este proyecto son los que pertenecen al área programática y de influencia del CeSAC N°7 y las y los alumnos/os del EEM N°2. Ambas instituciones se ubican en el barrio Piedrabuena, de Villa Lugano, CABA.

En el marco del proyecto se brindan dos dispositivos de atención: un consultorio con turnos programados, en el centro de salud, y el otro, un espacio de consejería de salud integral que se desarrolla en la Escuela de Educación Media N°2 (EEM N°2) ubicada en el área de influencia del CeSAC. En ambos espacios, la modalidad de atención es interdisciplinaria, llevada a cabo por un equipo conformado por una trabajadora social, dos psicólogas, dos médicas generalistas y una residente de Educación para la Salud.

En la consulta se utiliza la historia de salud integral del adolescente confeccionada específicamente por el programa de adolescencia a nivel central, en la cual se relevan datos de las áreas: social, educativa, familiar, escolar, emocional, social, sanitaria y habitacional.

Descripción de la experiencia: Lo que en definitiva sucede...

Los jóvenes que concurren al programa son mayoritariamente de clase baja y clase media baja. En general conviven con su

familia de origen, bajo las formas de familia nuclear y familia nuclear extensa. En cuanto a la situación de pareja, hay adolescentes tanto en relación de noviazgo, como las/os que están solas/os y las/os que tienen relaciones sexuales ocasionales; también las/os que conviven con sus parejas e hijos. La mayoría se encuentra cursando estudios de nivel primario y medio.

En cuanto a los lugares de residencia, son heterogéneos, algunos viven en el Barrio Piedrabuena, otros en Villas N° 15, 17 y 19, también consultan adolescentes que habitan en Villa Madero (La Matanza, Provincia. de Bs. As.) y en otros barrios cercanos al CeSAC (Lugano, Mataderos).

En general, la primera consulta se realiza a través de un adulto que gestiona el turno (en la mayoría de los casos es la madre), o bien, porque son derivados al programa por algún profesional del CeSAC, del Hospital Santojanni, o de las escuelas primarias y secundarias de la zona. Posteriormente, observamos que la continuidad en el programa, responde casi siempre a una demanda propia.

Los motivos de consulta desde que se inició el proyecto a la fecha están relacionados con aspectos de la salud física (control de salud, síntomas inespecíficos, salud sexual y reproductiva, etc.), y por la preocupación de la madre, relacionada a cambios propios de la etapa evolutiva, tanto conductuales como de crecimiento (primera menstruación, alteraciones del ciclo menstrual, hábitos alimentarios, la "transgresión" de los límites parentales, problemas escolares, etc.).

Al comienzo de la primera entrevista comentamos la finalidad del espacio con la/el adolescente y la persona adulta que la/lo acompaña. Si concurre acompañada/o hay dos instancias en la misma: una entrevista vincular compartida con el o los adultos y otra individual, ésta última ofrecida por las profesionales, que realizamos si el adolescente lo acuerda.

Especificamos la modalidad de atención y la confidencialidad de la información.

El motivo de consulta es tomado como punto de partida, como disparador, indagando luego distintos aspectos consignados en la historia de salud, mencionada anteriormente. Damos especial relevancia al clima afectivo requerido para la consulta con cada persona en particular, así como el hilo conductor se va construyendo en función de la demanda, sin imponer esquemas propios del equipo profesional. Por lo general, nos manejamos con dos entrevistas consecutivas (aproximadamente a los 15 días), para establecer el lazo de confianza necesario para la construcción del vínculo y el seguimiento, en caso de ser necesario. Le otorgamos especial atención al abordaje de la temática de la sexualidad y métodos anticonceptivos; proveyendo los mismos según la particularidad del caso.

Como resultado del trabajo realizado por el equipo estos años, hemos intervenido sobre temas vinculados con: violencia familiar y/o en los noviazgos, acceso a recursos sociales, documentación, acceso y continuidad en el sistema educativo formal y no formal, conflictos familiares característicos de familias ensambladas y extensas, dificultades entre padres e hijos, adicciones, trastornos alimentarios, consejería pre y post aborto, problemáticas específicas de salud mental. Los problemas sociales y psicológicos son abordados por las profesionales correspondientes, integrantes de este equipo, en espacios de atención diferenciales, garantizando de este modo el seguimiento requerido. Así mismo, para las cuestiones atinentes a situaciones de mayor complejidad, que exceden el ámbito de atención primaria, implementamos derivaciones asistidas por miembros del equipo, reasegurando la continuidad en el tratamiento bajo programa.

Entregamos folletería confeccionada por el equipo del CeSAC sobre los distintos temas tratados.

A modo de conclusión. Sentimientos, ideas y algunas reflexiones...

Trabajar en el Área de Salud dentro del Sistema Público no es tarea sencilla y mucho menos lo es, pensar en abordar la temática de la adolescencia. Incertidumbres, cambios, miedos, deseos, son cuestiones que atraviesan a todas las personas, pero que en esta etapa se encuentran en expansión. Cuando las exigencias son mayores que las oportunidades, cuando parece que el mundo se acaba a la vuelta de la esquina, ¿qué rol?, ¿qué responsabilidad tenemos los profesionales de un sector, la salud, que se supone que tiene por objetivo la promoción y defensa de la vida? Comenzar a escuchar en posición de aprendizaje, abiertamente, de manera sincera, despojadas de prejuicios, tratando de incorporar al otro, acompañarlo, sostenerlo, guiarlo en el camino, ofrecerle herramientas que le permitan elegir sus propias opciones, ser partícipes de alguna manera de su propia vida, ese es nuestro desafío.

Trabajar con una perspectiva que favorezca la Promoción de la Salud implica incorporar a las diferentes acciones, la complejidad de condiciones que hacen (o podrían hacer) más saludables a los sujetos y a los conjuntos sociales. En este sentido se hace necesario reconocer los desiguales contextos en los que se ubican los sujetos con los que trabajamos, adecuando nuestras prácticas a las diferentes situaciones y necesidades.

Notas

(1) Los Centro de Salud y Acción Comunitaria N°7 son los efectores del primer nivel de atención pertenecientes a la estrategia de atención primaria.

Referencias bibliográficas

- ✓ **Correa, C.; Bianco, M. (2003):** La adolescencia en Argentina: sexualidad y pobreza. Buenos Aires. Editorial UNFPA – FEIM.
- ✓ **Correa, C.; Faur, E; Re, M; Pagani, L; (2003):** Sexualidad y Salud en la Adolescencia. Buenos Aires. UNIFEM-FEIM.
- ✓ **Gita, S.; Östlin, P. (2007):** La equidad de género en salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. ¿Por qué existe y cómo podemos cambiarla? Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Organización Panamericana de la Salud.
- ✓ **Gómez Gómez, E. (2002):** "Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica". Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11. Washington.
- ✓ **Ley N° 114 (1998):** Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ✓ **Ley N° 26.061 (2005):** Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; Congreso de la Nación Argentina.
- ✓ **Organización Panamericana de la Salud. (1992):** "Salud Integral de los Adolescentes" (Documento CD36/16). Washington, DC.
- ✓ **Rother Hornstein, M. C. (Comp). (2006):** Adolescencias. Trayectorias Turbulentas. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- ✓ **Silva Dreyer, C. L.; Martínez Guzmán, M. Loreto. (2007):** Empoderamiento, participación y autoconcepto de persona socialmente comprometida en adolescentes chilenos. Revista Interamericana de Psicología. Vol. 41, N° 2. Pág.2.
- ✓ **Stolkiner et al. (2000):** Reforma del Sector Salud y utilización de servi-

cios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires. Editorial Dunken.

✓ Unidad de información, monitoreo y evaluación (Uimye). (2009):

Ministerio de Desarrollo Social - GCBA - Serie Informes de Condiciones de Vida - Documento Número 9 - Diagnóstico de la Situación Social en la Ciudad de Buenos Aires. http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/evaluacion_programas/informes_condiciones_vida/Diagnostico_situacion_social.pdf.



Promoción de la lectura, una apuesta a la salud

Lic. María José Bórquez*
Med. Liliana P. González**
Lic. Mariana Kielmanovich***
Lic. Analía I. Martínez****
Lic. Claudia Salinas*****
Lic. Daniela Varela *****



* Lic. en Ciencias de la Comunicación. Residente de 3º Año de Educación para la Salud. Hospital E. Tornú. majoborquez@hotmail.com

** Médica psiquiatra. Jefa de Residentes de Educación para la Salud. Hospital E. Tornú. ferre75ar@yahoo.com.ar

*** Lic. en Psicología. Residente de 2º Año de Educación para la Salud. Hospital E. Tornú. marianakielmanovich@gmail.com

Resumen

Este artículo se propone compartir diferentes experiencias de promoción de la lectura realizadas desde el Hospital Tornú, en diversos escenarios: un servicio ambulatorio de pediatría, una unidad de internación de adultos y un asentamiento.

Entendemos que la promoción de la lectura se enmarca en una concepción de salud integral, pretendiendo generar efectos en los sujetos e instituciones. Así, las actividades que realizamos desde la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud contribuyen a la construcción de uno mismo, a la elaboración de conflictos, a darle sentido a las experiencias, a vincularse con otros. A su vez, procuran favorecer el ejercicio de la autonomía y la democratización de los vínculos entre el equipo de salud y la población.

Estas experiencias nos han permitido concebir a la lectura no sólo como una herramienta de aprendizaje sino como un recurso que genera efectos subjetivantes y propicia la transformación del modelo de atención.

Palabras clave: lecturas - salud - mediador.

Introducción

El presente trabajo tiene el propósito de compartir diversas experiencias de promoción de la lectura que se llevan a cabo desde el Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú". Entendemos a la lectura como una práctica imbricada en la organización y las condiciones sociales, que da origen a interacciones e intercambios con otros. A su vez, concebimos a la promoción de la lectura como "cualquier acción o conjunto de acciones dirigidas a acercar a un individuo y/o comunidad a la lectura (...) de tal forma que sea asumida como una herramienta indispensable en el ejercicio pleno de la condición vital y civil" (Yepes Osorio, Betancourt y Álvarez., 1997:12).

En el Hospital la promoción de la lectura se enmarca en una perspectiva de derecho y en una concepción de salud integral, entendiendo a esta última como un proceso social e histórico que se vincula, por un lado, con la satisfacción de necesidades de alimentación, ambiente, cultura, educación, trabajo, vestido y vivienda.

Por el otro, se relaciona con la participación de la población como medio para fortalecer sus capacidades con respecto a su vida y su desarrollo (1). Esto significa que la salud no se reduce a la mera ausencia de enfermedad ni únicamente al acceso a la atención y asistencia médica.

En las actividades de promoción de la lectura participamos profesionales pertenecientes a la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS) - actualmente integrada por una psicopedagoga, una trabajadora social, una comunicadora social, una médica y dos psicólogas- en conjunto con otros trabajadores del hospital provenientes de diversos campos disciplinares como la medicina, la enfermería, el teatro comunitario, entre otros.

Estas experiencias se realizan tanto dentro del Hospital como fuera de él, recorriendo espacios de lo más diversos: un Servicio Ambulatorio de Pediatría, una Unidad de Internación de Adultos y un asentamiento dentro del Área Programática de la institución. Sin embargo, más allá de las diferencias que estos escenarios pueden presentar, las actividades de promoción de la lectura generan, en todos ellos, efectos subjetivantes e institucionales. Es decir, apuestan a contribuir al ejercicio de la autonomía y del imaginario, a

recrear un espacio de privacidad, a tramitar el sufrimiento pero también a transformar las lecturas del y sobre el sistema de salud que circunscribe a las personas a un lugar de objeto, pasivo, "paciente".

Proyecto de Promoción de las Lecturas en el Servicio de Pediatría

La iniciativa de promover la lectura en el Hospital se remonta al año 1998, cuando surge el Proyecto de Promoción de las Lecturas en el Servicio de Pediatría, a cargo de la Dra. Silvana Espósito (2), profesionales de dicho Servicio y de la residencia. Su nombre, Promoción de las Lecturas, en plural, no es ingenuo, en tanto implica el reconocimiento de la existencia de diversos modos de leer (lectura silenciosa, en voz alta, individual, grupal), puntos de vista y sentidos que disparan un mismo texto, así como también la posibilidad de interrogar la lógica de las lecturas del equipo de salud. Podemos pensar la lectura como un viaje, el recorrido de un camino en el cual algo se inicia. Al decir de Michel De Certeau (1996), la lectura es un ejercicio de ubicuidad: leer es estar en otra parte. Así entendida, el lector habita un texto, es decir, habita un espacio virtual construido a partir de lo escrito, de sus experiencias de vida y de sus experiencias lectoras.

La lectura es un proceso que implica la construcción de sentidos a partir de un texto "reescrito" por parte del sujeto lector. Los sentidos que él mismo construye provienen de la información disponible en el texto pero también de los conocimientos y experiencias previas, de los valores, creencias e interacciones pasadas o presentes. La lectura de un texto escrito posibilita múltiples interpretaciones, múltiples sentidos y múltiples lecturas. Marcel Proust (2006) plantea que para lo que el autor son conclusiones, para el lector son iniciaciones, "sentimos muy bien que nuestra sabiduría comienza allí donde la del autor termina, y quisiéramos que él nos diera las respuestas, cuando todo lo que puede hacer es proporcionarnos los deseos de conocerlas" (Proust, 2006: 37).

Este proyecto, que lleva ya más de una

**** Lic. en Ciencias de la Educación. Residente de 1º Año de Educación para la Salud. Hospital E. Tornú. analiaimartinez@yahoo.com.ar

***** Lic. en Psicología. Residente de 3º Año de Educación para la Salud. Hospital E. Tornú. claudia.salinas@live.com

***** Lic. en Trabajo Social. Residente de 1º Año de Educación para la Salud. Hospital E. Tornú. dannovar@yahoo.com

década, consta actualmente de tres escenarios de intervención: la sala de espera del Servicio, la Biblioteca y los grupos de acompañamiento de la crianza para familias con niños de hasta dos años de edad. En todos ellos, la lectura está presente bajo la forma de narraciones, canciones, nanas, poesías, anécdotas y leyendas que grandes y chicos muchas veces conocen pero que no imaginan poder compartir en una institución de salud. Allí, lo usual es ser un paciente que espera, en silencio, ser "hablado" por el médico. Por tal motivo, cuando salimos a la sala de espera, todos los miércoles, promovemos la lectura a partir de la narración o teatralización de un cuento pero también a través de intercambiar y recordar historias y anécdotas de la infancia, las leyendas de los distintos lugares de origen, etc. Luego, invitamos a los presentes a bucear en la biblioteca, contigua a la sala, entre más de 4000 ejemplares de géneros diversos, tanto de literatura infantil como para adultos, llegados en los últimos diez años a través de fundaciones, editoriales, pero fundamentalmente a través de los profesionales del Servicio y de los propios pacientes que acercan sus libros de infancia para compartir con otros.

Se podría pensar la actividad de la sala de espera como un espacio de lectura compartida donde, quienes coordinan la actividad, participan como mediadoras recuperando el objeto libro como un bien simbólico generador de placer. Se considera mediador a toda persona que contribuye al vínculo entre el lector y el libro. Es función del mediador, atender a las diferentes elecciones, registrar el grado de complejidad de la lectura seleccionada, ofrecer otros libros que guarden relación con el interés que el lector manifestó, colaborar en la lectura del texto, entre otras cosas. Creemos que este rol mediador se orienta hacia los niños como destinatarios de lecturas pero también hacia los adultos- incluidos los trabajadores de salud que formamos parte del Servicio- pudiendo de esta manera resignificar sus experiencias como lectores.

En cuanto a nuestro rol de mediadoras, la Biblioteca, bautizada por los chicos como

"El Rincón de los Sueños", cumple un papel fundamental. La misma constituye un verdadero lugar de encuentro entre los niños y la lectura, que invita a sumergirse y elegir, sin restricciones, un libro para leer en la sala -mientras esperan ser atendidos por el médico- y para disfrutar en sus casas contagiando de lectura el interior de sus hogares. Así, quien en la institución hospitalaria usualmente es "leído", interpretado, decodificado por el profesional que lo nombra y lo diagnostica poniendo palabras a sus sentires, puede convertirse en lector, intérprete, creador de sus propias historias, trastocando la lógica de poder imperante en las instituciones de salud.

Del mismo modo, el préstamo de libros a domicilio constituye una apuesta fuerte del proyecto, en tanto pone en acto la democratización en el acceso a los bienes culturales y públicos. En efecto, la posibilidad de que haya libros y que sean de todos hace que los niños puedan abrir la puerta y tomar posesión de estos objetos, en vez de pensar que el hospital es sólo de los que trabajan allí, lo que obligadamente genera efectos a la hora de ingresar al consultorio.

Por último, en los grupos de crianza la lectura se hace presente a través de libros especialmente diseñados para bebés (hechos de material flexible, con colores brillantes y diferentes texturas) con la intención de que los niños se familiaricen desde pequeños con los libros. En palabras de Michèle Petit (2001: 35), antropóloga francesa especializada en la temática de la lectura, "para que un niño se convierta más adelante en lector, sabemos cuán importante es la familiaridad física precoz con los libros, la posibilidad de manipularlos para que esos objetos no lleguen a investirse de poder y provoquen temor".

Promoción de las Lecturas en el Servicio de Clínica Médica

La Biblioteca de Clínica Médica surge en el año 2007, tomando como antecedente a la Biblioteca de Pediatría. El proyecto nace por una inquietud de los médicos del servicio respecto del tiempo libre de las personas internadas. A partir de esta demanda, las residencias de Educación para la Salud, Trabajo Social, Salud Mental y Terapia Ocupacional, elaboraron el proyecto que se implementa desde marzo de 2008 en las Unidades 5 y 6.

Cabe destacar que en este proyecto, la lectura no tiene como único fin ocupar el tiempo libre sino contribuir a la calidad de vida de los pacientes y también de sus acompañantes, desde una concepción de salud integral. En efecto, muchas experiencias llevadas a cabo en ámbitos de salud, han permitido comprobar que la lectura mejora el transcurso de una enfermedad, permite que lo traumático sea transitado de modo que la subjetividad del paciente se encuentre más preservada.

En particular, se sabe que la internación produce una ruptura de la vida cotidiana y las personas que están internadas pasan a ocupar un lugar pasivo "...quien padece una enfermedad es asignado a una categoría de cuerpo-objeto, obligado a someterse 'por su bien' a las decisiones de otros, reduciendo a la persona a un estado de pasividad, a una pérdida de autonomía, a una regresión: ya sea por la enfermedad (...) o bien por la naturaleza misma del discurso médico y del funcionamiento





de la institución" (Petit, 2002: 7). A su vez, por la lógica misma de la sala de internación, el espacio privado tiende a debilitarse y/o invisibilizarse. En este sentido, Petit (2002) plantea que la lectura permite crear un espacio de intimidad en un espacio público y contribuye a recrear ese espacio íntimo que favorece la restitución de la "posición de sujeto". La lectura se presenta así, como ocasión para salir de una forma de vínculo social históricamente construido en la institución hospitalaria y de reconstruir el cuerpo fragmentado en el proceder hospitalario tradicional.

Actualmente, formamos parte de este proyecto las residentes de Educación para la Salud y una voluntaria, quienes realizamos una recorrida por las veinticuatro camas, dos veces a la semana, ofreciendo libros a las personas internadas y sus cuidadores. Generalmente las personas que se encuentran en la sala presentan alguna enfermedad crónica de base o factor de riesgo de larga data, siendo en su mayoría adultos mayores de ambos sexos.

Al principio, la invitación puede sorprender a pacientes y acompañantes. Algunos insinúan que no podrán leer. Quienes en cambio toman prestado un libro pueden leerlo de distintas formas en los momentos en los que el cuerpo o el ánimo lo permiten: a veces de modo completo, otras veces por partes, en algunas ocasiones a partir de las imágenes o junto a un acompañante. En nuestro rol de mediadoras, contemplamos para ofrecer los libros, la historia previa de lectura y/o narración, los gustos y preferencias de cada uno así como también las posibilidades físicas. A su vez se aclara que no hay plazo para su devolución, pudiendo ser entregados aún después del alta.

Se producen efectos interesantes en cuanto a la relación con los libros. Hay quienes prefieren no tomar un libro prestado. Creemos que esto puede deberse a diversos motivos, en tanto el acceder al mismo condensa varios significados: pensar que el préstamo tiene un costo económico, que no es una práctica habitual en una institución hospitalaria, asumir que se está internado, que se tiene tiempo a disposición, que la internación puede durar más de lo que uno desea, etc. Por otra parte, para algunos pacientes que deciden tomar un libro, resulta a veces necesario quedarse con una hoja de éste o copiar parte de él. En una ocasión observamos a María, que está internada en el Servicio, escribiendo en un cuaderno azul. Al ofrecerle un libro, nos pregunta si puede copiar frases del mismo para practicar y entretenerse.

La lectura suele ayudar al manejo de un tiempo que muchas veces se siente como infinito, sin límites y en algunas oportunidades acompaña en el momento del alta. Así, Raúl, que está internado en el Servicio, menciona: "estoy hace un año y medio, a mí me salvó la lectura, cambiás de entorno, sentís los perfumes, los paisajes". Julián, otro paciente, nos pide "dejame tres libros, porque se viene el fin de semana. Leer me ayuda a dormir". Otro paciente comenta: "Es la primera vez que estoy internado. Uno se siente raro, tanto tiempo en la cama..., leer te saca un poco de acá..., leía un poco, otro poco dormía y lo volvía a agarrar".

Por último, uno de los efectos más significativos que observamos es la apropiación de la biblioteca por parte de los pacientes y del sentido que ésta adquiere en el contexto de la internación. Esto se pone de manifiesto en el aporte de libros y revistas por parte de algunos pacientes, en el intercambio

que realizan entre ellos de estos bienes culturales y en el compromiso que asumen espontáneamente al devolver los libros que dejan otros compañeros de sala. Ricardo, un hombre que está internado hace varios meses, por ejemplo, devolvió los libros de Martina, una paciente de la habitación de enfrente, que había fallecido. También él le prestó el libro "El médico" a Juan, que está internado hace un tiempo y que es también un asiduo lector. Por otro lado, Leonardo, otro paciente, comenta: "yo trabajo en una imprenta, le pedí a mi patrón que traiga libros, ahí hay un montón".

Cuentos a la hora de la siesta en el Playón Urquiza de Chacarita

En el año 2009, se decidió incorporar actividades de promoción de la lectura en el Playón Urquiza de Chacarita, un asentamiento ubicado sobre terrenos fiscales lindantes a las vías del ferrocarril, que se encuentra dentro del Área Programática del Hospital y al cual la residencia concurre desde 1993. Los habitantes del lugar cuentan con condiciones de vida inadecuadas en términos de dificultades en el acceso a la red de agua potable, cloacal y eléctrica, viviendas precarias, hacinamiento, existencia de diferentes tipos de plagas, como así también la ausencia de espacios verdes y actividades recreativas. Dicha situación conlleva riesgos reales o potenciales para la salud de la población.

Tomando como base la reformulación del "Proyecto de Promoción de la Salud en el Playón Urquiza de Chacarita", elaborada por la RIEpS durante el año 2008, se llevaron a cabo encuentros grupales durante el verano destinados a los niños que viven en el lugar. Para ello, se acondicionó un espacio al aire libre, contiguo a la Capilla (lugar de referencia para los habitantes del Playón), al que se llevó en una "valija mágica" una cantidad de libros seleccionados previamente.

En el primer encuentro, se leyeron cuentos clásicos como "Caperucita roja" y "El gato con botas", personajes por todos conocidos que dieron lugar al intercambio, al juego y a la teatralización en torno a estas historias. Una de las chicas trajo un libro para

compartir que le había regalado su maestra. Se trataba de "El sapo enamorado", del que los chicos decían que estaba triste "porque tiene a su familia lejos", "porque está solo", "porque no tiene a sus amigos a su lado". A raíz de estos comentarios, consideramos pertinente abordar el tema de la migración en el siguiente encuentro, debido a que gran parte de la población del asentamiento proviene de países limítrofes o del interior del país.

Es así que en los siguientes encuentros, se leyeron cuentos tales como "Vacaciones en el Paraguay" y "El alma en el árbol" que, inspirados en relatos populares, facilitaron el intercambio de experiencias vinculadas a regionalismos e historias familiares. Así, Sebastián nos cuenta de su amigo de Paraguay, y Camila de las frutas y comidas típicas como la sopa paraguaya. También se leyeron cuentos de terror, a pedido de los chicos, de los cuales surgieron personajes de leyendas, propios de la tradición oral, que atormentan a los niños. María Gabriela nos relata la historia de la "Llorona": "es tipo un fantasma, tiene el cabello largo, si hablás mucho, la llorona aparece". Además se teatralizó el cuento de la "Cenicienta", en donde participaron chicos de diferentes edades, aún aquellos que en un principio se mostraban inhibidos.

Debido a la buena recepción de estos encuentros, se decidió dar continuidad a la propuesta de promoción de la lectura en el lugar, armando una biblioteca con libros para niños, que funciona los días jueves al mediodía en la Capilla, cuando la RIEpS asiste al asentamiento. Allí, los chicos pueden leer libros como también llevárselos prestados a sus casas. En este sentido, el préstamo a domicilio constituye, una vez más, una apuesta hacia la democratización de estos bienes culturales y permite poner en acto que los libros están al alcance de todos (o que debieran de estarlo), lo que deviene en algo aún más importante en personas en situación de vulnerabilidad que no se piensan como destinatarios de los mismos.

Conclusiones

A lo largo del presente trabajo hemos intentado dar cuenta de los efectos que, a partir de distintas experiencias de promoción de la lectura, se producen tanto a nivel subjetivo como institucional.

En cuanto al primer nivel, la lectura contribuye a la construcción y reconstrucción de uno mismo, a favorecer el encuentro con otros, al ejercicio de la autonomía, a recrear un espacio de privacidad y a la tramitación en tiempos de crisis.

Respecto al nivel institucional intentamos, a través de la lectura, transformar la lógica hospitalaria que reduce a las personas a un lugar de mero receptor de procedimientos médicos, posibilitando experiencias vinculares de intercambio.

Es propósito de nuestro trabajo en promoción de la lectura, favorecer la accesibilidad en todas sus dimensiones (económica, cultural y simbólica) y contribuir a un mejoramiento de la atención que incorpore saberes de las ciencias sociales, de las letras y del arte así como saberes populares.

Por último, consideramos que es necesario continuar generando prácticas que contribuyan a la consolidación de un modelo de cuidado de carácter integral, procurando la democratización de los vínculos entre el equipo de salud y los sujetos que transitan por las instituciones hospitalarias. En suma, como herramienta de la promoción de la salud, apostamos a la lectura que, al decir de Proust (2006), es una iniciadora cuyas llaves mágicas abren, en el fondo de nosotros mismos, la puerta de lugares a los cuales no hubiéramos sabido entrar. Su rol en nuestra vida es, por lo tanto, saludable.

Notas

(1) Esta concepción es establecida por la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 153/99.

(2) Médica psicoanalista del Servicio de Pediatría. Ex residente de Educación para la Salud y coordinadora del Proyecto de Promoción de las Lecturas.

Referencias Bibliográficas

- ✓ **Braslavsky, B., (2004):** ¿Primeras letras o primeras lecturas?, México, Fondo de Cultura Económica.
- ✓ **De Certeau, M., (1996):** La invención de lo cotidiano: Artes de hacer, Tomo I, México, Universidad Iberoamericana.
- ✓ **O.M.S. / O.P.S., (1999):** "Planificación Local Participativa", en Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y Caribe, Serie Paltex N° 41.
- ✓ **Petit, M., (1999):** Nuevos acercamientos de los jóvenes a la lectura, México, Fondo de Cultura Económica.
- ✓ **Petit, M., (2001):** Lectura: del espacio íntimo al espacio público, México, Fondo de Cultura Económica.
- ✓ **Petit, M., (2002):** "La lectura reparadora", en Revista Espacio para la lectura, Año 7, N° 6-7, pp. 4-5
- ✓ **Proust, M., (2006):** Sobre la lectura, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- ✓ **Yepes Osorio, L., A. Betancourt y D. Álvarez, (1997):** "La promoción de la lectura", en La promoción de la lectura. Conceptos, materiales y autores, Colombia, COMFENALCO.
- ✓ **Ley Básica de Salud N° 153:** 1999. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

dossier

Historias de Atención Primaria de la Salud (APS)

Motivados por la idea de conocer acerca de las experiencias de vida y de trabajo en APS, decidimos incluir un dossier que recuperara las voces de quienes se dedicaron con esfuerzo a la construcción de otra salud. En las páginas que siguen encontrarán historias individuales y colectivas, todas distintas, pero con algo en común: todas llenas de sueños, de anécdotas, de luchas y, sobre todo, de aprendizajes. Es nuestro deseo que estos artículos sean un aporte que permita repensarnos e inspirarnos en la apuesta por otros modos de producir salud.

Entrevista al Dr. Mario Testa “Cómo se logra que el pueblo diga: nosotros también enten- demos de Salud”

Lic. María Andrea Dakessian*
Lic. Carolina Deguer**
Lic. Eric Goyos***
Lic. Julieta Silvestri****



Mario Testa es sin dudas una referencia de la Salud Pública a nivel internacional. Médico de profesión, sus aportes han enriquecido el saber y la acción de todos aquellos actores que participan en el campo de la salud. Y aunque somos muchos los que hemos podido disfrutar con la lectura de sus libros o con la escucha de este excepcional disertante, expositor y docente, teníamos la certeza de que todavía nos faltaban muchas cosas más por conocer y aprender de él.

Así fue que entre países, libros, prácticas, anécdotas y viejos amigos, fuimos hilvanando la historia de una persona que hizo y hace historia. Que se formó y es formador. Que estuvo en momentos instituyentes y nos regala su memoria privilegiada de aquellos tiempos de construcciones y transformaciones individuales, colectivas, institucionales y sociales.

Compartimos en esta entrevista el encuentro con sus reflexiones en torno al amplio campo de la salud, desde una perspectiva que involucra al sujeto de la vida: histórico, político, esperanzado y deseoso.

Se te suele describir como ‘prócer del sanitarismo’, ‘militante de base’, ‘dirigente político’, ‘profesor’, ‘planificador’, ‘peronista de izquierda’. ¿Con cuáles de estas definiciones te identificás más o de cuáles te sentís más próximo?

M. Testa: Creo que en "Saber en salud" (1) están un poco algunos de los secretos para responder a esta primera pregunta. En primer lugar, porque ahí hablo de una parcialización, de cómo un mismo sujeto se va transformando de acuerdo a qué es lo que está haciendo, lo que está pensando. Uno puede tomar estos distintos fragmentos pero al final viene la reconstrucción. Después uno tiene que juntar todos los pedazos y armar una cosa diferente. Esto es lo que yo llamo ahí, en "Saber en salud", la segunda ruptura epistemológica, digamos que el sujeto epistémico se vuelve a transformar en sujeto de la vida. Por eso yo diría que de todas esas cosas que ustedes mencionaron, hay algunas que las pueden tachar; pero tal vez, a lo que más buscaría parecerme sería a la de militante sociopolítico. No me identificaría como peronista de izquierda, a pesar de haberlo declarado muchas veces, entre otras cosas porque siempre tuve actitudes políticas y nunca estuve afiliado a ningún partido político.

¿Cómo influyó en tu identidad el hecho de vivir en muchos países de Latinoamérica?

M. Testa: Eso fue fundamental. Yo soy muy lector, exageradamente lector. Y claro yo estudié el secundario en el Colegio Nacional Buenos Aires, de manera que la cosa venía difícil, una educación secundaria muy académica, muy europea yo diría. Hasta que empecé a leer literatura latinoamericana, ahí fue un deslumbramiento. Leí muchos autores, como Rómulo Gallegos, que escribió muchas novelas y cada una de ellas es un fragmento de la vida venezolana. De modo que aprendí a conocer Venezuela leyendo a Gallegos. Estuve viviendo en varios países, Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Chile, Brasil. Hice muchas visitas a Cuba, en Nicaragua estuve solamente una vez

* Lic. en Psicopedagogía. Coordinadora General de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud e integrante del Departamento de Salud ambiental. madakessian@gmail.com

** Lic. en Ciencias de la Comunicación. Residente de 2º Año de Educación para la Salud. Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. carodeguer@yahoo.com.ar

*** Lic. en Ciencias de la Comunicación. Jefe de Residentes. Residencia de Educación para la Salud. CeSAC Nº 7-Área Programática del Htal. Santojanni. ericsebas@hotmail.com

**** Lic. en Ciencias de la Comunicación. Residente de 1º Año de Educación para la Salud. CeSAC Nº12-Área Programática del Hospital Pirovano. julisilv@hotmail.com

y muy poco tiempo. De Centroamérica lo que más conozco es Guatemala, Costa Rica, Panamá y México, donde también viví. Casi todas estas visitas fueron precedidas por lecturas de novelistas que apuntaban a una caracterización del país.

En algún momento mencionaste que tenías una identidad nacional de América Latina... ¿Cómo era esta identidad, en relación a tus lecturas y vivencias y a vos como sujeto?

M. Testa: Lo que definitivamente me atrapa es la literatura latinoamericana, ahí sí me identifico con los países de América Latina. Yo digo una cosa, hablo de "nosotros" los chilenos, "nosotros" los uruguayos, "nosotros" los bolivianos, para mí la nación es América Latina; por eso estoy muy contento con las cosas que están ocurriendo ahora, esta recuperación, que nos dimos vuelta pa' mirar para adentro. La otra cuestión es lo de los pueblos originarios. Tengo un hermano de sangre que es un indio mapuche, nos cortamos un dedo. Esta forma de por fin reconocerse, yo digo esto de la identidad, que está tan de moda en este momento por varias razones, algunas positivas y otras negativas, es una cosa fantástica. La creación de una identidad fuerte, pueda ser que uno se aproxime al final con claridad y sin temor. Esto es lo que yo llamo el tema de la buena muerte. ¿Qué es la buena muerte? Es la de aquella persona que se reconoce y sabe quién es, se puede mirar al espejo y decir yo soy ese. Hay tantas cosas que tienden a quebrar esa identidad... Crear una identidad fuerte es un tema que para mí es básico, en aquella Ley General de Salud el tema de la identidad aparece también con fuerza, como una de las cuestiones básicas.

Queríamos que nos contaras un poco el momento en que siendo médico y cirujano, de repente, la vida te lleva a estar en Venezuela. ¿Cómo fue ese giro en tu vida?

M. Testa: Yo era médico y era un buen médico, y llegué a ser un cirujano bastante bueno. Trabajaba en el Hospital de Tórax Antonio Cetrángolo, que fue un gran maestro y estaba muy bien considerado por los pacientes. Tenía la sensación de que yo era una especie de santo o de demonio. Tenía que transformarme realmente en alguno de los dos para poder hacer las cosas que hacía. De santo porque entonces estaba por encima de todo o de demonio porque, de importarme un carajo lo que pasara, la persona podría morirse. Y de repente me di cuenta que no tenía capacidad para ninguna de las dos cosas. No podía ser ni un buen santo ni un buen demonio. Entonces me fui, me peleé con mi jefe, me puse a reclamar cosas como para que me dijeran que no, como que un Hospital especializado en tórax tenía que tener un laboratorio especializado... pedía: "acá hay que hacer tal cosa". De manera que como no me dieron las condiciones que yo quería, me peleé (risas). La cuestión fue que me fui del hospital y de la medicina y empecé a leer los avisos de Clarín y terminé vendiendo quesos (risas).

¿En qué año tomaste estas decisiones, Mario?

M. Testa: Estoy hablando de 1958. Terminé la carrera a los 26 años, del 51 al 58 es todo este recorrido de la medicina, hasta llegar a la cirugía e irme. Cuando me fui del hospital estuve un tiempo vendiendo quesos hasta que

me recuperó Manuel Sadosky, el vicedecano de la Facultad de Ciencias Exactas, Manuel me dijo "vení que te voy a presentar a Risieri Frondizi". Entonces me llevó al rectorado de la Universidad de Buenos Aires y me incorporó como jefe del Departamento de Bienestar Estudiantil. Y eso fue una linda experiencia. Se estaba haciendo una reinscripción y censo en la universidad que tenía en ese momento 60.000 alumnos en total. Empecé a revisar y a establecer algunos criterios para saber quiénes eran los alumnos realmente activos. Llegué a la conclusión de que había unos 15.000 estudiantes activos. Me puse a estudiar la situación en otros países y descubrí que en Francia 1 de cada 3 estudiantes universitarios era becado. Le pedí al rector que me diera 5.000 becas para repartir a los estudiantes, me dieron 200, un éxito tremendo... (risas). Y eso fue en el año '59. Después yo dije que no quería seguir más. Ahí sí, ¡Qué total pérdida de identidad! Estaba muy mal y entonces un amigo que estaba en Venezuela, me dijo "bueno, si tenés ganas, si podés pagar un pasaje venite y vemos qué hacemos". Y efectivamente me fui. Fue una migración de índole económica estrictamente. No estaba haciendo nada y fui a vivir a casa de este amigo. Una noche de fiesta, creo que era fin de año, me encuentro ahí con el chileno Jorge Ahumada, aparece en la fiesta y nos ponemos a charlar. Y me dice "mirá yo empiezo un curso, te consigo una beca".

¿Cuál era la propuesta del curso?

M. Testa: El curso era sobre teoría de la planificación. Venezuela estaba comenzando un período muy importante, había salido hacía poco tiempo de una dictadura muy feroz que había durado 40 años y tenía el primer gobierno democrático después de muchísimo tiempo. Entonces, ahí crearon una institución de planificación que se llamaba CORDIPLAN y se creó el CENDES, el Centro de Estudios del Desarrollo, que era lo que iba a formar a la gente para trabajar en CORDIPLAN, era la ins-

titución de capacitación. Hice ese primer curso que duró cuatro meses y me entusiasmé tanto con la apertura que significó para mí, un panorama que desconocía por completo, que pedí incorporarme en el curso que se abrió inmediatamente después de terminado éste, que había sido un ensayo. Era ya una maestría de dos años en la que me la pase estudiando. Yo tuve esa gran suerte de que hubo gente que me financió para que pudiera estudiar sin ninguna restricción, muy distinto lo que pasa acá con los alumnos que tenemos nosotros.

Dijiste en un momento que algo te cambió. ¿Qué fue lo que descubriste en ese entonces?



M. Testa: Algo que tiene que ver con interpretación de la realidad, con una visión que te permite entender procesos, cuestiones. Yo venía con algún adiestramiento al margen de la medicina porque cuando estábamos trabajando en el Hospital y yo quería hacer eso de tener un laboratorio de no sé cuánto, digo bueno, pero a esto hay que ponerle más seriedad. Me puse a estudiar matemáticas, me inscribí en la facultad, hice los cursos y di exámenes de Análisis Matemático I y II y de Álgebra. Yo venía con algún entrenamiento de estudiar cosas que no eran de mi profesión. Los estudios de

Economía y de Sociología por ejemplo, y después de Antropología, fueron una apertura del mundo. Era como si se te hubiera ampliado el campo de visión. Esta apertura fenomenal fue una especie de revelación, yo te digo deben de haber sido los dos años más felices de mi vida, porque además en Venezuela en aquel momento teníamos un grupo de amigos con los cuales la fiesta empezaba el viernes a la tarde y terminaba el lunes a la mañana. Fiesta que empezaba con canto, baile y ron, pasaba por la playa en algún momento y seguía la fiesta. Y esto mezclado con un estudio que era muy sólido, muy serio de lunes a viernes. Era estudio pero además muy gratificante, un estudio que impulsaba a uno a buscar más. Y de viernes a lunes era la fiesta. De manera que no faltaba nada, ¿no?

La maestría tenía que ver con armar cuadros técnicos...

M. Testa: Yo no fui a trabajar a la Secretaría de Planificación, pero si fui a trabajar a otro lugar que era la CVG que era la Corporación Venezolana de Guayana. Y la CVG tenía la misión de crear un polo de desarrollo industrial en lo que se conoce como el Caroní, en la confluencia del río Orinoco con el río



Caroní. Y ahí se instaló una gran siderúrgica. Y se creó una ciudad en base a dos pueblos que había, y yo entonces fui a trabajar ahí. Me encargaron que me ocupara de la parte de Educación Primaria, fui el primer tipo que recorrió todas las escuelas primarias de esa región. Hicimos un programa, esa es otra de las cosas lindas que hice en mi vida. Yo llegaba a las escuelas, que eran muy pobres, y siempre había en alguna habitación un mueble que trataba de abrir y no podía, estaba cerrado con llave. "¿Y por qué está cerrado con llave? Ah, porque hay libros y si lo dejamos abierto se roban los libros". Muy bien, entonces, hicimos un programa con el Instituto del Libro, intervino la CVG, el Ministerio de Educación y se hizo en cada escuela una habitación para biblioteca con la instrucción de que había que perder el 10 % de los libros el primer año. Era obligatorio perder libros. El resultado fue fenomenal, se perdieron muchos libros por suerte. Y venían las madres analfabetas a decirles a las maestras que les prestaran esos libros tan lindos que los chicos les contaban a las madres. Entonces, esas cosas increíbles... yo estuve ahí.

Pensando en el tema de la teoría de la planificación, por lo que estás contando, lo asociamos con esta idea de construcción de país y de desarrollo. La planificación con esos objetivos: la formación de recurso específico al servicio del desarrollo, con una idea de país.

M. Testa: Claro, esa es exactamente la idea. Fijense que una de las cuestiones que ahí se discutía permanentemente era con qué conceptos estábamos trabajando, diferenciar crecimiento de desarrollo, por ejemplo. Lo primero que nos enseñaron fue que con una tasa de crecimiento alta se resuelven todos los problemas. Nosotros discutíamos sobre la cuestión de la oferta y la demanda y cómo se responde, y la inflación. Estas cuestiones me las enseñaron a mí mis amigos economistas, chilenos y argentinos, Jorge Ahumada, Carlos Matus, Darío Paves, Max Nolf, Trevino, Angel Monti... Las mismas cuestiones que estábamos discutiendo, y que ahora acá están en las primeras páginas de los diarios. Entonces nosotros nos identificábamos con los estructuralistas porque el problema no es tanto la tasa de crecimiento sino que el problema es la estructura productiva. Es decir, hay que producir cosas para lo que la gente necesita, no crecer con cualquier cosa. Esta discusión es de 50 años atrás.

Siguiendo un poco la cronología, después de Venezuela ¿En dónde viviste?

M. Testa: A ver, la secuencia es así, mientras yo estoy haciendo esta maestría en el CENDES, el director Jorge Ahumada, tenía una preocupación muy grande sobre cómo se traduce la planificación económica en términos sociales. Después viene el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social. Costó sangre, sudor y lágrimas incluir lo "social" en esta cuestión. Y la salud entraba dentro de lo "social": la salud, la educación. Eran cosas que no tenían en apariencia relación directa con lo económico. El hecho de haber planteado la cuestión estructuralista en esos términos, es decir, lo importante es la estructura productiva, era ya pegar un hachazo fuerte en el núcleo duro de lo económico. Lo económico sí, pero pensemos en estructuras productivas. Pensemos en pan y leche, no en plata. Entonces, ahí fue cuando, mucho tiempo después, me di cuenta de qué significaba esto de ser un país desarrollado. Mi definición de país desarrollado es un país que tiene flexibilidad de oferta. ¿Qué quiere decir? Que cuando aumenta la demanda, lo que aumenta es la producción de los bienes que se demandan y no aumentan los precios. Tema de discusión hoy en todos los diarios.

¿Qué rol le das a la planificación en un contexto de luchas por transformación de la sociedad en estos años?

M. Testa: Creo que fue muy importante por una razón, creo que fue Ricardo Cibotti, ya fallecido, ingeniero y economista, que reconocía el fracaso de la planificación. Estamos hablando en este momento de las décadas del '50, '60, '70. Pero también que la planificación lo que había conseguido hacer era levantar la tapa de la olla podrida que era América Latina; mostró una cantidad de cosas que tardaron mucho tiempo, pero que llevaron a estos debates que estamos mencionando hoy. Se dan cuenta, a mí me enseñaron esto en la década del '60, y ahora, '50 años después, estamos discutiendo exacta-

tamente eso que yo aprendí teóricamente en aquel momento. Claro, lo que yo entendí después es que si un país es desarrollado y tiene flexibilidad de oferta entonces es verdad que las cuentas son muy importantes, lo que no se veía es que hay condiciones de contorno distintas en los países desarrollados que en los subdesarrollados. El contexto es fundamental.

Y en este interjuego ¿Qué lectura hacés de cómo se fue configurando el campo de la salud? Teniendo en cuenta que recorriste muchos países de Latinoamérica y podés ver este proceso en términos más amplios.

M. Testa: Sí, el saldo en el terreno de salud no es favorable. Hay muchas cosas que conspiran en contra. El otro día hablaba con una muchacha muy amiga que me preguntaba qué problemas importantes de salud veo yo en este momento. Los grandes problemas son de saneamiento básico insatisfecho y contaminación química industrial, la minería a cielo abierto, los problemas ambientales, etc.

Decís que el saldo en salud no es favorable, ¿A qué otras cuestiones se debe?

M. Testa: Y bueno porque si hay alguien que entiende de problemas de salud en este momento es el Ministerio de Desarrollo Social, no precisamente el Ministerio de Salud. Porque creo que el Ministerio de Desarrollo Social tiene una visión totalmente diferente de lo que son los problemas de salud, está apuntando más a los determinantes de la salud que a las causas directas o las enfermedades. Está apuntando a condiciones de vida, condiciones de trabajo, este tipo de cosas que son las que en el mediano plazo pueden resolver los problemas de salud, lo demás son parches.

¿Cuál debería ser el alcance de un Ministerio de Salud Nacional en relación a las problemáticas de salud?

M. Testa: Si hubiera un Ministerio de Salud en serio, los demás ministerios sobran. Yo digo que este es un ministerio que trata enfermedades, no es un Ministerio de Salud. Si trata de salud tiene que ocuparse del empleo, del transporte, de la educación, de la economía, de la vivienda. Y de la atención de la enfermedad también. Es decir, se opera o se gestiona sectorialmente, en el sector salud o educación o transporte, etc. Pero entender lo que pasa en cada uno de esos terrenos debe ser enfocado en forma global, de lo contrario es imposible entenderlo, por ejemplo, el transporte no es sólo un problema de carreteras y vehículos. Por eso cuando nosotros planteamos la Ley Federal de Salud yo digo que esto es inviable pero, ¿Para qué sirve? Sirve para lo mismo que sirvió la planificación, para destapar la olla podrida, para mostrar lo que hay en esa olla podrida. Entonces sí, eso se usa tal como lo empezó a usar en discusiones en los Centros de Integración Comunitaria...



Mario Testa recibe el reconocimiento a la militancia en salud, acompañado por su esposa, en las II Jornadas de Salud y Sociedad, Organizadas por la Asociación de Profesionales en Formación de Facultad de Medicina-UBA, 2009.

Construyendo actores...

M. Testa: Claro, este es el término real. Vos podés aprobar la ley pero no te sirve para nada, no es aplicable, entonces, ¿Para qué lo hacemos si no puede funcionar? Para esto: "tome, vaya ahí y pelee, difunda la buena nueva, construya actores sociales con esta cuestión".

Cuando decís que en la planificación lo importante no era establecer un objetivo sino el proceso, ¿Te referías a esto?

M. Testa: Claro, exactamente. Si quieren discutimos la ley, la aprobamos, pero gran parte de las leyes son fracasos. Yo hablo de cementerio legislativo, la mayor parte de las leyes no se cumple nunca.

¿En qué momento de este recorrido, o en estos años, identificás experiencias en salud donde esto se hizo posible?

M. Testa: Hay dos casos bastante claros, uno es Cuba y otro es Brasil. La experiencia cubana es importantísima. Durante muchos años yo iba a Cuba, la primera vez fue en el '71. Pero hay cosas que yo todavía no entiendo. Estando en el Instituto de la Salud de La Habana, dando algún curso, me pongo a caminar por los pasillos del Instituto y paso por un aula donde está la puerta abierta y había alumnos cubanos y estaba el profesor, que hablaba: "entonces cuando se saca la radiografía..." y los alumnos escribían en un cuaderno, al dictado. Yo digo "¿Dios mío qué es esto?" Una rigidez... nadie abría la boca ni por casualidad. Verticalismo y rigidez, sin embargo, la transformación que hicieron es real. Creo que hay niveles de creatividad muy diferentes en distintas instancias. Consiguieron hacer una cosa que nosotros no conseguimos, que es la incorporación de ciertas cuestiones adaptando lo que venía de afuera a las formas organizativas internas. Lo que hicieron con médicos de familia es ejemplar. Alguna vez me lo dijeron, "habla lo que quieras chico, verás tú después, ¡el arroz con mango que hacemos nosotros con eso!". El arroz con mango es mezclar dos cosas, recreaban permanentemente las cuestiones, pensaban en forma muy pragmática para decirlo de alguna manera.

En Brasil tienen un poco esta mezcla de pragmatismo y adaptación, donde no se excluye la reflexión pero también se pasa a la acción, no es sólo una cuestión discursiva.

M. Testa: Eso es parte de lo que se llama cultura institucional, que es el gran problema. Alguna vez, Jorge Ahumada, me decía "el gran problema es la creación de instituciones". Creo que nosotros tenemos una carencia muy fuerte que deriva del hecho de que no hay pensamiento organizativo en el capitalismo subdesarrollado. Todo lo que vos podés leer sobre la organización e instituciones está desarrollado en los países desarrollados. El único país que ha desarrollado algo de pensamiento organizativo es precisamente Brasil. Nosotros tenemos alguna cosita por ahí que es muy poco desarrollo de pensamiento organizativo. De Argentina, me gusta Bernardo Kliksberg, pero está en Estados Unidos, en Naciones Unidas. Pero ese es un pensador organizacional muy bueno. Hay algo en la Facultad de Ciencias Económicas, alguna gente que tiene algunas cosas pero es insuficiente. ¿Cómo es la organización en el subdesarrollo? Esta es la pregunta que yo me haría si fuera apto

para responderla. Cómo es y cómo evoluciona toda la línea de pensamiento en torno a esta cuestión. En el modelo de desarrollo que fuera. Por ejemplo, cuando tenía responsabilidades en la universidad uno de los temas que se debatía era ciencia básica o ciencia aplicada. En aquel entonces lo que se discutía en el medio académico era esta función para introducir la cuestión de la investigación en la universidad. La universidad lo que tenía que hacer era preparar profesionales para aplicar los conocimientos existentes. El médico tenía que ir al hospital, diagnosticar, medicar. Y de repente aparece alguien que dice que la universidad tiene que hacer investigación, debe haber sido Rolando García (se ríe). ¿Y qué investigación hacer? ¿Básica o aplicada? ¿Buscamos la verdad con la investigación básica o tratamos de resolver algún problema con la investigación? En estos términos se daba el debate cuando yo fui decano de la facultad de medicina, en el año '73. Lo que hicimos en aquel momento fue definir, en primer lugar, que la separación del conocimiento en facultades era una cosa que no respondía a la realidad. Planteamos que en vez de discutir si tenía que hacerse investigación básica o aplicada, había que dar líneas de investigación para la universidad, no para una facultad. Entonces había que hacer un proceso de investigación que abarcara todos los aspectos que correspondieran y entregarle a cada facultad la parte que le correspondía para que resolviera. Esta fue la propuesta.

¿Hoy sería posible plantear algo así en la universidad?

M. Testa: Yo tengo una mala opinión en general con respecto a la universidad. Me parece que hay una cuestión que es clara, no sólo en nuestro país sino en muchos otros, y es que cada vez que surge un problema importante en el país no se recurre a la universidad, sino que se crea una institución ad hoc para resolverlo. Por ejemplo, surge un problema de planificación, no se llama a la universidad sino que se crea una institución que se llama COR-DIPLAN en Venezuela, se llamó acá Consejo Federal de Inversiones o el CONADE, Consejo Nacional de Desarrollo. En Brasil también hubo un Ibeplan, es decir, la universidad no es proclive a resolver problemas reales, sino que para lo que sirve generalmente es para transformar o trasladar conocimientos adquiridos, conocimientos que están escritos en libros.

A propósito de esa época, ¿Es cierto que ibas en sandalias cuando eras decano de la facultad? (risas).

M. Testa: No, en verdad no es que yo iba en sandalias sino que yo iba con zapatos marrones. En realidad yo usaba en aquella época zapatos de Casa Guante, y eran unos zapatos de gamuza, lo más finos que te puedas imaginar. Entonces ahí alguien me vio y dijo "va en zapatillas amarillas..."

Una interpretación malintencionada...

M. Testa: Sí, malintencionada, que nunca me ocupé de aclarar... (risas).

Si pudieras identificar alguna cosa que está saliendo bien en el sistema de salud, no ya pensando desde el gran campo de la salud, sino pensando desde la organización sanitaria, en donde uno podría tomar algún punto de anclaje o algún proceso.

¿Qué habría que desencadenar con las estructuras que se tienen?

M. Testa: Para mí hay un núcleo duro de esta cuestión y es que pienso que es muy difícil transformar el sistema de salud, en prestaciones, en el sistema de financiamiento, sin alguna colaboración de los médicos. Si no contás en alguna medida con los médicos, yo no veo cómo podés hacer alguna modificación pensando dentro del sistema de salud. ¡Los médicos tenemos tanto poder! La expresión mía es que el médico tiene tanto poder que le dice a una persona totalmente desconocida: "desnúdese" y la persona se desnuda.

Entonces, ¿Cómo desmontás esa cuestión? o ¿Cómo la aprovechás de manera que sea productiva? ¿Cómo convencés a los médicos que nosotros no somos parte de la clase dominante, por ejemplo. Este tema de la barrera ideológica, de que nosotros somos los dueños de la salud. ¿Cómo lo desmitificás? ¿Cómo conseguís que el pueblo no diga: "los que entienden de la salud son los médicos" y cómo lográs que el pueblo diga: "nosotros también entendemos de salud, sabemos cuando nos duele, sabemos cuando no podemos caminar". ¿Cómo se restablece un diálogo que cada vez es más difícil, porque ahora con los aparatos no hace falta hablar para nada? En el capitalismo, antes se apropiaron de las herramientas, después del conocimiento y ahora del diálogo, porque ya no hay diálogo. No necesitás hablar en el supermercado, vas, agarrás las cosas, y las ponés en el carro...

Notas

(1) "Saber en salud. La construcción del conocimiento" es un libro de Mario Testa editado por Lugar Editorial en 1997.

ATAMDOS: Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud

Reflexiones sobre la experiencia



Lic. Luisina Gonzalez*
Lic. Verónica Minassian**
Lic. Gabriela Trunzo***
Enf. Gladys Chávez****

Acerca de su promotor

Floreal Ferrara, nació el 7 de Junio de 1924 en Punta Alta, Provincia de Buenos Aires. En 1950 se recibió de Doctor en Medicina en la Universidad Nacional de La Plata y como Médico Cardiólogo en 1953 en la Universidad de Buenos Aires y Experto en Salud y Desarrollo Económico Social OEA-UBA por la Facultad Ciencias Económicas en 1964.

A partir de 1967 y hasta 1975, fue docente en la Facultad de Medicina de La Plata. Desde 1995 fue director de cursos de posgrados en Administración en Salud en la Universidad de Tres de Febrero y Lomas de Zamora además de profesor de Ética en la Universidad de San Martín.

En 1973 se desempeñó como Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires en la gestión de Oscar Bidegain como gobernador. En 1983 asume por segunda vez como Ministro de Salud durante la gobernación de Antonio Cafiero.

En 2007 la Legislatura porteña lo distinguió como Ciudadano Ilustre de Buenos Aires en virtud de su dedicación "al avance científico en el campo de la salud y al compromiso político y social para que ello se plasme en un sistema público que garantice el bienestar de toda la población".

Falleció el 11 de abril de 2010 a los 85 años, hasta sus últimos días militó por la salud pública en los diferentes ámbitos en los que se desempeñó. Su compromiso, su coherencia, su infatigable ejemplo continuarán siendo una inspiración.

* Lic. en Psicología. Residente de 1º año de Educación para la Salud. CeSAC Nº 7. Área Programática del Hospital D. F. Santojanni. luisinagz@gmail.com

** Lic. en Sociología. Residente de 2º año de Educación para la Salud. CeSAC Nº 7. Área Programática del Hospital D. F. Santojanni. verominassian@hotmail.com

*** Lic. en Comunicación Social. Residente de 2º año de Educación para la Salud. Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. gabrielatrunzo@hotmail.com

**** Lic. en Enfermería. Instructora con función de Jefe de Residentes. Residencia de Educación para la Salud. CeSAC Nº 10 y 39. Área Programática del Hospital J. M. Penna. chavezg104@yahoo.com.ar

Extracto de la disertación realizada por el Dr. Floreal Ferrara en las "II Jornadas Salud y Sociedad: Decidir en salud, ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué?" El día 30 de octubre de 2009

Todo el mundo cree que yo soy el inventor de los ATAMDOS, no, yo fui una parte de la discusión. Los ATAMDOS surgen en un conjunto de compañeros que estábamos pensando en una forma de renovación del peronismo. Y apareció esto. ¿Esto qué era? Esto era agregarle una cosa totalmente innovadora al pensamiento sanitario que era la participación popular. El gran tema, el tema provocador era la participación popular. Primero, ustedes tienen que saber que era un equipo que lo constituía un médico, una enfermera, un trabajador social, un psicólogo (siempre pongo el nombre en masculino, pero también estaba lo femenino) y un administrativo. Trabajaban full time, nadie podía tener otro trabajo. Solamente una persona nos falló. Hicimos 160 ATAMDOS, cada ATAMDOS convergía en 130 familias, aproximadamente unas 1200 a 1500 personas. Se manejaban por asamblea, todo lo que había que hacer lo resolvían por asamblea. Esa asamblea era la que compraba y discernía lo que se necesitaba.

Aquello que habíamos dividido en tres etapas: de lo preventivo, prepatológico y patológico, hoy ya no tiene sentido. Toda la atención de la salud... ¿Se han dado cuenta? No dije la atención médica, ¿por qué los médicos van a ser los únicos que manejen la salud? Hay un viejo libro, está hecho por un antropólogo, se llama Eduardo Menéndez, el libro tiene que ver con el Modelo Médico Hegemónico. La situación de la participación no estaba en la mentalidad de Carrillo, no es que yo inventé más que Carrillo, lo que pasa es que hay 50 años de diferencia, entonces yo estaba en mejores condiciones de entender otras cosas. Sucede que empezamos a darnos cuenta que para manejar un equipo de esta naturaleza se requería la participación de los que estaban cubiertos por ellos.

Yo recibía la guita desde el Ministerio y se la reenviaba a cada uno de los grupos. Los grupos manejaban el dinero, compraban y sacaban lo que hacía falta. Era la soviétización. ¿Saben una cosa? Ganaban exactamente lo mismo que ganaba yo como ministro. No me acuerdo, me parece que eran 5000 mangos de aquel tiempo. Cada uno de los componentes ganaba lo mismo. Trabajaban como leones, ¡como leones!...

Hay anécdotas maravillosas para contar, pero les cuento una, una sola, al pasar. Una muchacha con cara de indígena tiene un niño en cada pecho porque eran mellizos, y entonces dice, "esto de los atan dos".

Atan dos, porque no les llamaban ATAMDOS. Le llamaban Atan Dos porque creían que había habido un Atan Uno. No, no había habido un Atan Uno, pero ellos le llamaban Atan Dos. Cuando escuchaba que decían Atan Dos, yo me sentía enormemente feliz, ¿por qué? Porque ya el ATAMDOS era del pueblo. Esta muchacha dice "con los del Atan Dos tenemos que ir a apretarlo al de los ladrillos", "tenemos que ir a apretarlo -escuchen la jerga- porque a nuestros machos -no dijo a nuestras parejas, no dijo nuestros esposos- porque a nuestros machos les pagan cinco pesos y les tienen que pagar doce. Yo le digo a los compañeros del Atan Dos que vayamos a apretarlos". Bueno, cuatro o cinco días después suena el teléfono, cada uno de los miembros de los ATAMDOS tenía el número de teléfono directo mío.

Yo mismo levantaba el tubo:

- *¿Quién es?*

- *Soy fulana de tal, tengo una cosa muy linda que contarle pero se la*

quiero contar en el Atan Dos.

- *¿Quién sos?*

- *Soy aquella muchacha que fue a apretar al de los ladrillos.*

- *Ya voy para allá.*

Llego y me siento en un árbol de tronco viejo, la piba se pone al lado mío y me dice: "¿Sabe una cosa?, lo hemos mandado a llamar para que usted tenga la misma alegría que tenemos nosotros: nuestros machos ya tienen los doce pesos. Lo apretamos al dueño del horno de ladrillos y nos pagó los doce pesos".

Muchachas, muchachos, esta anécdota sirve para decirles que eso es salud; no la vieja historia de la salud como el completo estado de bienestar. No, ahora es mejor decir que es aquel episodio que es capaz de resolver la zozobra en la cual se puede encontrar una persona frente a su propia situación de salud. Y nunca más, nunca más en la vida vuelvan a decir atención médica.

Retomando, los ATAMDOS se fueron construyendo a partir de esta idea de participación, de participar. Les voy a contar este otro episodio que permite pensar a los ATAMDOS como fuerza revolucionaria. Está dividido en dos etapas. La primera es en la que yo me doy cuenta, mirando bien, que aquí hay dos cosas, una es la atención ambulatoria, domiciliaria y otra, la atención en el hospital. Entonces, converso con los que de esto saben, y me dicen: "Es posible lo que vos estás pensando, que el hospital deje de ser un hospital para todos, para transformarse en el hospital como lugar de los enfermos. Pero los que no estén en esas condiciones, son parte del ATAMDOS, son parte de la atención ambulatoria y domiciliaria". ¡Qué lindo! ¿no? Es una cosa preciosa porque, a partir de ese momento, auténticamente adquiere la característica de un proyecto revolucionario.

En cada una de las provincias el tema geográfico no sirve, no alcanza, estamos cambiando estructuras geopolíticas de la república, ¿te atrevés ATAMDOS? Sí, me atrevo ATAMDOS. ¿Por qué? Creo que el sistema de salud está verdaderamente obsoleto,

estamos hablando de un sistema en el que –auténticamente– la voluntad para la resolución de los temas escalofriantes del país es de la multitud.

Quiero decirles que siento una alegría enorme cada vez que alguien me dice: "Yo soy ATAMDOS", "Yo fui parte de ATAMDOS" y que se acuerden efectivamente de todo lo que hicieron en cada una de estas ocasiones, en cómo fueron útiles. Un día me llama un ATAMDOS en Florencio Varela, estábamos en una situación muy difícil. Me dice: "Aquí hay una muchacha que tiene una cuchilla en la mano y quiere matar a sus cuatro chiquitos que están durmiendo"; le pregunto por el marido y me dice que está trabajando. "Ya voy para allá", le digo. Fui, entro, el cuadro era dramático, casi trágico, faltaba un empujón para transformarse en una tragedia. Estoy frente a un ATAMDOS y pregunto:

- *¿El pueblo dónde está?, ¿la participación dónde está?*

- *Está en la puerta.*

- *Hágalos entrar.*

- *¿Cómo los voy a hacer entrar? Va a ser un despelote bíblico, me dice. - Ah, ¿le tenés miedo a la participación?, abramos la puerta y pidámosle a los vecinos que entren.*

Entran los vecinos, una multitud, 60, 70 personas todas agolpadas, y una vecina le dice: "Amelita, dame el cuchillo que yo sé donde ponerlo", "Tomá, ponelo en el aparador". Y lo puso en el aparador. ¡Eso es salud!

Con el propósito de ahondar en el conocimiento de esta experiencia, se invitó a Carlos Hidalgo, "un ATAMDOS", como los llama Ferrara, insistiendo en la construcción colectiva de esta experiencia, para realizar una presentación de la experiencia de trabajo en el marco del Sistema de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud. A partir de allí se tejió una red de contactos que permitió acercarse a diferentes ATAMDOS, de distintas disciplinas y regiones sanitarias. Aquí presentamos las reflexiones que compartieron acerca de su participación en la misma.

Reflexiones de los ATAMDOS

Con el propósito de ahondar en el conocimiento de esta experiencia, se invitó a Carlos Hidalgo, "un ATAMDOS", como los llama Ferrara, insistiendo en la construcción colectiva de esta experiencia, para realizar una presentación de la experiencia de trabajo en el marco del Sistema de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud. A partir de allí se tejió una red de contactos que permitió acercarse a diferentes ATAMDOS, de distintas disciplinas y regiones sanitarias. Aquí presentamos las reflexiones que compartieron acerca de su participación en la misma.

Pablo Castillo

Licenciado en Psicología (UBA), Magister en Planificación y Gestión Comunicacional (UNLP). A cargo del Departamento de Capacitación del ATAMDOS en la Dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (1987-1989).

Es difícil revisitar el ATAMDOS sin caer en la tentación de poner el acento en alguna de sus dimensiones más significativas. El Sistema de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud, asumió como sostenía Ferrara "la aceptación de un reto histórico, cambiar el modelo sanitario bonaerense". Eso suponía desde definiciones políticas claves: "detrás de la inequidad y de la marginalidad del pueblo está la dependencia de nuestras fuerzas productivas" hasta una reformulación conceptual y metodológica de los modos de intervención en el territorio por parte de los equipos de salud.

Participación/protagonismo, centralización/municipalización, disciplina/interdisciplina conformaron los tópicos que ordenaban las coordenadas principales por donde circulaban debates y conflictos, tanto internos como externos al Programa. Si bien el ATAMDOS tuvo anclajes políticos-sociales explícitos, existía también una fuerte preocupación por la formación específica de los profesionales. El abordaje metodológico comunitario y la problemática integral de la salud convivían con la formación técnica; la autoevaluación de los equipos debía articularse con el control de gestión de las coordinaciones, la región sanitaria y el nivel central. Hoy, a más de veinte años de esa experiencia y a pesar de su escaso tiempo de duración, su aporte resulta innegable para la conformación de un nuevo modelo sanitario que termine de sortear definitivamente los viejos obstáculos epistemológicos del modelo médico hegemónico, a la hora de repasar las prácticas y reflexionar sobre los problemas.

Mabel Travaglia y Mirta Stella

Licenciadas en Psicología. Miembros del equipo ATAMDOS de la Unidad Sanitaria Ramón Carrillo de Villa Caraza, Lanús, de la Región Sanitaria VI.

ATAMDOS. Reseña de un abordaje comunitario

Florencia Ferrara dice en Teoría Social y Salud: "la salud como una búsqueda incesante de la sociedad, como apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia, [...] la salud entendida como proceso con caracteres histórico-sociales." A lo largo de 22 años trabajando en un barrio de Villa Caraza, Lanús, pudi-

mos implementar, junto a la comunidad, acciones en salud que fueron dependiendo de los distintos momentos que históricamente atravesaron.

En la época de la hiperinflación y los saqueos, el Equipo de Salud propone espacios grupales de los cuales surge el armado de huertas comunitarias, charlas sobre alternativas de alimentación saludable y ollas populares.

Ante el conocimiento de muertes por abortos, embarazos adolescentes e hijos no deseados, se organiza un Consultorio de Procreación Responsable, del cual surge la necesidad de generar otros dispositivos para dar respuesta a la demanda de la población: espacio de reflexión comunitaria, grupo de bebés, talleres, mate-debate, formación de promotores de salud y grupos terapéuticos de niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

A mediados de los '90, cuando crece la desocupación y la angustia en los vecinos y la sociedad, implementamos nuevos dispositivos para poder absorber la demanda del barrio y otros por fuera del mismo que se acercaban a la Sala. Surge la admisión grupal, grupo para padres, grupo en obra, grupo de recreación, espacio multifamiliar, grupo de control de medicación, espacio vincular y abordaje familiar de adicciones.

Destacamos la visita domiciliaria como el dispositivo esencial de la APS que permite una transferencia particular con los vecinos y las instituciones barriales.

Este proceso de trabajo, que tiene su eficacia por la permanencia de profesionales a través de tantos años, posibilitó la construcción de espacios de inclusión, con entramado social, en donde la comunidad es la protagonista de sus propias decisiones.

Carlos Alberto Hidalgo

Médico. Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social.
Referente del Programa Salud en Movimiento. Región Sanitaria V.

Una Reflexión sobre ATAMDOS

Desde Alma Ata (1978) hasta la fecha, la APS se encuentra incluida como actor permanente en todo discurso de salud. Sin embargo, cuando necesitamos recurrir a una experiencia en APS no podemos dejar de acceder a la experiencia de ATAMDOS, un programa que marca un hito sobre la Atención Primaria integral. Su dinámica en la incorporación de los equipos interdisciplinarios, la participación social desde un rol protagónico y transformador, y su profunda reflexión que se hizo praxis sobre el modelo Salud-Enfermedad lo posicionan, a pesar de su corta duración, como una de las intervenciones más importantes en el campo de la salud.

Eran los finales de los años '80, su desarticulación coincide con las nuevas-vejas políticas de dominación del neoliberalismo que se implementan en los años 90. De allí en más y hasta nuestros días la salud es regida por el mercado, la atención primaria se focaliza, se fragmenta en programas y se desarrolla desde un neto corte asistencial. Numerosos programas diseñados por los ministerios toman componentes del ATAMDOS, pero aislados, sin un contexto y sin una mística, son simples acciones para justificar un discurso. Mientras el pueblo no participe junto a los equipos de la construcción de su propia salud, la APS seguirá reforzando un discurso de dominación y dependencia.

Mercedes Rattagan

Lic. en Psicología. Coordinadora de Salud Mental de la Región Sanitaria VI desde 2003. Miembro del equipo de salud de ATAMDOS de la Unidad Sanitaria Ramón Carrillo, Barrio San José Obrero, Villa Caraza, Lanús Oeste.

Comencé a trabajar en la Sala Carrillo, en el año 1988 perteneciendo al programa ATAMDOS y siendo parte de un equipo interdisciplinario (enfermero, médica generalista, trabajadora social, odontólogo). Teníamos a cargo el cuidado de 300 familias por equipo, determinadas por área geográfica. Recién llegados comenzamos a caminar el barrio. Conocimos el lugar donde transitaba la vida de esta población, donde habitaban las "historias clínicas".

Miseria, marginalidad, la quema, hacinamiento, caras sin rostro, miradas sin mañana... Y en esta experiencia "a cielo abierto", nos metimos en el barro de esta comunidad, nos abrieron sus puertas y comenzaron a desplegar su historia.

Esta experiencia nos exigió a los profesionales revisar concepciones formadas por nuestras instituciones académicas y reinventar otras. Pudimos dejarnos atravesar por la experiencia, mirar más allá de lo aparente, interrogar e interrogarnos.

Armamos espacios inclusivos, confiables, de escucha y alojamiento. Al respecto un miembro de la comunidad expresó "cuando nos juntamos nos enfermamos menos". El Mate Debate nace a la luz de esta experiencia, un espacio de encuentro para pensar y pensarse junto con otros, desnaturalizando e historizando su sufrimiento mientras el mate iba y venía. Al calor del mate nacían los hilos invisibles de esa malla que se tejía entre todos, convocándolos al fogón de la vida. Crecíamos y nos transformábamos junto con la comunidad y esta relación dialéctica iba acunando nuevas subjetividades.

Gracias a este programa -que fue política

de Estado- creado por el Dr. Floreal Ferrara tuvo la posibilidad de descubrir la dimensión ética, política y social de mi profesión y disfrutar plenamente de ella.

Ángel Rutigliano

Lic. en Psicología. Coordinador del Centro de Salud "Tierras Altas", Región Sanitaria V.

La salud embarrada

Este escrito, fechado en junio de 1990, estaba destinado a compañeros de los ATAMDOS y fue utilizado para convocar a un ateneo clínico institucional. Estas viñetas reflejan, a mi entender, las preguntas que nos hacíamos en esa época.

"Yo sé cómo se trabaja, pero si me preguntan cómo se trabaja en el ATAMDOS realmente no sé qué contestar..."

"Estamos tratando de armar una red (una bolsa con agujeros) entre las salas de zona V, en donde los que nos reúna sean los problemas de salud que encontramos en el barrio (la salud embarrada)"

"Atamderos: mezcla de profesionales y almaceneros."

¿Por qué llega la gente a la sala? En dos palabras se puede decir que llega por necesidad. Concordamos que la clase social que asiste tiene necesidades básicas insatisfechas y esto marca la demanda. Aparece la figura del trabajador social representado por una caja de leche. El médico, en esta lógica, es buen médico en tanto dé un medicamento. El enfermero da inyecciones. La asistencia psicológica, tiene que ver con la urgencia, con una demanda que pide una respuesta concreta, inmediata. Como al dentista, se acude cuando algo duele."

¿Rastreo histórico o balance de lo actuado? Se planteó hacer un balance de lo actuado para poder repensar la práctica. Ahora bien, ¿cuál sería el eje de la práctica?: ¿la

salud/enfermedad de la población?, ¿la participación popular?, ¿las políticas en salud?, ¿se trata de una clínica sobre las urgencias en el barrio?

"Seguimos hablando de las urgencias y en contrapartida apareció el tema de la prevención; cuestión que vamos a tratar en la próxima reunión mensual con todos aquellos que les interese venir a este Ateneo Clínico, organizado por los trabajadores del ATAMDOS. Esto último es fundamental, porque no planteamos una obligatoriedad de la concurrencia. Queremos que todos aquellos que tengan algo para decir se acerquen para compartirlo. Porque si cambiamos un amo por otro, son-amos."



Buscando experiencias de APS previas a la reforma de la década de los '90, es que contactamos a la Dra. en Psicología Alicia Stolkiner (1). A partir de su relato y de distintos trabajos de equipos de investigación (2), proponemos recuperar la experiencia de Eldorado, considerando como eje transversal la estrategia de APS, los procesos de participación social y su relevancia en la organización del hospital SAMIC (Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad) y analizando luego el impacto de la reforma de los 90, que lleva a la desarticulación de estos procesos a partir del desfinanciamiento y desmantelamiento del hospital público.

Eldorado. Provincia de Misiones

La ciudad de Eldorado está ubicada al norte de la provincia de Misiones, estratégicamente sobre la Ruta Nacional N° 12, a poco menos de 100 Km. de las Cataratas del Iguazú. En esta ciudad conviven múltiples colectividades, credos e idiomas. Su nombre fue tomado de la leyenda, común entre los colonizadores de América, que contaba sobre la existencia de una comarca en estas latitudes llena de tesoros y riquezas.

SAMIC Eldorado

Los modelos SAMIC (Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad) fueron diseñados por el Dr. Arturo Oñativia, Ministro de Salud del Presidente Arturo Illia. Como la presidencia de Illia fue derrocada por el golpe militar de Onganía, es bajo el gobierno de este último que la Ley nacional N° 17102/67 que les da origen fue promulgada. La ley y sus decretos reglamentarios pretendieron reformar el sistema vigente hasta entonces en materia de organización y dirección hospitalaria con el objetivo de propender a un mayor rendimiento, a una mejor y más amplia prestación de servicios. Crearon una nueva modalidad de trabajo denominada SAMIC. A su vez, contemplaron la posibilidad de intervención activa de la comunidad mediante la creación de un consejo de administración. Dicho organismo fundamentalmente conduciría y controlaría la política hospitalaria de acuerdo a los objetivos fijados. La ley nacional 19337/71 y sus decretos reglamentarios marcaron otro paso importante dentro del nuevo sistema: la descentralización.

Estas leyes proponían un cambio importante a nivel organizativo, al establecer la autarquía de las instituciones u organismos -lo que denomina independencia administrativa- y dependencia económica del Ministerio de Salud Pública de la Provincia, con una apertura a la recaudación de fondos provenientes de las obras sociales.

A nivel nacional, se inauguraron, simultáneamente, cinco hospitales bajo esta modalidad. En la Provincia de Misiones, sobre la experiencia de un centro de salud abierto por inmigrantes, gestionado por la comunidad durante 20 años, y fruto de reclamos surge el Hospital de Eldorado. De acuerdo a la organización del sistema público de salud, la provincia de Misiones se encontraba subdividida en cuatro Zonas Sanitarias, en la Tercera se incluía el Departamento de Eldorado y sus municipios.

El hospital de Eldorado, fue el primero de la provincia que cumplimentó la modalidad SAMIC. Constituyó un hospital de referencia zonal, comprendido en el III nivel de complejidad. Algunas características para destacar son que el personal tenía dedicación exclusiva y que el SAMIC era cogestionado por

El período de oro de la APS, la experiencia de Eldorado

Lic. Leticia Castellaro*
 Lic. Lilia Delgado**
 Dra. Eugenia Guareschi***
 Lic. Florencia Revale****

la comunidad. Este hospital elaboró su propio régimen de retribuciones, un régimen financiero contable, un sistema de contratación, y un régimen de personal, todo ello conducido por un consejo de administración, formado por 22 representantes, tanto del personal del hospital como del Ministerio de Salud Pública provincial y de diversas instituciones comunitarias de la zona. Dentro de estas últimas se encontraban representantes del municipio, de la cooperativa agrícola, de la cooperativa de electricidad, directores de escuelas, entre otros.

APS, el período de oro

Con el regreso de la democracia cobra impulso la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en diferentes ámbitos de la salud. En este contexto, en 1984 se crea el Programa de Atención Primaria de la Salud en el Departamento de Eldorado, recuperando los lineamientos de Alma Ata en su concepción más tradicional. Los objetivos principales del Programa eran trabajar en la extensión de la cobertura en salud y generar un intercambio fluido con su hospital de referencia. Entre los trabajadores que desarrollaban sus tareas en el marco del Programa se encontraban médicos, enfermeros, odontólogos, personal auxiliar y agentes sanitarios. Además del Hospital SAMIC de Eldorado, que constituía su hospital cabecera, el área programática estaba conformada por alrededor de 25 centros periféricos, 14 de los cuales estaban ubicados en el Municipio de Eldorado.

La política de jerarquización de la APS se concretó también en la conformación del gobierno del Hospital, conformado por un director ejecutivo y dos directores adjuntos. Una de las direcciones adjuntas era la de Atención Primaria de la Salud. El hecho de que el programa dependiera, en una primera etapa, del Hospital y no de otro nivel administrativo (como, por ejemplo, la zona sanitaria), implicó a los trabajadores de una manera particular, desde el fundamento de las acciones desplegadas y su compromiso hacia estas.

En estos años también se presentan otros cambios en la forma de organización del



Hospital, se elige un nuevo Consejo de Administración y se establece un nuevo estatuto para su funcionamiento. Este último establecía: pautas en relación con las licitaciones de insumos, el llamado a concesiones, la convocatoria a concurso de profesionales, y la toma de decisiones acerca de la calidad y cantidad del personal, de acuerdo a las necesidades de la institución.

La estrategia de APS de Eldorado tuvo particularidades que es posible visualizar a partir de tres experiencias concretas: el trabajo de los agentes sanitarios, la organización de las Primeras Jornadas de APS e Integración Comunitaria y las acciones sanitarias interfronterizas.

Los agentes sanitarios

De los actores del Programa de APS que estuvieron presentes desde sus momentos iniciales, los agentes sanitarios fueron fundamentales, a partir del vínculo que tenían con la comunidad y los saberes que compartían con ella. El SAMIC capacitó como agentes sanitarios a personas seleccionadas para realizar la tarea, entre quienes se encontraban líderes comunitarios. Algunos eran punteros políticos antes de ser agentes sanitarios, y cuando ambas identidades entraron en conflicto, se volcaron por su trabajo como agentes. Los agentes pudieron definirse como "trabajadores polivalentes" por la variedad de funciones que debían llevar adelante. En el marco de las rondas sanitarias -visitas a las familias de la zona- desarrollaban tareas educativas sobre saneamiento ambiental, detección y derivación de embarazos, control del crecimiento, vacunación, identificación y derivación de niños desnutridos, control de la tensión arterial, y detección de familias "críticas" cuya situación ameritara un seguimiento especial. Los agentes de salud también tuvieron un rol en internación, como acompañantes. Un claro ejemplo de la importancia de su rol se evidencia en el vínculo que establecían entre el sistema de salud y las comunidades de pueblos originarios con quienes compartían el territorio; la comunidad guaraní tenía dificultades para comunicarse con los médicos en virtud de la diferencia idiomática y los agentes oficiaban de intermediarios, favoreciendo la accesibilidad en la atención de la salud y desarrollando un vínculo directo entre el Hospital y la comunidad. Si bien no es habitual, e incluso fue un modo de organización que despertaba cierta polémica, el

*Lic. en Trabajo Social. Residente de 1º Año Residencia de Educación para la Salud. Sede Hospital Penna. CeSAC N° 10 y 39. leticastellaro@hotmail.com

** Lic. en Trabajo Social. Residente 2º Año Residencia de Educación para la Salud. CeSAC N° 7-Área Programática del Hospital Santojanni. miyimi@yahoo.com.ar

*** Médica. Residente de 1º año Residencia de Educación para la Salud. Sede Htal. Penna. CeSAC N° 10 y 39. eugeguareschi@hotmail.com

**** Lic. en Sociología. Residente de 1º Año Residencia de Educación para la Salud. Sede Área Programática Hospital Argerich. florenciarevale@yahoo.com.ar



Imagen cedida por la Lic. Alicia Stolkiner

hecho de que el Programa de APS dependiera del Hospital representaba en los hechos una gran accesibilidad y una cercanía entre las acciones promocional-preventivas y las asistenciales.

A la hora de evaluar su tarea como agentes sanitarios, los trabajadores dijeron sentirse útiles e importantes para su propia comunidad, pudiendo construir una identidad propia de "agente sanitario" en relación con la ayuda a los otros. Durante los primeros años del Programa de APS, que fue llamado por los trabajadores "el período de oro", esta identidad y satisfacción por la tarea parecieron estar asociadas a una "mística" especial que impregnó el trabajo no sólo de los agentes, sino de todo el Programa.

En cuanto a cómo percibían la mirada de los otros, los agentes refirieron un reconocimiento mayor por parte de la comunidad que por parte de las autoridades y el personal del hospital. También reconocían una mayor pertenencia a la comunidad, en el sentido de sentirse parte de ella más que del Programa de APS.

Primeras Jornadas de APS e Integración Comunitaria

Además de las actividades cotidianas que llevaban adelante los trabajadores del Programa, se destacan algunas otras que nos permiten dimensionar las características distintivas de esta experiencia. Desde sus inicios, el Programa ubicó entre sus objetivos principales, un fluido intercambio con su hospital de

referencia y la extensión de la cobertura en salud. Podemos citar como ejemplo de este objetivo inicial, la realización en 1988 de las primeras Jornadas de APS e Integración Comunitaria.

En estas Primeras Jornadas de APS e Integración Comunitaria convocadas por el SAMIC, participaron alrededor de 300 personas entre el personal del hospital, referentes comunitarios y autoridades. El objetivo de las jornadas fue construir un diagnóstico de la situación de salud de la zona. Para esto, se trabajó en varias etapas: primero, por barrios para la realización de un diagnóstico colectivo. Luego se plantearon las conclusiones de lo trabajado a las autoridades. A continuación, se trabajó en grupos heterogéneos (es decir, con representantes de los distintos sectores). Alicia Stolkiner y José Carlos Escudero fueron convocados por los organizadores del

encuentro para colaborar como asesores externos, con un rol centrado en el trabajo con los dispositivos y los emergentes grupales de la jornada. A diferencia de lo que resulta habitual, no les dieron un lugar de oradores o especialistas. Stolkner recupera esta experiencia de alta participación y considera que el dispositivo seleccionado resultó muy efectivo.

Acciones sanitarias interfronterizas

Otro elemento destacable de la gestión del SAMIC de estos años fue la organización de estrategias interfronterizas. Dado que Eldorado se encuentra cercano a la triple frontera con Paraguay y Brasil, se buscó el fortalecimiento de redes de modo de optimizar los recursos con los que cada región contaba. Por ejemplo, el SAMIC no tenía tomógrafo pero las ambulancias argentinas tenían libre paso para ir al Hospital de Foz de Iguazú que sí contaba con uno.

Los 90s y después...

Por decreto del Poder Ejecutivo Nacional, en 1993 surge la figura del Hospital Público de Autogestión (HPA). Este Decreto (N° 578/93) plantea una adhesión no compulsiva pero que brinda, a los ya desfinanciados hospitales públicos, una posibilidad efectiva de conseguir recursos extrapresupuestarios provenientes de la seguridad social y el sector privado.

Esta propuesta de cambio en la organización del sistema de salud permitió a algunos trabajadores del SAMIC de Eldorado analizar los rasgos más característicos que asumió el caso concreto de su lugar de trabajo. En el marco de un trabajo de investigación, la Dra. Herminia Vedoya, la Dra. Eva Rodríguez y Lic. Gerardo Segovia encontraron como características de este caso: la ausencia de una política interna institucional, lo que determinó la desarticulación entre servicios y con la dirección; la dirección-intervención junto al no funcionamiento del consejo de administración que se tradujo en una política autoritaria, con decisiones poco consensuadas con el

equipo de trabajo; el cambio de los objetivos SAMIC (Servicio de Atención Médica Integral Comunitaria) por el de atención prioritaria a las urgencias; el corrimiento del eje de lo científico hacia el eje de lo productivo; el aumento de la importancia de aquellas especialidades en las que sus prácticas pueden ser mejor pagas; el creciente descontento en la población, frente al cambio en la exigencia de pagar su atención en salud; la sensación de indefensión del personal del hospital frente a la baja de salarios; la falta de nombramiento de personal; la pérdida de APS, comenzando por su desjerarquización, y siguiendo con su desvinculación del hospital, lo que implicó su desarticulación, paso previo a su destrucción.

En un contexto de profunda crisis de la economía regional se observaron, a partir de la implementación de la Reforma, transformaciones en los servicios de Salud del sector público del Municipio (Hospital SAMIC Eldorado y Programa de APS) que aumentaron las barreras de accesibilidad y desarticulaban las acciones del primer nivel de atención. Por un lado, con el correr de los años se intensificó la exigencia de pago a los usuarios con el objetivo de recaudar fondos. Por este motivo, la población más carenciada es la que más sufrió este cambio, siendo expulsada del sistema. Por otro lado, existe una fuerte percepción de cambio de los servicios. Se observa la tendencia a la disminución de la consulta programada u oportuna, un incremento en la consulta por guardia con patologías más avanzadas y cuadros agudos, y el aumento de la recurrencia a prácticas alternativas. Esta modificación implicó una pérdida de capital social en la comunidad de Eldorado, en cuanto a la capacidad de establecer vínculos y sostener redes en relación al cuidado de su salud.

La población de Eldorado tuvo la cobertura de un Programa de Atención Primaria de la Salud con altos niveles de participación, que luego fue prácticamente desmantelado, y acceso a un Hospital de alta calidad de atención. Era frecuente en la comunidad el hábito de combinar el sistema de atención convencional con prácticas tradicionales transmitidas generacionalmente.

Al incrementarse las barreras de accesibilidad a los servicios de salud se recurrió a estas prácticas tradicionales (medicina de yuyos) como alternativa o reemplazo.

Eldorado, aprendizajes

Repasando esta historia, Alicia Stolkner rescata como aprendizaje una característica de importancia que debe tener la APS: que no pueda retirarse, como sucedió en el caso del Eldorado, sin que la comunidad lo reclame desde una perspectiva de derecho. La participación, los procesos colectivos sostenidos, podrían permitir esa apropiación. Para esto es necesario tener como base una mayor horizontalización y el acortamiento de la distancia entre profesionales y la comunidad.

¿Por qué Eldorado? ¿Qué es lo especial?

Quienes participaron de esta experiencia, coinciden en que hubo algo especial en el equipo de profesionales del SAMIC. Junto a la mística que acompañó la figura y la tarea de los agentes sanitarios, fueron facilitadores para la

Proceso de transformación de los servicios de salud en Eldorado y del Programa de A.P.S.

- 1943** Creación de la Sala de Primeros Auxilios.
- 1950** Gestiones para la creación del Hospital SAMIC.
- 1971** 24 de abril inauguración del Hospital SAMIC. Ley Nacional Nº17.102.
- 1976** Intervención Consejo Administrativo hasta 1983.
- 1984** Organización del Programa de APS en el área programática de Eldorado. Dependencia económica y administrativa del Hospital SAMIC Eldorado. Se reelige el Consejo de Administración y se redacta un nuevo estatuto. APS es Dirección Adjunta
- 1987** Impulso al Programa a través de la puesta en marcha de la Subdirección de APS. Organización de un grupo coordinador representativo. A su vez, comienzan a desdibujarse las normas, no obstante el Consejo de Administración sigue funcionando hasta 1994.
- 1994** Desjerarquización del Programa de APS, la Subdirección pasa a ser departamento del Hospital.
- 1995** Se interviene el Hospital.
- 1996** El programa de APS pasa a depender como área programática de Eldorado. Se desvincula económica y organizativamente del Hospital, comienza a depender directamente de la jefatura de la III Zona Sanitaria de la provincia de Misiones.
- 1997** No cuenta con presupuesto propio. Se suspende por un año la descentralización administrativa lo que trae como consecuencia la pérdida de la autarquía. Nuevos lineamientos de focalización de familias críticas.
- 2000** Desarticulación de las acciones del Programa. Falta de normativas claras y planificación. Ausencia de presupuesto.

predisposición a tomar las propuestas de los asesores y a trabajar en conjunto tanto con el equipo de docentes de la UBA, como con los estudiantes que viajaban a hacer una rotación por el programa de APS.

Notas

(1) Licenciada en Psicología, Diplomada en Salud Pública, Escuela de Salud Pública UBA. Profesora Titular regular del Departamento de Salud Comunitaria, Área Investigación en Salud. Universidad Nacional de Lanús. Profesora Adjunta Regular a cargo de la 2da Cátedra de Salud Pública/Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Desde 1986. Profesora de Iniciación a la Investigación en la Universidad Nacional Autónoma de México, ENEP Aragón (1979-1984) -Profesora Adjunta en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (1984-1986). Directora de la Beca de Doctorado en Psicología de UBACyT: SECYT-CONICET (Agencia de promoción científica y tecnológica) BID. Dirección de becarios de investigación: Psicología de UBACyT. Autora de 48 publicaciones en revistas. Ha publicado en México, Argentina, Colombia, Ecuador y España. Las temáticas abordadas son: salud mental, representaciones y prácticas de usuarios pobres en el contexto de las reformas sectoriales, artículos sobre ciudadanía y salud, y artículos sobre interdisciplinariedad e intersectorialidad en investigación.

(2) El proyecto "Integración económica regional y proceso de salud enfermedad atención en poblaciones de frontera: caso Eldorado". Directora: Lic. Alicia Stolkner. Facultad de Psicología UBA. La investigación marco consistió en un estudio interdisciplinario de caso sobre el proceso de salud/ enfermedad/atención en una pequeña población de frontera, Eldorado Provincia de Misiones, en el contexto de las transformaciones sociales y económicas del período 1989-2000 y particularmente en el marco de la implementación de la reforma en salud. El énfasis estuvo puesto en describir y analizar las transformaciones



Imagen cedida por la Lic. Alicia Stolkiner

en la dinámica de dos actores fundamentales del sector: trabajadores y usuarios pobres. Fue financiado en su primera (1995-1997) y segunda etapa (1998-2000), por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires. Proyecto UBACyT "Efectos de la Integración Económica Regional en el proceso de salud-enfermedad-atención en poblaciones de frontera: caso Eldorado" Programación Científica 1995-1997. Proyecto UBACyT "Efectos de la Integración económica regional (MERCOSUR) en el proceso salud-enfermedad-atención en poblaciones de frontera: Caso Eldorado. (2da etapa: Reforma del Sector Salud: Descentralización-Mercantilización). Programación 1998-2000.

Referencias bibliográficas

- ✓ **Rodríguez, E.Segovia, G. Vedoya, H. Colaboración Dra. Marcela Bobatto:** "El impacto de La descentralización en las prácticas de salud" Experiencia del hospital de Eldorado: del sistema SAMIC al de Autogestión hospitalaria. Tendencia a la centralización; Presentado en el VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social.
- ✓ **Barcala, Alejandra y Stolkiner, Alicia:** Estrategias de Cuidados de la salud en hogares con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso. En libro: Jornadas Gino Germani. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. 200?. p. 15. Disponible en la web: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/barcala.rtf>
- ✓ **Barcala Alejandra:** Impacto de la reforma sanitaria en la utilización de los servicios de salud y en las estrategias de cuidados de la salud de las familias con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Estudio de caso: Municipio de El Dorado, Provincia de Misiones. Tesis de maestría. Maestría en Salud Pública, UBA, Mayo 2003.
- ✓ **Contreras A. y Radunsky P.: (2000):** "Reforma en Salud y subjetividad. Trabajadores de APS de Eldorado, Misiones" VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA, 2001.

Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS): Su organización y su propuesta formativa

A nivel organizacional la residencia está constituida por:

- Una coordinadora general,
- Siete coordinadores de programa de capacitación local,
- Referentes docentes,
- Siete jefes de residentes o instructores con función de jefe de residentes,
- Residentes de 1º, 2º, 3º año de diversas disciplinas,
- Un instructor de rotaciones programadas.

Actualmente la RIEPS cuenta con siete sedes formadoras distribuidas por distintos efectores del sistema público de salud:

- Hospital General de Agudos Tornú, con actividades conjuntas con el grupo de trabajo de educación para la salud, con rotación programada por el CeSAC Nº 33 y servicios hospitalarios Área Programática
- Hospital General de Agudos Penna, con base en los CeSACs Nº 10 y 39 y con acciones en servicios hospitalarios y organizaciones comunitarias
- CeSAC Nº 7, Área Programática Hospital General de Agudos Santojanni, con actividades conjuntas con el grupo de trabajo de educación para la salud y área de humanidades
- CeSAC Nº 12, Área Programática Hospital General de Agudos Pirovano
- CeSAC Nº 38, Área Programática Hospital General de Agudos Durand, con acciones en distintos servicios hospitalarios
- Instituto de Zoonosis Luis Pasteur, con dependencia del Área de Educación para la Promoción de la Salud y con rotación programada por el CeSAC Nº 24
- Área Programática Hospital General de Agudos Argerich, actualmente con base en el Centro de salud odontológico Boca-Barracas y rotaciones programadas por el CeSAC Nº 9 y 15.

Perspectivas y enfoques en las que nos formamos y desde las que trabajamos:

- Salud integral,
- Salud Pública-Salud Colectiva,
- Promoción de la Salud,
- Educación para la salud,
- Atención Primaria de la Salud,
- Comunicación en salud,
- Perspectivas de derechos, de género e interculturalidad.

Áreas temáticas-problemáticas con las que trabajamos actualmente:

- Enfermedades prevalentes y prevenibles – eventos de salud emergentes y estacionales – enfermedades crónicas
- Salud sexual y reproductiva
- VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual
- Salud ambiental y zoonosis
- Alimentación y crianza
- Salud bucal
- Violencia
- Juego, lectura y salud

Proyectos y acciones locales en salud enmarcados en las siguientes estructuras del nivel central:

- Programas de salud (7): salud sexual y reproductiva, nutricional, salud integral

del adolescente, salud escolar, salud para adultos mayores, inmunizaciones, programa de comunicación y humanización para la promoción de la salud

- Coordinación (1): SIDA
- Departamentos (2): epidemiología, salud ambiental
- Redes (1): odontología
- Área (1): promoción para la educación para la salud del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur
- Grupo de trabajo (1): salud y migraciones

Las metodologías de trabajo utilizadas son:

- Relevamientos
- Aproximaciones diagnósticas
- Análisis de situación de salud
- Planificación Local Participativa
- Planificación, gestión y evaluación de proyectos de acción en salud
- Investigación Acción Participativa
- Epidemiología, comunitaria y de servicios de salud
- Gestión organizacional en salud, local y de proyectos sectoriales e intersectoriales
- Salud familiar y comunitaria urbana
- Programación y formación interdisciplinaria de residentes

Dispositivos institucionales de educación para la salud:

- Talleres
- Consultoría / Consejería
- Redes interinstitucionales e intersectoriales
- Radio comunitaria
- Juegoteca
- Biblioteca comunitaria
- Grupos de información
- Sala de espera
- Reuniones de equipo

Producción de los residentes:

- Confección de la Revista "Salud y Población N° 7"
- Producción y distribución de materiales comunicacionales y educativos
- Producción de artículos y documentos de trabajo
- Trabajos de inserción por camada de residentes de 1º año
- Diseños de investigación

Las diferentes acciones se orientan a grupos poblacionales diversos (niños, niñas y adolescentes, adultos y adultos mayores y equipo de salud) y se realizan a nivel individual, familiar, comunitario e institucional. El trabajo intersectorial se lleva a cabo tanto con organismos públicos como con organizaciones sociales y el trabajo intrasectorial con residencias de otras especialidades, servicios de salud, áreas programáticas y grupos de trabajo.

El equipo gestión está conformado por la Coordinación General de la Residencia y el equipo de jefatura. Tienen a su cargo la planificación y programación de los espacios de Interseeds, la articulación del Programa de Formación General de la RIEpS y el Programa de Capacitación Local de la sede formadora, la articulación con programas de nivel central, la gestión de presentaciones de la Residencia en actividades científicas y la coordinación de proyectos generales.

El equipo de gestión, en conjunto con la Unidad de Capacitación en Prevención, Promoción y Educación para la Salud (UniCaPPES) es responsable de la organización de cursos de capacitación y la elaboración de materiales de comunicación y educación. En el marco de estas actividades se construyen vínculos con referentes docentes en relación con diferentes temáticas.

La coordinación de la Residencia tiene a su cargo:

Dos becas de capacitación que tienen inscripción institucional en la RIEpS.

- "Acciones estratégicas para la gestión de los procesos formativos del sistema de residencias y concurrencias médicas en el ámbito de la APS del sistema de salud del GOBA Educación para la salud". Lic. Roberto Repetto y Andrada.
- "Desarrollo de tecnologías apropiadas de educación para la salud para la resolución de problemáticas complejas, con especial énfasis en salud ambiental". Lic. Vanesa Vega.
- Estudio de seguimiento de egresados: "Estrategias de apoyo para la mejora de la formación profesional y su desarrollo institucional (1987 hasta la actualidad)". Esta investigación cuenta con la orientación del Dr. Rodolfo Kaufmann.

La RIEpS promovió la generación de bancos de:

experiencias de EpS-prevención y promoción de la salud, temáticas específicas (en articulación con el Centro de Documentación en Salud y con el Área de Promoción para la Educación para la Salud del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur).

Los residentes, como parte de su proceso de formación, realizan rotaciones programadas y electivas.

Cabe destacar que los egresados de la RIEpS tienen la posibilidad de concursar en residencias posbásicas interdisciplinarias de epidemiología y de gerontología

Más información en:

<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap>

Para consultas y pedido de materiales podés escribirnos a: revistasaludypoblacion@gmail.com

En la revista Salud y Población pueden escribir artículos equipos de profesionales que desarrollen sus actividades en el Sistema Público de Salud. Los equipos deberán contar con al menos uno, o varios residentes, concurrentes o becarios.

Pueden presentarse para su publicación artículos originales -informes de investigación, experiencias de intervención, ensayos, revisiones y/o actualizaciones bibliográficas, entrevistas- cuyo eje temático sea "la prevención, la promoción y la educación para la salud", con las siguientes características de presentación:

1. Características generales

1. Título

2. Nombre de los/as autores/as con referencia en forma de asterisco (*) y nota al pie que describa:

a. Profesiones;

b. Año de residencia por la que atraviesa/n los/as autores/as. En el caso que los/as autores/as no pertenezcan al sistema de residencias (en el caso de los trabajadores de planta) deberá especificarse el servicio del cual dependen;

c. Sede/s a la/s que pertenece/n. En el caso que se pertenezca a un centro de salud, deberá especificarse el hospital base del cual éste depende;

d. Direcciones de correo electrónico.

3. Resumen y palabras clave. El resumen deberá figurar al comienzo del artículo presentando el tema central y delineando el resultado de las principales conclusiones. No deberá excederse de las 100 a 150 palabras (15 líneas). Asimismo, el resumen deberá ser seguido por 3 palabras clave representativas del contenido del artículo.

El resumen deberá ser presentado previamente a la entrega del artículo de acuerdo con los plazos establecidos en el cronograma.

2. Extensión y tipografía

a. El artículo deberá presentarse con una tipografía Arial cuerpo 12 interlineado simple y sin sangría con una extensión máxima de 4000 palabras (correspondiente a 6 carillas tamaño A4 incluyendo notas y referencias bibliográficas).

3. Ilustraciones

a. Los autores que deseen acompañar su artículo con una ilustración determinada, deberán entregarla bajo las mismas modalidades que el trabajo (en forma impresa y electrónica, como se verá luego en el apartado correspondiente a Entrega de los artículos). Las ilustraciones pueden comprender esquemas, diagramas, gráficos, tablas y fotografías. Las ilustraciones deberán ir acompañadas por fuente y epígrafe, según corresponda.

b. Aquellos autores que presenten su trabajo sin la especificación de la ilustración, autorizan al Comité de Redacción de la Revista Salud y Población a seleccionar la ilustración correspondiente.

4. Paráfrasis y citas textuales

a. Citas bibliográficas

i. Citas de un solo autor: deberán ser presentadas por el apellido del autor seguido del año de edición de la obra.

ii. Citas en cuyo caso los autores de la obra sean tres o más: en este caso se deberán citar todos los autores de la obra la primera vez que aparecen en el texto. En las citaciones subsecuentes, deberá referirse el primer autor seguido de la expresión "et al".

b. Citas textuales

i. En caso de transcripción literal de un texto, esta deberá ser delimitada por comillas, seguida por las convenciones arriba indicadas, según sea el caso, además del número de la página.

5. Notas y Referencias bibliográficas

a. Notas

i. En el caso de que se deseen hacer comentarios y/o aclaraciones externas al texto deberán ser presentadas al final del artículo con la numeración correspondiente y en orden anterior a las referencias bibliográficas, bajo el título de Notas (en negrita y sin subrayado).

b. Referencias bibliográficas

i. Deben ser presentadas al final del artículo y dispuestas en orden alfabético, constituyendo una lista encabezada por el título Referencias Bibliográficas (en negrita y sin subrayado) En caso de más de una obra del mismo autor, las referencias deberán ser dispuestas en orden cronológico de publicación.

1. Referencias de libros

Apellido del autor, inicial del primer nombre, año de edición, Nombre del libro, lugar de edición, editorial.

2. Referencias de capítulos de libros

Apellido del autor, inicial del primer nombre, año de edición, "título del capítulo", Nombre del libro, lugar de edición, editorial.

3. Referencias de artículos de revistas

Apellido del autor, inicial del primer nombre,

año de publicación, "título del artículo", Nombre de la revista, Volumen de la revista (fecha), numeración de las páginas.

4. Referencias de información suministrada vía internet

Apellido del autor, inicial del primer nombre, año de publicación en internet, "título de la obra", dirección de internet.

6. Sistema de evaluación

Los artículos estarán sujetos a evaluación y revisión por un Comité de Evaluadores Externos a la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud destinado a lograr un intercambio y enriquecimiento para los autores así como para sus producciones.

7. Entrega de los artículos

Deberán ser entregadas 2 copias tanto de los resúmenes como de los artículos completos en formato papel en sobre cerrado en lugar físico a determinar en el debido momento y en formato electrónico a la siguiente dirección: equipocomunicacion@yahoo.com.ar

La convocatoria para la publicación de artículos se hará con una periodicidad anual, difundándose oportunamente y por diversos medios.

Impreso en Imprenta
de la Ciudad de Buenos Aires

Abril 2012

Tirada de esta edición 2000 ejemplares

