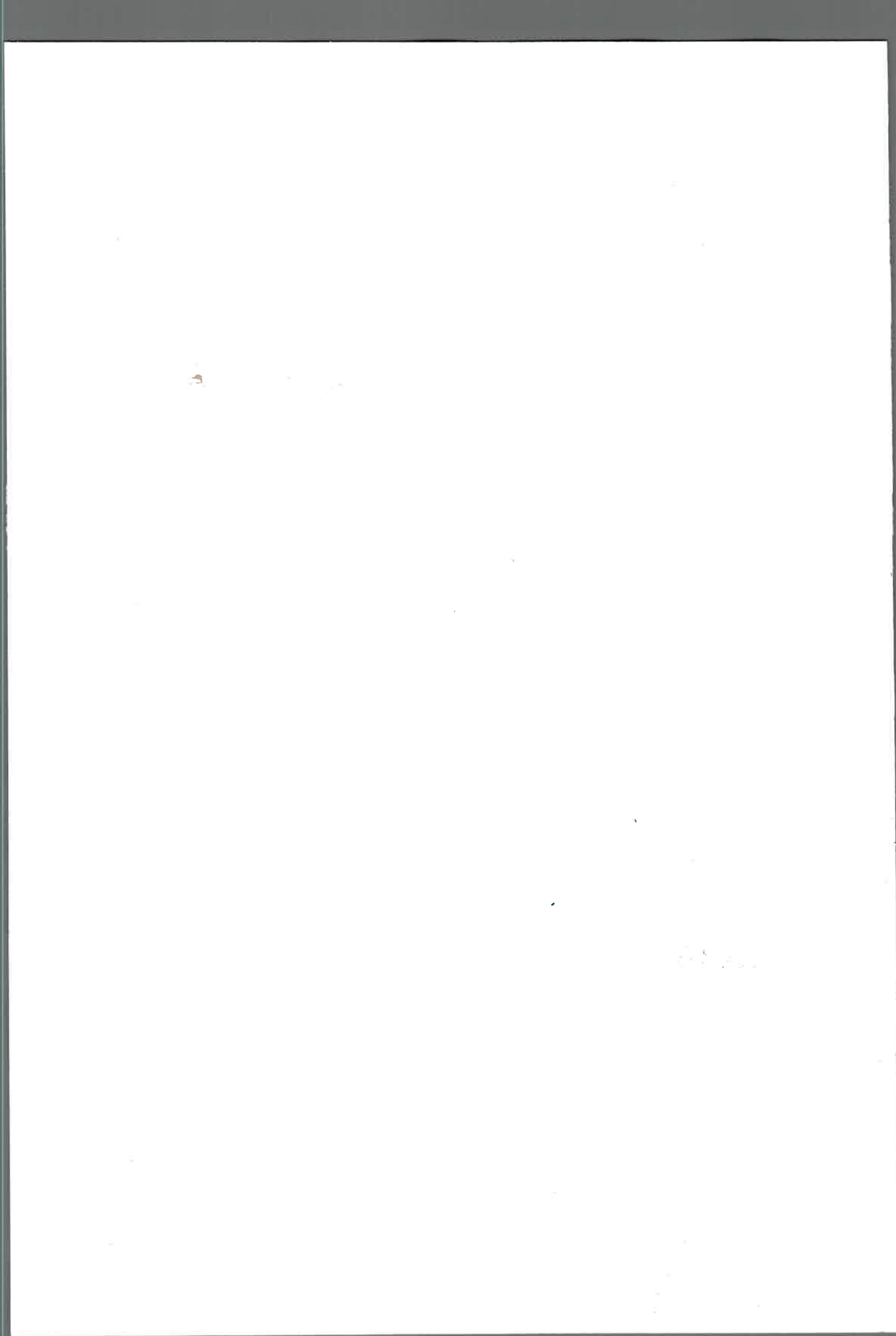


JUAREZ, MARIA PAULA  
Psicopedagogia y cal

2009

71129





71129

MFN:

Clasif:

T-733

**Ilustración de Tapa**

Técnica: Pintura en acrílico

Título: "Armonía dialéctica I"

Autora: María Paula Juárez

**Diseño de Tapa**

Pablo Melappioni

Martín Carasso

71129



Facultad de Cs.  
Humanas  
UNRC

UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO CUARTO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

***Psicopedagogía y salud:  
una experiencia comunitaria en Río Cuarto***

**María Paula Juárez**

Tesis de Maestría en Ciencias Sociales

**Directora:**

**Ana Vogliotti (UNRC)**

**Co-director:**

**Enrique Saforcada (UBA)**

***Río Cuarto, septiembre de 2009***



*A mi madre, desde el orgullo que siento por ella, por el ejemplo de amor y valentía que es para mí....*



*Mis agradecimientos a:*

*A los chicos de la Juventud CTA, por abrirme las puertas, escucharme, problematizarme y “arremangarnos” por un trabajo compartido...*

*A las vecinas de la Comunidad Barrial Hipódromo por hacer que esto sea posible....*

*A Virginia y Anabel, por su amistad profunda y junto a ella nuestra simpatía intelectual en dinamismo...*

*A mi querida hermana Sole, por el regalo de su compañía incondicional, tan necesaria en estos años complejos...*

*A Ana, mi “madrina académica”, por ofrecerme tanto... por su profunda confianza en esta utopía que construimos juntas, sus reflexiones, sus denaturalizaciones, por compartir conmigo su especial forma de ver el mundo, de cuestionarlo y trabajar por transformarlo...*

*A Enrique, por habernos conocido en el momento oportuno, por escucharme y desafiarme, por hacer que algo que dé comienzo podría haber sido “tan” académico se convirtiera en el gusto por andar y desandar caminos de vida, y en sus recorridos crecer aprendiendo en buenas compañías....*

*Mis profundas gracias...*





***Psicopedagogía y salud:  
una experiencia comunitaria en Río Cuarto***

**María Paula Juárez**

**INDICE**

**Introducción**

1. ¿Qué?: Delimitación de la temática	17
2. ¿Para qué?: Intencionalidad de este estudio	23
3. ¿Cómo?: Procedimiento metodológico para el tratamiento del estudio	24
4. Acerca del escrito	26

**PRIMERA PARTE  
CONCEPCIONES PRELIMINARES**

**Capítulo I**

**Lo epistemológico: Concepción crítica del conocimiento en Freire**

1. Referente de esta concepción del conocimiento	31
2. Bases teóricas y filosóficas que fecundan el pensamiento freireano	34
3. Características del pensamiento freireano	38
4. Concepción crítica del conocimiento en Freire	39
5. Relación gnoseológica e intersubjetividad: la comunicación dialógica	42
6. Construcción del conocimiento y niveles de conciencia en Freire	46
6.1 Conocimiento y conciencia intransitiva o semiintransitiva	47
6.2 Conocimiento y conciencia ingenuo transitiva	48
6.3 Conocimiento y conciencia crítica	50
7. Síntesis...	52

**Capítulo II**

**El objeto-problema de la investigación: la salud en contexto**

1. Consideraciones epistemológicas acerca del conocimiento y las prácticas científicas en salud	59
1.1 Concepciones y prácticas científicas en salud: una breve reseña	62

2. Consideraciones estructurales en el campo de la salud argentina	66
2.1 El componente formal del Sistema Total de Salud (STS) y la estructura del sistema de salud argentino	73
2.2 Modelos de Estado y su influencia en la conformación histórica del sistema de salud argentino	75
2.3 La situación actual del sistema de salud y el rol del Estado	82
2.4 Políticas actuales en salud	85
2.5 Sistema local de salud	91
3. Salud y enfermedad en la comunidad	98
4. Una posición salubrista. Algunas consideraciones para nuestra propuesta	103
5. Síntesis...	107

### Capítulo III

#### La psicopedagogía como área de conocimiento de la investigación

1. Breve reconstrucción histórica sobre la Psicopedagogía	109
2. Tradiciones en psicopedagogía	112
3. Psicopedagogía: definición, alcance y perfil profesional	114
4. Modelos y enfoques en psicopedagogía	117
4.1 Modelo clínico asistencial	121
4.2 Modelo educacional constructivista	125
4.3 Enfoque comunitario de intervención psicopedagógica	131
5. Aproximaciones epistemológicas entre los modelos de intervención psicopedagógica y las concepciones de políticas en salud	142
6. Síntesis....	148

## SEGUNDA PARTE

### CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

#### Capítulo IV

##### Presupuestos metodológicos: orientación general y fundamentos

1. Bases paradigmáticas de la investigación-acción participativa	153
2. Investigación en salud: críticas, desafíos y tendencias desde las Ciencias Sociales	155
3. Investigación-acción participativa. Un modelo metodológico	

“hecho en América Latina”	158
4. Síntesis...	166

## **Capítulo V**

### **Investigación temática en salud: la intervención psicopedagógica como modalidad investigativa**

1. Consideraciones introductorias a la Investigación Temática en Salud	169
2. Investigación temática y educación en salud: momentos de un mismo proceso.	
La intervención psicopedagógica como modalidad educativa	184
2.1 Propuestas y enfoques en educación para la salud	185
2.2 La educación problematizadora en salud	190
3. Técnicas y estrategias metodológicas a utilizar en el proceso de investigación- educación	199
3.1 La observación participante	200
3.2 Las entrevistas participativas y en profundidad	201
3.3 El taller de educación problematizadora en salud	202
4. Síntesis...	211

## **TERCERA PARTE**

### **LA EXPERIENCIA PSICOPEDAGÓGICA EN SALUD COMUNITARIA**

## **Capítulo VI**

### **Contextualización e investigación temática en salud de la comunidad barrial Hipódromo**

1. Recuperación descriptiva de la comunidad barrial Hipódromo según los actores	219
1.1 La comunidad barrial desde el equipo de investigación en salud	222
1.2 La comunidad barrial desde los profesionales sanitarios	227
1.3 La comunidad barrial desde las propias vecinas	228
1.4 Recuperación descriptiva integral de la comunidad barrial Hipódromo desde los actores participantes	232
2. Síntesis...	234

## Capítulo VII

### Problemas y situaciones en salud sentidos e identificados por los actores de la comunidad barrial

1. Visiones y percepciones de la salud-enfermedad: algunas reflexiones preliminares	236
2. Análisis de las entrevistas realizadas	240
2.1 Conciencia de la realidad sanitaria y sus condicionamientos históricos en Freire	241
2.2 Accesibilidad a los servicios sanitarios y realidad comunitaria	249
3. Síntesis...	285

## Capítulo VIII

### Análisis situacional sanitario de la comunidad barrial Hipódromo

1. Realidades de salud desde los actores participantes	290
1.1 Problemas de salud consideradas por las vecinas de la comunidad barrial	290
1.2 Problemas de salud considerados por los médicos de la comunidad barrial	291
1.3 Problemas de salud considerados por los investigadores de la comunidad barrial	292
2. Análisis situacional sanitario de la comunidad barrial Hipódromo	294
3. Síntesis...	295

## Capítulo IX

### Construcción compartida del plan de trabajo educativo

1. Priorización de necesidades y problemas de salud en la comunidad	297
2. Proceso de construcción del plan educativo	304
3. Síntesis...	310

## Capítulo X

### La experiencia en acción: problematizando la salud desde la educación

1. Consideraciones preliminares sobre la educación y el educador problematizador	315
2. La experiencia socioeducativa: desarrollo de los talleres en salud	323
2.1 La actividad previa a los talleres	325

2.1.1 Taller de nutrición	327
2.1.2 Taller de zoonosis	329
2.1.3 Taller de VIH/SIDA	338
2.1.4 Taller de Adicciones	346
2.1.5 Taller del derecho a la salud	355
3. Síntesis...	362

## **Capítulo XI**

### **Reflexiones Finales**

1. Valoración de la experiencia	367
1.1 Concepciones preliminares a las valoraciones	368
1.2 Valoración de los vecinos participantes	369
1.3 Valoración de los profesionales internos y externos a la experiencia	375
1.4 Valoración de la experiencia por los integrantes del equipo de investigación	379
1.4.1 Valoración de la experiencia por parte del equipo de salud	380
1.4.2. Reflexiones en desempeños: hacia una perspectiva compartida	385
1.5 Reconsideraciones valorativas	388
2. Recapitulación. Breve articulación de temas nucleares: el qué, para qué y cómo de nuestra experiencia	389
3. Últimas reflexiones y prospectivas	398
<b>Referencias bibliográficas</b>	407
<b>Anexos</b>	418



***Psicopedagogía y salud:  
una experiencia comunitaria en Río Cuarto***

## INTRODUCCIÓN

*“Lo que yo necesito es una idea fuerte, una idea que tenga fuerza, que yo sienta que me permite desarrollar algo, que hay en ella una semilla, que el embrión ya está ahí. Y luego hay que dejar pasar el tiempo, e ir inventando soluciones” (Saramago, 2002).*

Para presentar este trabajo nos interesa plantear el tema sobre el que versará, la justificación de nuestros propósitos para su realización, la metodología que emplearemos para desarrollarlo, así como aspectos preliminares del escrito. Lo que realizaremos a continuación.

### **1. ¿Qué?: Delimitación de la temática**

El tema central de este proyecto se refiere a la elaboración de una propuesta teórica de intervención psicopedagógica en salud comunitaria tomando como fundamento los planteos crítico- problematizadores de Paulo Freire y el posterior desarrollo de una experiencia empírica que se llevará a cabo en una comunidad barrial de la ciudad de Río Cuarto.

Se trabajará con la perspectiva freireana por su pertinencia y planteos en relación a lo educativo y a las propuestas sociales y colectivas. Freire es pedagogo brasileño y es quizá el más reconocido representante de la pedagogía progresista y crítica en América Latina.

Es creador de una pedagogía liberadora que tiene como eje la creación de una educación emancipadora, plantea la práctica de una docencia desde la conjunción de la teoría con la práctica. Su crítica es hacia la teoría de la modernización, la teoría neoliberal del capital humano y a la educación reproductiva de la estructura de las clases sociales según la ideología hegemónica dominante que define la relación de dominados y/o explotados con dominantes y/o explotadores. Frente a esto, propone un proyecto pedagógico humanizador donde la educación, como acción cultural apunta a convertirse en una propuesta para la organización política de los oprimidos o explotados, desde un interés liberador o emancipatorio.

Esta perspectiva teórica resulta potable para el abordaje que nos proponemos en relación a un problema social referido a la salud comunitaria y a las acciones que podrían comprometerse para intervenciones psicopedagógicas alternativas.

Atendiendo al contexto, la crisis económica por la que atraviesa Argentina hace más de 20 años se ha caracterizado por el retiro del Estado Nacional de su rol

conductor de políticas públicas, donde la salud aparece afectada con el desmantelamiento del hospital público como ejemplo.

Vinculado a ello, advertimos que, *el problema en el plano de lo concreto o práctico* es la crisis sanitaria que atraviesan los sectores populares de nuestro país en la actualidad. Localizamos la crisis en la ciudad de Río Cuarto, en la Comunidad Barrial Hipódromo, donde los grupos más empobrecidos aparecen como los más vulnerables. Esta situación social que se caracteriza por la pobreza y la marginación, afecta a la salud física y mental de los vecinos, apareciendo problemas concretos vinculados, entre otros, a la mala alimentación lo que deriva en cuadros como colitis, cólicos, estreñimiento, vómitos, problemas intestinales, terminando en muchos casos en desnutrición. Otros están más vinculados a lo psicosomático como alergias, asma, bronquiolitis y patologías respiratorias, y en el plano de la salud mental se presentan cuadros vinculados a la violencia y las adicciones a las drogas y al alcohol. El problema presenta un denominador común: una limitada información y formación vinculada al cuidado y preservación de la salud y que se manifiesta, entre otros indicadores, en padres y madres desinformados y carentes de recursos, lo que se vincula a las dificultades de acceso al sistema sanitario.

Atendiendo a este contexto, *el problema teórico de investigación* se construye sobre la ausencia o falta de conocimiento elaborado con respecto a la situación que viven los vecinos y de los que ellos disponen con respecto a la misma. En virtud de esta carencia y de la falta de concientización de los sujetos implicados, como investigadores, se nos hace necesario indagar inter-subjetivamente sus representaciones o nivel de concienciación que disponen y conocer la problemática, para que, a través de la investigación-acción se puedan generar e implementar conjuntamente, estrategias de intervención que permitan o faciliten su modificación.

A partir de esta problemática emerge la pregunta de Ivern (2004) y de la que nos hacemos eco *¿Cómo hacer para que la presente crisis sea efectivamente una oportunidad de cambio cultural?* Este proyecto intuye en la crisis sanitaria una oportunidad de cambio y de alternativa tanto para los grupos sociales como para el campo psicopedagógico que se compromete en generar respuestas superadoras desde una orientación poco convencional y ortodoxa en su tradición profesional, apuntando al trabajo en salud comunitaria. Nuestro interés reside en lograr una aproximación al conocimiento de la situación y realidad de la salud en la Argentina, explorar el campo disciplinar de la Psicopedagogía y a partir de los aportes de la teoría crítica de Paulo Freire contribuir a enfrentar la crisis sanitaria en el contexto local.



Entendemos que esta situación demanda intervenciones alternativas e innovadoras inmediatas de profesionales, no sólo de las Ciencias Médicas sino también de otros profesionales y trabajadores comprometidos con la realidad social.

Vinculado a ello Saforcada (2002) plantea que en América Latina se da un fenómeno que manifiesta una tendencia mundial, donde las reflexiones y análisis sobre los problemas en la salud pública y las posibles alternativas de solución provienen de la medicina y de la sociología, y en bastante menor medida, de la antropología, la psicología, más aun si consideramos el campo de la psicopedagogía, como en nuestro caso. Sin embargo se presenta como interesante estudiar porqué a medida que se avanza en la comprensión de la dinámica del proceso de salud-enfermedad, se hace más evidente e ineludible la dimensión psicosocial y cultural de las variables que más influyen en este proceso.

En virtud de lo planteado, el trabajo centraría su atención en una articulación teórica de los planteos educativos de Freire y planteos en salud para una intervención psicopedagógica psico-educativa-social y cultural, en esa área en contextos comunitarios locales, habida cuenta que la psicopedagogía en su nivel preventivo trabaja básicamente con la educación.

En relación a ello Freire (1970) plantea que toda práctica educativa que se oriente en el sentido de transformación del presente para enfrentar el futuro debe estar preocupada en el conocimiento de lo real, revelamiento de lo concreto que tiene que ver con una posición crítica y curiosa. En este sentido la propuesta comunitaria de intervención psicopedagógica, permitirá en el ámbito de la salud que las personas salgan del sometimiento a una autoridad que normatiza sus vidas, y favorezca el cuidado y preservación de su salud, desempeñando un rol activo y crítico en la protección de su propia vida.

Al realizar un análisis del *estado del arte* advertimos: estudios del campo de la salud, investigaciones más específicas desde un enfoque psicopedagógico comunitario en salud, y trabajos comunitarios sistematizados desde la investigación-acción participativa.

Son muchos los antecedentes hallados en *trabajo comunitario y salud* en Argentina y América Latina (Videla, 1984, 1991; OMS<sup>1</sup>, 1984; Torres, 1981; Domínguez y Gotti, 1991; Chinkes, Lapalma y Nicenboim, 1991; Kisnerman, 1998; Canta y colab., 1999; Saforcada, 2001, 2002; Saforcada y De Lellis, 2009; Morales Calatayud, 2001; Roses Periago, 2007, Montero, 2003, 2005, 2006, Montero, 2008,

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud.

Montero y Gonçalves de Freitas, 2008; Prilleltensky, 2008; Winkler, 2008; Quintal de Freitas, 2008; Ferreira de Oliveira y Vilela Tagliari, 2008; Zambrano, 2008; Alfaro Inzunza, 2008; Reyes Espejo, 2008. Dalbosco Dell'Aglio, 2008; Escalante Izeta, Villanueva María, Di Girolamo, y Cottrell, 2008; Godoy Ojeda y Guardiola Ramírez, 2008).

Se trata de trabajos que destacan los recursos sociales y el potencial de transformación que se encuentra en las comunidades, el fomento a la intervención en gestión local desde la participación, la cooperación, así como para la preservación y cuidado de la salud. Los mismos indagan acerca de cómo la comunidad categoriza sus problemas de salud y las reglas que determinan, significan y dan sentido a sus comportamientos en relación con ella. Estos estudios reconocen el desafío que implica en los profesionales descubrir los recursos y potenciales sociales y ponerlos en movimiento, partiendo de considerar a disciplinas como la psicología sanitaria, comunitaria, la comunicación, la educación y prácticas médicas alternativas, como posibilidad de cara a los problemas en salud de naturaleza psico-socio-cultural en un entorno de subdesarrollo y exclusión.

En lo referente a *trabajo comunitario en salud en nuestra ciudad* hallamos numerosas experiencias (Rached, Minardi y Ontivero, 2003; Cappellari de Saracho y Jaule, 2003; Schneider y Salomone, 2002, 2004; Schneider, Salomone y Colab. 2008; Salomone, 2009; Ysaacson, 2008; Vilte, Vazquez y Jakob, 2008; Bracalenti, y Lagorio, 2008; Dolso y Lapezzatta 2009; Aguirre y Vilte, 2009; Verhaeghe y Córdoba, 2009; Zorza, 2009; Albornoz y Mora, 2009) vinculadas a la salud mental comunitaria, programa de huertas familiares, programas de prevención con grupos vulnerables, programas de prevención cardiovascular, prevención de adicciones y promoción de una sexualidad responsable, así como aprendizaje comunitario y del desarrollo social.

En virtud de lo considerado se advierte como priman en estos antecedentes generales de trabajo comunitario en salud, profesionales del trabajo social, la psicología y la medicina. Si bien en los mencionados campos disciplinares los alcances son destacables, no obstante se limitan sólo a ellos.

Aunque escasos, existen *antecedentes de enfoque o trabajo comunitario en psicopedagogía*. Podríamos suponer que gran parte de los mismos se orientan fundamentando sus prácticas desde experiencias sistematizadas teóricamente desde las disciplinas mencionadas anteriormente, por lo que los consideraríamos antecedentes de tipo más general. Entre otros más específicos hallamos:

Monereo y Solé (1996) al delimitar formas de abordaje psicopedagógico en

España, consideran enfoques consultivos, asistenciales, humanistas, clínicos y *comunitarios*, etc. Posteriormente, Solé (1999) considera un enfoque o modelo comunitario en psicopedagogía caracterizado por proveer servicios educativos, sociales, sanitarios que deberían ofrecer recursos a los ciudadanos, detectando necesidades de una zona delimitada.

Pese a que no se considera una intervención psicopedagógica en salud comunitaria se plantea un acercamiento del psicopedagogo a servicios socio-sanitarios para atender integralmente a un alumno y/o su familia.

En Argentina Visca (1997) determina cuatro unidades de análisis del quehacer psicopedagógico: el individuo, el grupo, la institución y la *comunidad*. Considera esta última está configurada por distintas instituciones y sus aprendizajes consisten en formas de producción, distribución y consumo.

Otros autores consideran que actualmente es posible reconocer intervenciones psicopedagógicas en otros espacios más allá de lo estrictamente educativo-formal: lo empresarial, lo *comunitario* y lo judicial comienzan a ser contextos explorados por los psicopedagogos. (Jakob y Valle, 2009; Aguilera y Sanmartino, 2007).

En este sentido parece reconocerse este nuevo quehacer y forma de intervención desde una dimensión comunitaria en psicopedagogía que, en nuestro país parece erigirse desde una perspectiva ligada a lo institucional ya que se trata de centros, asociaciones o fundaciones que trabajan en distintas ciudades del país (*Centro Psicopedagógico Re- Apertura*, Buenos Aires, 2004; *Centro Latinoamericano de Psicopedagogía*, Buenos Aires, 2009; Dirección de Orientación y Apoyo Psicopedagógico Comunitario –D.O.A.P.C- Mendoza, 2009, entre otras) desde una psicopedagogía social, comunitaria y organizacional.

Asimismo, si bien desde un desarrollo escaso o bien inminente, se ha avanzado en esta dimensión comunitaria en psicopedagogía desde aproximaciones teórico-conceptuales (Juárez, 2005; Bobbio, 2009).

No obstante, entre los antecedentes experienciales más específicos hallados en nuestra indagación destacamos:

El trabajo que Imberti y Correa han realizado en Argentina, en educación sanitaria popular desde sus perspectivas de Psicopedagoga y Licenciado en Ciencias de la Educación. Correa ha tenido experiencias con Freire en Chile hasta 1973, lo que otorga riqueza a su conocimiento en el ámbito de lo comunitario (En Videla, 1991). Luego de la experiencia con Freire, crean el Grupo EDUPAS (Educación para la Salud) que, dedicado desde sus inicios a la comunicación educativa, trabaja temáticas vinculadas a

la educación, la salud, el medio ambiente y la prevención de la violencia. Actualmente está integrado, además de ellos, por Cardoso, Chemen, Guebel, y Hernáez.

En la misma línea hallamos en la actualidad el trabajo de Ferreira de Oliveira (2008) quien desde el campo de la promoción de la salud mental comunitaria en Brasil desarrolla un sistema en el uso de técnicas como *role playing*, dramatización y técnicas de teatro y de expresión corporal que ha llamado *psychodramaturgy* la que incorpora fundamentalmente planteos teóricos y prácticos de autores como Moreno (creador del psicodrama) y Paulo Freire, de cara a una propuesta de cambio de paradigma en la práctica de la salud mental.

Los trabajos presentados conjugan varios elementos que los tornan en antecedentes específicos a nuestra propuesta: un enfoque comunitario, un trabajo en salud, y el fundamento freireano. Sin embargo las experiencias sistematizadas teóricamente por estos autores se circunscriben más a cuestiones específicas de las temáticas en salud abordadas que al aspecto metodológico y sus implicancias en el trabajo comunitario, de interés central para estudio, por lo cual se trata de una ausencia que nos alienta a la indagación constante a lo largo del proceso de investigación.

Atendiendo a investigaciones que hemos realizado en lo que respecta a nuestra concepción de psicopedagogía, recreamos el concepto de Castorina (1989) desde una perspectiva crítica y entendemos que:

"La psicopedagogía es un conjunto de prácticas en el campo del aprendizaje social, crítico y participativo, que realizan los sujetos en grupo, a través de una intervención preventiva, favorecedora y enriquecedora de sus aprendizajes en el campo de la salud" (Juárez, 2005:57).

Respecto a *antecedentes desde una metodología freireana de investigación-acción*, en nuestro país no son numerosas las experiencias tan específicas (Videla, 1991; Martínez, 2003; Visotsky, 2003 Bracalenti y Lagorio; 2008), no obstante destacan la importancia de un diagnóstico participativo, una investigación temática, una investigación sociocultural y una tematización-problematización, y a partir de la información emergente definir las acciones a desarrollar para conocer mejor a la comunidad.

En virtud de lo planteado hasta aquí, consideramos que el aporte y relevancia del presente trabajo reside en la re-creación teórica y metodológica de los planteos freireanos en el ámbito de la salud y la intervención psicopedagógica comunitaria, para abrir la posibilidad de abordajes empíricos locales.

Atendiendo a ello algunas preguntas que orientarán el trabajo serán: ¿Qué problemas de salud significan como relevantes los grupos de vecinos ubicados en la



comunidad Hipódromo de Río Cuarto?, ¿cómo puede reconstruirse la teoría freireana para una intervención psicopedagógica concreta en problemas de salud comunitaria?, ¿cómo se puede intervenir para producir cambios en el cuidado de la salud de los vecinos? ¿Qué lugar tendría la psicopedagogía como disciplina social? Para intentar algunas respuestas combinaremos descripciones de la realidad y sus problemas por alternativas de cambio posibles.

## **2. ¿Para qué?: Intencionalidad de este estudio**

Realizaremos este trabajo para elaborar una propuesta teórica de intervención psicopedagógica en salud comunitaria a partir de la re-creación de la teoría crítica de Paulo Freire. Ello puede contribuir a la constitución de un enfoque alternativo de intervención psicopedagógica que apunte, a través del desarrollo de un proyecto en el campo empírico, a enfrentar efectos de la crisis que atraviesa el sistema sanitario en el contexto local, precisamente en la comunidad Hipódromo de la ciudad de Río Cuarto.

Atendiendo a este supuesto nuestras intenciones se orientan a objetivos de tipo epistemológicos, orientados a la elaboración de teoría y generación de conocimiento, y objetivos de tipo empírico, que implicarían el desarrollo de un trabajo de campo en el contexto local con la pretensión de resolución de problemas socio-sanitarios en la mencionada comunidad. Planteamos:

### *Objetivos generales:*

- Recrear la teoría freireana en contextos prácticos-situados, como la Comunidad Barrial Hipódromo, desde una psicopedagogía social y comunitaria.
- Reflexionar sobre las contradicciones significadas por los vecinos en relación a su situación sanitaria y sobre posibles intervenciones orientadas a un cambio superador.
- Aportar elementos que podrían enriquecer el perfil profesional del psicopedagogo en el área comunitaria.

### *Objetivos específicos:*

Intervenir prácticamente en la Comunidad Barrial Hipódromo para:

- Conocer las problemáticas que los vecinos significan como relevantes.
- Describir el contexto situacional de los vecinos en relación a sus problemas de salud y enfermedad y en virtud de ello elaborar un diagnóstico de la situación sanitaria.
- Construir de manera compartida los lineamientos que organizarán la experiencia

educativa en salud.

- Desarrollar colaborativamente la experiencia planeada a través de diferentes estrategias de trabajo popular: talleres de educación popular en salud, jornadas de reflexión, cursos con especialistas, entre otros.
- Valorar el trabajo realizado reflexionando colectivamente sobre dos dimensiones: Cognitiva; en términos de la producción de nuevo conocimiento e indicadores relevantes de cambios pretendidos, y, desde el metaconocimiento, en términos de explicitar los procesos comprometidos para llevar a cabo la experiencia, desde lo conceptual, disciplinario y metodológico.

Somos conscientes que un desarrollo teórico-práctico de esta índole, sobre todo considerando los escasos antecedentes ajustados en psicopedagogía, comunidad, salud e investigación-acción, se presenta como un desafío atractivo, motivador de un trabajo comprometido, asumiendo los riesgos, azares y eventualidades que dicha tarea implique, nos abocamos a su consecución.

### **3. ¿Cómo?: Procedimiento metodológico para el tratamiento del estudio**

Para desarrollar el trabajo y cumplir con los objetivos planteados utilizaremos una metodología interpretativa-crítica de manera combinada. Para ello en la primera etapa se trabajará con análisis e interpretación basados en la comprensión de textos de Freire y de artículos, investigaciones y trabajos provenientes del ámbito de la salud y de la psicopedagogía. En la segunda etapa, centrada en la parte empírica, se trabajará con la metodología cualitativa de investigación-acción participativa.

De manera que la *primera etapa* estará orientada a la discusión teórica, a la recreación y reconstrucción teórica con el propósito de orientar acciones e intervenciones posteriores, en la segunda etapa del trabajo.

Buendía Eisman y Henández Pina (1998) entienden que el análisis cualitativo de información es aquel que opera sobre textos, entendidos como producciones humanas que expresan acciones, por lo que se proyecta sobre cualquier forma de expresividad humana. Esta metodología se utilizará para el análisis de la situación local, relacionándola con el contexto más amplio, para comprender el estado del sistema de salud y de la psicopedagogía, en particular en nuestro medio. Pudiéndose así facilitar la construcción de las categorías teóricas constituyentes de la propuesta de trabajo psicopedagógico.

Coincidimos con Vogliotti (2001) en considerar que la interpretación nos permitirá rescatar las ideas centrales y pertinentes de los autores abordados referidos al tema

específico del trabajo, estableciendo relaciones entre las mismas y derivando sus incidencias en la propuesta de intervención psicopedagógica desde la perspectiva freireana, a su vez, ésta, constituirá un terreno fértil para reconstruir nuevas categorías teóricas que permitan comprender mejor el trabajo que se está realizando y aporten elementos para su modificación.

En este sentido, se utilizará el marco referencial como punto de partida con la convicción de reconstruirlo durante el proceso de investigación en la acción práctica. De este modo la pretensión es vincular dialécticamente el contexto teórico con el contexto práctico (Freire, 1974).

En la *segunda etapa*, para la realización del trabajo empírico en la comunidad local se utilizará la metodología de investigación-acción, entendiendo que:

“La investigación-acción es el estudio de una situación social para tratar de mejorar la calidad de la acción en la misma. Su objetivo consiste en proporcionar elementos que sirvan para facilitar el juicio práctico en situaciones concretas y la validez de las teorías e hipótesis que genera no depende tanto de las pruebas “científicas” de verdad, sino de su utilidad para ayudar a las personas a actuar de modo más inteligente y acertado” (Elliott 1991:88).

Para su desarrollo se delimitó la población en una comunidad del Barrio Progreso, sector del Hipódromo (sur-oeste de la ciudad) de Río Cuarto, a la cual se tendrá acceso previa autorización del Centro Comunitario del lugar que será el punto de referencia para demarcar la zona de estudio.

Para la *recolección de datos* se triangularán fuentes y procedimientos (Elliott, 1991). En cuanto a estos últimos se realizarán *observación participante, entrevistas en profundidad y talleres* en salud.

Información que se complementará con el *análisis de documentos* provistos por el Área de salud y Catastro Inmobiliario de la Municipalidad de Río Cuarto, el dispensario del barrio, el Centro de salud o los vecinos de la comunidad; y la observación de acontecimientos a través de *observadores externos* que tomarán fotografías, realizarán grabaciones en cinta magnetofónica y tomarán notas.

El *taller* se desarrollará como procedimiento metodológico una vez elaborado el plan educativo en salud comunitaria en virtud de los datos ofrecidos por las estrategias mencionadas. El desarrollo de los mismos se complementará con la utilización de técnicas y dinámicas grupales de animación, y su registro se realizará a través de: grabaciones y notas.

Desarrollada la experiencia de campo nuevamente se procederá a la *triangulación* para establecer posibles relaciones entre las distintas estrategias e instrumentos utilizados.

Para el *análisis de los datos* se emplearán estrategias de categorización de datos y de contextualización (Maxwell, 1996), lo que permitirá sistematizar la experiencia e implicará una producción del conocimiento desde el hacer.

Se prevé realizar la *valoración de experiencia* y de los resultados de la investigación mediante su discusión y contrastación con los sujetos implicados, vecinos y miembros del equipo de investigación, como método de validez interna (Montero, 2006), instancia de devolución que se realizará mediante encuentros de reflexión de la experiencia, cuestionarios e informes analíticos del equipo de trabajo, y de expertos en la temática abordada.

#### **4. Acerca del escrito**

*"Deberíamos asumir una actitud de compromiso respecto de nuestro tema, la actitud de alguien que no quiere simplemente describir lo que sucede a medida que sucede. Por encima de todo, queremos transformar el mundo real de nuestro tema de forma que, sea lo que sea lo que esté sucediendo, puede ser positivamente transformado"* (Freire, 1990).

Escribir este trabajo para nosotros no ha implicado simplemente un acto narrativo, descriptivo o informativo, sino más bien un compromiso en la asunción de una actitud gnoseológica, al decir freireano, que nos permitiese plasmar lo más fielmente posible, la experiencia realizada.

Intentamos erigirnos como escritores, por lo cual esta actitud gnoseológica implicará percibir el tema que nos convoca como un fenómeno o experiencia que se producirá en una realidad concreta, la social-comunitaria y la académica-científica y, donde obran como mediadores hombres y mujeres que desde sus saberes científicos y legos contribuyeron al desarrollo y realización del trabajo.

Inspirados por el propio referente, una aclaración fundamental a realizar es que nuestro trabajo no intenta ser una reproducción, una réplica o un modelo imitado de las experiencias freireanas. Freire jamás sostendría que su trabajo intente adaptarse a base o contexto pedagógico alguno como si se tratara de un patrón. Desde esta perspectiva coincidimos con Giroux (en Freire 1990) que lo que Freire brinda es un metalenguaje que genera una serie de categorías y prácticas sociales que deben mediatizar críticamente aquellos que pueden utilizarlas debido a su potencial clarificador con respecto a diferentes contextos y coyunturas históricas.



De manera que el trabajo de Freire no intenta ofrecer fórmulas radicales que se conviertan en modalidades inmediatas de pedagogía crítica, sino que se trata de “una serie de indicadores teóricos que necesitan ser codificados y asumidos críticamente en el marco de los contextos específicos en que puedan resultar de utilidad” (Giroux, en Freire 1990:20).

Respecto a la extensión del trabajo debemos considerar que es consecuencia de dos aspectos: por un lado el presente estudio manifiesta continuidad con investigaciones anteriores, lo que ha ameritado su reconsideración y desarrollo continuado, al tratarse de una investigación que da cuenta de conceptualizaciones analizadas, elaboradas y reconstruidas durante varios años de trabajo ininterrumpido sobre la temática tratada, lo que ha merecido su justa expresión, tanto en la densidad del escrito como en la extensión del mismo; por otro lado nos interesa remarcar la genuina novedad que se plantea en el plano metodológico con la opción de un procedimiento como lo es el de la *investigación-acción*, orientándonos a asumir la responsabilidad de presentar un tipo de estudio, qué, por tales características exige una amplia y compleja fundamentación tanto en el plano epistemológico como metodológico.

Para exponer el trabajo realizado lo hemos organizado en tres partes. En la *primera* desarrollamos las consideraciones conceptuales del estudio, en la *segunda* presentamos las bases metodológicas del procedimiento empleado, y en la *tercera* desarrollamos la experiencia empírica realizada en una comunidad de la ciudad de Río Cuarto. Cada una de estas partes se compone de capítulos.

La primera parte, constituida por los tres capítulos iniciales, se refiere a *las bases epistemológicas* desde las cuales partimos en nuestra investigación, se trata del marco referencial que pretende ser reconstruido en la experiencia. Para realizar este abordaje los interrogantes que nos orientan son: ¿Cómo entendemos al conocimiento? Para responder al mismo:

En el *capítulo I*, elaboraremos un análisis que nos permitirá comprender al conocimiento desde la concepción crítica de Paulo Freire, para así definir la *concepción del conocimiento* de la que partimos como investigadores;

En el *capítulo II*, desarrollaremos las consideraciones sobre el *objeto de conocimiento* a investigar: el campo de salud, que nos permitirá construir las bases teóricas para aproximarnos a la comprensión de este campo y los sujetos de la comunidad.

En el *capítulo III*, analizaremos a la psicopedagogía como el *área de conocimiento* desde la cual se pretende realizar nuestra contribución.

En la segunda parte de este trabajo se analizará el plano metodológico que orienta nuestra investigación, aquí partimos de interrogarnos *¿Cómo nos situamos en el mundo para producir el conocimiento?* A los fines de responder a esta indagación la organizamos en dos capítulos:

En el *capítulo IV* desarrollaremos los *presupuestos metodológicos de nuestra investigación*, vinculados a la orientación general y fundamentos, donde consideraremos el estado y antecedentes de la investigación en salud y el modelo metodológico de la investigación-acción participativa.

En el *capítulo V* recrearemos la *metodología freireana de investigación temática* al campo de la psicopedagogía y de la salud. Desarrollo que estará vinculado a una concepción problematizadora de la educación y estrategias metodológicas a utilizar en la experiencia en salud comunitaria.

La tercera parte de esta tesis presenta la experiencia empírica desarrollada. Para su exposición se conforma de cinco capítulos.

En el *capítulo VI* realizamos una *contextualización* que introduce a la experiencia. En el *capítulo VII* desarrollamos un *análisis e interpretación de la misma*, considerando como dimensiones: la descripción densa de la comunidad y la identificación de los problemas en salud que aquejan a los vecinos.

En el *capítulo VIII* efectuamos el *análisis situacional sanitario* de la comunidad estudiada a partir de la cual, en el *capítulo IX*, se presenta la *construcción del plan de trabajo educativo* de manera compartida con los vecinos.

En el *capítulo X*, desarrollamos la *experiencia en los talleres de educación en salud*.

Finalmente realizaremos reflexiones finales sobre el trabajo desarrollado.

**PRIMERA PARTE**

**CONCEPCIONES PRELIMINARES**

## Capítulo I

### LO EPISTEMOLÓGICO: CONCEPCIÓN CRÍTICA DEL CONOCIMIENTO EN FREIRE

*"...la pedagogía que defendemos, concebida en un área significativa del tercer mundo, es en sí misma pedagogía utópica. Por esta misma razón está llena de esperanza, pues ser utópico no es ser sólo idealista o poco práctico, sino más bien acometer la denuncia y la anunciación. Nuestra pedagogía no puede prescindir de una concepción de hombre y de mundo. Formula una concepción científica humanista que encuentra su expresión en una praxis dialógica, en la que educadores y educandos en conjunto, a través del análisis de una realidad deshumanizadora, la denuncian al tiempo que anuncian su transformación en nombre de la liberación del hombre" (Paulo Freire, 1990).*

Este capítulo tiene el propósito de analizar la concepción de conocimiento en Freire, para lo cual nos ubicaremos en su perspectiva epistemológica. Inicialmente realizaremos una breve contextualización sobre el autor y las principales bases teóricas y filosóficas que fecundan su pensamiento. Seguidamente nos abocaremos al análisis de su concepción crítica del conocimiento, analizando cómo éste se construye en la situación gnoseológica y en su condición de intersubjetividad. Finalmente realizaremos una síntesis de los aspectos desarrollados.

#### 1. Referente de esta concepción del conocimiento

Las contribuciones y aportes de Paulo Freire (1921-1997)<sup>2</sup> al origen, desarrollo y expansión del pensamiento crítico latinoamericano, principalmente en el campo de la pedagogía y de la educación, han sido esenciales en los últimos treinta años.

---

<sup>2</sup> Freire nació en Recife, Brasil el 19 de septiembre de 1921, hijo de una familia de clase media. Es determinante en su desarrollo posterior la región de nacimiento, pues la pobreza fue un emergente permanente de su práctica y reflexión. Se casa en 1944 con la profesora primaria Elza Maia Costa Olivera, quien era pedagoga y se constituyó en un factor importantísimo en la decisión de Freire de profundizar lo pedagógico. Enseñó portugués y filosofía de la educación. En 1959 recibe el título de Doctor en filosofía e Historia de la Educación. Se recibe muy joven de abogado, profesión que dejó de practicar luego que atendió su primer caso que atentaba contra sus principios y así decidió abandonar el título. Convencido de que su vocación se orientaba hacia la educación, realizó su tesis doctoral en educación y trabajó como profesor en distintas instituciones educativas y como educador popular en programas de alfabetización. Dedicado plenamente a esta última tarea, se compromete con los movimientos de educación popular en los años 70', siendo uno de los fundadores del Movimiento de Cultura Popular. Los enormes índices de analfabetismo de la región lo llevan con desesperación y rabia a pensar política y metodológicamente la forma de abordar, desde el oprimido esta problemática. En el año 1964, con el golpe militar contra el presidente Goulart, Freire es detenido y sufre 75 días en prisión. Fue acusado de subversivo e ignorante. Después de ser liberado y obligado a vivir en Río de Janeiro, logra asilarse en la embajada de Bolivia. Ya exiliado de su país vive poco tiempo en Bolivia, hasta que se radica en Santiago de Chile residiendo desde 1964 a 1969. En la reflexión más tranquila que puede realizar de sus prácticas en Brasil, nacen sus ya famosos y legendarios primeros libros: *Educación como Práctica de la Libertad* (1967), *Comunicación o Extensión* (1968) y *Pedagogía del Oprimido* (1969). En el año 1969 se traslada a Cambridge,



Freire es un conocido pedagogo brasileño y representante de la pedagogía progresista en América Latina, es el creador de una pedagogía crítica que tiene como eje una educación emancipadora que busca la práctica de una docencia liberadora mediante la alfabetización.

Considera que los contenidos como objetivos educativos y sus programas deben permitir al educando como ser social liberarse, formarse como persona, cambiar el mundo y establecer relaciones de reciprocidad con sus congéneres para que el hombre pueda satisfacer su necesidad de transformación social. Entiende que el hombre es un ser de praxis creador de cultura y forjador de la historia, y que su quehacer problematiza su realidad.

Su crítica es a la teoría de la modernización neoliberal del capital humano. Frente a esto él propone un proyecto pedagógico humano donde la educación, como acción cultural apunta a convertirse en una propuesta para la organización política de los oprimidos. En este sentido su respuesta y propuesta pedagógica es de carácter cultural y está encuadrada contemporáneamente dentro de las pedagogías socialistas.

Coincidimos con Vogliotti (2001:197) en creer que el "...trabajo de Freire significa

---

Massachusetts, EE.UU, donde tiene la oportunidad de realizar sus primeros contactos con el mundo de habla inglesa y es designado Profesor Invitado en la Universidad de Harvard. En 1970 comienza su residencia en Ginebra, Suiza, donde trabaja como consultor especial del Departamento de Educación del Consejo Mundial de Iglesias y también como profesor de la Universidad de Ginebra. Desde este lugar pudo extender su trabajo por África, Asia, Oceanía y América, desde donde difundió, escribió y práctico su pedagogía liberadora. Es válido rescatar el trabajo en África, donde es invitado a presentar su método de alfabetización en el Instituto de Educación de Adultos de la Universidad de Dar es Salaam. Pero donde su trabajo alcanza gran relevancia es en Guinea Bissau, donde coordinó un proceso de alfabetización cuyos resultados están sistematizados en la obra *Cartas a Guinea Bissau*. En este período, profundiza sus lecturas de Marx, Gramsci, Koscic y Habermas, y en EE.UU. conoce y establece contactos con Giroux, Shor, Mc. Laren y Torre. Luego de vivir 16 años en el exilio, regresa a su país por primera vez en 1979 y definitivamente en 1980. En esta etapa escribe nuevos libros como: *Educación y Cambio, Concienciación, Acción Cultural para la Libertad, La importancia del Acto de Leer, La Naturaleza Política de la Educación y Cultura, Poder y Liberación*. Comienza aquí en su producción escrita, una etapa que Freire define como: "libros hablados". Entre varios educadores se dejan desafiar por un tema, temas amplios o temáticas específicas, hay ocasiones en que trabajan delante de un grabador o eligen a una persona que los interroga, intentando establecer un profundo dialogo. En esta línea se publicaron los siguientes libros: *Hacia una Pedagogía de la Pregunta (con Antonio Faundez), Esa Escuela llamada Vida (con Frai Betto), Pedagogía: Diálogo y Conflicto (con Moacir Gadotti y Sergio Guimaraes), Miedo y Osadía: lo Cotidiano del Profesor (con Ira Shor), Sobre Educación: Diálogos (con Sergio Guimaraes), Teoría y Práctica en Educación popular (con Adriano Nogueira) y Alfabetización: Lectura del Mundo, Lectura de la Palabra (con Donaldo Macedo)*. Además Freire tuvo participaciones en muchas publicaciones, reportajes, entrevistas etc. Casi todos sus libros fueron traducidos al inglés, francés y español, muchos de ellos también al alemán y al italiano. Desde 1990 a 1995 escribió: *Educación en la Ciudad (1991), Pedagogía de la Esperanza (1992), Política y Educación (1993), Profesora sí, Tía no: cartas a quien osa enseñar (1993), Cartas a Cristina (1994), A la sombra de esta Mangueira (1995)*. Freire recibió todo tipo de homenajes y reconocimientos: Orden de Mérito, medallas, ciudadano honorario, etc. Innumerables instituciones educativas, de investigación y cátedras llevan su nombre. El título de Doctor Honoris Causa le fue entregado por 31 Universidades, de Inglaterra, Bélgica, EE.UU., Suiza, Bolivia, Brasil, España, Italia, Portugal, El Salvador, Suecia, en Argentina el último que se lo otorgó en vida fue la Universidad Nacional de San Luí, nuestra UNRC se lo otorgo postmortem en 1997. Vogliotti (2001) comenta que acababa de publicar su último libro Pedagogía de la Autonomía (1997) cuando la muerte lo sorprendió el 2 de mayo de 1997 mientras se desempeñaba como educador en la Pontificia Universidad Católica de San Paulo. Con él desaparece uno de los "grandes" de la pedagogía Latinoamericana.

una alternativa teórica atractiva y prácticamente viable en un momento como el actual, en que las críticas a la educación formal se han agudizado desde las diferentes posiciones ideológicas...” Y al igual que Giroux entendemos que:

“...el trabajo de Paulo Freire significa un *impasse* que la teoría y la práctica educativa experimentan a escala mundial... ha hecho suya la herencia olvidada de las ideas emancipatorias presentes en aquellas visiones de la filosofía secular y religiosa.... Freire ha logrado combinar el lenguaje de la crítica con el lenguaje de la posibilidad” (Giroux en Freire 1990:13-14).

Desde esta perspectiva utilizando el *lenguaje de la crítica* Freire ha elaborado una teoría de la educación que considera sensatamente la relación entre la teoría radical crítica y los imperativos del compromiso y la lucha social. Sus experiencias en Latinoamérica, África y Norteamérica le han permitido generar un discurso que profundiza de manera comprensiva, la dinámica y complejidad de la dominación, la que, de acuerdo con sus planteos, no puede reducirse sólo a la dominación de clase sino que dentro de diferentes campos sociales se identifican distintas modalidades de dominación, que contienen contradicciones, relaciones asimétricas de poder, y en consecuencia formas diversas de lucha y resistencia colectivas. El lenguaje de la crítica se expresa en el trabajo de Freire en muchos de los análisis que caracterizan lo que se ha denominado la nueva sociología de la educación.

Desde el *lenguaje de la posibilidad* para Freire la educación se convierte tanto en un ideal como en un referente de cambio, al servicio de una nueva clase de sociedad. Se trata de una forma política y cultural que vincula la teoría y la práctica social a los aspectos más profundos de la emancipación. Su discurso teórico se orienta a “...una lucha contra todas las formas de dominación subjetiva y objetiva, así como a una lucha por alcanzar formas de conocimiento, habilidades y relaciones sociales que proporcionen las condiciones necesarias para la emancipación social” (Giroux en Freire 1990:15). Su lenguaje de la posibilidad, de una filosofía de la esperanza y lucha en Freire se nutre de la tradición de la teología de la liberación.

En este sentido la educación representa una forma de acción que emerge de la unión de los lenguajes de la crítica y de la posibilidad, como lenguaje de denuncia de una sociedad deshumanizadora y un lenguaje de anuncio de que es posible una sociedad más humanizadora, como necesidad que sentimos los educadores de establecer un apasionado compromiso por lograr que lo político se convierta en algo más pedagógico<sup>3</sup>, donde la profunda fe en humanizar la vida es la peculiar naturaleza

---

<sup>3</sup> Al respecto Bambozzi (2005:21-23) considera que la pedagogía y la política son ámbitos constitutivos, partiendo de la consideración de que un sistema educativo es indisoluble del contexto social o modelo de

de este proyecto social que le otorga al trabajo de Freire su distinción teórica.

“A partir de la fusión de las tradiciones de la nueva sociología de la educación y de la teología de la liberación, Freire ha producido un discurso que no solo otorga significado y coherencia teórica a su trabajo, sino que también proporciona la base para una teoría más comprensiva y crítica de la lucha pedagógica” (Giroux en Freire 1990:16).

En virtud de estas consideraciones a continuación analizaremos las bases teóricas que fundamentan la propuesta de Freire.

## **2. Bases teóricas y filosóficas que fecundan el pensamiento freireano**

Torres (1995) considera que los escritos de Freire remiten a una serie amplia de corrientes de pensamiento, considera que el pensamiento freireano es una “amalgama teórica de envergadura” donde confluyen distintas vertientes filosóficas en sus elementos más valiosos y significativos.

Vogliotti (2001) entiende que Freire ha incorporado en su obra ideas emancipatorias de la filosofía, la teología de la liberación y ha incluido aspectos centrales del pensamiento radicalizado, junto con los planteos de la nueva sociología de la liberación.

Respecto a la *nueva sociología de la educación*, emergió en Europa y los Estados Unidos a principios de los setenta como repuesta crítica a las prácticas educativas tradicionales. Los críticos radicales coincidían en que los tradicionalistas habían despolitizado el lenguaje de la educación y la escolaridad, y paralelamente reproducían y legitimaban ideologías capitalistas, su discurso de corte positivista se centraba en el dominio de técnicas pedagógicas y transmisión de conocimiento. Para la nueva sociología de la educación la teoría tradicional suprimía cuestiones centrales vinculadas al conocimiento, el poder y la dominación.

De esta manera emergió un lenguaje crítico que sostenía que las escuelas eran agentes de reproducción social, económica y cultural y entendían que el conocimiento escolar era una representación particular de la cultura dominante elaborada a través de un proceso selectivo. No obstante, si bien los críticos de izquierda avanzaron respecto de la denuncia de una escuela reproductora de la estructura social, no lograron brindar un discurso que permitiera establecer prácticas pedagógicas opuestas, de manera que

---

sociedad. El autor plantea que la educación es una práctica política y que la política es una práctica educativa, la reflexión pedagógica constituye una reflexión política y la reflexión política una reflexión pedagógica. Sostiene que el fin de la política es el bien común y el fin de la pedagogía es la formación integral de la persona, ambas, política y pedagogía, pertenecen al dominio de la praxis. El autor plantea como hipótesis que en la modernidad la política y la pedagogía pierden y ven afectadas sus intencionalidades originarias: la política se convierte en discurso al servicio del Estado, no del bien común, y la pedagogía se convierte en discurso al servicio de la creación del ciudadano que necesita el Estado, no de la formación integral de la persona.



se produjo una agonía del lenguaje crítico que quedó subsumido en el discurso de la desesperación<sup>4</sup>.

Mientras tanto Freire en su trabajo con comunidades campesinas del norte de Brasil demostró que su compromiso presentaba notable similitud con algunos de los principios de la nueva sociología de la educación. Al politizar la noción de alfabetización desarrolló un tipo de análisis crítico similar en el que consideraba que las formas tradicionales de educación funcionaban para cosificar y alienar a los grupos sometidos. Freire presentó enfoques pedagógicos a través de los cuales los educandos pudieran decidir prácticas ideológicas y materiales desenmascarando la lógica de la dominación y opresión, de manera que vinculó la selección, discusión y evaluación de conocimiento a los procesos pedagógicos que brindaban un contexto para tal actividad.

En este sentido se erige una diferencia entre el trabajo de Freire y la nueva sociología de la educación que radica en que, esta última comenzaba y concluía en la lógica de la reproducción política, económica y cultural, mientras que para Freire la reproducción de la lógica capitalista y de otras formas de opresión es sólo un momento político en el proceso de dominación (más que un aspecto integrador de la existencia humana) se trataba de algo que se debía decodificar y transformar en el marco del discurso, las experiencias y las historias presentes de los individuos oprimidos<sup>5</sup>.

Desde el lenguaje de la posibilidad Freire se fundamenta en la *teología de la liberación*. En su perspectiva política y pedagógica es central la concepción filosófica de una humanidad liberada, basada en el respeto por la vida y en el reconocimiento de que la esperanza y la visión de futuro que la inspiran apuntan, no tanto a brindar consuelo a los oprimidos como a promover formas de crítica y lucha contra las fuerzas de opresión. "Al combinar la dinámica de la crítica y la lucha colectiva con una filosofía de la

---

<sup>4</sup> Saviani (1983:15-25) denomina a éstas *teorías crítico reproductivistas* ya que consideran que la función propia de la educación es la reproducción de la sociedad en que ella se inserta, estas proponen explicar el mecanismo de funcionamiento de la escuela tal como está constituida entendiendo que por su carácter reproductivista la escuela no podría ser diferente de lo que es. De manera que estas teorías no contienen una propuesta pedagógica. Entre sus representantes el autor destaca los denominados "radicales americanos" Bowles y Gintis cuya tesis se presenta en su libro *"Schooling in capitalist America"*, los europeos Bourdieu y Passeron con su "Teoría del sistema de enseñanza como violencia simbólica", desarrollada en el libro "La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza", Althusser con la "Teoría de la escuela como aparato ideológico del Estado" y finalmente Baudelot y Establet que proponen la "Teoría de la escuela dualista".

<sup>5</sup> Bambozzi (2005:26-31) sostiene la tesis que la apropiación crítica de las teorías reproductivistas europeas en el contexto latinoamericano originan dos movimientos pedagógicos representados en: el movimiento de la desescolarización con Iván Illich y el movimiento de la pedagogía del oprimido con Paulo Freire. El autor considera que la recuperación del pensamiento freireano en los últimos años ha dado lugar a la Pedagogía Latinoamericana, que reflexiona sobre la educación como práctica social en el contexto de la América del Centro-Sur del continente, en el marco de las respuestas o alternativas a la colonialidad del saber o eurocentrismo en el que se hayan discutiendo las ciencias sociales como intento de cambiar el lenguaje de enunciación desde el cual se naturalizaron las legitimaciones que nos ubicaron a los latinoamericanos en el lugar, material y simbólico, de la dependencia y el subdesarrollo.



esperanza, Freire ha creado un lenguaje de posibilidad arraigado en lo que él denomina visión profética permanente" (Giroux, en Freire 1990:18).

La visión profética central de su política se vincula al espíritu y a la dinámica ideológica que han caracterizado a las teologías de la liberación que surgieron en Latinoamérica desde principios de los setenta, que desde un modo dialéctico Freire ha criticado y rescatado el reverso radical del cristianismo revolucionario. Sitúa su fe y su sentido de la esperanza en el Dios de la historia y de los oprimidos, cuyas enseñanzas según sus propias palabras "hacen imposible reconciliar el amor cristiano con la explotación de los seres humanos". Su noción de fe se sustenta en la memoria de los oprimidos, el sufrimiento que no debe continuar y la necesidad de no olvidar que la visión profética es un proceso continuo, un aspecto vital de la naturaleza misma de la vida humana.

Lo planteado hasta aquí nos revela que al combinar los discursos de la crítica y la posibilidad Freire une la historia y la teología para proporcionar la base teórica de una pedagogía radical que combina, de acuerdo a Giroux (en Freire, 1990) la esperanza, la reflexión crítica y la lucha colectiva.

En consonancia con estos planteos a continuación nuestra pretensión es indagar brevemente en las influencias teóricas y filosóficas principales que se advierten en la obra de Freire. Consideramos que estas son: el personalismo de Mounier, la filosofía hegeliana, el pensamiento marxista, el existencialismo de Sartre y el pensamiento de la fenomenología. Analicemos cada una de ellas.

- *El personalismo de Mounier.* Desde esta perspectiva Freire toma la consideración del hombre como persona, como síntesis de lo material, lo racional y lo espiritual. Retoma de Mounier (1905-1950) su modo de entender el personalismo como filosofía, el concepto de persona y sus condiciones, la importancia a la comunicación como proceso intersubjetivo, el sentido de la existencia en tanto aceptación y protesta, el alcance de la decisión, los conceptos de libertad, autonomía, compromiso y responsabilidad fundados en la acción efectiva, auténtica y contemplativa en sus dimensiones profética y política, pero centralmente su carácter colectivo (Vogliotti, 2001).
- *La filosofía hegeliana.* Freire toma de esta perspectiva fundamentalmente el entender al hombre como autoconciencia que parte de la experiencia común hasta elevarse a sí mismo hacia la ciencia, por la dialéctica. Lo que es "en sí", pasa a ser "en sí y para sí". Los conceptos de Hegel (1770-1831) que se pueden identificar en el pensamiento freireano se vinculan a: el conocimiento como

humano, la historia como proceso y devenir, la realidad como compleja y contradictoria, cuyas oposiciones pueden ser resueltas dialécticamente, la importancia de las interacciones sociales a través del dialogo y su modo de entender la razón (Vogliotti, 2001).

- *El pensamiento marxista.* Freire considera desde esta perspectiva que el hombre vive en el dramatismo del condicionamiento económico de la infraestructura y el condicionamiento ideológico de la superestructura. De acuerdo a Vogliotti (2001) Freire adoptó de Marx (1818-1883) las concepciones acerca de: a) la praxis como acción y reflexión conjunta: no existe teoría sin práctica ni al revés, b) la interacción entre la super e infraestructura como condicionantes de las relaciones sociales; no asumió una postura determinística en este punto sino que la flexibilizó al sostener que estas relaciones no se determinan, sino que se “condicionan” mutuamente; c) su valoración acerca del trabajo y d) la alienación y la evolución de la sociedad capitalista hacia la sociedad sin clases, aunque considera que la revolución no necesariamente implica una lucha de clases entendida como enfrentamiento entre ambas implicando la anulación de una por las otra, sino que está basada en la acción cultural, concientizadora y liberadora.
- *El existencialismo de Sartre (1905-1980).* Desde esta perspectiva Freire consideró al hombre como ser en construcción.
- *El pensamiento de la fenomenología.* Toma de esta perspectiva el considerar que el hombre construye su conciencia como intencionalidad. En este sentido Torres (1995) señala que el iniciador de esta corriente, Husserl (1859-1938) consideraba que no es posible separar a la conciencia del mundo de la vida. Entendía que si bien la conciencia tiene una dimensión individual en el hombre, es un producto social. Reflexiona sobre un doble movimiento de la conciencia hacia las cosas y de las cosas mismas hacia la conciencia, lo que configura un momento del proceso de conocimiento. Considera distintos movimientos o posibilidad histórica de la conciencia: la intencionalidad, la objetividad y la trascendentalidad. Freire toma estos planteos pero los relaciona con la estructura social, lo que le permite considerar que a medida que los hombres ejercen su acción sobre el mundo su conciencia es histórica y culturalmente condicionada y de acuerdo con la cualidad de ese condicionamiento, el hombre alcanza distintos niveles en el contexto histórico cultural: conciencia semiintransitiva, conciencia transitiva ingenua y conciencia transitiva crítica.

En el bagaje cultural filosófico de Freire los elementos preponderantes son, en su primer momento, el existencialismo y la fenomenología, además de los criterios de la antropología judeo-cristiana que se sitúan en los inicios y acompañan el peregrinaje intelectual del autor (Torres, 1995).

### **3. Características del pensamiento freireano**

Torres (1995) plantea entre otras, que las notas características del pensamiento freireano son:

- Parte del supuesto de que no se cambia la educación cambiando las relaciones dentro de las instituciones educativas y que tampoco la educación provoca el cambio social. La educación sólo se modifica revolucionariamente, una vez alteradas las relaciones del poder social. De allí que la educación popular se ejecutó preferentemente al margen del sistema educativo y tuvo como rasgo esencial, constituirse en trabajos educativos realizados con los sectores populares en el proceso de su organización.
- Su pedagogía es la “pedagogía del oprimido”, en este sentido es una praxis educativa anticapitalista y contestataria.
- El proceso de concienciación aparece como uno de los más importantes procesos de desmitificación de la práctica ideológica de las clases dominantes. Por una parte, el caracterizar estas prácticas como educación bancaria, traza una significativa división en términos pedagógicos. Por otra parte, la práctica de la educación popular se sitúa como punto de rupturas y generador de contradicciones y desajustes en el sistema educativo, y tiene una crucial importancia para perturbar el normal desenvolvimiento de los mecanismos ideológicos escolares de reproducción social en cuanto instrumento de la hegemonía de los sectores dominantes.

El autor considera que se trata en esencia de una filosofía educativa y una práctica educativa anti-autoritaria, que postula una ruptura de la dicotomía educadores-educandos, restableciendo una horizontalidad, que impulsa a partir de la discusión de “temas generadores” un afrontamiento de la conciencia dominada con su misma realidad existencial, que gira en torno de la noción de opresión como rasgo “ontológico” del ser social latinoamericano, que califica la práctica educativa como un instrumento más del proceso de organización política de los sectores sociales subordinados.



Vogliotti (2001) plantea que el pensamiento de Freire es un pensamiento crítico y como tal posee como condiciones básicas: la dialécticidad, una base sustentada en la contradicción, un carácter utópico, un sentido profético y un afán emancipatorio.

- Es *dialéctico* en tanto admite permanentemente relaciones de oposición que se integran en una instancia superadora,
- Posee una base *contradictoria*, porque así concibe a la realidad y las relaciones entre los hombres y ello constituye lo fundante de toda síntesis posterior,
- Tiene un carácter *utópico* en tanto no se rinde jamás a los obstáculos que afrontan los desafíos planteados a las estructuras de poder y apunta a una sociedad emancipada e igualitaria,
- Es *profético* porque considera que el reino de Dios ha de ser construido en la tierra a través de la fe, de la esperanza que impulsa la necesidad de lucha permanente por la liberación del hombre y por ello:
- tiene una intención *emancipadora*, porque la liberación implica devolver al hombre su condición humanizadora, su condición de libertad como ser social, por eso libertad compartida, libertad colectiva.

Como dice la autora:

“La concepción filosófica de Freire se funda sobre la base de la consideración de una humanidad liberada, en un profundo respeto por la vida y en la convicción de que la esperanza y la visión de futuro que la orientan, alienta a los oprimidos a promover formas permanentes de crítica y lucha contra las fuerzas opresivas que no los dejan ser” (Vogliotti, 2001: 200).

#### **4. Concepción crítica del conocimiento en Freire**

Desde antiguos orígenes, grandes pensadores como Platón y Aristóteles, entre otros, se asignaban un camino, desde la epistemología como filosofía de las ciencias, para explicar: “cómo es que el hombre conoce, cuál es la lógica en la construcción de sus teorías, que condiciones posibilitan su producción”. La problemática del conocimiento remite a preguntarse por la posibilidad misma por su esencia, por sus orígenes, por las fuentes que lo nutren (Emmanuele, 1998).

Frente a tales enigmas, surgen históricamente diferentes posiciones epistemológicas que explican la problemática de modos diversos. En este sentido la perspectiva que ocupa nuestro interés es la *concepción crítica del conocimiento en Freire*, como pensador contemporáneo y latinoamericano que ha elaborado una verdadera concepción epistemológica acerca del conocimiento, intentando responder a los interrogantes con que iniciábamos este apartado.

Freire (1970) mediante el método de análisis dialéctico compara la concepción de conocimiento subyacente a las características antagónicas de la concepción bancaria y deshumanizadora de la educación que él denuncia y la concepción problematizadora y humanizadora de la educación que él anuncia.

Nos advierte que en esta primera visión bancaria de la educación el conocimiento se presenta como una donación de aquellos que se juzgan sabios a los que juzgan ignorantes, desde el presupuesto de la *absolutización de la ignorancia* (1970: 77), que constituye la alienación de la ignorancia que siempre se encuentra en el otro.

El educador es quien sabe y posee el conocimiento, mientras que los educandos son los ignorantes, por lo que los educadores tendrán la tarea de dar, entregar, llevar y transmitir su conocimiento a los educandos. En este sentido nos hallamos con un conocimiento que no se vincula a la experiencia realizada, sino que se trata de un conocimiento o saber de la experiencia narrada o transmitida.

En esta práctica Freire (1970) considera dos momentos: el primero en el cual el educador, en su biblioteca o laboratorio, ejerce un acto cognoscente frente al objeto cognoscible, donde prepara su clase. El segundo momento es aquel en el cual frente a los educandos narra o diserta con respecto al objeto sobre el cual ejerce su acto cognoscente, de manera que, como decíamos, a los educandos solo les corresponde el papel de archivar la narración o depósitos que les hace el educador. El autor plantea:

“No puede haber conocimiento pues los educandos no son llamados a conocer sino a memorizar el contenido narrado por el educador. No realizan ningún acto cognoscitivo, una vez que el objeto que debiera ser puesto como incidencia de su acto cognoscente es posesión del educador y no mediatizador de la reflexión crítica de ambos” (Freire 1970: 91).

El autor considera que la concepción del conocimiento desde la educación bancaria, es lo que Sartre denomina concepción “digestiva” o “alimenticia” del conocimiento o el saber. Éste es como si fuese un alimento que el educador va introduciendo en los educandos, en una especie de tratamiento que engorda (Freire, 1970: 83). De la misma manera la denomina concepción “nutricionista del conocimiento” que considera que los analfabetos están desnutridos y el conocimiento aparece como el alimento del espíritu que se espera que estos coman y digieran (Freire, 1990:65).

Desde el anuncio de una *educación humanizadora*, Freire (1970) plantea que en la relación educativa educadores y educandos se encuentran en una tarea en que ambos son protagonistas, esta es desvelar la realidad, conocerla críticamente y recrear ese conocimiento de la realidad. De manera que al alcanzar ese conocimiento de la misma, a través de la acción y reflexión común, se descubren siendo verdaderos

creadores y re-creadores.

La educación deja de ser un acto de mera transmisión de conocimientos para ser un *acto cognoscente*. En la situación gnoseológica el objeto cognoscible u objeto de conocimiento es el mediador de los sujetos cognoscentes implicados.

El acto de *conocimiento desde la concepción crítica freireana* involucra un movimiento dialéctico que pasa de la reflexión y de la reflexión sobre la acción a una nueva acción. De esta manera para que el educando sepa lo que no sabía antes, debe involucrarse en un genuino proceso de abstracción por medio del cual pueda reflexionar sobre el "todo" acción-objeto o, en un plano más general, sobre formas de orientación con el mundo. En este proceso de abstracción, se proponen al educando, como objetos de su crítica, situaciones representativas, cotidianas y existenciales del modo en que se orienta en la realidad (Freire, 1990).

En este sentido, el acto de conocimiento para Freire presupone no sólo una teoría del conocimiento, sino un método que corresponde a tal teoría. Esta metodología de análisis implica un ejercicio de abstracción, mediante la cual, por medio de representaciones de la realidad concreta, se busca el conocimiento de la realidad. En la metodología freireana, el instrumento de tal abstracción, para la construcción de conocimiento, es la codificación o representación de las situaciones existenciales de los educandos, que se presenta como mediación, y que los educandos deberán decodificar y problematizar para llegar al nivel crítico del conocimiento.

Esto significa que la dinámica entre la codificación de situaciones existenciales y la decodificación involucra a los educandos en la reconstrucción constante de lo que anteriormente era su "admiración de la realidad" (Freire, 1990).

En relación con ello, Freire destaca y analiza en el proceso de conocimiento el concepto de *admirar* que consiste en objetivar el "no yo". Se trata de una operación dialéctica que caracteriza al hombre, diferenciándolo del animal. Directamente vinculada a la dimensión creativa del lenguaje, el admirar quiere decir que el hombre se enfrenta con su "no yo" para poder entenderlo. Por esta razón dice Freire:

"no existe acto de conocimiento sin admiración del objeto que se debe conocer. Puesto que el acto de conocimiento es un objeto dinámico...para conocer, el ser humano no sólo admira el objeto, sino que debe siempre volver sobre su admiración anterior. Cuando volvamos a admirar nuestra admiración previa...estamos simultáneamente admirando el acto de admirar y al objeto admirado, con el fin de poder superar los errores cometidos en nuestra admiración anterior. Esta "readmiración" nos lleva a percibir una percepción previa...y los educandos la van reemplazando por un conocimiento cada vez más crítico" (Freire, 1990: 73).

En el acto de conocimiento desde la perspectiva crítica se reconoce la indiscutible unidad que existe entre la subjetividad y la objetividad. Freire (1990) plantea que la realidad jamás consiste sólo en datos objetivos o hechos concretos, sino también en las percepciones que los hombres tienen sobre los mismos. Y en este sentido el autor aclara que esto no implica una afirmación subjetivista o idealista, ya que por el contrario ambos se hacen presentes cuando se rompe la unidad objetivo-subjetivo<sup>6</sup>.

El acto de conocimiento implica la existencia de dos contextos interrelacionados: uno es el contexto del diálogo auténtico entre educadores y educandos como sujetos de conocimiento (cuestión que desarrollaremos en el apartado que sigue vinculado a la relación gnoseológica e intersubjetividad) y el otro es el contexto real de los hechos concretos, la realidad social en la que existen los hombres.

*Recapitulando:* para Freire el conocimiento se construye desde un esfuerzo permanente donde los hombres, educadores y educandos, van percibiendo críticamente cómo están siendo en el mundo en qué y con qué están. La práctica problematizadora propone a los hombres su situación como problema, su situación concreta como incidencia de su acto cognoscente, a través de la cual se posibilita la superación de la percepción mágica o ingenua que de ella hayan construido.

Se advierte cómo la educación problematizadora supera la contradicción educador-educandos, sin la cual el acto cognoscente no sería viable, como plantea el autor "sin esta no sería posible la relación dialógica, indispensable a la cognoscibilidad de los sujetos cognoscentes, en torno del mismo objeto cognoscible" (Freire, 1970:89).

Estas consideraciones nos introducen al papel de la comunicación, el dialogo ejercido a través de la palabra y la educación dialógica como posibilitadora en la construcción de conocimientos, en el marco de las relaciones intersubjetivas.

### **5. Relación gnoseológica e intersubjetividad: la comunicación dialógica**

Desde la epistemología freireana el conocimiento incluye la relación comunicativa entre sujetos cognoscentes, en torno a un objeto cognoscible. La educación se presenta como una acción gnoseológica en la que confluyen educador y educando como sujetos cognoscentes.

El carácter gnoseológico de la educación está estrechamente ligado a su carácter dialógico, ya que el sujeto no piensa sólo, sino en las relaciones con los otros y

---

<sup>6</sup> Basado en los planteos de Sartre, Freire (1990:71) plantea que existen dos formas de caer en el idealismo, una de ellas consiste en disolver lo real en la subjetividad, la otra, en negar toda subjetividad real en nombre de la objetividad.



mediatizados por el mundo en común-uniión, de manera que emerge la doble función del pensamiento: cognoscitiva y comunicativa. En este sentido la comunicación se presenta como necesaria y fundamental para el conocimiento, implica reciprocidad, sujetos activos, críticos, participantes y comprometidos en el contexto de un marco significativo común:

“Para ser un acto de conocimiento el proceso de alfabetización de adultos exige tanto de educadores como de educandos una relación de auténtico diálogo. El verdadero diálogo reúne a los sujetos en torno al conocimiento de un objeto cognoscible que actúa como mediador entre ellos” (Freire, 1990:70).

Por lo tanto, para que el diálogo sea un verdadero método de conocimiento, los sujetos deben abordar la realidad científicamente, buscando las conexiones dialécticas que explican las formas de la realidad.

A partir de estas consideraciones, el dialogo se erige como la estructura esencial del conocimiento, ya que la situación gnoseológica no es posible originada de manera aislada, desde esta concepción. En este sentido el educador siente la necesidad de ampliar el dialogo a otros sujetos cognoscentes, los educandos, desafiándolos a pensar, a desnaturalizar y problematizar.

Freire entiende que el dialogo es el único modo de conocer, porque es un modo de ser propiamente humano y hace que la educación sea humanista y humanizante. Considera que son seis los componentes que hacen posible el diálogo: amor, humildad, fe en los hombres, confianza, esperanza y el pensar crítico (Freire, 1970:106-110). Analicemos cada uno como constituyentes y facilitadores de la relación gnoseológica educador-educando:

- No hay dialogo si no hay profundo *amor* al mundo y a los hombres, el amor es un compromiso con los hombres, un acto de valentía que radica en comprometerse con la causa de la liberación.
- No hay dialogó si no hay *humildad*, ya que la pronunciación del mundo no puede ser un acto arrogante ni autosuficiente. Se trata de ser capaz de sentirse y saberse tan hombre como los otros para llegar a un lugar de encuentro con ellos, y en este encuentro los hombres en comunicación buscan saber más.
- No hay diálogo si no existe una intensa *fe* en los hombres, en su poder de hacer y rehacer, crear y re-crear, en su vocación de ser más. Freire considera que el hombre dialógico tiene fe en los hombres antes de encontrarse frente a frente con ellos, lo que se presenta como un desafío al cual responder.
- El dialogo se transforma en una relación horizontal en que la *confianza* de una persona en la otra es una consecuencia obvia. La confianza va haciendo que los



hombres dialógicos se vayan sintiendo cada vez más compañeros en su pronunciación del mundo, implica el testimonio que un sujeto da a otro de sus intenciones reales y concretas.

- Tampoco hay diálogo sin *esperanza*, esta se halla en la raíz de la inconclusión de los hombres, a partir de la cual se mueven en permanente búsqueda. La deshumanización, que resulta del orden social injusto, no puede ser razón para la pérdida de la esperanza, por el contrario, debe ser motivo de una mayor esperanza, la que conduce a la búsqueda de la instauración de la humanidad negada en la injusticia.
- Finalmente no hay dialogo verdadero si no hay en los sujetos un *pensar verdadero*, un pensar *crítico* que perciba a la realidad como un proceso en devenir y no como algo estático. Para el pensar crítico lo importante es la permanente transformación de la realidad orientada a una permanente humanización, a diferencia de un pensar ingenuo que se acomoda a un presente normalizado.

En virtud de estas consideraciones el diálogo es la relación que tornará posible el conocimiento en el marco del acto cognoscente en que se hallan involucrados: educador, educandos y objeto cognoscible como mediador entre los sujetos, lugar de incidencia de la reflexión de ambos.

Sólo el diálogo que implica el pensar crítico es capaz de generar conocimiento, sin él no hay comunicación y sin esta no hay verdadera educación, la que se instaura como situación gnoseológica en la que los sujetos inciden su acto cognoscente sobre el objeto cognoscible que los mediatiza, pero también inciden en la cognoscibilidad del educador, en su forma de conocer, ahora aprendiendo de los educandos en la práctica educativa liberadora.

Considerando lo planteado hasta aquí, el elemento fundamental que va a hacer posible la situación gnoseológica desde la perspectiva freireana es la *dialoguicidad*, rompiendo con esquemas verticales propios de pedagogías tradicionales sustentadas en lo que Freire denominó concepción bancaria de la educación, y superándolos en virtud de un nuevo término educador-educando con educando-educador.

Dicha situación de superación va a tener su implicancia fundamental en el acto cognoscente, ya que el educador no sólo es el que educa sino aquel que, en tanto educa es educado a través del dialogo con el educando, quien, al ser educado también educa. Así ambos se transforman en sujetos del proceso de conocimiento en el que crecen juntos. Dice el autor "ahora, ya nadie educa a nadie, así como tampoco nadie se

educa a sí mismo, los hombres se educan en comunión, mediatizados por el mundo” (Freire, 1970: 90).

Estos planteos nos remiten a reflexionar sobre esa mediatización en el acto cognoscente, donde educadores y educandos van a estar mediados por los objetos cognoscibles, los que dejan de ser propiedad exclusiva del educador para transformarse en la incidencia de la reflexión crítica de ambos:

*El educador* es siempre un sujeto cognoscente, cuando prepara su clase y cuando se encuentra dialógicamente con los educandos, como dice el autor “el educador problematizador rehace, constantemente su acto cognoscente en la cognoscibilidad de los educandos” (Freire, 1970:91).

*Los educandos*, dejan de ser dóciles receptores pasivos y se transforman en investigadores críticos en diálogo con el educador, quien a su vez es también un investigador crítico.

Y en este proceso, algunos de los requisitos que Freire considera para la construcción del conocimiento en los sujetos educadores/educandos implican:

- Una posición curiosa frente al mundo,
- Una acción transformadora frente a la realidad,
- Una acción que demanda una búsqueda e indagación constante,
- Una invención y reinención de lo conocido,
- Y una reflexión crítica de los sujetos sobre el acto mismo de conocer.

De manera que en este proceso el educador presenta a los educandos el contenido como objeto de su admiración, del estudio que debe realizarse, ‘readmira’ la ‘admiración’ que hiciera con anterioridad en la ‘admiración’ que de él hacen los educandos” (Freire, 1970:91-92).

*Recapitulando*: el conocimiento se construye desde un esfuerzo permanente de los hombres a través del diálogo y sus elementos constitutivos esenciales en el marco de una educación problematizadora. A partir de allí van percibiendo críticamente cómo están siendo en el mundo en qué y con qué están, su situación concreta se presenta como incidencia de su acto cognoscente, lo que posibilita la superación de la percepción mágica o ingenua que de ella hayan construido.

De esta manera nos introducimos a la cuestión que vincula la indefectible unión de la *concienciación en el proceso de conocimiento*, desde la concepción freireana.

## 6. Construcción del conocimiento y niveles de conciencia en Freire

Inicialmente analizábamos cómo Freire concibe a la educación como situación gnoseológica, donde el dialogo es central desde una perspectiva comunicacional vinculada al concepto de praxis, como reflexión y acción, en el marco de las relaciones intersubjetivas.

El conocimiento se construye de manera constante donde educadores y educandos van percibiendo su situación concreta como problema, como acontecimiento constitutivo de su acto cognoscente. Esta situación es la que posibilita la superación de una percepción mágica o ingenua que de esa situación hayan construido, y promueve el paso, desde una educación problematizadora, a una percepción crítico-reflexiva.

Estas ideas nucleares en los planteos de Freire (1965, 1990) lo llevaron a investigar cómo se construye el conocimiento de la realidad y cómo influyen los condicionamientos históricos estructurales en este proceso, que implican a la conciencia del hombre.

Vogliotti (2001) plantea que influenciado por del pensamiento marxista, Freire estudia los diferentes niveles de *conciencia* y de *conocimiento* en América Latina<sup>7</sup> a partir de concebir la realidad histórico-cultural como una superestructura en relación a una infraestructura.

Freire (1990) entiende que a medida que los hombres actúan sobre el mundo transformándolo con su trabajo, su *conciencia* y su *conocimiento* se ven condicionados histórica y culturalmente, y según la calidad de este condicionamiento, su conciencia alcanza varios niveles en el contexto de la realidad histórico-cultural.

A este fenómeno en que la conciencia alcanza niveles superiores el autor denominó *concienciación*, y se refiere al proceso mediante el cual los hombres, no como receptores, sino como *sujetos de conocimiento*, alcanzan una conciencia creciente tanto de la realidad sociocultural que da forma a sus vidas, como de su capacidad de transformar dicha realidad (Freire, 1990).

La *conciencia* se constituye en la dialéctica de la acción del y sobre el mundo, sin embargo la *concienciación* es una reflexión sobre la realidad material. La conciencia es imposible sin el mundo que la constituye, y el mundo es imposible - sí al constituir la conciencia- no se convierte en objeto de su reflexión crítica.

La praxis solo es posible allí donde se mantiene la dialéctica objetivo-subjetivo,

---

<sup>7</sup> Más precisamente del hombre brasileño de la década de los 60' y los 70'. Para su consulta se halla la obra "Educación como práctica de la libertad" (1974:51).

en este sentido la concienciación es viable sólo porque la conciencia de los hombres, aunque condicionada, puede reconocer que lo está. Esta dimensión crítica de la conciencia da cuenta de las metas que los hombres asignan a los actos de transformación de la realidad.

De la misma manera Freire entiende que el hecho de *conocer* supone una situación dialéctica: no estrictamente un “yo pienso” sino un “nosotros pensamos”, es él “nosotros pensamos” lo que posibilita pensar. En el plano epistemológico, entiende que el objeto de conocimiento no implica una cuestión terminal en el proceso de conocimiento para el sujeto, sino una mediación en ese conocimiento.

De esta manera para el autor el *conocimiento* no es algo que esté hecho y acabado, y la *conciencia* es una “intención” con respecto al mundo. En términos humanistas, el *conocimiento* implica una unidad constante entre la acción y la reflexión en torno a la realidad. Tal como nuestra presencia en el mundo, nuestra *conciencia* transforma el *conocimiento*, actuando sobre y pensando acerca de lo que nos permite alcanzar el estado de reflexión. Esta es la razón por la cual el hombre debe tomar su presencia en el mundo como centro de análisis crítico, y al volver sobre sus experiencias previas capta el *conocimiento* de las mismas y sobre las mismas.

*Recapitulando*: Hemos analizado la relación entre *conciencia*, *realidad social* y *conocimiento*, a continuación desarrollaremos los diferentes niveles de conciencia y de conocimiento en América Latina.

### **6.1 Conocimiento y conciencia intransitiva o semiintransitiva**

Freire (1990) considera que existe un modo de conciencia que se corresponde a la realidad concreta de las sociedades dependientes, se trata de una conciencia históricamente condicionada por las estructuras sociales, su característica principal es la “casi adherencia”, la “casi inmersión” a la realidad objetiva. La denomina *conciencia intransitiva o semiintransitiva*.

Esta es típica de las estructuras cerradas y dada su casi inmersión en la realidad concreta esta conciencia no llega a percibir muchos de los desafíos de la realidad o los percibe distorsionados. Freire (1960) plantea que se caracteriza por centralización de los intereses del hombre en torno a sus formas vegetativas de vida, sus preocupaciones se ciñen a lo vital faltándole tenor de vida en el plano histórico. Esta forma de conciencia representa una falta de compromiso entre el hombre y su existencia.

Al carecer de una percepción estructural, los hombres atribuyen como fuentes de los hechos y situaciones de su vida a alguna superrealidad o a algo que existe dentro



de ellos mismos, es decir a algo externo a la realidad objetiva, y en este sentido su acción adquiere un carácter de magia protectora o terapéutica ya que están orientadas a seres superiores o hacia su supuesta incapacidad. El discernimiento se dificulta, se confunden los objetivos y los desafíos del exterior, el hombre se hace mágico por no captar la auténtica causalidad.

Uno de los componentes estructurales de una sociedad cerrada es el *silencio de las masas*, cuando éste coincide en las masas con una percepción fatalista de la realidad, las elites de poder que imponen silencio rara vez son cuestionadas. Freire (1990) denominó a este fenómeno *cultura del silencio* que es un modo de cultura superestructural que condiciona una forma especial de conciencia, ésta se origina en la relación entre el tercer mundo y la metrópolis y es el resultado de las relaciones estructurales entre los dominados y los dominadores, de la relación de dependencia en tanto fenómeno relacional generado entre ambos.

Lo que Freire (1989) quiere significar con conciencia y conocimiento semiintransitivo es la limitación en la esfera de la comprensión y la impermeabilidad a desafíos que vengan desde afuera del área vegetativa en el hombre.

El autor considera que en la medida en que se amplía su poder de captación y de respuesta a las cuestiones que parten del exterior, cuando la sociedad cerrada comienza a quebrarse y, en la medida que aumenta el poder del diálogo, no sólo con otro hombre sino con el mundo, el ser humano se “transitiva” prolongando sus intereses y preocupaciones a otras esferas más allá de lo vital. Esta transición histórica vivida por todas las sociedades latinoamericanas en mayor o menor grado, corresponde a una nueva fase de la conciencia popular, aquella de la “*transitividad ingenua*” (Freire, 1990).

## **6.2 Conocimiento y conciencia ingenuo transitiva**

A lo largo del proceso mediante el cual emerge del silencio la capacidad de la conciencia popular, esta se amplía y los hombres comienzan a ser capaces de visualizar y distinguir lo que hasta entonces no se percibía claramente. La transitividad de la conciencia hace permeable al hombre y lo lleva a vencer su falta de compromiso con la existencia.

Freire (1990) plantea que la conciencia transitiva emerge como conciencia ingenua, tan sometida como la primera, no obstante, se encuentra más dispuesta a percibir el origen de su ambigua existencia en las condiciones objetivas de la sociedad. Se caracteriza por la simplicidad en la interpretación de los problemas, por la tendencia a juzgar que el tiempo pasado fue mejor, por la subestimación del hombre común, por

una fuerte inclinación al gregarismo, por la impermeabilidad a la investigación, por la fragilidad en la argumentación, por un fuerte contenido emocional, por la práctica no del diálogo sino de la polémica, y por las explicaciones mágicas.

La aparición de esta conciencia popular implica, o bien la superación de la cultura del silencio, o al menos la presencia de las masas en el proceso histórico que presiona a la elite de poder. Aunque ingenuamente intransitiva, constituye una etapa en el desarrollo de ella que incomoda a los grupos de poder. De manera que, como en las masas existe un momento de sorpresa cuando comienzan a ver lo que hasta entonces no habían visto, existe en las elites una sorpresa cuando se ven desenmascaradas por las masas. Este desvelamiento produce ansiedades: las masas están ansiosas de libertad, ansiosas por superar el silencio, las elites están ansiosas por conservar el *statu quo* (Freire, 1990).

En el proceso de transición el carácter estático de la "sociedad cerrada" abre camino a un dinamismo en las dimensiones de la vida social. Las contradicciones salen a la superficie, provocando conflictos en los cuales la conciencia popular se hace cada vez más exigente.

Freire (1990) entiende que en la medida que esta transición histórica se va agudizando, grupos de intelectuales y estudiantes, pertenecientes a la elite privilegiada, procuran implicarse en la realidad social, tendientes a rechazar esquemas importados y soluciones prefabricadas. En la medida en que se intensifica la fase transicional estos grupos activos se concentran en su realidad nacional para conocerla mejor y crear formas de superar el estado de dependencia de su sociedad. En este sentido el paso de las masas de un estado de conciencia semiintransitivo a uno ingenuo transitivo es también un momento decisivo para la conciencia crítica de estos grupos progresistas, que, en esta etapa se multiplican y son capaces de lograr comunión con el pueblo a través de la literatura, el arte, el teatro, la música, la educación, los deportes etc.

Esta fase transicional origina un nuevo estilo de vida político, se pasa de los líderes paternalistas al liderazgo populista que, sin embargo, sigue manteniendo un carácter manipulador. La aparición de las masas no permite que continúe vigente el estilo político de la sociedad cerrada, lo que no significa que las masas sean capaces de hablar por sí mismas, y aquí entra la figura de liderazgo manipulador de las masas, que preserva la ingenuidad de la conciencia emergente y la tendencia de las personas a que alguien las dirija, pero paradójicamente, al recurrir a la protesta y a las exigencias acelera el proceso mediante el cual el pueblo descubre la realidad. De esta manera se advierte el carácter ambiguo del populismo: es manipulador pero al mismo tiempo es un

factor de la movilización democrática.

En el marco de estas contradicciones y ambigüedades, la aparición de las masas populares en las sociedades en transición prepara el camino para que estas tomen conciencia de su estado dependiente. Esta conciencia da lugar a acciones que apuntan a una transformación de la sociedad orientada a través de un proyecto transformador, utópico, es un proceso en el cual el pueblo asume el rol de sujeto en la aventura de transformar y recrear la realidad. Freire (1990) entiende que la utopía revolucionaria de transformación es dinámica y tiende a la vida, al futuro como desafío creativo, al amor, a la emoción, a vivir en común-unión, al diálogo comunicativo, a la praxis y a los valores que se viven. Este proyecto está mediatizado por los revolucionarios que, a diferencia del líder populista han de conservar como condición básica coherencia y compromiso, utilizando todos los medios viables para facilitar en las masas el pasaje de la conciencia ingenua a la conciencia crítica.

### **6.3 Conocimiento y conciencia crítica**

El paso de un nivel de conciencia semiintransitivo o transitivo ingenuo a la construcción de una conciencia crítica colectiva se origina en un proceso de praxis, acción y reflexión. Vogliotti (2001) entiende que todo proyecto revolucionario es "acción cultural" en proceso de convertirse en "revolución cultural". Y este proceso de cambio solo es posible a través de un *conocimiento crítico y reflexivo*. Así en el acto de conocer la realidad, el mundo en transformación aparece como el objeto de conocimiento, como el mediador del diálogo entre el pueblo y el liderazgo revolucionario, como el mediador del diálogo entre educadores y educandos, en el marco del proceso educativo.

Freire (1990) considera que la comunión con el pueblo es una característica fundamental de la acción cultural para la libertad ya que implica comunicación entre los hombres, mediatizada por el mundo, que se constituye en objeto de su conocimiento crítico. En este contexto la concienciación<sup>8</sup> se transforma en proyecto viable.

La concienciación según Vogliotti (2001) aparece como un proyecto conjunto que implica superar un estado de conciencia semiintransitivo o transitivo ingenuo, implicando además la inserción crítica de la persona concienciada en una realidad liberada de mitos. De esta manera la conciencia y conocimiento crítico realizará la denuncia radical de estructuras deshumanizadoras e injustas y la proclamación de una nueva realidad que deben crear los hombres.

---

<sup>8</sup> Según Vogliotti (2001) por la importancia que tiene la ciencia para el conocimiento de la realidad, Freire prefiere llamar concienciación a este proceso: "con-ciencia".



En este sentido la autora considera que un *conocimiento crítico* sólo es posible a través de la acción cultural para la libertad que ha de estar orientada al descubrimiento científico de la realidad que involucra un proceso de crítica de la ideología que sólo puede hacerse a través de las relaciones dialécticas entre “los hombres y el mundo y la comprensión crítica del modo en que esas relaciones evolucionan y condicionan a su vez la percepción que tienen los hombre de la realidad concreta” (Freire 1990:104).

La concienciación permite el cambio del conocimiento ingenuo al conocimiento crítico, implica el conocimiento objetivo de la realidad a través de su problematización permanente y la anunciación de una nueva realidad creada en un proyecto histórico que significa la meta de los hombres. Ésta transitividad de la conciencia crítica se caracteriza por:

“ ...La profundidad en la interpretación de los problemas, por la sustitución de explicaciones mágicas por principios causales, por tratar de comprobar los descubrimientos y estar dispuesto a revisiones, por despojarse de preconcepciones en el análisis de problemas y en su comprensión evitar deformaciones, por negar la transferencia de la responsabilidad, por la negación de posiciones quietistas, por la seguridad de la argumentación, por la práctica del diálogo y no de la polémica, por la receptividad de lo nuevo, no sólo de lo nuevo, y por la no-negación de lo viejo, sólo por lo viejo, sino por la aceptación de ambos, en cuanto a su validez...esta *conciencia crítica* implica un regreso a la verdadera matriz de la democracia, de allí que sea característica de los auténticos regímenes democráticos y corresponda a formas de vida altamente permeables, interrogadoras, inquietas y dialogales...” (Freire 1960:55. La cursiva es nuestra).

De acuerdo a Vogliotti (2001) se puede sintetizar la idea freireana acerca del *conocimiento y los niveles de conciencia* en términos de unidad dialéctica subjetivismo-objetivismo: sólo desde la concienciación podemos comprender el papel de la conciencia, del conocimiento en y de la historia para transformarla. En otras palabras, en la concienciación la percepción ingenua o mágica de la realidad cede paso a una percepción capaz de percibirse, y en la medida que es capaz de percibirse en tanto percibe la realidad que le parecía irremediable, es capaz de objetivarla. De manera que “profundizando la toma de conciencia de la situación los hombres se apropian de ella como realidad histórica y como tal, capaz de ser transformada” (Freire 1970:98).

Freire (1960) insiste en que a la transitividad de *conocimiento y conciencia crítica* no se llega automáticamente sino por efecto de un trabajo educativo crítico, una educación dialogal y activa orientada hacia la responsabilidad social y política, la crítica implica que el hombre comprenda su posición dentro de su contexto, implica su injerencia, su integración, la representación objetiva de la realidad. De ahí que



concienciación sea para Freire el desarrollo de esta toma de conciencia, que remarca, no es resultado de modificaciones económicas por más grandes que sean, sino que el desarrollo de un *conocimiento y conciencia crítica* resulta del trabajo pedagógico crítico apoyado en condiciones históricas propicias.

## 7. Síntesis...

Este capítulo inicial nos ha permitido abordar la concepción de conocimiento en Freire. Para ello en primer lugar nos situamos en su perspectiva epistemológica, realizamos un breve análisis sobre sus principales argumentos y profundizamos en el desarrollo de las bases teóricas y filosóficas que fecundan su pensamiento.

Advertimos cómo el éste nos remite a un amplio encadenamiento de corrientes teóricas donde confluyen, por un lado aspectos centrales del pensamiento radicalizado de la nueva sociología de la liberación, superando el exacerbado pesimismo de dichos planteos y proponiendo el anuncio de una sociedad más humanizadora a través de la educación problematizadora. Por otro lado las ideas emancipatorias de la teología de la liberación y de distintas vertientes filosóficas en sus elementos más valiosos y significativos como son el personalismo de Mounier, la filosofía hegeliana, el pensamiento marxista, el existencialismo de Sartre y el pensamiento de la fenomenología.

Estas bases teóricas que cimentan el pensamiento freireano nos permitieron comprender su concepción epistemológica: para Freire el conocimiento se construye desde un esfuerzo permanente donde los hombres, educadores y educandos, van percibiendo críticamente cómo están siendo en el mundo en qué y con el qué están. La práctica problematizadora propone a los hombres su situación concreta como problema, como incidencia de su acto cognoscente, a través de la cual se posibilita la superación de la percepción mágica o ingenua que de ella hayan construido sus protagonistas.

Analizamos cómo el carácter gnoseológico de la educación problematizadora esta inherentemente vinculado a las cuestiones intersubjetivas donde la comunicación dialógica, junto al proceso de concienciación y la influencia de los condicionamientos socio-históricos estructurales, aparecen como elementos constitutivos e inherentes que van a condicionar la construcción de un conocimiento crítico.

En virtud de lo desarrollado y de acuerdo a Rodríguez (2003) y Vogliotti (2001) entendemos que en la configuración de la obra freireana se halla una filosofía acerca de la construcción y producción de conocimiento, en abierta oposición a un subjetivismo y objetivismo, y que entiende al conocimiento como:

- Una *construcción dialéctica* que implica una síntesis de las contradicciones innato-adquiridas, sujeto-objeto, hombre-mundo (subjetividad, objetividad), pensamiento-acción, teoría-práctica, deshumanización-humanización, opresión-liberación, extensión-comunicación. Desde esta perspectiva contrapone la idea de educación bancaria y extensionista a la de educación basada en la problematización y comunicación, en tanto la primera concibe el conocimiento como acto de depositar contenidos en conciencias huecas, mientras que la segunda implica la construcción y producción de conocimiento en el marco de una "situación gnoseológica".
- Una *praxis concientizadora y transformadora* de la realidad y el mundo para transformarlo en movimiento dialéctico.
- Una *interacción entre el contexto concreto y el contexto teórico*, que permite, a través del diálogo, la profundización del acto de conocimiento.
- Un *proceso de concienciación*, que favorece la evolución histórica de una conciencia semiintransitiva, a una transitividad ingenua y de ahí a la conciencia crítica. Como proceso en que los hombres participan críticamente en un acto transformador, como proceso provocador del reconocimiento del mundo en dinámica creación que implica una constante clarificación de lo que permanece oculto en el interior del hombre mientras circula por el mundo, como proceso permanente que puede producirse en cualquier momento.
- Un *proceso intersubjetivo y dialógico* entre los sujetos, educador y educandos, que implica una relación donde hay incidencia sobre el mundo para transformarlo.
- *La admiración del mundo* para transformarlo, que como acto gnoseológico, apunta al conocer implica una función cognoscitiva y una función comunicativa.
- Una *apuesta a los hombres simples*.

Desde la perspectiva epistemológica desarrollada intentamos responder, por un lado, a cómo vamos a conocer científicamente la realidad en que se origina nuestro tema de estudio, y por el otro cómo se van a construir y propiciar la construcción de los conocimientos en el marco de la experiencia socio-educativa a realizar.

Respecto a nuestro referente coincidimos con Giroux en considerar que:

"Freire demuestra que no sólo es un hombre del presente, sino también un hombre del futuro. Su discurso, sus acciones, su calidez y su punto de vista representan una forma de reconocer y criticar un mundo, el trabajo y la presencia de Freire nos recuerdan no sólo lo que somos, sino también las posibilidades de aquello que podemos ser..." (Giroux en Freire, 1990:25. La cursiva es nuestra).

Estos aspectos nos permiten avanzar en la posición que adoptamos respecto a nuestro objeto de investigación, lo que se analizara en el capítulo que sigue.

## Capítulo 2

### EL OBJETO-PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN: LA SALUD EN CONTEXTO

En el presente capítulo analizaremos el campo de la salud como objeto de conocimiento de nuestra investigación.

En la historia de la humanidad la epistemología, como filosofía del conocimiento científico, marca su extensa presencia puesto que el hombre permanentemente abre interrogantes sobre la legitimidad de sus conocimientos (Emmanuele, 1998).

Las ciencias se definen en su historia real, historia de errores y búsqueda crítica de verdades, por los movimientos de ruptura frente a los obstáculos epistemológicos, y a la luz de las condiciones sociales que posibilitan la producción conceptual. Emmanuele (1998) considera que las ciencias remiten a prácticas sociales vinculadas a organizaciones del saber o áreas de conocimiento con caracteres que les son propios y que, a su vez, las diferencian de otras prácticas sociales. Sus historias resultan desiguales por lo que reclaman métodos diferentes, epistemologías diferentes.

En este sentido, nuestra concepción epistemológica está basada en un conocimiento eminentemente crítico<sup>9</sup> en virtud de los planteos freireanos, que se constituyen en nuestro fundamento teórico-práctico en esta investigación. Partimos de considerar que el conocimiento se construye en las relaciones del hombre con el mundo y, en el marco de relaciones de transformación, el conocimiento se perfecciona a través de la problematización crítico-reflexiva de esas situaciones.

En el contexto de prácticas educativas el acto cognoscente implica tres elementos: educador, educandos y objeto cognoscible, y se presenta como mediador entre los sujetos del proceso de conocimiento, como lugar de incidencia de la reflexión de los sujetos. En esta situación, la palabra, el diálogo y la comunicación, a través de relaciones intersubjetivas, son elementos que, si son verdaderos y promovidos desde una concepción dialógica y humanizante de la educación, tornarán posible el acto cognoscente.

No obstante, consideramos que pensar en la concepción de conocimiento desde la cual se va a abordar el *objeto de conocimiento*, que es el estado socio-sanitario de

---

<sup>9</sup> En este sentido consideramos como Emmanuele (1998) que el conocimiento científico avanza gracias a una crítica constructiva, transformadora del pasado y rectificadora de errores, se trata de una inventiva humana como una "creación abierta orientada hacia el futuro" (Díaz de Kóbila 1992, en Emmanuele 1998:20) o lo que Bachelard designa como la estética de la inteligencia. La verdad emerge tras la reconstrucción, tras este movimiento dialéctico que obliga a la razón a volverse contra sí misma, por lo tanto la verdad es siempre relativa por su propio carácter histórico, jamás se torna definitiva y menos aun, única.



los sujetos de una comunidad delimitada, "implica seguir un recorrido que supone múltiples aproximaciones" (Monestés 1993, en Emmanuele 1998:20), y desde la concepción crítica pensamos que implica una doble consideración:

- 1) Por un lado, *cómo voy a conocer científicamente la realidad* en que se origina nuestro tema de estudio,
- 2) Y por el otro *cómo se van a propiciar y construir los conocimientos* en el marco de la experiencia socio-educativa a realizar.

Si bien se trata de cuestiones que se van a profundizar en el desarrollo del trabajo, la primera en los aspectos metodológicos y la segunda en el desarrollo de la experiencia, a continuación manifestaremos algunas reflexiones sobre nuestra concepción del conocimiento crítico, como investigadores, en cada uno de estos casos:

- 1) Respecto a tratar de *conocer científicamente la realidad* en que se origina nuestro tema, no sólo partimos de someter nuestros procedimientos epistemológicos a nuestra objetivación, sino que también intentamos buscarla basada en los hechos concretos de dicha realidad comunitaria que se pretende investigar. Desde esta perspectiva, iniciamos este proyecto desde una actitud comprometida, no neutral, con la realidad que procuramos conocer, esta actitud debe generar conocimiento como proceso que implica acción y reflexión acerca del papel de los sujetos en el mundo y en su realidad concreta.

La forma en que conocemos el tema y los hechos que lo conforman en la realidad concreta de una comunidad determinada, están íntimamente vinculados con la metodología de nuestra investigación. Sólo a título de someras reflexiones sobre este tipo de conocimiento, destacamos el lugar que le compete al compromiso con las cuestiones que van emergiendo de los hechos y temas que se formulan de manera explícita en el campo de la investigación. El conocimiento de los temas preocupantes, sus contra-argumentos o temas opuestos, los propósitos y acciones que implican, etc., nos llevan a profundizar y revelar nuestra comprensión y conocimiento del tema. Pero también nos encaminan a ver su contrapartida, lo que nos permite una elección que a su vez "exige que nos comprometamos con una forma de acción coherente con las metas implícitas en el tema" (Freire, 1990: 122).

Consideramos que en este tratar de conocer científicamente la realidad, de ciertos aspectos de la salud de un grupo comunitario determinado, cuanto más lleguemos a conocer la realidad socio-histórica de los temas que los vecinos expresan, en relación dialéctica con asuntos opuestos, más difícil nos resultará

permanecer neutrales, y de ahí que este conocimiento científico se construye desde una perspectiva crítica, mediatizados por el objeto cognoscible que es la realidad de la comunidad y relacionados intersubjetivamente en la comunicación dialógica con ellos, reconstruyendo nuestra cognoscibilidad de la situación a conocer en la cognoscibilidad que de ella tienen ellos mismos, incorporamos valores humanos, sociales y tendencias de acción que imposibilitan el permanecer neutrales.

De hecho, el partir de un marco conceptual crítico como lo es la teoría freireana y el realizar la lectura previa del contexto teórico socio-sanitario de la comunidad estudiada, ya nos sugiere acerca de la no neutralidad en que estamos inmersos. No obstante, lo que intentamos expresar es que aunque hubiésemos tenido pretensiones de neutralidad objetiva (totalmente incompatible con la perspectiva epistemológica y metodológica de trabajo), a la sensibilidad humana, los valores, el intercambio comunicacional con los vecinos, las historias y narrativas escuchadas no se les puede hacer frente con "oídos sordos," con un ideal abstracto que caracterizaría una práctica investigativa deshumanizadora de esa realidad a conocer.

Cuando abordamos críticamente este proceso de conocimiento en el acto investigativo, reconocemos temas y situaciones que nos vemos forzados a aprehender como desafíos históricos dentro de las "estructuras sociales que hemos creado y a las cuales estamos condicionados" (Freire 1990:123).

- 2) En lo referente a cómo se van a *propiciar y construir los conocimientos* en el marco de la experiencia a realizar, nuestra concepción crítica, se vincula a actos de conocimiento producidos en el marco de procesos de post-alfabetización de adultos (Freire, 1973). En nuestro caso, grupos de educación popular en salud, donde se abordarán las temáticas significativas para los vecinos involucrados respecto a la problemática socio-sanitaria.

Desde esta perspectiva abogamos por una síntesis entre los conocimientos más sistematizados, académicos o científicos de quienes nos constituimos en educadores e investigadores y los conocimientos menos sistematizados, legos o populares de los vecinos-educandos, síntesis que creemos alcanzar a través del dialogo y los elementos esenciales que lo componen.

Como educadores y sujetos cognoscentes nuestra responsabilidad consiste en proponer problemas en torno a situaciones cotidianas codificadas,

para ayudar a los vecinos-educandos a alcanzar una visión cada vez más crítica de su realidad sanitaria. Nos consideramos como sujetos de conocimiento enfrentados con otros sujetos de conocimiento, como personas que constante y permanentemente reajustamos, re-construimos, modificamos y originamos rupturas con nuestros conocimientos previos, intentando promover el conocimiento en nuestros vecinos-alumnos, de manera que, al mismo tiempo construimos conocimientos desde nuestra propia cognoscibilidad. De esta manera creemos que la educación se constituye en una "pedagogía del conocimiento" (Freire, 1990:75).

Al pretender experimentar el acto de conocer junto a los vecinos de la comunidad, el diálogo constituirá un signo mismo del acto de conocer, sin descuidar que no todo dialogo implica en sí mismo una verdadera relación de conocimiento. En este sentido tomamos en cuenta la sugerencia de Freire (1997) de una vigilancia y curiosidad epistemológica, la que implica una forma metódica y rigurosa de aproximarse, el educador, al objeto cognoscible procurando alcanzar un conocimiento completo de este y, en este caso concreto del dialogo, estar atentos, como señal de estar alerta, a que el dialogo no se diluya o se oriente a los rumbos del sin sentido no contribuyendo de manera crítica y reflexiva al acto de conocer. Consideramos que:

"Enseñar es sobre todo hacer posible que los educandos, epistemológicamente curiosos, se apropien de la significación profunda del objeto de la única manera como, *aprehendiéndolo*, pueden *aprehenderlo*. Para el educador progresista coherente enseñar y aprender son momentos del proceso mayor de conocer. Por eso mismo implica búsqueda, viva curiosidad, equivocación, acierto, error, serenidad, rigor, sufrimiento, tenacidad, pero también satisfacción, placer y alegría" (Freire, 1995:79, la cursiva aparece en la fuente consultada).

Es importante desde esta concepción transmitirles a los vecinos-educandos que el conocimiento no es algo dado o acabado, sino un proceso social que exige la acción transformadora de los seres humanos en el mundo, en otras palabras, de ellos mismos en su realidad próxima, siempre recordándoles que esto requiere, no una simple escucha pasiva de una narración de quien se juzga sabio frente a quienes juzga ignorantes, sino un accionar propio que exige transformar la realidad, para que, lo que está sucediendo de una manera determinada empiece a cambiarse y suceder de otro modo.

En consonancia con estos planteos, nos importa y nos ocupa que las personas que se acerquen a participar en los talleres de educación popular en salud aprendan diversos temas sanitarios de su interés y se "embarquen" en la tarea de desarrollar



conocimientos críticos de la realidad que los circunda, análisis crítico del marco social en el cual existen y, en esta tarea, la promoción esencial de la conciencia reflexiva.

En virtud de estas consideraciones, las preguntas que nos orientan en los apartados que siguen son: ¿Qué abordamos en esta investigación? ¿Qué investigamos en la misma? ¿Cuál es el objeto/sujeto de estudio y conocimiento?,

Partimos de definir al *objeto de conocimiento* y estudio como la situación actual de la salud y sus emergentes sociales, sanitarios, políticos, económicos y culturales, en el marco del contexto local de una comunidad de la ciudad de Río Cuarto. Situación que se constituye en nuestro objeto de conocimiento, con sujetos implicados, por lo que también los consideramos sujetos de conocimiento<sup>10</sup> que construirán el objeto y desarrollarán el estudio de conocimiento de su propia situación de manera conjunta con nosotros, los investigadores; ambos como sujetos de conocimiento. Constituimos sujetos cognoscibles que re-creamos de manera intersubjetiva nuestras cognoscibilidades en el acto de conocer conjuntamente la realidad que aqueja en materia de salud.

Asimismo y de cara a intentar ofrecer respuestas a los interrogantes planteados, organizamos el presente capítulo en cinco apartados en los que se consideran: en primer lugar la salud como objeto de conocimiento y las concepciones y prácticas científicas que históricamente se desarrollaron en salud, en segundo lugar los aspectos estructurales en el campo de la salud argentina, en tercer lugar concepciones de salud y enfermedad vinculadas a la comunidad, en cuarto lugar analizar la propuesta de una posición salubrista (Saforcada, 2002) que entiende la importancia de la realidad socio-sanitaria en los procesos de salud-enfermedad, para finalmente realizar una síntesis de la temática tratada.

## **1. Consideraciones epistemológicas acerca del conocimiento y las prácticas científicas en salud**

En este apartado intentaremos analizar y conocer la manera en que se ha configurado, a lo largo de la historia, el escenario del conocimiento y la praxis en salud de la humanidad, subrayando que el campo de la salud se erige como nuestro objeto de estudio en esta investigación.

---

<sup>10</sup> Vasilachis (2003) propone una *Epistemología del Sujeto Conocido* la que se sostiene en la condición de que estos no son considerados como objetos sino como sujetos con características ontológicas diferenciales respecto de la identidad del ser humano. Esta identidad posee dos componentes: el esencial y el existencial. Mientras el primero constituye el elemento común que identifica a los hombres/mujeres como hombres/mujeres y los iguala a los otros, el segundo constituye el aspecto diferencial que distingue a cada hombre/mujer de los otros y lo hace único frente a ellos.

Estrada Ospina (2006) considera que interpretar el proceso de salud-enfermedad como fenómeno colectivo y social impone la necesidad de una revalorización de los presupuestos epistemológicos, teóricos y metodológicos, que se han utilizado a través de la historia en el campo de la investigación en salud.

Saforcada (2002) entiende que al analizar lo producido por la humanidad en el campo del conocimiento y prácticas en salud, se advierte que todos los pueblos dentro de su propia cultura han originado un área específica vinculada a esa cuestión, el emergente cultural siempre ha generado un papel diferenciado y altamente valorado en cada sociedad.

Dentro de los desarrollos conocidos sobre los saberes en salud el autor destaca el de los persas de la antigüedad, el de los chinos, árabes y hebreos que generaron medicinas altamente desarrolladas, al igual que pueblos de la América precolombina como los mayas, incas, mapuches, tobas, guaraníes, entre otros.

La medicina científica que se desarrolló en Europa, es sólo uno de los cuerpos existentes de conocimiento y prácticas en salud, se trata del desarrollo más reciente que orienta todas las ciencias de la salud en universidades y prácticas profesionales en América Latina. También se puede considerar especialmente Europa, y en todo occidente, a la homeopatía<sup>11</sup>, como una medicina que responde a cánones diferentes de los que se reconoce como medicina científica.

El concepto homeopático de enfermedad difiere del de la medicina convencional: se cree que la raíz del mal es espiritual en vez de física, y que el malestar se manifiesta primero con síntomas emocionales (como ansiedad y aversiones), pasando a ser, si no se tratan a tiempo, síntomas mentales, conductuales y por último físicos. Dado que se piensa que el proceso comienza mucho antes de que aparezcan los síntomas físicos, se deduce lógicamente que las bacterias y los virus deben ser efecto, y no causa, de la enfermedad.

---

<sup>11</sup> La homeopatía (del griego *homoios*, 'similar' y *pathos* 'sufrimiento') es un controvertido sistema de medicina alternativa, que emplea remedios carentes de ingredientes químicamente activos. La teoría de la homeopatía fue desarrollada por el médico sajón Samuel Hahnemann (1755-1843), y se publicó en 1796. Tiene una amplia y creciente popularidad en las áreas en las que se practica, pero sus fundamentos empíricos y teóricos no son aceptados por ninguna organización científica o médica. La mayor parte de los científicos, epistemólogos y filósofos de la ciencia, como Mario Bunge, consideran que la homeopatía es una pseudociencia. La teoría de la homeopatía sostiene que los mismos síntomas que provoca una sustancia tóxica en una persona sana pueden ser curados por un remedio preparado con la misma sustancia tóxica, siguiendo el principio enunciado como *similia similibus curantur* ('lo similar se cura con lo similar') (Enciclopedia Wikipedia, Documento on-line 04/2007)

Países como India y China (los que concentran cerca de un tercio de la población humana del planeta) llevan a cabo la atención de la salud primordialmente a través de la medicina ayurvédica<sup>12</sup> y china<sup>13</sup>.

En India coexisten legalmente cinco medicinas, cuatro de las cuales poseen sus respectivas facultades de medicina: alopática occidental<sup>14</sup>, ayurveda, unani<sup>15</sup> y siddha<sup>16</sup>. Se halla también la medicina occidental homeopática, pero sin facultad.

---

<sup>12</sup> Practicada en India por los últimos cinco mil años, la Medicina Ayurvédica, que significa "ciencia de la vida" es un sistema comprensivo de la medicina que combina terapias naturales con un acercamiento altamente personalizado al tratamiento de la enfermedad. Pone igual énfasis en cuerpo, mente, y espíritu, y se esfuerza de restablecer la armonía natural del individuo, condición indispensable de la salud global. La clave de la Medicina Ayurvédica es la "Constitución" (*Prakryti*), y una vez identificada nos permite establecer el perfil total de la salud del individuo, incluyendo fuerzas y susceptibilidades del individuo de caer enfermo. Esta Medicina se funda en el concepto de tres humores u *Dosha*: *Vata* (imprevisión y la variabilidad), *Pitta* (fiable) y *Kapha* (relajación). Respecto a la diagnosis, los médicos de Medicina Ayurvedica prestan particular atención al pulso, a la lengua, a los ojos, y a las uñas. El médico Ayurvédico describe un pulso radial de tres tipos: *vata*, *pitta* y *kapha* donde es posible percibir la fuerza, la vitalidad y el normal tono de la fisiología de los órganos específicos. Por medio de la observación de la superficie de la lengua y mirando las diferentes des-coloración y/o la sensibilidad de áreas determinadas, el médico ayurvédico puede penetrar en el estatus funcional de órganos internos (Medicina Ayurvédica. Documento *on-line*).

<sup>13</sup> La Medicina Tradicional China es una medicina preventiva, uno de los artes más antiguos de sanación. Antiguamente, los monjes eran los encargados de la salud de la aldea. Visitaban a las familias en forma periódica y a través de diferentes técnicas mantenían la buena salud de los habitantes, quienes retribuían esos servicios a través del trueque. El libro más antiguo de Medicina Tradicional China es el *Huangdi Neijing* (Canon de medicina interna), escrito en forma de diálogo entre el Emperador amarillo y su médico de cabecera. Dentro de la Medicina Tradicional China, encontramos diferentes disciplinas: digitopuntura, acupuntura, fitoterapia, aromaterapia, naturismo, iridología, auriculoterapia, cromoterapia, reflexología y oligoelementos, entre otras, que hacen que ésta sea tan completa y abarcativa. Las dietas y los masajes son muy importantes dentro del estilo de vida de este pueblo, como así también el Chi-Kung. Se considera al cuerpo humano como un microcosmos que debe vibrar armónicamente con el macrocosmos en donde vivimos. Un desbalance energético, o una desarmonía, deriva en una enfermedad. Cuando el cuerpo está armónico con el interior y el exterior, es cuando estamos en la frecuencia llamada salud. Para entender esas desarmonías, debemos conocer las teorías del Yin/Yang y de los cinco elementos, manejadas tan eficientemente dentro de la Medicina Tradicional China (Revista electrónica Salud & Sociedad 2004. Documento *on-line*).

<sup>14</sup> Medicina alopática también llamada medicina occidental es la medicina convencional, medicina corriente, medicina ortodoxa o biomedicina. Es el sistema por el cual los médicos y otros profesionales de la atención de la salud (por ejemplo, enfermeros, farmacéuticos y terapeutas) tratan los síntomas y las enfermedades por medio de medicamentos, radiación o cirugía (*Nacional Cancer Institute*. Diccionario de cáncer Documento *on-line*).

<sup>15</sup> La medicina unani proviene de los musulmanes. La base doctrinal de esta medicina descansa en las tradiciones griegas e hipocráticas del Canon de Avicena. Tuvo su apogeo en la India bajo el predominio de los mongoles, fue enriquecida desde el siglo VIII por descubrimientos químicos y fármaco-químicos, tuvo contribuciones iraníes, indias y chinas. Sin embargo, ésta se renueva y compite con la medicina moderna occidental. En los países árabes se la ha abandonado en preferencia a esta. *Avicena* (980-1037), uno de los más importantes filósofos y médicos árabes, escribió *Al-Qanun fi'l-Tibb* o Canon de la medicina, esta enciclopedia médica fue publicada más de treinta veces en latín en los siglos XV y XVI. Cien años más tarde, era la obra médica de base de las universidades de Lovaina y Montpellier. La medicina Unani es cercana al pensamiento occidental ya que busca ser racional y científica, como la que hicieron Hipócrates y Avicena. Sin embargo, combina algunos procedimientos que serían juzgados "especulativos" por esta, ya que propone que todas las formas de la vida derivan de las realidades cosmogónicas o metafísicas. El principio básico de la medicina unani consiste en que la salud y no la enfermedad es el estado natural. El cuerpo por tanto tiende a corregir cualquier desequilibrio humoral y a restablecer el equilibrio necesario para el bienestar. Por un lado, la medicina unani considera al hombre de manera integral a imagen del universo. El desorden de algún órgano, o cualquier enfermedad particular, no puede ser tratado sino en correspondencia con la totalidad, o de la persona en que se



Con estos planteos intentamos, al igual que el autor:

“minimizar el etnocentrismo y las actitudes y comportamientos autocráticos que se observan en los profesionales universitarios del campo de la salud, de modo de lograr una mayor aptitud para un fructífero ejercicio del juicio crítico e incrementar la posibilidad de abrirse a los enfoques comunitarios participativos<sup>17</sup> ... tan reclamados como única vía de solución a los problemas crecientes de salud en todo el mundo” (Saforcada, 2002:69).

En esta línea concordamos con el autor en que un enfoque que pretenda trabajar en comunidad de manera participativa requiere que el equipo de salud se ubique en una posición relativista cultural<sup>18</sup> y no etnocéntrica ni autocrática.

### 1.1 Concepciones y prácticas científicas en salud: una breve reseña

A partir de la medicina griega y romana, cuya evolución se sustentó en antiguos conocimientos preexistentes, como las medicina persa y china, se fue constituyendo un marco cognitivo teórico y práctico que atravesó toda la Edad Media (del año 476 d.C. al 1453) (Saforcada, 2002).

Paulatinamente estos conocimientos van a ser desplazados por explicaciones sobrenaturales de la enfermedad, basadas en las creencias religiosas del cristianismo. El dominio de la fe por sobre la razón en el campo de la enfermedad se impuso a través

---

producen. Los tratamientos deben adaptarse a las características del enfermo (*Revista Ecovisiones*, 2007. Documento *On-line*)

<sup>16</sup> El movimiento *Siddha* con el ideal de un cuerpo divino fue el centro de atención de todo un movimiento cultural de la India medieval. Este culto floreció entre los siglos VIII y XII d.C., ante el reconocimiento y devoción de un grupo de seres conocidos como *Siddhas*, y contribuyó a sintetizar las enseñanzas espirituales del Hinduismo, Budismo y Jainismo, además de la alquimia y la magia popular. El término *siddha* significa “realizado”, “perfecto” y se refiere al adepto tántrico que ha alcanzado la iluminación, o perfección última, y posee todo tipo de poderes paranormales. La estrecha relación existente entre la medicina tradicional de la India (*áyurveda*), el yoga y la alquimia (*rasáyana*), destaca especialmente en la tradición *Siddha* del Norte de la India. El *Siddha* es un alquimista espiritual que trabaja o transmuta la materia impura, el cuerpo-mente humano, en oro puro, la esencia espiritual inmortal. Los adherentes a esta importante tradición buscan la inmortalidad corporal mediante una sofisticada técnica psicofisiológica que se conoce como *kâyasâdhana*, o “cultivo del cuerpo”. El *Siddha Yoga* ha constituido la base fundamental del *Hatha Yoga* y ambas tradiciones se han consolidado como vertientes preventivas de la medicina hindú (Extraído de Yogadarshana, Yoga y Meditación. Documento *On-line*).

<sup>17</sup> En estos enfoques comunitarios participativos el autor considera la Atención Primaria de la Salud (APS) (OMS/UNICEF 1978), Sistemas Locales de Salud (SILOS) (Paganini y Capote Mir, 1990), Intervención en la Comunidad y Desarrollo Sanitario (ICS) (Oakley, 1990), entre otros.

<sup>18</sup> Fundamentado en los planteos del relativismo cultural Freire (1995) plantea la cuestión de las ciudades educativas cuya función es enseñar el derecho que tenemos los ciudadanos, en una verdadera democracia, a ser diferentes y por ello ser respetados en la diferencia. Estas ciudades educativas deben enseñar a sus ciudadanos que no es necesario esconder “*nuestra condición de judíos, de árabes, de alemanes, de suecos, de estadounidenses, de brasileños, de africanos, de latinoamericanos de origen hispánico, de indígenas de no importa donde, de negros, de rubios, de homosexuales, de creyentes, de ateos, de progresistas, de conservadores, para gozar de respeto y de atención. No se hace ni se vive la sustantividad de la democracia sin el pleno ejercicio de ese derecho que incluye la virtud de la tolerancia*” (Freire, 1995:29-30. La cursiva es nuestra).

de un proceso cultural que implicó hasta la construcción de un poder explícito como fue, entre otras manifestaciones, la Inquisición.

Este contexto mantuvo encapsulados, durante varios siglos, los conocimientos elaborados sobre la base de una indagación objetiva y reflexiva. No obstante, lo que se desarrolla con el cristianismo<sup>19</sup> es el deber moral de cuidar a los enfermos y aliviar sus sufrimientos a partir de la prédica de Jesús, quien a través de sus lineamientos configuró en los inicios de esta religión haciendo de la rehabilitación, la cura y el perdón, entre otros, el centro de las obligaciones del cristiano, transformando el sufrimiento de los enfermos en fuente de virtud. Esto representó un cambio en la humanidad que hasta ese momento consideraba al enfermo como culpable de sus sufrimientos, entendidos como castigo merecido ante la violación de normas establecidas.

Con el inicio del Renacimiento, comienzan a producirse transformaciones económicas y culturales en Europa, como parte de estos cambios empieza a resurgir en la cultura, la indagación y búsqueda de la realidad concreta con el objetivo de hallar en la misma la explicación a fenómenos observables, lo que implicó el surgimiento del pensamiento científico. El modo de aproximarse a esta realidad comprometió un cambio cualitativo, ya que la indagación se orientó sólo hacia la enfermedad.

Representantes médicos como Von Hohenhaim -Paracelso-, Vesalio, Van Helmont, Copérnico, Fracastoro, Sydenham, por un lado, y pensadores como Bacon, Descartes y Locke, por el otro, son quienes van a indagar y posibilitar intelectualmente la búsqueda de la explicación de la enfermedad en lo corporal, "partiendo del supuesto de que lo mórbido era un fenómeno parasitario del ser humano, por lo tanto provocado por agentes naturales externos" (Saforcada, 2002:72).

En este período, que va desde el último cuarto del siglo XV hasta la finalización del XVII, se desarrolla y consolida el pensamiento médico científico organizándose alrededor de la enfermedad y la clínica.

Es así que a partir del siglo XV este momento se originan concepciones y prácticas, que desde una perspectiva actual, se erigen como individual-restrictivas, ya que se ocupan del hombre aislado, sin tomar en cuenta su contexto, e intentan explicar la enfermedad sobre la base de un marco conceptual biológico, biopsicológico o psicológico.

---

<sup>19</sup> Saforcada (2002:71) considera que hasta el advenimiento de la religión cristiana el médico ayudaba a restablecer la salud en aquellos casos en que tal cosa era posible. El médico griego consideraba una falta de ética atender un caso perdido.

Esta perspectiva individual-restrictiva, con grandes logros acumulativos, se proyecta a través del siglo XVIII para culminar en el siglo XIX con aportes de figuras como Pasteur, Koch, Metchnikoff, Breuer y Freud, que permitieron comprender y actuar más eficazmente ante las enfermedades, sean orgánicas o mentales.

En cierto momento del desarrollo de este pensamiento y praxis científica centrada en el individuo y la enfermedad descontextualizados, surge entre el 1600 y el 1700 una concepción y una práctica en salud que comienzan a ubicar al ser humano en su contexto social y a responsabilizar al Estado por la salud de la población. Algunos de los médicos representantes de los inicios de estas concepciones son Ramazzini<sup>20</sup> en Italia y Frank en Alemania y Austria.

Ramazzini afirmaba que el médico que quisiera comprender y solucionar la enfermedad de una persona debía observar su lugar de trabajo, para él no se hallaba explicación de la enfermedad a través de la observación clínica de un cuerpo yacente, sino donde podía surgir esta explicación era de un entorno ambiental humano.

Frank escribe en 1790 un trabajo denominado *La miseria del pueblo, madre de las enfermedades*, en el que postula que la salud depende de las condiciones de vida y de la situación socioeconómica del pueblo, sosteniendo a su vez que su cuidado es responsabilidad del Estado.

Esta línea de pensamiento fue continuada por Mc Cready en Estados Unidos, Villermé<sup>21</sup> en Francia, Thackrah<sup>22</sup> y Chadwick<sup>23</sup> en Inglaterra.

De acuerdo a los planteos de Saforcada (2002) estos desarrollos científico-técnicos e ideológicos se van a ver incrementados y consolidados por otros médicos, a mediados del siglo XIX. Entre ellos se encuentran Neumann, Virchow, Leubuscher y Guerin, este último es quien denomina *medicina social* a esta nueva forma de concebir y actuar frente a los problemas de salud. Neumann opinaba que:

---

<sup>20</sup> Bernardino Ramazzini es un médico italiano que escribe el primer tratado sobre los riesgos para la salud provenientes de las actividades laborales, publicado en 1700 con el título *De morbis artificum diatriba*. Diferenciaba dos fuentes de causas de enfermedad asociadas a lo laboral, por un lado los materiales con los que se trabajaba, y por el otro, el trabajo mismo (En Saforcada, 2002:75).

<sup>21</sup> Louis-René Villermé en 1840 en Francia publica el informe *Cuadro del estado físico y moral de los obreros empleados en las manufacturas de algodón, de lana y de seda* (En Saforcada, 2002:75).

<sup>22</sup> Turner Thackrah publica en 1831 en Inglaterra el libro *Los efectos de las principales artes, oficios y profesiones, y el estado civil y hábitos de vida, sobre la salud y la longevidad*.

<sup>23</sup> Edwin Chadwick publica en 1842 en Inglaterra el *Informe sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora en Gran Bretaña* (En Saforcada, 2002:75).

“...la mayor parte de las enfermedades que impiden el disfrute completo de la vida o matan a un considerable número de personas prematuramente, no se deben a causas naturales sino más bien a condiciones sociales producidas artificialmente” (Rosen, 1974 en Saforcada 2002:77).

Virchow entendía que la *medicina era una ciencia social* y que la política era una medicina a gran escala. A mediados del siglo XIX surge la epidemiología como un método científico de análisis de la enfermedad en su dimensión social. Estas líneas de pensamiento y acción se van a consolidar con los desarrollos y sistematizaciones de especialistas como Meyne, Reich, Pettenkofer, Giegel, Rohlf, Mosse, Teleky, Tugendreich y Grotjhan, quien publica su tratado de patología social.

Así surgieron y se afianzaron concepciones y prácticas en salud expansivas, las cuales explican los fenómenos emergentes del proceso de salud-enfermedad partiendo de que el ser humano es inseparable de sus circunstancias socioeconómicas, psicosociales y culturales. El hombre comienza a ser comprendido como una entidad biopsicosociocultural y económico-política en el ámbito de la salud.

*Recapitulando:* de fines del siglo XV a la actualidad se desarrollan las ciencias de la salud centradas en la clínica, lo que implica tener como objeto de trabajo, estudio e investigación a la enfermedad y como campo de acción al individuo descontextualizado del medio social, individuo que se agota en su realidad biológica, psicológica o psicobiológica. A partir del siglo XVII se inician otras formas de comprender el proceso de salud-enfermedad que se sistematizan en los desarrollos del movimiento de la medicina social y la epidemiología, los cuales convergen para dar origen a comienzos del siglo XX a la moderna salud pública.

Este campo disciplinario se vio enriquecido por disciplinas emergentes en el proceso de evolución de las ciencias sociales y la ecología humana, en este sentido tienen gran importancia la aparición en 1965 de la psicología comunitaria norteamericana, la psicología comunitaria latinoamericana en 1970 (Montero 2005, en Quiroga, Juárez y Verhaeghe 2006:3), la psicología de la salud en Cuba en 1968, e “incipientemente la psicología sanitaria en la Argentina a partir de 1971” (Saforcada, 2002:79).

A partir de estos planteos el autor denomina posición clínica a las concepciones y prácticas individual-restrictivas, y posición salubrista a las concepciones y prácticas social-expansivas.

Desarrollados estos planteos iniciales acerca de la construcción del conocimiento en el campo de la salud, a continuación desarrollaremos las consideraciones estructurales en el campo de la salud en nuestro país.



## 2. Consideraciones estructurales en el campo de la salud argentina

*"Los organismos internacionales de salud, como así también las universidades públicas y los organismos gubernamentales -de las jurisdicciones nacional, provincial y municipal- orientan todo su accionar hacia logros técnico-profesionales que tienen una incidencia cero en las condiciones de salud de las comunidades del área o de la región en la que técnicos y profesionales de estos organismos tienen su inserción laboral" (Saforcada, 2002:23).*

Estas palabras reflejan la impresión que tenemos muchos de los profesionales del campo de las Ciencias Sociales que, en el contexto actual de nuestro país intentamos proponer, promover y desarrollar prácticas en salud desde una perspectiva socio-educativa crítica vinculada a la prevención primaria, donde la investigación, la educación, la pedagogía y la comunicación, en relación dialéctica reflexión-acción, se erigen como epicentros de nuestras pretendidas contribuciones.

Se amplía y fundamenta nuestra impresión cuando se accede a datos que permiten comparar la inversión en salud que se hace en la Argentina en relación con la que se efectúa en otros países, donde los esfuerzos no mantienen ninguna relación con los resultados, lo que evidencia la existencia de esta crisis en salud (Vidiella, 2000; Saforcada, 2002; por mencionar solo algunos).

En consonancia con los planteos de Saforcada (2002) pensamos que, cuanto mayores son las apuestas sólo a los avances científico-técnicos, ciertos aspectos de las problemáticas de la salud se agravan y empeoran, como ejemplo de ello aparece la ampliación y afianzamiento de lo que el autor denomina barrera psicosociocultural, la que se interpone entre el componente formal, vinculado a la entidad médica y las cuestiones institucionales que esto supone, y el informal, relacionado a los pacientes y sus saberes legos y populares en salud, en el marco del sistema total de salud.

En este sentido entendemos que los problemas actuales en el campo de la salud colectiva requieren de una acción cotidiana, permanente y comprometida, que se oriente a la salud positiva y al desarrollo de estrategias de participación que involucren a las comunidades en actividades tanto protectivas como promocionales y preventivas.

En virtud de estas pretensiones es fundamental avanzar en el análisis del aspecto estructural de la salud en nuestro país, que es el que proveerá el marco para realizar críticas a la situación actual, al tiempo que nos valdrá de terreno fértil para realizar nuestra propuesta alternativa a la misma.

Saforcada (2002) propone el concepto de *Sistema Total de Salud (STS)* que refiere a todo lo que una sociedad genera y pone en práctica en relación con los emergentes, positivos o negativos, del proceso de salud-enfermedad de quienes la

constituyen y/o con el proceso mismo. En el STS el autor considera al *Sistema Oficial de Salud* (SOS), compuesto por un conjunto de autoridades manifiestas en instituciones, profesionales y técnicos de la salud avalados por las leyes pertinentes (integrantes del componente formal o cuasi formal del STS), de instancias del gobierno (ministerios, secretarías o subsecretarías de salud pública) y de instancias legislativas y/o judiciales, quienes tienen responsabilidad en problemáticas, necesidades y búsqueda de soluciones en salud.

Estos componentes son sólo algunos de los que configuran la dinámica en relación con la salud de una comunidad, es suficiente pensar en la naturaleza social del proceso de salud-enfermedad para reconocer que si nos quedamos sólo con esta conceptualización para explicar tal fenómeno caeríamos en un reduccionismo que no reflejaría la complejidad y amplitud del campo de la salud.

Existe un saber científico con altas dosis de poder y prestigio en salud, que se erige como universal cultural y se derrama en la sociedad recombiniéndose con un saber generalizado o popular en salud que promueve prácticas legas, las cuales tienen incidencia decisiva en la dinámica y en las condiciones del proceso de salud-enfermedad de la sociedad. De manera que, para comprender y actuar pertinentemente en este proceso deben ser considerados los otros actores de la salud y su dinámica, concediéndole el carácter de totalidad.

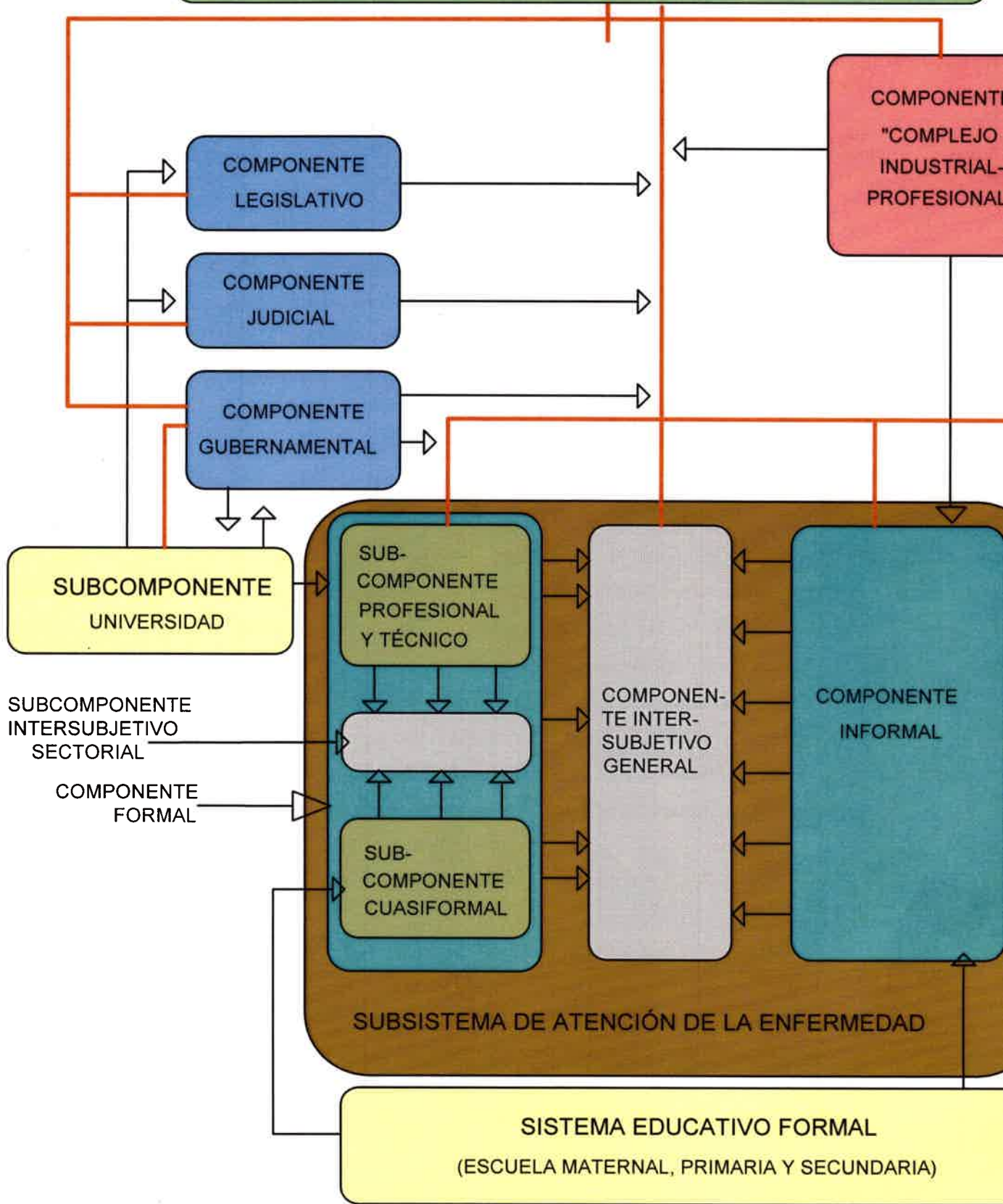
El detallado estudio del STS<sup>24</sup> que realiza Saforcada (2002, 2007) se expresa en un esquema gráfico que sintetiza el análisis del autor con la finalidad de ofrecer una visión más clarificadora de los componentes y los subcomponentes que lo integran. En lo que sigue lo presentamos para seguidamente profundizar en su análisis.

#### ***Esquema gráfico: Sistema Total de Salud***

---

<sup>24</sup> Tarea hasta el momento no emprendida en nuestro país por organizaciones internacionales que se ocupan de manera directa o indirecta de la salud (OMS, UNICEF, FAO, etc.).

# SISTEMA TOTAL DE SALUD



Este esquema permite visualizar e integrar cada componente con los otros y a su vez con los subcomponentes que los conforman. Las líneas rojas que son las principales indican que todo se integra en el concepto de STS. En este sentido se debe tener en cuenta que esta integración es de carácter sistémico, por lo que, la modificación en cualquiera de los componentes alterará a los otros y a las mismas interrelaciones.

Es importante tener en cuenta, de acuerdo con el autor, cómo el color rojo pálido otorgado al “complejo industrial-profesional” indica que es el componente que más influye y determina lo que pasa en todo el sistema, por distante que parezca, por ejemplo: los planes de estudio de las facultades de medicina. El componente “sistema educativo formal” es, junto al subcomponente “Universidad”, el único que podría contrarrestar el poder del componente “complejo industrial-profesional” orientado a un cambio de paradigma en salud.

Analicemos en detalle estos componentes y subcomponentes del STS (Saforcada, 2002, 2007):

*El componente legislativo (Poder Legislativo):* constituido por los cuerpos legislativos de las tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) de las cuales provienen las leyes que regulan los aspectos legales, derechos y obligaciones, inherentes a la salud.

*El componente gubernamental (Poder Ejecutivo):* integrado por dos subcomponentes presentes en las tres jurisdicciones administrativas públicas:

*Ministerios, secretarías o subsecretarías que involucran directamente al área de la salud,* donde se deciden políticas del área, presupuestos, planificación de acciones y elaboración de normativas.

*Ministerios, secretarías o subsecretarías que no involucran al área de la salud,* donde se deciden políticas que inciden en la salud de la población como las relacionadas con el trabajo, la educación, la vivienda, el bienestar y la seguridad social.

*El componente judicial (Poder Judicial):* constituido por todo el sistema judicial (juzgados, cámaras, tribunales superiores, cortes supremas, etc.) en las tres jurisdicciones que tienen competencia para juzgar las violaciones a la legislación vinculada a las cuestiones sobre la salud o que inciden en ella.

*El componente formal:* conformado por el conjunto de instituciones, profesionales y técnicos legalmente avalados (hospitales, sanatorios, consultorios, laboratorios, farmacias, médicos, psicólogos, enfermeras, odontólogos, bioquímicos, etc.). Los subcomponentes son:



*Los saberes activos en salud*, que generan prácticas.

*Los referentes válidos en salud*, profesionales, instituciones científicas y académicas, etc.

Formación y capacitación de los efectores, universidades y escuelas terciarias.

*Estructuras psicosocioculturales*, implica representaciones, sistemas de significación, valorativo-actitudinales, pautas culturales, desempeño de roles, estrategias de sostenimiento y acrecentamiento de la autoestima, etc. que configuran los espacios de intersubjetividad de los profesionales y técnicos de este componente.

*El componente cuasiformal*: está integrado por personal administrativo, de maestranza, hotelería, mantenimiento y vigilancia que forma parte de las instituciones de salud. Los subcomponentes que lo conforman son:

*Los saberes en salud*, incluye el mismo saber de la población en general, un saber muy fraccionado proveniente del que maneja el componente formal, que se trabaza al cuasiformal por la interacción cotidiana.

*Los referentes válidos en salud*, constituidos por todas las personas a quienes los miembros legos de la población les solicitan o reciben información, incidiendo en sus comportamientos en salud.

*Formación y capacitación*, en este subcomponente se intenta advertir las falencias que existen, ya que estos agentes de salud, cualquiera sea la función deberían recibir capacitación integral que les permitiera asumir con idoneidad su condición de generadores de actos en salud.

*Estructuras psicosocioculturales*, implica representaciones, sistemas de significación, valorativo-actitudinales, de atribución, pautas culturales, desempeño de roles, estrategias de sostenimiento y acrecentamiento de la autoestima, etc. que configuran los espacios de la subjetividad del personal de este componente.

*El componente informal*: constituido por la población en general y las instituciones u organizaciones presentes en la sociedad. Los subcomponentes que lo conforman son:

*Efectores populares de salud*, (sanadores, curanderos y protectores populares de salud): integrado por todas las personas que de modo reconocido por la población lego desarrollan actividades preventivas y/o curativas. Este subcomponente es muy amplio y difuso, con distintas orientaciones como: una línea espiritualista con representantes religiosos, sacerdotes carismáticos del catolicismo, pastores del protestantismo, religiones afrobrasileñas etc. y la línea filosófica, con corrientes esotéricas de origen oriental. Los subcomponentes son:



*Los saberes en salud*, compuesto por tres vertientes: la que involucra el saber de la población en general, que posee un saber lego en salud que pone en práctica a diario y que evidencia que las personas manejan una semiología lego que modela las percepciones acerca de sus estados de salud y regulan los comportamientos que desarrollan frente a esos estados. El saber de sanadores populares o curanderos que, sin estar habilitados ofrecen prestaciones de salud a la comunidad. Los saberes sistematizados de las medicinas tradicionales o componentes de algunas de ellas como acupuntura, herboristería, etc.

*Los referentes válidos en salud*, constituido por todas las personas a quienes los miembros legos de la población les solicitan información y de quienes la reciben sin solicitarla, que incide en sus comportamientos relacionados con la salud.

*Formación y capacitación de los efectores populares en salud*, se incluyen lugares o instituciones del país o del exterior desconocidas, en los que se capacitan estos efectores de salud no legalizados. *Estructuras*

*psicosocioculturales*, implica representaciones sociales, sistemas de significación, sistemas de valorativo-actitudinales, sistemas de atribución, como así también pautas culturales, estilos de desempeño de roles, estrategias de sostenimiento y acrecentamiento de la autoestima, etc. que configuran los espacios de la subjetividad de la totalidad de quienes integran este componente.

*El componente intersubjetivo general*: se trata de una red de interacciones que estructura y dinamiza el STS y está constituido por la carga afectivo-emocional de los emergentes psicosocioculturales de la interacción entre el componente informal (usuarios) y el formal/cuasiformal (efectores). Los subcomponentes que lo conforman son:

*Los contenidos de las estructuras psicosocioculturales*, de cada uno de los componentes (formal, cuasiformal e informal) específicamente los referidos a otros componentes: implica los contenidos de las variables psicosocioculturales (representaciones sociales, sistemas de significación, valorativo-actitudinales, sistemas de atribución, imágenes, prejuicios, pautas culturales, estilos de desempeño de roles, estrategias de sostenimiento y acrecentamiento de la autoestima, etc.)

*Reacciones afectivo-emocionales* que generan las interacciones entre el componente informal y el formal/cuasiformal, con la consiguiente modificación y/o consolidación de los contenidos de las variables psicosocioculturales de cada uno de estos componentes.

*El componente intersubjetivo sectorial:* queda configurado a partir de la red de intenciones que se dan entre el componente formal y cuasiformal. Los subcomponentes son:

Los contenidos de las estructuras psicosocioculturales del componente formal específicamente referidos al cuasiformal y de éste referidos al formal: implica los contenidos específicos de las variables psicosocioculturales.

*Reacciones afectivo-emocionales* que generan las interacciones entre el componente formal y el cuasiformal, con la consiguiente modificación y/o consolidación de los contenidos de las variables psicosocioculturales de estos componentes.

*El componente "complejo industrial-profesional".* Es el componente que más influye y determina lo que pasa en todo STS, por distante que parezca y está directamente vinculado a los planes de estudio y las currícula de las facultades de medicina y de ciencias médicas.

*El componente "sistema educativo formal",* es todo el sistema educativo en los niveles que implica, básicamente se considera al subcomponente *universidad*, porque es la institución de educación superior donde se forman y capacitan los profesionales de la salud. De acuerdo a los planteos de Saforcada (2007) es el único que podría contrarrestar el poder del componente "complejo industrial-profesional". Se trata de un componente cuya tarea fundamental es cambiar el actual paradigma presente en las comunidades centrado en la enfermedad, transformándolo en un paradigma centrado en la salud o en la salutogénesis (la generación de salud). Si bien mencionamos al subcomponente universidad se trata de considerar todos los niveles educativos, inicial, medio y superior, pero es fundamental que en la educación inicial se promueva desde la primera infancia hábitos y valores relacionados con la promoción de la salud. Cuando alguien tiene presente, de forma activa o pasiva, sólo qué hacer para curarse, en general, sólo piensa en sí mismo; cuando se piensa y se actúa en relación a mantenerse sano se lo hace con una concepción holística, se piensa y actúa socialmente y no individualmente, dado que quien comprende el proceso de salud entiende que la salud de uno depende de la salud de los demás y que la salud de los demás depende de la de uno. Se apunta a comenzar con una educación en salud desde el jardín maternal ya que permitirá llegar a una sociedad con jóvenes, adultos y adultos mayores que, en vez de pensar sólo en qué hacer para curarse cuando se enferman, piensen y hagan para no enfermarse.

Este complejo análisis del STS le permite a Saforcada (2002, 2007) diferenciar entre:

*Un Sistema Oficial de Salud (SOS):* integrado por los componentes legislativo, gubernamental, judicial, formal, cuasiformal, sus respectivos subcomponentes y la dinámica que los interrelaciona.

*Un Sistema Popular de Salud (SPS):* integrado por el componente informal, sus subcomponentes y la dinámica que en él se genera alrededor de la problemática de la salud.

Pensamos, como el autor, que las interacciones entre el SOS y el SPS generan un espacio intersubjetivo que involucra a toda la sociedad, con un fuerte contenido político-ideológico, que hasta el momento los profesionales de la política no han considerado, ni se han percatado de las fuerzas sociales que encierra, las que en situaciones de crisis social como la que se está viviendo en nuestro país en la actualidad, son materia crítica.

Las condiciones de salud de una sociedad dependerán de la dinámica interaccional de todos los componentes del sistema total de salud, y al mismo tiempo la inversión en salud que realice esa sociedad a través de sus gobiernos dependerá de los emergentes en el componente intersubjetivo.

## **2.1 El componente formal del Sistema Total de Salud (STS) y la estructura del sistema de salud argentino**

Saforcada (2002) considera que el sistema de atención de la salud está integrado por tres subsistemas: el público, el de seguridad social y el privado. Con la finalidad de comprender del estado actual de la salud analizaremos cada uno de ellos:

- *Subsistema público:* está integrado por una red de hospitales de jurisdicción nacional, provincial o municipal y por los centros de salud destinados a responder a los problemas más comunes de las comunidades. En la actualidad los hospitales y los centros de salud absorben, casi con exclusividad, a la población de menores recursos que no está cubierta por la seguridad social. La administración de este subsector depende de la Secretaría de Salud Pública que se encuentra bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social.
- *Subsistema de la seguridad social:* integra las obras sociales y mutuales que conforman más de la mitad del mercado de atención médica del país. Es un sector sumamente heterogéneo y complejo, integrado por aproximadamente unas 320 entidades que cubren alrededor del 74% de la población. De acuerdo a su naturaleza institucional se agrupan en sindicales, estatales, provinciales, de personal directivo y de administración mixta. Aproximadamente el 85% de las

obras sociales están coordinadas por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el resto depende de organismos de la administración pública provincial y municipal, del Poder Judicial, Legislativo, de las Fuerzas Armadas y de la policía. La capacidad de prestación propia de este sector es reducida, la mayoría de los servicios se contratan con prestadores privados (clínicas, médicos, farmacias, sanatorios), de manera que la obra social se comporta sólo como un organismo de financiamiento.

- *Subsistema privado*: compuesto por una red de consultorios privados que funcionan de forma autónoma o dependiente de sanatorios, clínicas o centros de diagnóstico, propiedad de individuos o sociedades anónimas. Este sector presta servicios y se ocupa tanto de la demandas de pacientes particulares (genuina de este subsistema) como de la demanda proveniente del subsistema de la seguridad social (obras sociales o prepagas médicas). Esta modalidad se caracteriza por no contar con capacidad instalada propia, limitándose a contratar servicios de terceros<sup>25</sup>.

Reflexionando en la experiencia de campo que desarrollaremos en una comunidad urbano marginal, inferimos que ésta sólo tiene posibilidades de acceso al subsistema público. Desde este supuesto intentaremos indagar en los encuentros con los vecinos, atendiendo a que en el subsistema público, quien demanda atención carece de capacidad de elección porque no tiene capacidad de pago y es esta insolvencia personal la que le imposibilita a la persona tomar decisiones autónomas. A esta condición que Saforcada (2002) denomina *discapacitado económico* se le suma la discapacidad generada por el problema de salud por el cual busca atención. “Esta situación de doble discapacidad, pobre y enfermo, es una de las condiciones más invalidantes existentes en las sociedades occidentales regidas por sistemas económico-políticos capitalistas orientados por un liberalismo deshumanizado” (Saforcada, 2002:60).

En virtud de lo analizado advertimos el perfil diversificado y heterogéneo que presenta el Sistema Total de Salud. Pensamos que esta particular organización es el

---

<sup>25</sup> En este punto es importante considerar que gran parte de los profesionales que trabajan en el subsistema privado también lo hacen en el público. Situación que merece un análisis ético e ideológico, ya que, por un lado los soportes teóricos-técnicos que requieren una y otra práctica son muy distintos y, por el otro, la naturaleza de las interacciones entre médico-paciente en ambos subsistemas también es diferente. Mientras en el subsistema privado las interacciones responden a un modelo contractual en lo que hace al poder de decisión, las interacciones están fundadas en una transacción comercial, mientras que en el subsistema público es una relación obligada, establecida desde un plano desequilibrado de poder, la cual no está intermediada por dinero (Saforcada, 2002).

resultado de la propia conformación histórica del sistema sanitario argentino, es por ello que, en lo que sigue realizaremos una breve reseña histórica sobre el mismo.

## **2. 2 Modelos de Estado y su influencia en la conformación histórica del sistema de salud argentino**

Estudiar las distintas políticas y enfoques en salud que un país implementa esta enlazado a los factores históricos, sociales y económicos en que se desarrollan. Es por ello que en esta sección consideraremos los modelos de Estado en Argentina para poder advertir sus influencias en la conformación del sistema sanitario y qué acciones y políticas en salud implementaron los mismos y las consecuencias que implicaron.

Una mirada retrospectiva al mismo nos permite distinguir cinco períodos:

### *(a) Estado Liberal Oligárquico. Las bases de un sistema de salud Argentino*

Los orígenes del sistema de salud datan del período colonial (1810), es allí cuando aparecen las primeras formas de asistencia social y se crean los primeros hospitales (Vidiella, 2000).

Comienzos que se contextualizan en el marco un Estado y sociedad capitalista con plena inserción en el mercado mundial. La conformación de la Nación se caracterizó por el ingreso de una masa migratoria de Europa occidental que coincidía con la visión de la modernización de la elite dominante. El sistema político fue un “orden conservador” con amplias libertades civiles y restringidas libertades políticas. La relación Estado-Sociedad se basó en la desconfianza a la población y la descalificación de todo lo anterior, desde una perspectiva modernizadora fue una etapa de crecimiento y desde una perspectiva democrática el Estado fue elitista y autoritario (García Delgado, 1994).

En este contexto, durante casi todo el siglo XIX, la política asistencial del Estado se focalizó en la beneficencia. Sin embargo la presencia del Estado en materia de salud fue escasa, el rol protagónico estuvo a cargo de la iniciativa privada de grupos religiosos, filantrópicos, gremiales o de las colectividades extranjeras, resultado de ello fueron los primeros hospitales de colectividades fundados en Buenos Aires: El Francés, el británico, el español, el italiano y el alemán.

A partir de 1880 con la Presidencia de Roca (1880-1886) aumenta el protagonismo del Estado y hay una tendencia a centralizar la acción sanitaria y proyectarla al ámbito nacional.

Con el siglo XX comenzó uno de los períodos de mayor expansión de la



capacidad instalada del sector público en la atención de la salud (Kornblit y Méndez Diz, 2000). En 1906 bajo la presidencia de Figueroa Alcorta, Cabred impulsa la creación de numerosas unidades sanitarias. En 1900 crea un instituto de psiquiatría y en 1903 una liga de lucha contra el alcoholismo, se debe a él el avance del hospital público. Paralelamente se registra un incremento del movimiento mutualista liderado por colectividades de inmigrantes, mientras que la medicina privada se desarrolla en consultorios particulares.

*(b) Estado De Bienestar. La transformación del sector salud*

Luego de la sucesión de gobiernos conservadores y radicales en 1943 hubo un golpe militar que de la mano de los presidentes Ramírez (1943-1944) y Farrell (1944-1946) permitió el crecimiento del liderazgo político de Perón. A partir de 1944 se inicia una importante transformación en el sector de la salud y empieza a consolidarse la estructura que llega hasta el presente (Vidiella, 2000).

En 1944 se crea la secretaría de Salud Pública con el propósito de agrupar las diversas instituciones federales de salud bajo una misma unidad administrativa. El secretario de salud elegido fue Carrillo.

Perón, en su primer (1946-1952) y segundo gobierno (1952-1955), implementa una política sanitaria centralizada. Esta tendencia se inscribe dentro del apogeo del *Estado de bienestar*, caracterizada por la creciente injerencia del Estado en la planificación y administración de la salud y otros servicios sociales. El Estado supone la realización de una serie de prestaciones sociales que deben estar proclamadas y garantizadas constitucionalmente, y lleva adelante una adecuada y justa distribución de lo producido.

En 1949 la Secretaría de salud, es transformada en Ministerio de salud pública y continuó Carrillo como ministro de salud. Durante su gestión (1944-1954) impulsa un desarrollo estructural del subsector público, incrementando la cantidad de hospitales, ampliando las prestaciones y jerarquizando los servicios.

*En suma*, la política sanitaria emprendida por los dos primeros gobiernos de Perón presentó cierta ambivalencia: por una parte, un enorme esfuerzo centrado en el desarrollo y jerarquización del sector público, una expansión de la capacidad instalada, un reconocimiento formal del derecho a la salud, y por la otra, un fuerte impulso a la seguridad social, politizándose la cobertura y una consolidación del gremialismo médico.

Crabay (1997) considera que la saturación de demandas superó la capacidad de

respuesta del Estado y su rol presentó limitaciones, que junto a errores de conducción y un manejo demagógico se constituyeron en aspectos que influyeron en la caída del gobierno de Perón.

*(c) Estado Desarrollista, modelo estatal-corporativo. Políticas sanitarias restrictivas*

En 1955 el alzamiento militar encabezado por los generales Lonardi, Aramburu y el almirante Rojas estableció un gobierno provisional que destituyó a Perón. Se inicia, en materia de salud otra etapa inscripta en una nueva modalidad sanitarista internacional que propugna la descentralización administrativa de los centros asistenciales, con el objetivo de mejorar la eficiencia agilizando los mecanismos de gestión y control.

De acuerdo a Kornblit y Méndez Diz (2000) después del derrocamiento del gobierno de Perón el gobierno militar solicitó un informe a la OPS que constituía una evaluación del proceso anterior, este concluía con una serie de recomendaciones de políticas públicas entre las cuales figuraba la descentralización como instrumento para la flexibilidad administrativa y estrategia para disminuir los costos operativos.

A nivel estatal esta etapa fue la del *Estado desarrollista*, la organización de los sistemas de salud padece el golpe de las políticas restrictivas, se produce una disminución del crecimiento y las propuestas de descentralización y desburocratización conducen a trasladar a los Estados provinciales la administración del sistema Hospitalario Nacional; se fortalece el modelo corporativo-privatista de contratación entre prestaciones y obras sociales.

Crabay (1997) considera que hacia fines de los años 60 entra en crisis el modelo desarrollista que fundamentaba que a mayor crecimiento económico habría un mejoramiento de las condiciones en salud, contrariamente, se observó un deterioro progresivo de la salud. En esta etapa se advirtió que la aparatología y los medios especializados de la medicina privada junto al crecimiento de los sistemas de seguridad social y la insolvencia de las prestaciones estatales, ponían de manifiesto una organización del sistema de salud con prestaciones diferenciadas.

*(d) Estado Burocrático Autoritario. Desmantelamiento de la salud pública*

A partir del derrocamiento de Illía por el golpe militar de 1966 se inicia hasta 1973 otra etapa de censura. Onganía (1966-1970) instauró un régimen autoritario. Pasando por las presidencias de Levingston (1970-1971) y Lanusse (1971-1973), comienza a observarse un paulatino retroceso y progresivo desmantelamiento en salud pública y un desarrollo del sector privado, favorecido por ciertos cambios en el modo de operar de las obras sociales.

Con el breve lapso constitucional abierto en 1973, el tercer gobierno de Perón intenta recuperar el rol hegemónico en políticas públicas. En salud el suceso más relevante fue la realización de un proyecto destinado a reformar el sistema que proponía garantizar el derecho a la salud al conjunto de la población mediante un sistema único, de alcance universal e igualitario. Sin embargo las disputas intersectoriales hicieron naufragar el proyecto original y la ley que sancionó el parlamento en 1974 excluía del sistema a las obras sociales.

Con La muerte de Perón en 1974, E. Martínez, se instituye como Presidenta, durante su mandato la situación política y económica se deteriora y la junta militar dirigida por el Comandante en Jefe del Ejército Videla, e integrada por Masera y Agosti, toma el poder y el 24 de marzo de 1976 disuelve el congreso, impone la ley marcial y gobierna por decreto. Las Fuerzas Armadas argentinas y el pensamiento neoliberal junto a su equipo económico conjugan un componente altamente autoritario y represor que se identifica con la Doctrina de la Seguridad Nacional.

En lo sanitario predominaron componentes liberales y tecnocráticos, desmantelando los servicios sociales y transfiriendo su actividad al sector privado. La salud como el bienestar de la comunidad obedece a la mercantilización de bienes que son sociales, el lucro es el eje de la actividad y se manifiesta total despreocupación por el destino de los sectores menos favorecidos (Crabay, 1997).

Este gobierno además de infligir tantas heridas mortales hirió de muerte al sector de la salud, al continuar con la descentralización y ser transferidas 65 instituciones a jurisdicciones provinciales y municipales. Esta política provocó el desmantelamiento del hospital público. La causa de este fracaso debe atribuirse a que las transferencias administrativas no fueron acompañadas con recursos financieros, de manera que los gobiernos locales debieron desplazar fondos hacia la atención médica, generándose desajustes presupuestarios que afectaron el funcionamiento de los establecimientos. En cuanto a la seguridad social, las medidas más significativas fueron la intervención de las obras sociales y su desvinculación de los respectivos gremios, con el objetivo de debilitar la estructura y poder de los sindicatos.

Entre 1977 y 1981, con las presidencias de Videla, Viola y Galtieri, la política económica propició el ingreso al país de sofisticada tecnología médica, lo que provocó que inversiones privadas se volcaran a la adquisición de equipamiento. Los hospitales de comunidades extranjeras se adaptaron sin problemas logrando modernizar su equipamiento, pero el hospital público perdió el predominio de la tecnología.

*En suma*, la política sanitaria instituida por el último gobierno de facto mostró una

clara preferencia por la medicina de alta complejidad, que tuvo consecuencias en la organización de los servicios y en los costos. El retiro del Estado de su rol fiscalizador y orientador y el avance de la regulación del mercado provocaron el incremento de los costos y alentaron el uso indiscriminado de recursos tecnológicos. En este período se consolidó un modelo de prestación de servicios en salud sofisticado y tecnologizado, que favorecía la especialización y atención de patologías específicas en detrimento de prestaciones menos complejas, incluyendo la medicina general y la prevención.

*(f) Estado Post-social y salud en democracia: Desregulación y descentralización.*

En 1983 Argentina vuelve a tener un gobierno democrático con la presidencia de Alfonsín (1983-1990). El desarrollo de la democracia coincidió con la concientización que significó a la comunidad la deuda contraída por el gobierno de las Fuerzas Armadas con el sistema financiero internacional.

En materia de salud, Domenech (1997) plantea que el Ministerio a cargo de Neri buscaba orientar y reordenar el funcionamiento de la seguridad social y de la salud asegurando siempre la libre iniciativa y la participación popular y movilizadora de la sociedad.

En 1984 el ministerio de salud y acción social formuló un plan general que encuadraba la política en salud dentro de un régimen democrático que planteaba la salud como derecho inalienable de las personas. Pero el proyecto más ambicioso fue el Seguro Nacional de Salud<sup>26</sup> (SNS), su objetivo era extender la cobertura de las obras sociales a toda la población, a través de un sistema que articulase los distintos componentes de los tres sectores existentes. Sin embargo la propuesta no contó con el apoyo del justicialismo, en ese momento en la oposición, lo que determinó la dimisión del ministro Neri en abril de 1986.

Si bien el gobierno radical tuvo intenciones de mejorar fue evidente la falta de claridad en la comprensión del problema, como así también los desacuerdos en el seno del partido y en las formas administrativas. Crabay (1997) plantea que con el advenimiento de la democracia en salud se poseía un ambicioso proyecto, sin embargo es probable que las condiciones económico-sociales fueran adversas a estas concreciones.

---

<sup>26</sup> Cuyas bases principales del primer proyecto de ley del SNS elevado al congreso en 1985 consideraban: fortalecer el rol del Estado como conductor y no como prestador, articular las acciones de salud del sector público, obras sociales y servicios privados, mantener las prestaciones de salud fuera del juego de oferta y demanda, crear la Administración Nacional del Seguro de Salud integrada con mayoría de representantes estatales y trabajadores organizados y jubilados, crear un fondo solidario de redistribución, entre otros (Kornblit y Méndez Diz, 2000).

La gestión del gobierno de Menem en su primer mandato (1989-1995) y en segundo mandato (1995-1999) no contribuyó a la recuperación del sistema de salud. Su política fue de reforma y desregulación del sistema considerando cambios en las obras sociales, las empresas prepagas y la autogestión del hospital público. Se prosiguió con la política de descentralización, proceso que tuvo hito en la Ley de Presupuesto del Ejercicio de 1992 (Nº 24.061), esta ley excluye de la Secretaría de Salud Pública las partidas destinadas a servicios hospitalarios.

Por su parte los gobiernos provinciales también tendieron a propiciar la transferencia de los centros asistenciales hacia las comunidades locales y los municipios. Pero con las economías regionales devastadas y las arcas provinciales vacías, estos traspasos sólo contribuyeron a profundizar el desmantelamiento de los centros asistenciales.

Esta tendencia se inscribe dentro de la implementación de la autogestión hospitalaria, su idea es promover la autonomía de los establecimientos para lograr un uso más racional y eficaz de los recursos. Los hospitales que han adoptado este principio manejan su propio presupuesto, cuyos fondos son provistos por la comunidad local a través del aporte de obras sociales. Sin embargo, como esta reestructuración se produce en un momento de crisis económica y se inscribe en la política de disminución del gasto público, el resultado es la discriminación respecto de las posibilidades económicas de los pacientes, quienes en caso de no dirigirse al hospital que les corresponde por zona, deberán pagar para ser atendidos, o deberán optar por su centro de pertenencia aunque la calidad de la atención sea inferior.

Respecto de la necesidad de reestructurar la seguridad social en octubre de 1996, el presidente Menem dispuso la reglamentación del decreto Nº 9/93 destinado a desregularizar las obras sociales, algunos de los cambios introducidos por la reforma son: el trabajador podrá optar libremente a qué obra social afiliarse, el número de las mismas se reducirá a 40, todas estarán obligadas a cumplir con un programa médico obligatorio.

La defensa de esta política se origina en la creencia de que la libertad del afiliado para elegir bienes y servicios provocará un efecto disciplinador en el mercado, y que ello garantizará una mejora en la calidad y un efecto distributivo más equitativo. Sin embargo, la desregulación de las obras sociales no es una medida suficiente para mejorar la eficacia y atención adecuada de la población. Con este sistema en funcionamiento quienes poseen mejores ingresos son afiliados a obras sociales eficientes, y los que tienen salarios bajos quedan fuera del sistema relegados a obras



sociales de menores recursos y al hospital público que deberá afrontar estos costos.

*Recapitulando:* se advierte cómo con los gobiernos de Menem a partir de los 90' la transformación en salud ya no depende del Estado como en otros períodos sino de la participación de una mayor cantidad de agentes económicos sociales. La reorganización y transformación del sistema de salud a la que se refería este gobierno implicó un avance a la desregulación del sistema. El Estado Post-social se constituyó en garante para la preservación de la salud reemplazándose la regulación por mecanismos de control (Doménech, 1997).

Siguiendo los planteos de Beltramino y Bloch (en Kornblit y Méndez Diz, 2000:158) podríamos considerar que el contexto de debilidad de las instituciones, la inestabilidad de los gobiernos y la presencia de fuertes intereses corporativos permitieron la alianza entre las grandes corporaciones profesionales y el movimiento sindical, caracterizado como pacto corporativo durante varias décadas. La vigencia de este pacto se sostuvo pese a intentos de reforma de gobiernos de orientación ideológica tan dispar como el peronismo, la dictadura militar y la primera época de la democracia. Parecería que sólo la debacle financiera que vivimos a partir de 1980 pudo más que todos los intentos previos.

En virtud de lo considerado se advierte que en las transformaciones del Estado y las políticas sanitarias hay un interjuego de expansión del Estado hasta su retracción total, lo que se expresa con el *Estado Post-social*, que se inicia en la democracia y está vigente en la actualidad<sup>27</sup>. En lo que sigue se analizarán sus consecuencias en la actualidad en materia de concepciones y políticas en salud vigentes.

---

<sup>27</sup> El Estado Nacional actual a través del Ministerio de Salud, bajo la dirección de Juan Luis Mansur, esboza entre sus funciones y objetivos todo lo inherente a la salud de la población y a la promoción de conductas saludables de la comunidad y, en particular aspectos como: entender en la *planificación global* del sector salud y en la *coordinación* con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, entender en la *coordinación, articulación y complementación* de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social, y del sector privado; entender y *fiscalizar la distribución de subsidios* a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva, o asistencial; intervenir, en su ámbito, en la *asignación y control de subsidios* tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de emergencia a necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor, entre otros propósitos que enuncia (Artículo 3° del Decreto N° 828/2006 B.O. 10/7/2006 <http://www.msal.gov.ar/hm/site/default.asp>). Se infiere cómo, si bien las políticas de descentralización continúan desde el Estado, el mismo se esfuerza en el desarrollo de una política en salud que se pretende coordinada e articulada con marcada orientación a la fiscalización y control en la asignación y distribución de subsidios. Actividades promovidas desde el Consejo Federal de Salud (COFESA) integrado por los funcionarios que ejercen la autoridad de Salud Pública a nivel nacional, provincial y municipal (Ley 22373 – 13 de Enero de 1981). Dicho Consejo desarrolla Reuniones Ordinarias (2 veces cada año) así como extraordinarias prestando a un coordinado desarrollo sectorial en materia de salud.

### 2.3 La situación actual del sistema de salud y el rol del Estado

La crisis económica por la que atraviesa Argentina se caracteriza por el retiro del Estado Nacional de su rol conductor de políticas públicas, donde la esfera de la salud aparece afectada en este proceso, entre otros, con el desmantelamiento del hospital público como ejemplo de ello.

Ya en septiembre de 2000 el Foro Nacional de Instituciones Médicas de Argentina elaboró un documento sobre la crisis del sistema de salud en el que reclama a las autoridades que las políticas en salud sean debatidas y acordadas con la participación del sector, la lectura que el documento hace del contexto es la siguiente:

“...Los procesos de reforma de salud que se pretenden imponer en nuestro país y en toda Latinoamérica, obedecen a la aplicación sistemática de un modelo neoliberal trazado por organismos internacionales, como parte de una política socioeconómica para el tercer mundo, las consecuencias de estas reformas –que fueron aceptadas como receta única y obligada, abandonando la responsabilidad soberana de diseñar y aplicar políticas que estén en función de las necesidades y aspiraciones de la población- han sido altamente inconvenientes y perjudiciales por el abandono de los principios fundamentales de la salud, por su alto costo social, la limitación de la cobertura, el aumento de la brecha entre ricos y pobres, la pérdida de la calidad de vida, el incremento de la población pobre y vulnerable, el colapso financiero de las instituciones públicas de salud, el aumento de costos globales por la incorporación tecnológica y farmacológica superfluas como necesidad sanitaria pero imprescindibles comercialmente para generar demanda y ganar competencia...” (Foro Nacional de Instituciones Médicas de Argentina. 2000:12 -13).

Respecto al rol del Estado en salud, Vidiella (2000) considera, que lo que permite diferenciar una política social de la mera asistencial social es que la primera se propone un alcance universalista cuyo destinatario es el conjunto de la población, la segunda en cambio focaliza la atención en los sectores más pobres y marginados. El neoliberalismo sustenta este último punto de vista, propone una segmentación en el conjunto de los bienes sociales, distinguiendo entre aquellos de carácter público y privado.

De esta manera en salud se distingue entre atención primaria y medicina de alta complejidad: el Estado tiene la obligación de garantizar la primera, pero la segunda pasa a convertirse en un asunto privado. En relación con ello, privatizar bienes públicos conduce a legitimar dos categorías de ciudadanos: los que tienen acceso a lo privado y aquellos a los que sólo les queda conformarse con lo público.

En íntima relación con ello, el presidente de la Confederación Médica de la República Argentina, Dr. Jañez (2001) considera que:

“...La falta de políticas coherentemente estructuradas que se visualizan como parte de condicionamientos externos, lleva a pensar en una pérdida de la capacidad para la toma de

decisiones soberanas...la imposición de modelos importados de países del primer mundo, con esquemas adaptados a la realidad nacional, ha provocado reacciones coincidentes y no precisamente de apoyo por parte de todos los involucrados..." (Jañez, 2001:2).

Estos planteos manifiestan como el Estado se retira de determinadas funciones que hacen de soporte a la solidaridad social, convirtiéndose en garante del desarrollo económico en acople a economía internacional. Se desliza un ideal autogestionario que plantea que cada uno trate de generar sus propias condiciones de vida (Galende, 1997).

Como parte de estas políticas el Estado trata de retirarse del financiamiento del sistema, ya no crea servicios para la comunidad, ni ejecuta políticas sistemáticas de salud, sino que retiene para la Nación la implementación de algunos programas sobre problemas específicos y deriva a las provincias y municipios la atención en salud en un proceso que produce un desmembramiento del sistema.

Galende (1997) considera que los programas comunitarios en salud, salud mental, atención primaria y las prestaciones en sus servicios periféricos se dirigen progresivamente a paliar los efectos de la exclusión social (desempleo, marginalidad, migraciones) y la contención y apaciguamiento social de estos sectores. Las problemáticas dominantes que deben enfrentar los profesionales en este sector son las de la violencia (familiar, juvenil, maltrato a niños y en comportamientos individuales), la adicción a las drogas, depresiones y desamparos extremos.

El Estado a través de la privatización de los riesgos promueve el avance de empresas médicas y seguros privados de enfermedad. Este proceso está dirigido a hacer entrar a la salud en los criterios económicos del mercado, de modo que, cada institución pueda gestionar su propio funcionamiento al tiempo que cada persona tendrá la salud que pueda pagar. Este proceso de privatización, según el autor afecta a:

*Los profesionales*, que bajo una crisis de la práctica liberal de consultorio producida por una disminución de la demanda de atención privada y la caída de ingresos económicos en el sector público, se ven lanzados al mercado privado de las prestaciones. Son empresas privadas, seguros, prepagas y obras sociales sindicales, los que fijan las condiciones de trabajo, las posibilidades de empleo y su retribución. En un mercado profesional caracterizado por la sobreoferta, estas empresas logran abaratar su gasto a expensas del ajuste en los pagos a profesionales, llevándolos a desempeñarse aceptando criterios económicos y modalidades de atención que subvierten y violentan sus propios métodos terapéuticos. En este sentido las empresas imponen criterios económicos para la duración de tratamientos y aspectos del método, con independencia de los tiempos singulares del paciente, su patología o la percepción

que el profesional tenga de aspectos prioritarios del tratamiento, asumiéndose los profesionales como “técnicos” deteriorando sus conocimientos y experiencia. De esta manera la salud se reduce a su valor de consumo y a los valores de mercado. El régimen de atención responde más a los criterios del contrato de una relación de servicios que a aquellos compromisos de la ética médica.

*Los usuarios*, que dentro de esta trilogía de Estado, profesionales y seguros privados, ven restringida la acción social, sometidos a la atención de sus patologías a los criterios económicos, acrecentándose la atención técnica operatoria en desmedro de la relación médico paciente.

En relación con estos planteos Meeroff (2000) considera que:

“La diferenciación de medicina para ricos y medicina para pobres se hace cada vez más evidente...ha aumentado el número de pobladores carentes de toda protección y la población con necesidades básicas insatisfechas, que está falta de toda asistencia médica, va en aumento... y el resultado es la atención médica cuantitativamente insuficiente, precisamente cuando la OMS proclama salud para todos....” (Meeroff, 2000. Pág.: 4 -11).

Vinculado a esta realidad Auger (2003), jefe de la unidad de guardia del Hospital Francisco Santojanni de Buenos Aires recuerda que:

“... En junio de 2002 el gobierno Nacional a través del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) confirmaba que el 51,4% de la población Argentina vivía en la pobreza, estos porcentajes equivalían a 18,2 millones de personas, de las cuales 8,3 millones eran menores de 18 años de edad, pero las cifras que realmente repercuten son los aproximadamente ocho millones de indigentes que no alcanzan a cubrir las necesidades alimentarias básicas, justamente, la mala nutrición condiciona la aparición de enfermedades infecciosas que afectan a los niños que en la actualidad saturan las guardias hospitalarias con cuadros agudos o crónicos sumado a la falta de medios económicos ante los elevados precios de los medicamentos...de esta forma en un escenario donde la pobreza, la falta de trabajo, la desnutrición y la ausencia de obra social son las figuras dominantes en los usuarios de salud, el hospital público se convierte en el único universo de atención de salud de una población cada vez más enferma...” (Auger, 2003 Pág.:30).

Vidiella (2000) sintetiza la situación actual de la atención de la salud, mencionando que los rasgos más sobresalientes del sistema son que: es *costoso*, Argentina tiene un gasto de salud equiparable a algunos países desarrollados pero no puede afirmarse que estos desembolsos impliquen una mejora de la situación; es *fragmentario*, ya que Argentina no ha logrado mantener una política sanitaria coherente, la ausencia de liderazgo por parte de los gobiernos ha provocado una fragmentación del sistema; es *ineficiente*, debido a que la fragmentación atenta contra la eficiencia, existen por ejemplo, 90.000 médicos en actividad distribuidos de modo desigual entre

áreas urbanas y rurales; es *inequitativo*, el desmantelamiento del sector público sumado a la crisis económica de las clases sociales medias y bajas han provocado una estratificación en el acceso a servicios sanitarios; y finalmente *el sistema tiene una tendencia a la privatización de la salud*, en el país hay un crecimiento de la medicina privada y una retracción del sector público, cuya consecuencia es la pérdida de beneficios para los grupos sociales menos favorecidos.

La autora plantea que no resulta apropiado conceptualizar como “sistema” al sistema sanitario argentino debido a la falta de coordinación entre los diversos subsectores, la heterogeneidad de sus componentes y la excesiva atomización de sus funciones. Siempre que comprendamos por sistema un conjunto ordenado y jerarquizado de partes, con una cabeza que coordine y controle.

De acuerdo con Galende (1997) este es el contexto real en el que se desenvuelven los problemas actuales, y sobre el que muchos gobiernos pretenden que la ciudadanía los acepte como una “naturaleza” inevitable de las cosas e ignore que se trata de políticas y de intereses, con beneficios concretos para ciertos sectores en desmedro de otros.

Siguiendo los lineamientos de lo desarrollado a continuación analizaremos las políticas en salud vigentes en la actualidad.

## **2.4 Políticas actuales en salud**

Estrada Ospina<sup>28</sup> (2006) considera que al analizar las políticas en salud en los países de América Latina resulta determinante el marco conceptual y metodológico del que se parta, considerando que una evaluación de las mismas debe comprender: el análisis de los problemas implícitos en el nivel epistemológico, teórico, metodológico y los resultados en la práctica.

A continuación intentaremos tomar estas consideraciones para analizar en primer lugar los planteos y opiniones de algunos de los organismos latinoamericanos de salud al respecto, estudiando los resultados de ciertas políticas en la *práctica concreta*. Seguidamente realizaremos un análisis de las diversas concepciones de políticas en salud, principalmente en nuestro país, intentando señalar los aspectos *conceptuales*,

---

<sup>28</sup> Víctor Mario Estrada Ospina realizó sus estudios en Trabajo Social y Sociología en la Universidad de Caldas y en la Universidad Nacional de Colombia, realizó estudios de maestría en Salud Pública en la Universidad del Valle y estudios de maestría en Ciencia Política en la Universidad Javeriana de Cali. Fue profesor y decano de la Facultad de Trabajo Social en la Universidad de Caldas, y profesor de grado y postgrado en temáticas vinculadas a: la resolución de conflictos, desarrollo comunitario, planeación social, política y problemática social colombiana, salud y sociedad, salud comunitaria, teorías políticas, entre otros; y en destacadas universidades de Colombia.



*teóricos, epistemológicos y metodológicos* de cada una de ellas, lo que finalmente nos permitirá advertir la política en salud predominante en el contexto actual, y al mismo tiempo vislumbrar políticas alternativas que supongan la participación activa de los grupos sociales, lo que se erige como “una de las tareas prioritarias del momento en América Latina” (Estrada Ospina, 2006:57).

Respecto a los planteos de organismos latinoamericanos de salud, la CONFEMEL<sup>29</sup> realizó en Argentina en el año 2000 la *IV Asamblea Anual Ordinaria*, en la que se debatió sobre la introducción negativa de las leyes de mercado a los sistemas sanitarios a partir de las reformas del sector salud que se están realizando en los países de Latinoamérica y el Caribe. Entre otros, se trató el tema *políticas en salud*, cuyas conclusiones se vinculan a la puesta en marcha de determinadas políticas o *práctica concreta* en el contexto actual.

Las conclusiones son comunes a los sistemas de salud de Argentina, Uruguay y El Salvador. Algunas de éstas son: el financiamiento para el sector público de salud es bajo; existe un sector grande de la población no cubierta por ningún régimen; los sistemas y políticas de reformas en salud financiadas por organismos internacionales demuestran ausencia de cambios que beneficien la salud de los pueblos Latinoamericanos; las políticas en salud se enmarcan en un contexto economista, y son formuladas por economistas; la prestación de los servicios de salud debe ser universal e integral y deben de prestarse de acuerdo a las necesidades de salud y no de la capacidad económica.

En este sentido Estrada Ospina (2006) se interroga ¿Políticas de la enfermedad o políticas para la salud? considera que es necesario problematizar las llamadas políticas en salud en Latinoamérica, ya que estas han privilegiado sus contenidos de enfermedad y muerte, la curación y la reparación de la salud perdida sobre la promoción de la salud, de la vida y la prevención.

Advierte que las políticas en salud de los países latinoamericanos manifiestan los siguientes problemas implícitos: al enunciar la política se enfatiza, en teoría, el hecho de que la política en salud es parte integrante de la política social y que ésta a su vez debe integrarse a los objetivos generales de la política económica; por otro lado se insiste en la necesidad de una planificación intra, inter y multisectorial. Sin embargo desde el punto de vista práctico, que es el que venimos analizando, ha sucedido lo contrario, ya que a la política social se le asignó el negativo papel de tratar de corregir las consecuencias del crecimiento económico, en esas condiciones se puede pensar

---

<sup>29</sup> Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe.

que la política social en su conjunto ha quedado determinada y condicionada a los prioritarios objetivos de la política económica.

En este sentido la política económica no ha contribuido a mejorar las condiciones de salud de la población ya que esta dimensión ha permanecido ignorada en el conjunto de las políticas generales trazadas por el Estado. Los esfuerzos oficiales se reducen a disminuir la mortalidad, la morbilidad y mejorar las condiciones de ambiente; se parte de considerar los efectos, esto es, la enfermedad y los riesgos de enfermar y morir, sin considerar las verdaderas causas; ignorando la incidencia que puede tener el tipo de organización económica, política, social, cultural, etc. en la desigual distribución de la salud y de la enfermedad de la población.

En lo que respecta al análisis de las diversas concepciones de políticas en salud, Stolkiner (en Videla 1991) realiza un análisis y categorización de las mismas. En ellas hallamos los aspectos *conceptuales, teóricos, epistemológicos y metodológicos* de las políticas sanitarias que la autora define como:

#### *Concepción liberal en salud*

Se fundamenta en el principio de libertades individuales como la libertad de elección, estableciendo que la salud es responsabilidad individual. Manifiesta una postura idealista de la libertad, ideario de la Revolución Francesa, sectorizándose además lo privado de la salud opuesto a lo público, que cubriría a los indigentes que no poseen medios propios. Los llamados estados liberales se harán entonces cargo de lo que hasta ese momento era patrimonio de la caridad cristiana. El resto de las prácticas en salud quedan así en manos del libre juego de oferta y demanda.

Esta concepción es denominada por Menéndez (en Videla, 1991:153) como modelo médico hegemónico caracterizado el exclusivismo de las explicaciones biológicas sobre la causalidad de la enfermedad y sobre las formas terapéuticas utilizadas, lo que supone en los hechos la negación de los factores socio-históricos. Este biologismo prioriza una simple historia natural de la enfermedad, quedando la historia social del hecho excluida. De manera que las particularidades de esta concepción son su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, mercantilismo y eficacia pragmática. Está centrado en un modelo positivista, que apunta a la curación de la patología y llama medicina del órgano a la medicina.

Ambas formas de salud, pública y privada coinciden en su nula capacidad de actuar sobre determinantes sociales que interjuegan sobre el paciente, ya que se

limitan a lo curativo. Esta cientificidad es encubridora de instancias de violencia y de poder arbitrario.

### *Concepción desarrollista en salud*

Frente al fracaso del modelo liberal el mundo occidental termina por aceptar el concepto nacido en la Revolución Rusa de 1917 de planificación, como un ordenamiento activo de las líneas a seguir por la sociedad, la que científicamente organizada será tarea de técnicos. Esto en América Latina se denominó “desarrollismo”.

Este se enmarca dentro de una medicina social pluricausalista que mantiene una concepción causalista-mecanicista de la salud, representada en la definición de la OMS, que afirma aspectos positivos (satisfacción de necesidades, no sólo ausencia de enfermedad). De acuerdo a Estrada Ospina (2006) se trata de una concepción desarrollista de la enfermedad ya que sostiene que a mayor desarrollo menores problemas de salud.

Lo que olvida esta concepción de acuerdo al autor es tener en cuenta las condiciones bajo las cuales se da este desarrollo, considerando que en América Latina el crecimiento económico no es sinónimo de desarrollo, sobre todo cuando este no se refleja en lo social, cultural, político y económico.

Paralelamente esta concepción desarrollista en salud sigue manteniendo un criterio tecnocrático ya que la salud es asunto de profesionales, especialistas o técnicos que estudian poblaciones, apareciendo así una corriente normativa en educación para la salud con una prevención normativa que trata de evitar las llamadas conductas desviadas o inadaptadas.

Aparece en esta concepción la idea de multidisciplinaria, pero es esencialmente tecnocrática, ya que la representación popular no posee cabida.

Se trata de un modelo de dependencia, donde las personas deben suponer que todo está determinado por la opinión o la acción del “especialista”, quien se coloca en el lugar de “sabelotodo” y desde allí decide el destino de las poblaciones. Las personas a su vez, reciben el mensaje de ser obedientes a las indicaciones y los “sabios consejos” de doctores, licenciados o profesores.

Desde esta concepción se imparte educación para la salud que se programa en escritorios y luego se aplica a la gente, sin que esta tenga el más mínimo acceso a dicha programación.

### *Concepción en salud participante e integral*

Es la propuesta definida en Alma –Ata en 1978 como salud para todos en el año 2000 con la estrategia de prevención primaria de la salud. Dada la multiplicidad de sistemas de gobierno que convergen en esta propuesta se han realizado múltiples interpretaciones y aplicaciones de ella.

Se trata de una concepción participante porque el eje sobre el cual se centra su propuesta es la propia participación, que es considerada un hecho en sí de salud porque permite a las personas salirse del lugar de sometimiento a una autoridad que normatiza sus vidas. El criterio participativo implica la ruptura del vínculo poder-saber entre los especialistas, técnicos y la población. Esto replantea los criterios de planificación, debiendo ahora pensarse en un proceso de reformulación, esto es lo que *Paulo Freire* y Pichón Riviére proponen en la dialéctica de lo grupal para fomentar y apoyar el desarrollo de la conciencia crítica.

El concepto de atención primaria ofrece soluciones holísticas al poner el acento en el desarrollo de capacidades para enfrentar en forma participativa y organizada los desafíos de la salud para todos. Este concepto se sustenta en tres criterios básicos: la equidad, la coordinación intersectorial y el desarrollo de capacidades propias

Esta política en salud es una convocatoria a la participación y se refiere a una invitación para acompañar, ampliar la cobertura de la atención de la salud, establecer reglas que permitan a las organizaciones locales ejercer su influencia y opinión en el planeamiento, en la gestión y la administración y control de todos los servicios.

Estrada Ospina (2006) reflexiona críticamente sobre esta concepción planteando que se debe considerar ciertos aspectos esenciales señalados por las Naciones Unidas que no fueron considerados por los poderes decisores de las políticas Estatales o gubernamentales en salud: la salud está unida al sistema económico y político del país concreto donde se la considere, los conflictos en el campo de la salud son los conflictos de país en cuestión, la introducción de reformas en las políticas en salud carecen de significado si no hay cambios básicos en el orden social vigente.

Siguiendo estos lineamientos es claro que la estrategia de atención primaria por sí sola no puede ser la clave para alcanzar la pretendida meta de “salud para todos en el año 2000”, como lo proclamaron la OPS y la OMS, en la medida que la estrategia de atención primaria no fue integrada a las políticas sociales y al conjunto de las políticas económicas, se fracasó porque la atención primaria implicaba realizar cambios estructurales fundamentales de orden económico y social vigente, pero esos cambios urgentes y necesarios no fueron llevados a cabo.

Lamentablemente era este tipo de voluntad política y de integración la que se suponía podía crear condiciones objetivas para un mejoramiento sustancial en las condiciones de salud de la población, ya que estaba demostrado que la mera ampliación de coberturas de la medicina institucional y el mejoramiento técnico no resuelve por sí sola los problemas de salud colectiva de la sociedad.

A partir de las políticas en salud desarrolladas por Stolkiner (en Videla 1991) podemos advertir cómo las conclusiones en materia de políticas en salud de la IV Asamblea Anual Ordinaria de la CONFEMEL para la Argentina, junto con otros países latinoamericanos, manifiestan que la *política en salud vigente es la concepción liberal*, lo que implica una introducción negativa de las leyes de mercado a los sistemas sanitarios, quedando así la salud como responsabilidad individual sujeta al libre juego de oferta y demanda.

Saforcada (2002) refleja el ánimo que moviliza a esta concepción liberal en salud al considerar que cuando la racionalidad del campo de la salud es el lucro, queda pospuesta la búsqueda del bienestar humano de atenuar o suprimir el sufrimiento, de darle calidad a la vida de quien demanda atención de su salud y la iatrogenia negativa<sup>30</sup> aumenta hasta alcanzar dimensiones impensables. El paciente aparece como un bien económico de la institución y/o profesional de salud que lo asiste, busca absorber toda la capacidad de pago de esta misma persona y/o de su familia y/o de su obra social y/o prepaga, con conciencia de lo que hace o de manera inconsciente por ser un engranaje de un sistema perverso.

*Recapitulando:* Consideramos que definir una política en salud debe pasar por considerar explicaciones acerca de la causalidad del problema salud-enfermedad. Asimismo entendemos que una política en salud que busque mejorar las condiciones de salud de la población deberá estar integrada a una política pública social, y ésta a la vez debe ser coherente con una política pública económica que realice profundas transformaciones económicas y sociales estructurales.

---

<sup>30</sup> De acuerdo a Saforcada (2002:61-62) si bien el uso ha determinado que el vocablo "iatrogénico" denomine el efecto negativo o perjudicial de una práctica médica, en sentido estricto significa "producido por el médico", sea negativo o positivo. El *diccionario de lengua española* (1992) define el vocablo iatrogénico como "*dícese de toda alteración del estado del paciente producida por el médico*". Estas definiciones exigen que se aclare si el efecto del accionar del médico es positivo o negativo; por otra parte, resulta útil usar de este modo la expresión, dado que todo accionar médico produce efectos positivos y negativos, dependiendo de la proporción en que se combinan estos efectos el que dicho accionar resulte ético y científicamente lícito.



## 2.5 Sistema local de salud

Respecto al sistema sanitario en el contexto local, en lo que sigue consideraremos: inicialmente su organización desde el efector provincial y municipal, atendiendo a la realidad que atraviesan, su funcionamiento, los problemas que los aquejan y críticas que se les realizan, y seguidamente analizaremos la vinculación entre los mismos<sup>31</sup>.

*La organización del sistema local de salud se caracteriza por:*

- Un *sistema de cobertura mutual*, en él las personas pueden acceder a una atención privada y/o pública. Si se opta por esta última, el Hospital Provincial o el Centro de Salud Municipal, realizan un recupero de la prestación a la obra social, que implica un reintegro a estas instituciones del gasto que generó una persona.
- Un *sistema de atención privada total*, al que pertenecen las personas que no tienen ninguna mutual y que pagan sus servicios, en clínicas y sanatorios privados. Actualmente, a nivel nacional y local, este grupo de personas es cada vez menor, puesto que existen obras sociales denominadas prepagas, acorde al poder adquisitivo de éstas, donde se abona un dinero mensual por anticipado a un servicio de salud del sistema privado<sup>32</sup>.

El sistema público local puede tener dependencia municipal o provincial. En la actualidad no existe ninguna entidad nacional de salud en nuestra ciudad. El ministerio de salud en el año 1979 se desentendió de los hospitales y se transfirieron todos los nacionales a nivel provincial, de manera que el Hospital Central se transfirió en ese año con la ley nacional de descentralización, su nivel de atención es de complejidad III, y es el hospital de referencia de la zona.

A nivel municipal dentro de las instituciones que conforman el sistema de salud se hallan 17 Centros de salud, Centros periféricos o Dispensarios<sup>33</sup> y la Maternidad Kowalk.

---

<sup>31</sup> La información presentada en este apartado proviene de entrevistas realizadas a efectores del nivel provincial y municipal que se desempeñan como jefes de área o directores de área y que han preferido preservar su identidad. Además se han consultado páginas web del Municipio y Gobierno de Córdoba, así como revistas específicas del campo de la salud de la provincia, un Informe de Gestión de un Programa en salud de Municipios Argentinos.

<sup>32</sup> El sistema de prepagas no es lo mismo que el sistema de obra social. En el sistema de prepagas las personas no tienen necesariamente que ser empleados, está abierto su acceso al grupo de personas que pueda realizar un pago mensual en salud. Lo que no es lo mismo que la obra social de un empleado, como ASPURC, IPAM, OSPRERA, UOCRA, entre otras.

<sup>33</sup> Estos nosocomios que son conocidos con estos nombres, no obstante en la jerga común de vecinos e inclusive los mismos profesionales que prestan sus servicios allí denominan Centro de salud Municipal al que nuclea a los demás, encontrándose en un sector céntrico de la ciudad, y prefieren denominar a aquellos que se hallan en los diferentes barrios de la ciudad como dispensarios, los vecinos y centros periféricos los profesionales.

En lo que sigue consideraremos la realidad del sistema de salud provincial y luego la municipal.

A *nivel provincial*, el sistema de salud se rige por las normativas que se esgrimen desde el Ministerio de Salud de la provincia<sup>34</sup>. Este posee hospitales en la capital y en el interior, uno en cada departamento. En la ciudad sólo se halla el "Nuevo Hospital Central Río Cuarto" (hace veinticinco años atrás nuestra ciudad tenía tres hospitales, paradójicamente cuando en la actualidad la población es cuatro veces más grande).

Respecto a la realidad que atraviesa la instancia provincial, debe considerarse que el hospital está preparado para recibir aquellos casos que demanden una atención de complejidad III. Sin embargo acoge una excesiva demanda de atención de la población que se evidencia en su capacidad colmada, lo que paralelamente se ve perjudicado por la falta de incremento de personal que trabaja con una planta mínima y con sobrecarga de trabajo, lo que denota un déficit de personal.

Asimismo, se podría considerar la existencia de un déficit presupuestario, ya que se trata de un hospital dotado de última tecnología, a nivel de infraestructura y de aparatología con la que está equipado. Montaje que requiere un mantenimiento constante lo que implica considerables desembolsos económicos, no siempre disponibles desde el ministerio.

Por otro lado, nos interesa destacar el Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) que el Gobierno de Córdoba desarrolla desde el año 2001, encarando una transformación del modelo con la pretensión de que se cumplan los principios de universalidad, igualdad, continuidad y accesibilidad para los servicios sanitarios. Para ello consideran un cambio en la cultura vigente en el sistema, de una posición actual pasiva y reparadora a una actitud proactiva y preventiva que genere un mejoramiento en las condiciones generales de salud de la población.

Entre los fundamentos del programa se expresa el Art. 59 de la Constitución provincial: "la salud es un bien natural y social que genera en los habitantes de la Provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social"; fundamentos que también se vinculan a los postulados de la Declaración de Alma Ata (1978).

---

<sup>34</sup> Ministerio a cargo del Dr. Oscar Félix González.

Respecto a la *realidad desde la instancia Municipal de salud*, esta se rige por las normativas de la Secretaria de Desarrollo Humano en la Subsecretaria de Salud<sup>35</sup>. El sistema institucionalmente se organiza con: un Centro de Salud que constituye el Área o la Central Administrativa donde está la sede de control de gestión y sistematización de todos los datos del mismo centro y de los 16 dispensarios periféricos, y la Maternidad Kowalk que funciona como una fundación con su propia modalidad de trabajo.

Algunos de los aspectos a considerar del sistema municipal de salud son: relación entre centro de salud-dispensarios y situación de la cobertura municipal.

La *relación entre centro de salud y los dispensarios* se fundamenta en la estrategia de Atención Primaria de la Salud desde 1991 en que el municipio se enuncia promotor de la misma, intentando alcanzar el escalonamiento de la atención desde un nivel de menor a mayor complejidad, ofreciendo respuesta a las dolencias menores en el ámbito cercano al domicilio de los usuarios, y, frente a exigencias de mayor complejidad, se deriva a las personas de estos centros al hospital provincial de referencia.

La dinámica de trabajo del Centro de Salud es la misma que los centros periféricos, tienen la misma perspectiva de atención a la comunidad, todos se rigen por programas vigentes y actúan sobre ellos. De manera que hay planes comunes que funcionan en diferentes barrios de la ciudad acorde a su realidad.

Paralelamente existen derivaciones o traslados de dispensarios periféricos al Centro de salud, las que se efectúan para alguna prestación o servicio complementario, como pueden ser electrocardiogramas o entrega de los fármacos. No obstante de acuerdo a las normativas municipales las respuestas deben ser dadas a nivel de cada centro.

Los centros periféricos cuentan con equipos interdisciplinarios, constituidos por: pediatra, medico clínico, toco-ginecólogo, odontólogo, personal de enfermería, psicopedagogos o psicólogos y asistentes sociales. En estos tres últimos su estilo laboral depende de cada centro, esto significa que hay equipos permanentes de base en el lugar y equipos que son itinerantes.

Desde el Municipio se considera que la cantidad de profesionales que prestan sus servicios en salud son suficientes, lo que está sujeto a variabilidades vinculadas a la

---

<sup>35</sup>Subsecretaria a cargo del Dr. Gabriel Francisco Abrile. (Consulta realizada en pagina web [http://www.riocuarto.gov.ar/secretaria\\_desarrollo\\_humano\\_autoridades.php](http://www.riocuarto.gov.ar/secretaria_desarrollo_humano_autoridades.php) día miércoles 5 de agosto de 2009).

realidad de la comunidad y los problemas que van surgiendo en la misma. Igualmente en más de una oportunidad se sienten desbordados por la realidad; no obstante insisten en que quizás la respuesta no es aumentar profesionales sino estudiar cual es la verdadera problemática y cómo se podría estar abordando desde un trabajo preventivo que permita disminuir el pedido de atención cuando se reconoce tempranamente el problema (Anexo XII).

En cuanto a la población que accede a los servicios de salud, el municipio enuncia que está abierto a toda la comunidad, el acceso es libre fundamentado en los aspectos preventivos universales. El municipio establece el hecho de no poseer una mutual para poder acceder de manera totalmente gratuita a todos los servicios, aquellas personas que sí la poseen pueden acceder contra-reembolso.

Respecto a lo que se considera *cobertura municipal*, en el año 2006 en que se desarrolló el trabajo de campo, los vecinos nos comentaban que poseían lo que ellos denominaban *carnet blanco*. Éste sistema funciona en nuestra ciudad desde el año 1991 y fue establecido por el Subsecretario de salud de ese momento, el Dr. Colombo.

Este carnet se origina desde el municipio con la pretensión de que toda persona tenga libre acceso a una cobertura social. Debido a que un número importante de pobladores de la ciudad no se encuentran en una relación de dependencia, o no disponen económicamente de la posibilidad pago una prepaga o mutual, el municipio se hace cargo del otorgamiento de servicios en salud. De manera que se refiere a este carnet para acceder a los servicios municipales de salud.

No obstante emergen posiciones encontradas entre lo que se enuncia desde los profesionales sanitarios del municipio<sup>36</sup>, profesionales sanitarios en general y denuncias de vecinos, ya que se trata de una disposición municipal que genera discordancia.

Desde el municipio hay intentos permanentes de aclarar que se trata de un mal llamado carnet blanco, que esa denominación resultó discriminatoria, y esa no fue la intención originaria del proyecto de cobertura municipal (Directora del área de Prevención del Centro de salud Municipal año 2006. Anexo XII).

Se explica que la pretensión fue sólo una identificación, pero se mal interpretó ya que se entendió que a la persona que poseía mencionada credencial se le abrían posibilidades en diversos servicios cuando en realidad era sólo el servicio de salud el que estaba garantizado.

Desde el municipio se nos comenta que desde el año 2006 no circula más este carnet y que las personas ingresan al sistema con el número de documento, lo que ha

---

<sup>36</sup> Nos referimos a personal municipal que fue entrevistado en el año 2007 (Consultar Anexo XII).

pasado a constituir su clave de ingreso y acceso. Reconocen haber evaluado las fortalezas y debilidades respecto al carnet, por lo que el cambio de criterio fue debido a que no estaba surtiendo un efecto positivo, sino más bien discriminatorio.

Desde el municipio se aclara que el criterio de otorgamiento de este carnet no se vinculaba a lo limpia o sucia que podía encontrarse una vivienda -concepciones y creencias de muchos de los vecinos-, sino que lo que las trabajadoras sociales consideraban como criterios de otorgamiento o no era corroborar el hecho de que las personas tenían las posibilidades de poseer una mutual y si era así ejercer el derecho de exigirla, de lo contrario el municipio se haría cargo de que el derecho le llegue al ciudadano (Directora del área de Prevención del Centro de salud Municipal año 2006. Anexo XII).

*Otros profesionales de salud y los usuarios del sistema público municipal*, denuncian la connotación discriminante del carnet, explican que éste no era para todas las personas, sino para aquellos que no poseían ninguna obra social, ninguna mutual, ningún sindicato, lo que hacía difícil su atención y “distinción” de otras personas a las que el municipio les podía cobrar o de las cuales podía recuperar en su obra social.

En este sentido argumentan que lo que movilizó esta iniciativa fue la fiscalización y control de aquellas personas que ya estaban mutualizadas, intentando que la gente utilice su obra social, dejando un margen a aquellas personas que no poseían recursos para acceder a la salud (Jefa de la Sección Enfermería de la instancia provincial de salud. Anexo XII).

Esta situación condujo a que las trabajadoras sociales municipales realizaran una valoración domiciliaria de los grupos familiares demandantes para advertir si éstos realmente necesitaban de la cobertura. Es en este sentido que algunos vecinos denuncian la forma violenta y excesiva en que fueron indagados e investigados por los profesionales (Anexo III).

Respecto a programas nuestro municipio se inscribe en la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, impulsado por el Ministerio de salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud. Consiste en fortalecer la ejecución de actividades de promoción de la salud a nivel local, colocándolas como el basamento conceptual y estratégico del programa político (Municipios y comunidades saludables. Lineamientos generales, 2004:3).

Analizadas las realidades de las instancias municipal y provincial en salud, consideraremos la vinculación de las mismas. Para ello tendremos en cuenta dos aspectos: uno que sería la relación esperada y el otro como es en realidad.



*La vinculación sistema de salud provincial-municipal esperada* consistiría en un trabajo en redes de transferencia y contratransferencia. Esto implica que el usuario se debe atender en el lugar más cercano a su domicilio, que ese lugar de mínima complejidad haga la evaluación del caso y lo derive a la entidad de mayor complejidad que sería, en el caso de nuestra ciudad el hospital, o bien, si tiene mutual una clínica o sanatorio. En este sentido se debe considerar que el hospital no debería recibir a ninguna persona que no posea una derivación de una entidad de menor complejidad, el paciente se dirige al hospital para atender su problema complejo y cuando se va, continua con un tratamiento para que el efector local lo ejecute.

Si el hospital local no puede atender a un paciente porque la complejidad más alta no la posee, lo deriva a la capital provincial.

*La vinculación sistema de salud provincial-municipal* expresa que en la cotidianeidad sucede que, un hospital que está pensado para una complejidad considerable debe atender, con motivo de la excesiva demanda, casos de atención primaria de la salud, como la consulta del niño sano, del diabético ambulatorio, o del hipertenso. Consultas que podrían ser realizadas en los dispensarios o centros periféricos de cada barrio.

La preferencia que tiene gran parte de la población por dirigirse ante consultas inmediatas de un nivel primario de complejidad a instituciones como el hospital, termina por desaprovechar la pertinente atención de los centros periféricos, intensificando la idiosincrasia de la población que decide atenderse de acuerdo a sus comodidades afectando negativamente la organización del sistema de salud.

Si bien se desarrollan convenios marco entre municipio y provincia, las falencias en los vínculos y superposiciones siguen existiendo.

Ejemplo de ello es lo que sucede con los medicamentos, ya que la provincia compra a laboratorios y los deriva a los efectores y el municipio fabrica genéricos, ocurriendo que ambas instancias los entregan con desconociendo y de manera paralela.

Derivado de ello, con la fabricación, distribución, acceso y consumo de los medicamentos genéricos (estimulado por la ley de patentamiento de medicamentos<sup>37</sup>, y

---

<sup>37</sup> En Argentina la protección de patentes para productos farmacéuticos ha sido un tema de controversia en los últimos años, y de disputas comerciales con EEUU. *La nueva ley de patentes* (1995) se adecua a los requerimientos del Acuerdo TRIPS (*Agreement on Trade-Related Spects of Intellectual Property Rights*). Algunos de los cambios importantes introducidos por la nueva ley son los siguientes: 1) Se permitirá la patentabilidad de los productos farmacéuticos, desde octubre del año 2000. 2) La ley aclara que los microorganismos son patentables, como así también las plantas y animales, pero no las sustancias pre-existentes en la naturaleza (Correa, 2001).

documentos de la OMS<sup>38</sup>) en nuestra ciudad se ha generado entre los ciudadanos el imaginario o la fantasía circulante de que los mismos no hacen el efecto esperado, mientras que sí lo hacen los fabricados por laboratorios (Anexo III).

Al respecto existen diversos estudios (Repetto, 1997; OMS, 2004<sup>39</sup>; OPS, 2004<sup>40</sup>; Figueras, 2006<sup>41</sup>; entre otros) demuestran que ciertos procesos de fabricación de medicamentos, tanto genéricos como de laboratorios, no poseen la calidad que parecen tener. Esto se expresa en una reducción en la concentración de la droga que se prescribe en la presentación. Por lo que “esta fantasía popular” pareciera hallar su correlato científico, sin dejar de lado el reconocido y valorable avance en el campo científico y farmacológico local.

---

<sup>38</sup> Este Informe del Consejo Directivo de la OPS expresado en el documento “Acceso a Medicamentos” promueve el uso de medicamentos genéricos para mejorar el acceso en los estratos pobres (Noticias de la OMS Y OPS. 2004. *Boletines Fármacos*, Vol. 7, N°5).

<sup>39</sup> El informe de la OMS sobre la Situación de los Medicamentos en el Mundo (2004) revela en relación a las ventas y consumo farmacéuticos que el mercado mundial de genéricos está valorado en más de US\$80.000 millones, es decir, alrededor del 30% de las ventas totales, es mucho mayor del que habitualmente se recoge sólo a partir de genéricos sin marca y alcanza dos terceras partes de las ventas de países pobres y alrededor del 60% en los de ingresos medios. No obstante en cuanto a la *regulación farmacéutica advierte que la calidad de los fármacos varía de forma importante, especialmente en los países con bajos ingresos, tanto en términos de fabricación como de distribución*. La armonización internacional de normas regulatorias sería lo ideal. Menos de uno de cada 6 miembros de la OMS tienen un sistema regulatorio de fármacos bien desarrollado y dos de cada 6 tienen muy poca o ninguna capacidad regulatoria (La cursiva es nuestra).

<sup>40</sup> La OPS busca promover políticas regionales para el uso de estos medicamentos en los estratos pobres, según un informe de su Consejo Directivo. El documento “Acceso a Medicamentos” expresa que, aunque sigue aumentando el número y la variedad de productos medicinales, en muchos países de América los medicamentos esenciales y otros suministros de salud pública siguen sin estar al alcance de los pobres. El documento agrega que *la insuficiente capacidad de evaluación y reglamentación, así como su uso irracional, a menudo determinan que no pueda garantizarse el acceso a productos de calidad*. Para revertir esta tendencia, la OPS trabaja en un Fondo Estratégico que contribuye a mejorar el acceso a los medicamentos de calidad en los países de la región, a través del programa regional de trabajo sobre medicamentos. Otro de los objetivos es la contención de costos para los suministros esenciales de salud pública, haciendo hincapié en la fijación de precios y la propiedad intelectual. A nivel mundial, se calcula que, entre 1997 y el 2003, el número de personas con acceso a los medicamentos esenciales aumentó de 2.100 millones a 4.000 millones. A pesar de esta mejora, *aproximadamente, 2.000 millones de personas - un tercio de la población mundial- todavía no tienen acceso a medicamentos de calidad y asequibles* (La cursiva es nuestra).

<sup>41</sup> Figueras plantea que los genéricos son una salida útil para el problema que se plantea con los costos para el paciente. Un medicamento puede ser genérico en el momento en que ha terminado la patente, entonces otros laboratorios pueden producir ese remedio con menores costos y por lo tanto más accesibles para el paciente. Visto así en principio no tendría que tener ningún problema, debería ser un mecanismo lógico y de aprovechamiento general. *Sin embargo hay factores que intervienen, a veces negativamente*. Por ejemplo, que *los genéricos no tienen el mismo efecto que los remedios originales*. En principio si hay buenos controles de calidad, inspecciones aseguradas por los organismos que fiscalizan la comercialización, no tiene que haber ninguna preocupación. De igual forma, si los laboratorios siguen las normas de fabricación que están perfectamente estipuladas, los medicamentos genéricos son exactamente igual que los de marca (*Revista: el universitario*. Universidad Nacional del Nordeste, 2006. La cursiva es nuestra).

*Recapitulando:* Consideramos que la crisis sanitaria en el contexto local, no es solo presupuestaria, o por déficit de personal, sino por desarticulación, superposición y falta de trabajo en redes de las instancias municipales y provinciales. Desde esta combinación de indicadores se produce una alta ineficacia, ya que se hace evidente una abrumadora multiplicidad de actividades inútiles, duplicación de acciones, carencia de interconexión entre los niveles nacional, provincial y municipal.

Coincidimos con Saforcada (2002) quien plantea que en Argentina, en instituciones públicas de salud opera una actividad dirigida a la comunidad característica de un modelo salubrista, pero que se ponen en marcha con profesionales formados en el modelo clínico, situación que podría graficar lo que acontece en nuestra ciudad.

### 3. Salud y enfermedad en la comunidad

Pensar los conceptos de salud y enfermedad que orientaran nuestras prácticas desde una concepción de conocimiento y propuesta freireana, hace emanar en nosotros la necesidad de lograr caracterizar estas nociones en una línea igualmente crítica, reflexiva y social como son los planteos de Freire en educación. De esta manera nos vinculamos a los planteos teóricos de Ferrara<sup>42</sup> (1985) respecto de su conceptualización

---

<sup>42</sup> Floreal Antonio Ferrara nació el 7 de junio de 1924, de nacionalidad argentina, se graduó como Doctor en Medicina en la Universidad Nacional de La Plata en 1950 y en 1953 como Médico Cardiólogo en la Universidad Nacional de Buenos Aires. En 1964 se recibe de Experto en Salud y Desarrollo Económico Social OEA-UBA. Algunos de los cargos desempeñados por él fueron y son: Experto en Desarrollo Económico Social (UBA OEA. 1962), Experto en temas de Mortalidad General (Oficina Sanitaria Panamericana. Colombia. Puerto Rico. Washington. 1961-1964), Ministro de Salud Pública y Acción Social Provincia de Buenos Aires (1973), Ministro de Salud Provincia de Buenos Aires (1987-88), Consultor e Investigador en morbi-mortalidad (Oficina Panamericana de la Salud. 1963- 65), Director Gerente de Prestaciones en el Instituto de Servicios Sociales Bancarios (1989-97), Asesor de Presidencia de Obra Social Ferroviaria (1970-76. 1983-99) y Asesor Obras Sociales (OSCOMM-OSPG) cargo que desempeña desde el año 2000 hasta la actualidad. En su actividad docente se destacan cargos en las cátedras de Medicina Preventiva y Social y en Higiene y Medicina Social, de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, y en Administración Sanitaria de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora y Ética en la Universidad Nacional de General San Martín. También ha dirigido cursos de Medicina social, de Administración de salud y seguridad social y de Políticas de salud. Sus antecedentes en investigación se vinculan a la temática de la mortalidad desde un enfoque interamericano, y a la Encuesta nacional de salud, desde cargos de Investigador Asociado y principal (OPS, OMS La Plata y Asociación Argentina de Facultades de Medicina). Entre sus obras se destacan: *"Alcoholismo en América Latina"* (1960), *"Desarrollo y bienestar argentino"* (1966), *"Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares"* (1967) en el libro *"Cardiología clínica"* realizado en colaboración con otros autores, *"Medicina de la comunidad"* (1976) en colaboración con Acebal y Paganini, *"Teoría social y salud"* (1985), *"Teoría política y salud"* (1993-94), *"Teoría de la corrupción y salud"* (1995-97), *"Teoría de la verdad y salud"* (2004) y *"Construyendo el antagonismo"* (2004). Entre sus actividades institucionales se destacan: miembro de sociedades médicas del país, secretario general y luego presidente de la Sociedad de Cardiología de La Plata, vice-presidente de la Federación Argentina de Cardiología y Presidente del Movimiento Nacional por un Sistema Integrado de Salud. Otras actividades que caracterizan a Ferrara son asesorías sindicales y ser militante social y político.



en el campo de la salud y los elementos a considerar en él, ya que provienen del campo de la teoría social y en ella una perspectiva crítica proveniente del pensamiento marxista.

En la misma línea consideramos los aportes de Emmanuele (1998), Saforcada (2001,2002), Estrada Ospina (2006) entre otros, quienes a través de las décadas refuerzan la vigencia de un pensamiento en salud fuertemente vinculado a las Ciencias Sociales.

Breilh (1990, en Emmanuele, 1998:25) formula algunas preguntas que pueden resultarnos como disparadores en esta cuestión de la salud y la teoría social, que quizás Ferrara (1985) años anteriores se atrevió a contestar, estos interrogantes plantean: ¿Cabe insistir en que las Ciencias Sociales entren con sus aportes a las Ciencias de la Salud? ¿O es que las Ciencias de la Salud y sus prácticas, deben situarse definitivamente en el terreno de las Ciencias Sociales, sin por ello perder su especificidad? (Breilh 1990, en Emmanuele, 1998:25).

Ferrara (1985), sin intentar responder a estos interrogantes que se realizaron años posteriores a la formulación de sus planteos, lo que nos pone sobre aviso del vigor de un debate que aún permanece, considera que la *medicina* y su práctica de la *atención de la salud* es una *ciencia sociopolítica* enraizada en la historia del hombre y sus grupos sociales, lo que comprende el análisis de las relaciones de producción que determinan las situaciones sociales, políticas, económicas, jurídicas, religiosas, culturales que atentan o deterioran las posibilidades de bienestar de la población.

Considera que al caracterizar la *salud* aparece la necesidad de entenderla en el área de la comunidad y de las clases sociales que la integran, en relación al proceso histórico donde se producen sus determinantes y se genera la distribución de sus condiciones entre los integrantes de la sociedad.

En una perspectiva actual similar a la del autor, Estrada Ospina (2006) considera el surgimiento de un nuevo paradigma que postula la unidad dinámica y dialéctica que existe entre lo social y lo natural, lo que ha llevado a conceptualizar a la *salud* y a la *enfermedad* como un *proceso social colectivo*, considerando que esta nueva perspectiva plantea la posibilidad de generar un conocimiento complejo de la salud-enfermedad, sin olvidar que por más sociales que sean las causas de las enfermedades, estas terminan materializándose en el cuerpo humano.

Estas ideas son las que conducen a Ferrara (1985) a la necesidad de hallar conceptos dinámicos que abarquen con mayor vigor la idea de salud, sustituyendo el concepto de la OMS que expresa la "*salud como el completo estado de bienestar físico-*

*mental y social*<sup>43</sup>, que si bien avanza respecto de lo físico y biológico al incluir la dimensión mental y social en la salud, es susceptible de crítica por su apreciación del bienestar, al otorgarle a la salud solo la perspectiva de involucrar con el bienestar atributos de sentirse bien o estar bien, lo que manifiesta un sentido estático o reduccionista en la definición de salud.

De esta manera el autor halla las referencias lingüísticas que abarcan el sentido dinámico de la salud-enfermedad, comprendiendo a la *salud* como la búsqueda permanente de la sociedad, como reclamación constante a la solución de los conflictos<sup>44</sup> que plantea la existencia. Expresa que “la *salud* tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad” (Ferrara, 1985:10).

El dinamismo requerido para interpretar el *proceso salud-enfermedad* es incesante, hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformación frente a la realidad. La *salud* nunca es la misma, como tampoco lo es la sociedad. No se detiene y en cada instante de su acontecer es distinta del anterior. Esto define la ubicación conceptual de un término cuya idea fundamental reside en sus caracteres histórico y social, de manera que si el propósito es elaborar un objeto científico de la salud es imprescindible realzar el concepto de salud como proceso con caracteres histórico y social.

De manera que para definir este concepto, se requiere alegarlo en la compleja realidad que domina su determinación, la cual constituye una formación social regida por el modo de producción de esa sociedad, donde el contenido de la salud está señalado por esa realidad.

Al entender la salud por su concepto histórico-social, las realidades de salud-enfermedad dejan de entenderse como una relación causal simple, lineal, homogénea y se presentan como integrantes de un sistema profundo y complejo, adheridos a otra realidad determinante como el sistema productivo del cual y por el cual existe. Este se plasma por las fuerzas productivas y las relaciones sociales, que son su consecuencia

---

<sup>43</sup> Ferrara (1985) considera que estas enunciaciones de lo físico, mental y social circunscriben a la salud dentro de una concepción ahistórica, casi eterna, fija y abstracta, que está particularmente moviéndose entre la idea de lo biológico, donde se unen el área física y mental y lo social, sólo vislumbrado como ámbito de acción de lo biológico. Los cultores de este término no han logrado descubrir el carácter histórico-social que científicamente alcanza el proceso de salud-enfermedad, no han logrado suprimir las barreras de la terminología, más o menos vacía de contenido (Ferrara, 1985:11).

<sup>44</sup> En este punto el autor aclara que no es el conflicto lo que define lo patológico, sino que es el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolver ese conflicto, físico, mental o social, lo que certifica la idea de enfermedad (Ferrara, 1985:10).



generan la estructura básica desde la cual se dan las condiciones generadoras de la salud-enfermedad.

En virtud de estas consideraciones el concepto de *salud* debe ser elaborado para cada modo de producción en cada comunidad, recabando original y exigentemente esta construcción del concepto de su objeto, ahondando en el carácter histórico y social de su esencia y existencia como concepto.

Ferrara (1985) plantea que para entender la salud-enfermedad y para enfrentar el criterio contemporáneo de la atención de la salud, debe sumarse la idea actual de *epidemiología*. Partiendo del simple enfoque del significado etimológico, "la *epidemiología* comprende el estudio de todo lo que recae, lo que está sobre el pueblo" (Ferrara, 1985: 15). Desde una *epidemiología moderna* la salud manifiesta una determinación estructural o totalista, porque se subordina la parte al todo, porque reconoce que no hay causalidad lineal posible y única, por lo que los fenómenos sanitarios deben ser pensados y observados como determinados por estructuras que pueden serle propias pero a su vez determinados por la estructura total del modo de producción.

El autor considera que todas las estructuras que tienen influencia sobre la salud y enfermedad, logran su importancia, calidad y peso, por la determinación exigente y dominante que sobre ellas ejerce la estructura global que engendra la producción y las relaciones sociales que en ella se dan. A la presencia de la estructura global de producción sobre las otras estructuras, en la epidemiología moderna se denomina *causalidad estructural* que al incluir a la estructura social, incorpora el componente histórico del análisis de la salud-enfermedad y reconoce en tal estructura económica la determinación de los niveles de salud-enfermedad según las diferentes clases sociales, que son consecuencia de esa estructura determinante.

Desde esta perspectiva Emmanuele (1998) considera que la *epidemiología* es un área de conocimientos que conlleva una praxis posible de dilucidar desde los movimientos de la lógica dialéctica. Considera que el análisis y la investigación cualitativa de las formas singulares (variaciones-diferencias) en que se encarnan los procesos, situaciones o problemáticas de salud-enfermedad en diferentes sectores o grupos poblacionales, se vislumbran a la luz de las particularidades que los atraviesan tanto desde las políticas económico-sociales, las políticas y prácticas en salud, en educación, etc. como desde todas las formas de organización que el ser humano ha gestado.

Al respecto Estrada Ospina (2006) plantea la necesidad de desarrollar un *enfoque social epidemiológico* que asuma la salud y la enfermedad como un proceso colectivo y social, y en este sentido encuentra la razón por la cual las ciencias sociales y humanas deben ser incorporadas a la investigación de la salud, si se quiere avanzar en el desarrollo de una investigación interdisciplinaria y transdisciplinaria.

Por su parte Ferrara (1985) considera que las clases sociales aparecen como el marco adecuado para, por su conocimiento poder alcanzar epidemiológicamente la comprensión del proceso de salud-enfermedad y su determinación. En este sentido Estrada Ospina (2006) entiende que aceptar que la salud y la enfermedad son emergentes estructurales de las actuales condiciones de trabajo, manejar la problemática de salud-enfermedad como problemática de conjunto, supone asumir uno de los cuestionamientos estructurales más graves y críticos al proceso político global.

En relación con ello, nuestra propuesta de trabajo psicopedagógico en la comunidad implicará la investigación del grupo y el origen social al que pertenezcan, así como los trabajos que realicen, lo que puede constituirse en un marco adecuado para que, mediante su conocimiento se llegue a la comprensión del proceso salud-enfermedad y su determinación en esa comunidad ubicada en una realidad, tiempo y espacio concreto.

Entendemos como Ferrara (1985) que el estado de salud-enfermedad generado e inserto en un sistema productivo, que es su determinante, excede el esquema clásico de lo patológico individual y justifica un cambio de enfoque, que es lo que se pretende desde nuestra propuesta. Al concebir la salud como un proceso globalizante en donde se combinan lo biológico y lo social se destruye la antigua concepción de atención médica dedicada al enfermo y la comprensión de lo patológico.

El autor considera el sentido polarizador del proceso salud-enfermedad pero considerándolo como una escala en cuyos extremos, se expresan las diferencias (salud-enfermedad) aunque por dentro de tales extremos se unen, se confunden, conviven y se rechazan, se identifican, se sintetizan, los elementos de la normalidad y la patología. De manera que tendríamos:

En un extremo, la *salud* como el estado requerido para crear valores constantes para intervenir en la producción y reproducción individual y colectiva, para recrear en todo momento las estructuras normativas vitales. En esta concepción dinámica la salud es capaz de instituir normas distintas para situaciones nuevas.

En el otro extremo, la *enfermedad*, como una nueva expresión de lo normal, porque paradójicamente la enfermedad tiene su propia norma, sus valores normales. La

enfermedad debe dejar de ser entendida como un fenómeno exclusivamente biológico y concebírsela como parte de la salud e integrada en el conocimiento que hace de la salud un fenómeno de la realidad social.

Aparece la enfermedad como el emergente de un sistema histórico-social que tiene en su interior la capacidad transformadora que requiere el nuevo proceso que ella denuncia.

De manera que, la *salud incluye a la enfermedad*, no se identifican, son diferentes pero se complementan, porque estar sano significa aceptar la posibilidad de perder tal estado, de romper las normas actuales, adquirir otros valores y enfermar. Ambas situaciones se incluyen, son dignas una de la otra y no existen solas, aisladas, únicas.

Concordando con el autor, desde nuestro accionar psicopedagógico en la comunidad, basado en la atención de la salud, creemos que el *acontecimiento sanitario* debe entenderse como una totalidad incluida en la estructura social, para lo cual creemos necesario identificar las condiciones que surgen de la realidad social y del sistema productivo, los cuales son la estructura determinante que es necesario transformar para alcanzar una mejor calidad de vida y salud de toda la comunidad.

*Recapitulando:* Consideramos la importancia del ingreso de la teoría social y las Ciencias Sociales con sus aportes a las Ciencias de la Salud, considerando como fundamentales los conceptos de salud y enfermedad. Las contribuciones de los autores analizados ofrecen un marco adecuado para fundamentar nuestra propuesta de investigación con grupos comunitarios urbano-marginales. Consideramos que el estado de salud-enfermedad generado e inserto en un sistema productivo excede el esquema clásico de lo patológico individual y justifica un cambio de enfoque en el campo psicopedagógico.

#### **4. Una posición salubrista. Algunas consideraciones para nuestra propuesta**

En los apartados iniciales de este trabajo, hemos analizado cómo el conocimiento en el campo de la salud históricamente se ha trasladado de una posición clínica restrictiva e individual, centrada en el esquema tradicional de lo patológico, a una posición salubrista y colectiva. Se trata de un paradigma sanitario que desarrollaremos a continuación con el propósito de conocer sus principios, y en virtud de su análisis poder advertir si es susceptible de convertirse en otro de las pilares conceptuales en el que se fundamentará nuestra praxis.

Saforcada<sup>45</sup> (2002) se refiere a una posición, perspectiva o paradigma *salubrista*. Para poder definirlo recurre a diversas dimensiones constitutivas del mismo como: soporte teórico, soporte axiológico, soporte actitudinal y soporte operativo, y las subdimensiones que conciernen a cada una de ellas, y que a continuación analizaremos.

*En lo referente al soporte teórico*, algunas de las subdimensiones principales que lo componen son: naturaleza del saber, objeto del conocimiento, posición científico-técnica y concepción antropológica y del escenario de la práctica.

En cuanto a la *naturaleza del saber*, el sistema conceptual es multidisciplinario, orientando la práctica y las elaboraciones teóricas desde disciplinas biológicas, psicológicas y sociales que aportan a la comprensión de la dinámica de la vida humana de naturaleza social.

*Objeto del conocimiento*, es el proceso de salud-enfermedad, entendiendo que la salud es el mayor estado de bienestar físico, psíquico y social posible en función del contexto psicosociocultural y económico-político de que se trate.

Respecto a la *posición científico-técnica*, se trata de un proceder científico expansivo que incorpora teorías y orientaciones tecnológicas de todas las disciplinas que consideran el devenir de la vida humana y de su dinámica sociocultural. Utiliza hipótesis etiológico-integrales sustentándose en el marco teórico de la epidemiología integral. En cuanto a la concepción antropológica, el ser humano es considerado en tanto instancia relacional, como participante del proceso de salud-enfermedad y portante de los emergentes de este proceso basados en una concepción del hombre como una entidad bio-psico-socio-cultural-económico y política.

Respecto al escenario de la práctica está conformado por conglomerados sociales en equilibrio inestable en cuanto a los emergentes de este proceso.

*Respecto al soporte axiológico* las subdimensiones que lo componen son: *el eje de significación-valoración*, eje que está centrado en la sociedad, sus problemas y la solución a ellos, y *la posición en la toma de decisiones*, las que se efectúan en virtud de posiciones pragmáticas (en el sentido de la corriente filosófica correspondiente) privilegiando la solución de problemas e incorporando estas soluciones al ámbito científico-académico para enriquecer y/o reformular las teorías, técnicas, estrategias de acción y criterios de eficiencia de las acciones.

---

<sup>45</sup> Saforcada (2002: 80-92) desarrolla los dos paradigmas de manera paralela y en comparación constante cada una de sus dimensiones y subdimensiones, contraponiéndolos permanentemente, lo que permite contar con una serie de indicadores que llevan a visualizar con claridad la naturaleza intrínseca de la posición clínica y la posición salubrista, y las relaciones entre ambas.



*En cuanto al soporte actitudinal* las subdimensiones son: la *actitud del efector ante la demanda*, que implica asumir una actitud relativista cultural, donde sus marcos referenciales tienen valor teórico-práctico en relación con el contexto psicosociocultural en el que actúa; y la *orientación fundamental del efector*, la que se ubica hacia el resguardo y/o habilitación de lo positivo potencialmente existente, generando actitudes de protección y promoción que sólo pueden realizarse frente a lo sano.

*En lo que respecta al soporte operativo* el autor considera varias subdimensiones, entre las que consideraremos: *Las categorías de análisis y de acción* utilizadas que son de tipo colectivas como familia, red social, vecindario, comunidad, etc., considerando siempre que se trata de sistemas abiertos. En cuanto a la *naturaleza de las acciones*, estas son activas, tanto en relación con la salud positiva como negativa. El *campo de acción* es el proceso de salud-enfermedad considerando los emergentes positivos como negativos. El *objeto de la acción* es el ecosistema en que se dinamiza en proceso de salud-enfermedad inserto en el tejido social, al ser un emergente de la dinámica biopsicosociocultural. *El efecto buscado con la acción* es modificar las condiciones y situaciones del entorno social que dinamizaron el problema.

Se pretende que la *incidencia de la acción* sea en los entornos sociales (familia, comunidad, red social, etc.) a los que pertenecen las personas portadoras de los emergentes que dinamizaron las acciones. Luego, en virtud del tiempo y de los efectos multiplicadores espontáneos propios de la dinámica social, se espera la incidencia de la acción en la sociedad o en la comunidad. Entre las *acciones fundamentales* se prioriza la protección y promoción de la salud, luego la prevención primaria de la enfermedad, y finalmente el restablecimiento de la salud, lo que involucra la prevención secundaria y terciaria.

Los *indicadores que se consideran como válidos de solución de problemas*, son: la remisión del problema, las modificaciones positivas en la salud de las personas y, como derivación también se esperan indicadores de solución de problemas a través de modificaciones positivas en otros problemas de salud o calidad de vida logrados por la autogestión y autodeterminación comunitaria. En este sentido el *componente informal del STS función otorgada* central vinculada a la participación en las acciones de salud, lo que es fundamental para el logro de los objetivos de salud.

Finalmente, entre los subcomponentes que componen la posición salubrista el autor considera una *estructura de equipo de salud multidisciplinaria*, integrada, directa o indirectamente por profesionales de diversas disciplinas que aportan a la comprensión de los problemas que plantea el proceso de salud-enfermedad y su solución.



El análisis de esta *posición salubrista* también contempla el terreno de la *formación de los profesionales de la salud*, aspecto fundamental como componente del STS, cuyo peso es de trascendental incidencia en el mismo, y que a nuestro juicio es muy importante ya que nos permite re-pensar en nuestra *área de conocimiento*, la psicopedagogía. El autor considera algunas dimensiones básicas como son:

Apunta a una *orientación teórica básica* que evidencia un respaldo del pensamiento higienista, orientado a una teoría de la salud, la cual integrada de una teoría de la enfermedad apunta a configurar una teoría integral del proceso de salud-enfermedad.

En la *capacitación teórico-conceptual*, se orienta a la multidisciplinariedad, que comprende de manera global y sistémica del proceso de salud-enfermedad. Se trata de un enfoque teórico-práctico de interrelación de disciplinas. En el caso de la psicología implica la formación en una perspectiva multiteórica, lo que se correspondería para el caso de la psicopedagogía.

Respecto a la *orientación de la formación en investigación*, es central en esta posición y siempre jerarquiza la ciencia y la investigación aplicada y el diseño epidemiológico ecológico.

Finalmente la *orientación de la habilitación teórico-técnica*, jerarquiza la simplicidad, con apoyatura en el contexto de la práctica.

A partir de este análisis, consideramos estos planteos de la posición salubrista en psicología sanitaria son potables para orientar nuestras prácticas y estrategias en intervenciones psicopedagógicas desde un enfoque comunitario. En virtud de lo analizado creemos como el autor que:

“...para el profesional que tiene una formación de grado orientada por el paradigma salubrista...el eje se ubica en la población y en sus problemas. Incluso, para determinar que es un problema de salud, apelará no solo a sus marcos teórico-científicos sino a las visualizaciones y conceptualizaciones de la misma población y, para establecer las estrategias de solución, también tomara en cuenta e incluirá los recursos de la comunidad, tanto en lo que respecta a los saberes en salud que ésta posee como a las estrategias que emplea y al accionar de sus miembros legos, entre quienes buscará alguno de ellos para transferirles conocimiento y destrezas técnicas para que se transformen en agentes primarios de salud” (Saforcada, 2002:180).

Este paradigma refleja la complejidad y el espíritu del trabajo que pretendemos emprender desde el campo psicopedagógico en salud junto con la Comunidad Hipódromo.

*Recapitulando:* Desde una posición salubrista entendemos que la realidad hace necesario compartir con los vecinos una indagación y reflexión constante, sistemática y

rigurosa que considere las condiciones y características de sus procesos de salud-enfermedad y sus manifestaciones emergentes, las formas de llegar a comprenderlos y conocerlos críticamente con el soporte o "andamiaje", al decir constructivista, de profesionales, especialistas y otros trabajadores comprometidos con la realidad social.

## 5. Síntesis...

Este capítulo nos ha permitido introducirnos al *objeto de conocimiento* de nuestra investigación, considerando algunas reflexiones epistemológicas acerca del conocimiento y las prácticas científicas en salud, partiendo de entender qué, como investigadores de las ciencias sociales intentamos indagar la manera en que se ha configurado históricamente el escenario del conocimiento y la praxis en salud de la humanidad.

Ello nos condujo a desarrollar en primer lugar las *concepciones y prácticas científicas que históricamente se desarrollaron en salud*, partiendo de la medicina griega y romana sustentada en los antiguos conocimientos de las medicina persa y china en la Edad Media (del año 476 d.C.al 1453), pasando por fines del siglo XV donde se desarrollaron las ciencias de la salud centradas en la clínica cuyo objeto de estudio era la enfermedad y un individuo que se agotaba en su realidad biológica (prácticas vigentes hasta la actualidad); y llegando al siglo XVII se advierte el inicio de otras formas de comprender el proceso de salud-enfermedad con la sistematización de los desarrollos del movimiento de la salud pública, la medicina social y la epidemiología, las cuales convergen en el siglo XX para dar origen a la moderna salud pública.

En segundo lugar nuestro análisis del objeto de estudio nos llevó a realizar algunas *consideraciones estructurales en el campo de la salud argentina*. En esta sección desarrollamos los planteos del *Sistema Total de Salud (STS)* (Saforcada, 2002) que refiere a todo lo que una sociedad genera y pone en práctica en relación con los emergentes, positivos o negativos, del proceso de salud-enfermedad de quienes la constituyen y/o con el proceso mismo. Analizamos *la estructura del sistema de salud argentino* conformada por los subsistemas: el público, el de seguridad social y el privado.

Seguidamente indagamos en *aspectos históricos sobre la conformación del sistema de salud argentino*, pasando por un Estado Liberal Oligárquico que sienta las bases de un sistema de salud argentino, fundamentado en la beneficencia y la asistencia social, un Estado de Bienestar que generó la transformación del sector salud sobre la base de la ambivalencia ya que por lado se desarrolló y jerarquizó el sector

público, y por la otra se impulsó a seguridad social, un Estado Desarrollista que inició políticas sanitarias restrictivas y propugnó la descentralización administrativa de los centros asistenciales, un Estado Burocrático Autoritario que produjo los inicios de la devastación de la salud pública con el predominio de componentes liberales y tecnocráticos, transfiriendo su actividad al sector privado, el lucro es el eje de la actividad y se manifiesta total despreocupación por el destino de los sectores menos favorecidos. Idea que se continúa favorecida y promovida con un Estado Post-social, que continua con la desregulación y descentralización.

Posteriormente realizamos algunas *consideraciones sobre la situación actual y el rol del Estado*, que deja de ser garante de las políticas públicas y se acopla a la economía internacional influyendo en *las políticas actuales en salud* caracterizadas por estar sustentadas en una concepción liberal que implica una introducción negativa de las leyes de mercado a al sistema sanitario, quedando la salud como responsabilidad individual sujeta al libre juego de oferta y demanda.

Estas cuestiones nos llevaron a *indagar en el sistema de local de salud* donde analizamos que los efectores de salud provincial y municipal manifiestan superposición de tareas, planes y actividades institucionales; desarticulación y desconocimiento entre ellas.

Posteriormente presentamos las *concepciones de salud y enfermedad vinculadas a la comunidad* comprendiendo que la *salud incluye a la enfermedad*, son diferentes pero se complementan, porque estar sano significa aceptar la posibilidad de perder tal estado, de romper las normas actuales, adquirir otros valores y enfermar.

Finalmente, y compatibilizando con las concepciones presentadas, analizamos la propuesta de Saforcada (2002) respecto de una *posición salubrista* entendiendo que la realidad socio-sanitaria plantea la necesidad de compartir con los miembros de la comunidad una indagación y reflexión constante, considerando las condiciones y características de sus procesos de salud-enfermedad y sus manifestaciones emergentes, apuntando a contribuir en las formas de comprensión y conocimiento críticos de los mismos.

Esta posición salubrista pretende ser adoptada por profesionales de la psicopedagogía, disciplina con características propias que no siempre propiciarán la asunción de este tipo de opciones en salud. En virtud de ofrecer elucidaciones sobre nuestro campo disciplinar, en el capítulo que sigue se presentará a la psicopedagogía como área de conocimiento desde la cual se realizará la propuesta.

### Capítulo III

## LA PSICOPEDAGOGÍA COMO ÁREA DE CONOCIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

*“...aunque la historia de las sociedades no es la historia de las disciplinas y las profesiones, ello de ninguna manera implica descartar el papel activo que éstas pueden jugar en los procesos de cambio y transformación social; la naturaleza y complejidad de las problemáticas sociales que viven las poblaciones y la dinámica de los procesos sociales en curso en América Latina exigen este tipo de búsquedas y de compromisos” (Estrada Ospina, 2006).*

Este capítulo parte de la pretensión de analizar a la *Psicopedagogía como área de conocimiento* desde la cual realizaremos una contribución al campo de la salud comunitaria. La psicopedagogía está implicada en el *objetivo central* de este trabajo, que consiste en elaborar y desarrollar una propuesta alternativa en salud comunitaria frente al crítico estado de salud local y nacional desarrollado en los apartados precedentes.

Con este propósito, organizaremos el capítulo en seis apartados: en primer lugar presentaremos la reconstrucción histórica y desarrollo de la Psicopedagogía en la Argentina, en segundo lugar analizaremos las tradiciones que dieron origen a este campo disciplinar, en tercer lugar reflexionaremos en torno al alcance y perfil profesional de esta área de conocimiento. Ello nos conducirá en cuarto lugar a considerar los enfoques y modelos de intervención, para en quinto lugar interrogarnos si es posible hallar vínculos aproximativos entre las políticas en salud y los modelos psicopedagógicos aquí presentados. Finalmente realizaremos una síntesis de la temática tratada.

### **1. Breve reconstrucción histórica sobre la Psicopedagogía**

La psicopedagogía surge de la convergencia de dos campos de conocimiento bien delimitados, el *psicológico* y el *pedagógico*. Esta aproximación en algunos períodos resultó ser tangencial y nítida, y en otros presentó confusión de modelos teóricos y estrategias de intervención.

Desde sus orígenes esta área de conocimiento se establece en la acción interdisciplinaria entre dichos campos a partir de los cuales se intenta crear un puente. La *psicología* de entonces, estaba dedicada a comprender el ser y la *pedagogía* se abocaba al arte de enseñar y de educar. Para poder instituir este nuevo campo psicopedagógico, las dos disciplinas que la conformaron tuvieron que replantearse

ciertas cuestiones para el abordaje de un problema común en el cual se requerían mutuamente: *el aprender*. A partir de este replanteo, la *pedagogía* incluye en su metodología al ser psicológico individual y, la *psicología* tuvo que revalorizar la importancia de los aprendizajes como contenidos y como procesos.

Investigaciones y estudios realizados consideran que el comienzo de la psicopedagogía se remonta a los inicios de la intervención psicológica en ambientes educativos, sea en departamentos universitarios, institutos de investigación y enseñanza de la disciplina en escuelas de formación de profesorado y en Universidades en Facultades de Psicología o Ciencias de la Educación.

Coll (1989, en Matteoda 1997) en referencia al contexto español, considera que es luego de la Segunda Guerra Mundial cuando aparece la figura del psicólogo trabajando en contacto directo con las maestras y con la escuela. La novedad de este hecho, que se inicia en la década del 50, reside en: la generalización, profesionalización del fenómeno y la orientación netamente educativa que toman los servicios psicológicos dirigidos a la escuela.

Durante las tres primeras décadas de este siglo la psicopedagogía aparece vinculada a la problemática de las medidas de diferencias individuales, con especial interés en la elaboración de test de rendimiento e inteligencia que marcaron gran parte de la producción psicológica, configurando así el modelo que predominó en la primera parte del siglo XX denominado "clínico-médico", que progresivamente se fue sustituyendo por el modelo "constructivo-educacional".

Coll (1989, en Matteoda 1997) entiende que el campo de intervención psicoeducativa constituye históricamente un espacio común de intervención de diversas profesiones, especialistas en educación con orientación psicológica y psicólogos con especialidad educacional, por lo que la denominación de *psicopedagogía*, surge como necesidad de unificar la formación del conjunto de profesionales que interviene en el este campo, focalizando el estudio de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Siguiendo estos lineamientos Muller (1994) considera que la *psicopedagogía* encuentra la confluencia de lo *psicológico*, la subjetividad, los seres humanos en cuanto tales, en su vida psíquica, con lo *educacional*, actividad específicamente humana, social y cultural. Implica una síntesis: los seres humanos, su mundo psíquico individual y grupal, en relación con el aprendizaje y los sistemas y procesos educativos.

En cuanto a la configuración del ámbito profesional de la psicopedagogía Solé (1999) considera que dentro del ámbito educativo, la función orientadora es inherente a la función docente, sin embargo la diversidad de alumnos y la necesidad de llegar a



todos ellos constituye un desafío muchas veces insalvable. Así se va delimitando un ámbito que en un principio fue ocupado por profesionales de la psicología y la pedagogía y que actualmente lo es por profesionales de la psicopedagogía.

En *Argentina la psicopedagogía* se inicia en la Universidad del Salvador hace cinco décadas. Al crearse la carrera de Psicología, en este recién fundada Institución de Educación Superior, surgió la inquietud de abrir una rama de esta disciplina dedicada al ámbito educativo, es así como en 1956 se produce la iniciación de la psicopedagogía en nuestro país como carrera universitaria de tres años.

En Córdoba el surgimiento de la Psicopedagogía se vincula con el Instituto Superior "Dr. Domingo Cabred" que es un establecimiento de Nivel Superior Terciario, dependiente del Ministerio de Educación y Cultura de la Provincia de Córdoba<sup>46</sup>. El Instituto fue creado en 1960 y comenzó sus actividades en 1961 con dos profesorado: Psicopedagogía e Infradotados. En 1968 se aprueba el plan de estudios de Psicopedagogía, vigente hasta la fecha, extendiendo su duración a 5 años. En este Instituto la psicopedagogía se enmarca en una formación técnico-profesional, lo que proporciona formación superior de carácter instrumental para el desempeño de actividades reguladas por el Estado, cuyo ejercicio puede relacionarse con la salud, la seguridad, los derechos o los bienes de los habitantes. El título que se otorga es oficial, de validez nacional.

En la ciudad de Río Cuarto la Psicopedagogía está vigente en la UNRC, a través de la oferta educativa de la Facultad de Ciencias Humanas, perteneciente al Departamento de Ciencias de la Educación. En sus inicios la psicopedagogía emerge como sustituta de la carrera de grado Licenciatura en Ciencias de la Educación, carrera creada desde los inicios de la UNRC en 1971 e integrada por el Departamento de Ciencias Sociales, conjuntamente con el de Ciencias de la Comunicación y Ciencias Económicas.

La Psicopedagogía en la UNRC comienza a implementarse a partir de 1980, debido a que la carrera Licenciatura en Ciencias de la Educación queda suspendida por orden del Poder Ejecutivo Nacional en manos del gobierno de facto. De manera que surge la psicopedagogía como carrera universitaria de cinco años con tres títulos intermedios, Psicopedagogo, Profesor en Psicopedagogía y Licenciado en Psicopedagogía. En 1986 se logró la homologación del título de Licenciado en

---

<sup>46</sup> Instituto superior que próximamente será parte integral de la Universidad Provincial que se está organizando en la ciudad de Córdoba.

Ciencias de la Educación con orientación en Psicopedagogía con el título Licenciado en Psicopedagogía.

En el año 1998 se reformula el plan de estudio de la Licenciatura en psicopedagogía de la UNRC (actualmente en vigencia), y éste reconoce la agrupación de cuatro áreas de intervención en las cuáles puede desempeñar sus funciones este profesional, estas son educativa, asistencial, investigación e interdisciplinaria. El plan ofrece dos orientaciones en la intervención psicopedagógica: en educación y en salud.

Continuando en el contexto de nuestra provincia, el Instituto "Dr. Domingo Cabred" durante el año 2002 trabajó en la revisión y transformación curricular de sus planes de estudio, esto derivó en un proyecto de articulación de la carrera Psicopedagogía del Instituto Terciario con la UNRC. Finalmente en el año 2002 culmina el cursado de la primera promoción de la Licenciatura en Psicopedagogía, y tras la positiva evaluación de la experiencia se vuelve a ofrecer una nueva cohorte.

Progresivamente la carrera se fue extendiendo a otras universidades del país y, por consiguiente, fue definiendo un campo cada vez más diversificado: la tarea escolar y pedagógica en todos los niveles educativos, en la educación especial, en los hospitales, en la clínica, y en otros ámbitos como la atención de niños, adolescentes y adultos, la orientación vocacional, profesional, ocupacional, la intervención laboral, la docencia media, terciaria y universitaria de grado y post-grado, la investigación, la producción escrita, la participación en actividades de prevención primaria, en la educación a distancia, en tareas abiertas a la comunidad, entre otras actividades.

## 2. Tradiciones en psicopedagogía

A lo largo del siglo XX se pueden identificar dos tradiciones diferentes que van configurando, con desencuentros y convergencias el ámbito profesional de la psicopedagogía, éstas son en *psicología* y *ciencias de la educación* (Solé, 1999).

En cuanto a la *tradición psicológica*, con la consolidación de esta área como disciplina científica pronto adviene la necesidad de enfrentar problemas prácticos en todos los ámbitos. Es así como en 1913 en Londres, Burt crea el primer servicio psicológico con el fin de ocuparse desde una perspectiva clínica de los trastornos evolutivos y comportamentales de niños escolarizados.

Esta tradición se basa en un modelo de intervención "clínico médico" asumiendo tareas de diagnóstico, terapia y reeducación desde una perspectiva centrada en el individuo. Hacia 1950 aparece la figura del psicólogo que trabaja en contacto directo con escuelas y maestros, ese contacto conduce a ampliar el campo de interés de la

psicología y a reinterpretar los problemas que aborda en una perspectiva más contextual y con un modelo de tipo "constructivo-educacional". En este panorama, vinculado a la psicología y su misma evolución, aparece el término "intervención psicológica", y a medida que se abordan problemas del ámbito escolar en algunos entornos profesionales comienza a hablarse de "intervención psicopedagógica".

El ámbito de la intervención psicológica dirigida a los procesos de enseñanza y aprendizaje no ha dejado de ampliarse y complejizarse en los últimos cuarenta años. Quizá lo más significativo de su evolución sea el deslizamiento hacia modelos de intervención que tienen en cuenta el contexto en el que aparecen los problemas así como explicaciones cada vez más contextuales del desarrollo y del aprendizaje. Lo que se ha producido es una reconceptualización del objeto y del modelo de intervención.

Respecto a la *tradición de las ciencias de la educación*, esta se halla vinculada al concepto de orientación, vinculado a la orientación vocacional. Parsons, pionero de esta perspectiva, considera que la misma implica el autoconocimiento por parte del sujeto, la información profesional y el ajuste entre ambos, tarea que se desarrolla de manera aislada y extraescolar.

Hacia 1930 surge un movimiento que trata de entender la orientación como un medio de proporcionar ayuda para integrar el autoconocimiento del sujeto, el que tiene de su entorno y sus objetivos educativos y profesionales, de manera que se amplía el campo con el concepto de *counseling* que hace referencia a un proceso de ayuda individualizado, que pretende la adecuada comprensión de la información profesional en relación con las características personales. En 1950 se sustituye una orientación vocacional que se ubica en la adolescencia a una orientación a lo largo de todo el ciclo vital.

Por otro lado, la tradición en ciencias de la educación está impregnada del trabajo psicopedagógico en formación docente que parte del supuesto de la anticipación y previsión en la formación de educadores. Al respecto Matteoda (1998) considera que en el marco de la diversidad y heterogeneidad disciplinaria en psicopedagogía hay un lugar destacado de las aportaciones desde la educación, en lo concerniente a un amplio conocimiento de las instituciones, los fenómenos y procesos educativos.

Coll (1989, en Matteoda 1998) considera que el estudio de la psicopedagógica debe ir en una triple dirección: demostrar sus aportes para comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje, realizar intervenciones en situaciones educativas mejoradoras de los procesos de aprendizaje y finalmente evidenciar utilidad para intervenir eficazmente en la resolución de problemas educativos concretos.

A partir de lo analizado consideramos que en estas tres direcciones se halla arraigada la tradición educacional que apunta a la anticipación y previsión de problemas educativos. Para facilitar estos procesos esta tradición trabaja actualmente básicamente con la formación y asesoramiento docente.

*Recapitulando:* en un contexto complejo y de heterogeneidad disciplinaria la psicopedagogía encuentra lugares destacados en las aportaciones de la psicología y de la educación.

### **3. Psicopedagogía: definición, alcance y perfil profesional**

Poder aproximarnos a la comprensión del alcance y del perfil de un profesional que se desempeña en un área de conocimiento que implica la conjunción de dos disciplinas, como lo son la pedagogía y la psicología, y que, por consiguiente, acarrea como colación dos tradiciones bien delimitadas, amerita conocer cómo es entendida, definida y concebida por aquellos profesionales que la asumieron desempeñándola en un campo complejo de luchas de poder entre hegemonías disciplinares.

En lo que respecta a su *definición* Castorina (1989) considera que la psicopedagogía constituye un conjunto de prácticas institucionalizadas de intervención en el campo del aprendizaje, sea como prevención o como diagnóstico y tratamiento de trastornos, sea como modificación del proceso de aprendizaje escolar.

Scoz (1991, en Matteoda 1998) entiende que la psicopedagogía es un área que estudia y trabaja con el proceso de aprendizaje y sus dificultades, sus dominios específicos son: el sujeto de conocimiento y el agente de transmisión y las dimensiones constitutivas de los mismos.

Muller (1994) plantea que la particularidad de esta disciplina es su objeto de estudio: un "objeto subjetivo" tratado por un "sujeto subjetivo". Considera que el sujeto-objeto de la intervención psicopedagógica es el ser humano en situación de aprendizaje contextualizado, haciendo referencia con "contextualizado" a un sistema de relaciones intersubjetivas y confluencia de aspectos intrasubjetivos y situacionales.

Fernández (2000, en Moyetta, Valle y Jakob, 2006:4) considera que la psicopedagogía tiene como objetivo lograr construir en los demandantes espacios objetivos y subjetivos de autoría de pensamiento, esto implica, promover el proceso y el acto de producción de sentidos y el reconocimiento de sí mismo como protagonista o partícipe de tal producción. La autora enfatiza que para que alguien aprenda verdaderamente se torna necesaria la presencia de un enseñante que se muestre

conociendo y no conocedor, que se muestre pensante y no sólo exhiba e imponga lo que piensa.

Matteoda (1998) entiende que la convergencia conceptual de estas definiciones es evidente al caracterizar al aprendizaje, al sujeto en situación contextualizada de aprendizaje y a los procesos psicoeducativos como objetos de la intervención y de la reflexión psicopedagógica.

En lo que respecta al *alcance profesional* la autora considera que las intervenciones psicopedagógicas son de naturaleza diversa en ella pueden considerarse: la *problemática u objeto de intervención* (centrado en la optimización en los procesos de enseñanza y aprendizaje), los *destinatarios* (sujetos o grupos), los *ámbitos de intervención* (múltiples y diversos, desde el aula hasta la institución, en consultorios, en centros de salud, en empresas y en centros comunitarios), *el surgimiento de la demanda* (puede ser múltiple, de la familia, de escuela, etc.) (Matteoda, 1998:114).

También considera las *estrategias de intervención*, entendiendo que las prácticas psicopedagógicas recurren a un amplio espectro de técnicas y estrategias como entrevistas, coordinación y trabajo interdisciplinario, grupos terapéuticos, técnicas de recolección de información diagnóstica, asesoramiento y coordinación de proyectos educativos institucionales y proyectos pedagógicos innovadores, entre otras.

En cuanto a los *marcos conceptuales subyacentes* las intervenciones psicopedagógicas intentan articular conocimientos procedentes de disciplinas diversas y desarrollos teóricos, a veces complementarios y a veces contradictorios. Algunas de ellos son: la psicología del desarrollo, las teorías del aprendizaje, la psicología de la educación, la teoría psicoanalítica, la psicología clínica, la psicología social, la sociología de la educación, las neurociencias, la didáctica y las didácticas específicas, las disciplinas referenciales del currículo escolar, la epistemología, entre otras.

Matteoda (1998) caracteriza al campo psicopedagógico por una progresiva acumulación de funciones y por una diversidad y heterogeneidad disciplinaria en la formación para la interpretación y la intervención.

Respecto a la *progresiva acumulación de funciones*, considera que la psicopedagogía no ha experimentado un desarrollo en el sentido de que hayan surgido nuevos planteamientos que superen los anteriores, sino que ha ido integrando sus elementos básicos, de modo que en la actualidad implica una amplia gama de actividades ejercidas por personas con competencias, objetivos y expectativas diferentes.



En cuanto a la *diversidad y heterogeneidad disciplinaria en la formación para la interpretación y la intervención psicopedagógica*, la autora reconoce que los procesos psico-educativos se caracterizan por su complejidad lo que es susceptible de explicación desde ópticas disciplinarias diversas, como las aportaciones de diversas ramas de la psicológica, el conocimiento de las instituciones, los fenómenos y los procesos educativos, entre otros.

Este contexto psicopedagógico caracterizado por la acumulación de funciones y la heterogeneidad disciplinaria para la interpretación y la intervención hacen que un profesional recién iniciado, o no, deba trabajar en la conformación de su *perfil psicopedagógico*.

El perfil del psicopedagogo varía según cuál de las tradiciones sea más acentuada, la psicológica o la pedagógica. Sin embargo, consideramos que no solo esa acentuación determina la configuración del perfil o identidad profesional, sino que también esta deviene de una construcción social contextualizada, situada histórica y espacialmente, elaborada por la propia personalidad del sujeto de esta área de conocimiento.

Muller (1994) se refiere a la *personalidad del psicopedagogo* y en ella considera la propia subjetividad entendiendo como elementos claves: la historia personal, "grabada" en las disposiciones psíquicas, en el carácter y estilo de vida; los recuerdos, fantasías, ansiedades y temores, en cuanto impregnan las actividades profesionales; los propios "mitos"; la historia que cada cual escuchó sobre sí mismo/a y su familia; las identificaciones inconscientes con otros significativos por medio de las cuales se fue construyendo la identidad; los propósitos explícitos e inconscientes por los cuales se eligió ser psicopedagogo/a y se sigue siéndolo; las ansiedades y dificultades que se movilizan al efectuar el trabajo; la historia de la formación psicopedagógica (qué se aprendió, dónde y cómo, quienes enseñaron, qué vínculos y qué procesos de identificación se estableció con los maestros, dónde se trabaja, con quiénes y haciendo qué tareas, qué se sabe y qué se desconoce) entre otras.

En lo que respecta a la *identidad profesional* Solé (1999) considera que el psicopedagogo es un profesional estratégico y reflexivo, que analiza, evalúa e interpreta los fenómenos a los que se ve enfrentado, que aporta su visión a la de otros para tomar decisiones, que colabora, discute y acuerda. No se trata de actuaciones neutras, sino teñidas de marcos de interpretación, influidas por opciones ideológicas y políticas, condicionadas por los sistemas de valores que se sustentan. En este sentido la autora refiere su carácter de permanente tensión.

El profesional de la psicopedagogía no realiza su tarea en soledad, no es él quien establece los parámetros que delimitan su labor cotidiana, su espacio aparece condicionado por el proyecto educativo general de que se ha dotado un grupo social, lo que supone unas opciones políticas. De manera que no es lo mismo ser psicopedagogo en un sistema educativo que opta por la formación integral de todas las personas, en una perspectiva educativa progresista e inclusora, que en un sistema educativo tradicional, selectivo y exclusor.

Además de ese trasfondo político o ideológico, que orienta las políticas educativas y, en general, la política global que realizan los gobiernos, cada psicopedagogo particular posee su propia ideología, lo que le hace sustentar ciertas actitudes frente a determinados valores: igualdad, libertad, responsabilidad. Es conocido que la interpretación que puede hacerse de estas palabras es bien distinta, según sea la orientación ideológica de quien las interpreta. El compromiso político e ideológico se encuentra profundamente relacionado con un compromiso ético. En virtud de ese compromiso, el psicopedagogo como todo ciudadano establece o debería establecer unos principios y unos límites a su conducta, a su capacidad de comprensión y tolerancia hacia las conductas e ideas de los demás.

El psicopedagogo como profesional y como ciudadano, debe regir su conducta por un código ético y deontológico que hunde sus raíces en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre. Este compromiso ético se halla vinculado al compromiso intelectual.

En este sentido el psicopedagogo que actúa éticamente es un profesional que sabe, que aprende, que analiza, que ve al fondo de los problemas y del conocimiento de que se dispone para abordarlos, su actuación reposa en determinadas concepciones sobre el aprendizaje y el desarrollo de las personas, sobre la incidencia de la enseñanza en dichos procesos, sobre las relaciones de todo ello con la cultura y sobre su propia función en el contexto.

#### **4. Modelos y enfoques en psicopedagogía**

La intervención psicopedagógica empieza a constituirse como una realidad con cierta consistencia a partir de la década de los ochenta, momento en el que se sucede una incipiente implantación de servicios psicopedagógicos. Casi de forma paralela a su surgimiento, aparece la polémica alrededor de los *modelos y enfoques* desde los que dichos servicios abordan su quehacer profesional (Solé, 1999).

Como analizábamos el desempeño del psicopedagogo se encuentra influido por la tradición y por la formación recibida.

Respecto de la *tradición*<sup>47</sup>, posee una influencia directa innegable en las propias creencias del psicopedagogo, en su autopercepción profesional y consecuentemente en lo que hace, influye también a través de expectativas que generan su tarea y las demandas que se le formulan.

En cuanto a la *formación*, la intervención psicopedagógica ha sido asumida por pedagogos y psicólogos, fundamentalmente, y de forma más reciente psicopedagogos. Estos profesionales han sido formados en tradiciones disciplinares distintas y en diversas escuelas de pensamiento psicológico, que con frecuencia aluden a modelos de funcionamiento del psiquismo humano abiertamente discrepantes.

En virtud de la formación recibida cada uno se encuentra mejor preparado para hacer determinadas cosas, las cuales previsiblemente priorizará en su tarea cotidiana. Este hecho muestra que existe una enorme diversidad de presupuestos desde los que definir el objeto o los objetos de intervención psicopedagógica y para elegir los medios más adecuados para abordarlos. Esta diversidad implica pluralidad de *modelos o enfoques* de intervención psicopedagógica.

Diversos autores presentan diferentes propuestas, sin que resulte sencillo establecer relaciones entre ellas. De manera que es frecuente en la literatura y entre los profesionales referirse a: asesoramiento, modelo o enfoque clínico, modelo de *counseling*, modelo de consulta, enfoque o modelo educacional, institucional, enfoque de intervención directa, de intervención indirecta, modelo de servicios, modelo de programas, modelos tecnológicos etc.

A esta diversidad hay que añadir la que se desprende de las teorías psicológicas de las que parte el profesional, por ejemplo, se puede trabajar según un modelo de consulta desde una perspectiva rogeriana, desde una perspectiva conductual o desde una perspectiva constructivista.

Se debe considerar que los criterios utilizados por los autores para distinguir *modelos* contrastados difieren significativamente, pudiendo ser de carácter cronológico o de momento de aparición, relacionados con el uso de medios tecnológicos o de carácter más conceptual. En este sentido los autores difieren en la definición del término "modelo":

---

<sup>47</sup> Aquí el término tradición no es utilizado en el sentido de las tradiciones que dieron origen e influenciaron en la psicopedagogía, como lo son la pedagogía y la psicología, de la manera en que lo analizamos anteriormente.

En algunas propuestas, "modelo" se asemeja a un *plan o guía para la acción*; en ellas los distintos modelos describen diferentes diseños, estructuras y componentes de un proceso de intervención psicopedagógica.

En una orientación diferente el "modelo" es cercano a la idea de *teoría o marco explicativo de la realidad*, en este caso también se describen los componentes esenciales del proceso de intervención, éstos se encuentran teóricamente orientados, en otras palabras, el modelo implica un posicionamiento teórico-conceptual cuyos parámetros delimitan tanto el ámbito de la intervención como las estrategias y procedimientos que se van a poner en marcha para llevarla a cabo.

*Desde la primera postura* Álvarez y Bisquerra (1996, en Solé 1999) proponen una clasificación de modelos de intervención según se realicen una intervención directa o indirecta, individual o grupal, interna (propia institución) o externa y reactiva (correctiva, remedial) o proactiva (prevención y desarrollo). Teniendo en cuenta estos ejes los autores proponen la siguiente clasificación de modelos de intervención: clínico, de servicio, de programas, de consulta, tecnológico y psicopedagógico.

Lo que subyace a esta propuesta es que el psicopedagogo utilizará un modelo u otro de acuerdo a la situación concreta que debe enfrentar. Aunque sin duda la complejidad de la tarea psicopedagógica exige un amplio abanico de estrategias de intervención y de profundos conocimientos en diversos ámbitos disciplinares, la posición que debe sostenerse es que los conocimientos y estrategias con que se aborda una situación determinada no son el resultado de una selección *ad hoc*, sino más bien el fruto de interrogar dicha situación y desde una perspectiva determinada, fundamentada en una posición intelectual que ofrece determinadas explicaciones sobre aspectos cruciales en la práctica psicopedagógica.

Esta perspectiva o referentes influyen decisivamente en la lectura que se hace de la realidad, en lo que se considera que es un problema, en la interpretación que se hace de su etiología, su estado y su evolución, así como en lo que se entiende que cabe hacer para subsanarlo. Influyen críticamente en la forma en que el psicopedagogo define la realidad en que trabaja y se define a sí mismo, a su intervención en dicha realidad.

*Desde la segunda postura* se considera al "modelo" como *teoría o marco explicativo de la realidad*, los modelos psicopedagógicos se basan en una cuestión fundamentalmente teórica y conceptual que remiten al campo de la práctica y la acción y a la explicación sobre los procesos objeto de intervención. Este posicionamiento establece parámetros a la intervención -qué se hace, porqué se hace, cómo se hace-

cuya concreción va a verse después modulada por un conjunto de factores de distinta naturaleza (sistema educativo, disposiciones legales, representaciones sociales, etc.)

Avanzando en esta disquisición teórica Solé (1999) plantea que los conocimientos teóricos-conceptuales en psicopedagogía, de los que hablamos al comenzar el apartado, no son de idéntica naturaleza. En la delimitación de los distintos modelos de intervención cabe diferenciar, como mínimo, dos niveles: el relativo al *enfoque* general y el vinculado a los marcos específicos de referencia que subyace a un determinado *modelo*.

Un *enfoque* de intervención u otro implica tomar en consideración las características concretas del contexto de intervención, pero en su definición *permanece a un nivel general*. Para responder a los problemas que debe abordar necesita de una concreción, una toma de postura que permita identificarlos y buscar para ellos vías de solución. Esta concreción remite a marcos específicos de referencia a través de los cuales puede un psicopedagogo intervenir desde el enfoque escogido.

En este sentido entendemos con Solé (1999) que cuando se entra en dicha concreción, podemos con propiedad hablar de *modelo*.

Intervenir desde un *enfoque* u otro supone una *primera opción*, que se resuelve atendiendo a la capacidad de cada uno de ellos para satisfacer mediante instrumentos psicopedagógicos pertinentes, las necesidades del contexto al que se dirige la intervención.

Intervenir desde un *modelo* u otro implica una *segunda opción*, una concreción que remite a adoptar una determinada concepción como marco de referencia psicopedagógico.

Analizar *modelos psicopedagógicos* nos conduce a considerar constructos o abstracciones que resultan de hallar un común denominador (el objeto de intervención) a un conjunto de prácticas de intervención en situaciones de aprendizaje contextualizado. Los modelos poseen un conjunto de prácticas afines cuyas configuraciones son semejantes, los propósitos de intervención similares y los contextos definidos. De esta manera podemos entender que los modelos:

- Son marcos explicativos que reglamentan las acciones profesionales.
- Modelan y configuran el ejercicio profesional.
- Proveen de regularidad, previsibilidad y continuidad.
- Definen las reglas: prácticas profesionales y el conocimiento científico que las sustentan.
- Condicionan modos de sentir, pensar y actuar del profesional.



- Cristalizan valores, normas y significados en un ámbito de acción.
- Definen lo permitido y lo prohibido.

De acuerdo a lo planteado por Solé (1999) el psicopedagogo afronta su tarea en un contexto determinado, sujeto a múltiples influencias, en dicho contexto tomará cuerpo el *modelo* de intervención que es algo que se redefine en cada ocasión y contexto. El *modelo* de intervención es el instrumento que le permite analizar lo que es más adecuado en un momento dado o en una situación y conservar su coherencia incluso cuando las demandas remiten a problemas o realidades muy diversas.

De acuerdo a la autora en psicopedagogía ha sido frecuente la distinción entre: modelo clínico, modelo educacional y enfoque Comunitario. Consideramos que esta clasificación es susceptible de ser repensada a la luz nuestro contexto, al tiempo que se nos ofrece como organización conceptual respecto a los desarrollos psicopedagógicos hasta el momento, permitiéndonos ubicar nuestra propuesta respecto a lo existente. Atendiendo a ello en lo que sigue analizaremos cada uno de ellos.

#### **4.1 Modelo clínico asistencial**

Solé (1999) considera que se trata de un modelo cuyo *contexto de surgimiento* se va configurando durante las tres primeras décadas del siglo XX y que predominó en su primera denominado inicialmente *clínico-médico*. Se ocupó principalmente de trastornos evolutivos y comportamentales en los niños escolarizados, basado en una perspectiva psiquiátrica, asumiendo tareas de diagnóstico, de consejo individual, terapia y reeducación, en una acción centrada en el individuo. Su *objeto de intervención* es el sujeto individual o los problemas y dificultades que padece.

Las *bases teóricas* o conocimientos y estrategias de intervención se encuentran fundamentados en la psicología del desarrollo, las teorías sobre la personalidad, al estudio y diagnóstico de las diferencias individuales, a estrategias de reeducación y psicoterapia etc.

Este modelo *privilegia* en la atención, el aprendizaje perturbado de un sujeto, supone que el problema de aprendizaje esta en el sujeto al que hay que evaluar y tratar. Su intervención tiende a centrarse en lo estrictamente psicológico mediante *tipo de intervenciones* correctivas de modo directo en un contexto restrictivo. Sus *objetivos* son atender al sujeto en sus dificultades de aprendizaje, ya sean emocionales o conductuales, y atender al síntoma. El *rol del psicopedagogo* se caracteriza por prescribir lo que hay que hacer.

El *ámbito de la intervención* es fuera del espacio escolar, en gabinetes o consultorios, en caso de ser dentro de la institución educativa, se mantiene ajeno a la misma. El profesional se sitúa, trabajando más bien con “niños y adolescentes” que con alumnos.

En nuestro país, a través del tiempo, se ha producido un gran desarrollo y avance de lo que podría llamarse una perspectiva psicopedagógica clínica, pero, en este sentido es fundamental no homologarlo al modelo clínico tradicional, basado en una psicopedagogía reeducativa, ya que el desarrollo que tuvo en Argentina la perspectiva clínica se basó en un trabajo contextualizado.

Ejemplo de ello son las destacadas psicopedagogas Marina Muller, Ana Fernández, Blanca Tarmopolsky y Sara Paín.

Fernández (1997) plantea que en los años setenta comienza, y cree que no casualmente, desde la institución hospitalaria y con el trabajo interdisciplinario, una psicopedagogía llamada “Clínica” en Argentina. La autora menciona a Tarmopolsky que fue quien acuñó esa expresión de psicopedagogía clínica insertando un movimiento de trabajo interdisciplinario en salud.

Fernández (1997) considera que un poco antes, Paín ya había comenzado un trabajo de construcción teórica, lo que hace que Tarmopolsky y Paín sean las pioneras que marcan un hito para esta nueva postura en psicopedagogía.

La autora plantea que la *psicopedagogía clínica* tiene sus propios dispositivos de interpretación e intervención, tanto en el consultorio como en la institución. Dispositivos que en la medida que se dirigen a una problemática tan compleja y abarcativa como es el aprendizaje necesita del diálogo interdisciplinario para lo cual debe salirse de esa intensión de monopolizar la intervención como del colocarse en un lugar subsidiario.

Fernández (1997) considera que la *clínica* hace referencia a una postura, a un modo de mirar, y de intervenir en psicopedagogía, que supone tomar en cuenta las determinaciones inconscientes que participan en el proceso de aprendizaje y principalmente es un modo de intervenir que incluye al profesional como participe en el campo donde trabaja, dando cuenta de fenómenos de transferencia y de implicancia.

Para la autora el psicopedagogo que se nombra como *psicopedagogo clínico* se reconoce de una forma que define una manera de interpretar y de intervenir en la realidad. Esta postura implica construir espacios subjetivos y objetivos donde la autoría de pensamientos sea posible, trabajo de deconstrucción y construcción que lo implique como profesional.

Por su parte Muller (1994) entiende que “clínica” es el concepto fundamental, ya que permite delimitar una modalidad de intervención de los psicopedagogos y los consultantes en tareas de tratamientos o preventivas. Considera que la *clínica* se refiere a la enseñanza y asistencia médica práctica y la aplicación de conocimientos médicos al enfermo. Así se produce una situación por la cual el profesional observa al sujeto, “ve” lo que “le pasa”, lo que le “duele” o trastorna, “escucha” el discurso del paciente y descifra en todos estos datos una serie de signos que le permitirán dar sentido a lo observado y al mensaje transmitido, para proceder en consecuencia.

Este concepto desde la psicología y la psicopedagogía, implica tomar en cuenta la singularidad del individuo o grupo consultante, el sentido particular que toman sus características y alteraciones, según las circunstancias de su propia historia y su ubicación en el mundo social cultural.

La autora utiliza el *método clínico*, el que trata con sujetos particulares atendidos por otro sujeto, en una relación intersubjetiva. Se entra en contacto con ellos, mediante el lenguaje, en el marco de las entrevistas, y lo que sucede durante ellas es el sujeto en su peculiaridad.

Este modelo clínico-asistencial presupone *contribuciones epistemológicas*, ya que, para que un enfoque clínico se convierta en modelo clínico, la autora considera los siguientes referentes teóricos que fundamentan su propia práctica: *el psicoanálisis* que le permite considerar el mundo del inconsciente, de las representaciones y dinámica psíquica; *la psicología social* considerando los sujetos, las relaciones familiares, grupales e institucionales, en condiciones socioculturales y económicas específicas y que cualifican todo aprendizaje; *la epistemología genética* entendiendo que el conocimiento y su construcción evolutiva depende de las estructuras mentales subjetivas y de la interacción con otros y con los objetos; *la lingüística* considerando a la lengua como código disponible a todos los miembros de una sociedad y el habla como modo subjetivo, evolutivo e historizado para acceder a la estructura simbólica.

Muller (1994) considera que estas contribuciones, si bien no han surgido directamente para responder a la problemática del aprendizaje humano, aportan a que se pueda reflexionar científicamente y operar en el campo psicopedagógico desde un modelo clínico. Se debe recurrir a diversas disciplinas, a manera de trabajo interdisciplinario, aceptando que cada una de ellas contribuirá con una amplia gama de conocimientos.

La autora entiende que desde un modelo clínico, la clínica no debe restringirse a la consulta privada que se hace difícil o inaccesible a muchos sectores, es importante

incluir este servicio al ámbito institucional (obras sociales, instituciones sanitarias - hospitales, clínicas, centros de salud -, instituciones educativas – escuelas comunes, especiales, centros de rehabilitación, etc.). Al mismo tiempo que la realización de intervenciones en el campo preventivo (campañas de difusión comunitaria sobre el aprendizaje, educación permanente para padres y docentes, participación en planes de preparación curricular, asesoramiento a directivos educacionales y docentes, intervención en la preparación para el cambio de etapa educativa, orientación vocacional para todos los niveles educativos).

En el marco del método clínico la autora utiliza las *entrevistas operativas*, entendida como una situación que incluye dos o más participantes en un espacio físico apto para un encuentro que asegure la contención de los consultantes. El *paciente* será escuchado e interpretado por el psicopedagogo/a desde la perspectiva del aprendizaje, con intervenciones que tomen en cuenta la demanda del sujeto y la puesta en circulación de sus deseos de aprender.

Desde esta perspectiva las intervenciones no llevan a la *finalidad* de “curar” compulsivamente eliminando síntomas o solucionando la problemática planteada en consulta, sino que procura descubrir un sentido en el sistema de relaciones intrapsíquicas e intersubjetivas.

Para Muller (1994) la *investigación clínica* operativa en diagnóstico y tratamiento, intenta sintetizar la aplicación de marcos referenciales teóricos, formación y sistema de valores de los psicopedagogos, con la lectura del sentido del aquí y ahora de la acción psicopedagógica.

El *proceso diagnóstico*, generalmente implica entre tres y seis entrevistas, y conduce a precisar acciones prioritarias. El encuadre involucra elementos como: el consultorio; el tiempo de 45 a 50 minutos, con un mínimo de dos veces por semana; los roles y objetivos. La autora apunta a dos objetivos complementarios: el clínico (dar lugar a la resolución de las dificultades y alteraciones de aprendizaje) y el preventivo (ayudar a que el sujeto promueva sus propios recursos para aprender un estilo operativo de aprendizaje).

Desde la psicopedagogía clínica planteada por la autora es fundamental que, a partir del diagnóstico, se proceda a la elaboración de una estrategia, un plan de acción clínica. Este proyecto es móvil y revisable, su finalidad es ofrecer vías posibles de acción psicopedagógica.



Ello denota la imposibilidad de homologar el actual desarrollo clínico en psicopedagogía con el tradicional modelo clínico asistencial<sup>48</sup>, arraigado en una concepción centrada en la dificultad de aprendizaje en el sujeto, en lo patológico y anormal. Consideramos que en la actualidad la psicopedagogía clínica es desarrollada por psicopedagogos que han avanzado respecto al originario modelo clínico e intentan una intervención integrada que parece evidenciarse principalmente en las bases epistemológicas que fundamentan sus prácticas.

De esta manera hemos conocido el origen del modelo clínico, sus características originarias, su desarrollo en nuestro país. En lo que sigue analicemos el modelo educacional constructivista.

#### **4.2 Modelo educacional constructivista**

Se trata de un modelo que presta especial atención a la vertiente educativa del trabajo psicopedagógico teniendo como *objetivo* prevenir el fracaso escolar y los problemas de aprendizaje. Es por ello que considera imprescindible analizar todos los elementos de la institución escolar.

Desde esta perspectiva los equipos psicopedagógicos asesoran al profesorado en sus trabajos de programación, en aspectos metodológicos, y acerca de distintos elementos de la acción educativa. El enfoque adoptado en este caso supone un *contexto de intervención* amplio en el proceso educativo, lo que se traduce en diversas tareas.

Solé (1999) considera que la intervención desde un enfoque educacional define como su *objeto* los procesos de enseñanza y aprendizaje que la escuela diseña y pone

---

<sup>48</sup> Algunas de las *críticas* que se le han realizado al tradicional modelo clínico asistencial son: Solé, Coll y Monereo lo presentan como un modelo despreciable, ya que ellos, desde su configuración de psicopedagogía miran la profesión desde dentro de la escuela, su hacer esta atrapado por el hacer de la escuela, lo que no les ha permitido un desarrollo clínico. Trasladar la psicopedagogía desde lo clínico, donde surgió a la escuela, trajo problemas, por ello desde dentro de la misma escuela han configurado otro modelo (educacional) que los conduce a criticar al modelo clínico. Solé (1999) considera que el modelo clínico o asistencial hace especial hincapié en los aspectos psicológicos de la intervención, con una interpretación restrictiva incluso de la faceta psicológica, ya que la intervención se centra exclusivamente en las dificultades de los alumnos y en realizar la rehabilitación necesaria. La autora plantea que se prescinde del estudio de las restantes variables que influyen en el proceso educativo, el que no aparece cuestionado. El profesional de este enfoque se sitúa como "experto" de un ámbito que no puede ser compartido con otros profesionales que trabajan en la institución, reforzando así un rol de "resolutor de problemas", que aunque se manifiestan y detectan dentro de la institución, se abordan al margen de ella.



en marcha, así como la institución en su conjunto. Los conocimientos y estrategias remiten al conocimiento psicoeducativo: teorías de la instrucción, explicaciones sobre los procesos de enseñanza y aprendizaje, conocimientos sobre los factores y variables que en ellos intervienen, formación que permita identificar y actuar sobre las dificultades de aprendizaje, de relación y vinculadas a las capacidades de equilibrio personal. Son necesarios también conocimientos sobre el sistema educativo, sobre la organización y dinámicas institucionales.

El psicopedagogo *trabaja* con alumnos y con la institución, así como con sistemas familiares y con otros servicios. Este profesional, aunque es un "experto" en su materia, define su tarea como complementaria a otros profesionales de la escuela, con quienes colabora desde su perspectiva específica para lograr las finalidades que presiden a esta.

El *tipo de intervención* es preventivo y enriquecedor, fundamentalmente indirecto, teniendo en cuenta la pluralidad de contextos en que estos se desenvuelven. Por ello cuando aunque el desencadenante sea un alumno, se incorpora el contexto o contextos en que la disfunción se presenta.

Con respecto a las *bases teóricas* del enfoque educacional, son diversos los autores que consideran que el constructivismo en sentido amplio, y en concreto, la *concepción constructivista del aprendizaje escolar y de la enseñanza* (Coll, 1990, 1991, 1997, en Solé 1999) constituye un marco adecuado para erigirse en instrumento de análisis de la intervención psicopedagógica.

La concepción constructivista es un conjunto articulado de principios que permite el análisis de las situaciones educativas y la toma de decisiones inherentes a la planificación, desarrollo y la evaluación de la enseñanza. Supone una decisión ideológica y una opción intelectual que conduce a explorar conceptos y principios.

De acuerdo con Solé (1999) el modelo educacional-constructivista de intervención psicopedagógica considera a la educación y al aprendizaje de manera integral, alumno, institución educativa y entorno;

Entiende la *educación* como un proceso social y socializador mediante el cual los grupos promueven la socialización y el desarrollo de sus miembros más jóvenes. La organización escolar persigue dicho objetivo mediante la disposición de experiencias y situaciones que permitan la elaboración, con ayuda de otros, de significados personales sobre conceptos, valores y procedimientos de la cultura que configuran el currículo escolar. Esa elaboración exige del alumno una actividad intelectual del tipo autoestructurante que se origina en procesos interpersonales, profesor/alumno y

alumno/alumna en los que la construcción del conocimiento se hace posible, gracias al ejercicio de la influencia educativa.

Entiende que el *aprendizaje*, la ausencia o dificultad de aprendizaje, de un alumno o un grupo de alumnos no es una característica inherente a ellos, es más bien entendida como el producto de una confluencia entre los componentes de todo el proceso educativo: los alumnos, cada uno con sus condiciones personales, los contenidos que deben ser objeto de apropiación y las respuestas y medidas educativas que se articulan para lograr dicha apropiación. Desde esta explicación analizar e intervenir para optimizar los procesos de aprendizaje exige dotarse de instrumentos para entender las relaciones que se dan entre todos ellos e intervenir para optimizarlas.

Al optar por la explicación del aprendizaje, la enseñanza y el desarrollo desde la concepción constructivista, ya no se habla solo de enfoque sino de *modelo educacional constructivista de intervención psicopedagógica*.

La especificidad de la propuesta proviene de la adopción de la explicación constructivista del aprendizaje escolar y de la enseñanza como referente de la intervención. Lo que implica ciertos objetivos de la tarea psicopedagógica y en la definición del rol profesional.

Respecto de los *objetivos* del modelo constructivista considera:

Que el psicopedagogo contribuya, con su asesoramiento al logro de los propósitos de la propia institución, esto implica conseguir que cada alumno pueda progresar en su aprendizaje y desarrollo personal.

Contribuir a una enseñanza diversificada y de calidad, ajustada a sus diversos usuarios. A este objetivo general se asocian otros específicos:

1. Contribuir con el asesoramiento para que la institución educativa logre un contexto organizado que aproveche los recursos para la consecución de metas comunes a los diversos participantes, para que consiga una estructura y un funcionamiento óptimo.
2. Contribuir a que la institución optimice sus recursos humanos, organizativos y materiales para asumir la diversidad de los usuarios en los procesos de enseñanza y de aprendizaje.
3. Conservar el rol de asesor/colaborador.

En cuanto al *rol*, el psicopedagogo puede asumir el de "consultor experto" o el de "consultor en proceso". *El primero* es contratado para proporcionar un servicio determinado o resolver un problema concreto, sus tareas son de "provisión" y "prescripción". *El segundo* trabaja intensamente con los consultantes para implementar

cambios en un proceso, sus tareas implican asesoramiento colaborativo enfatizando en la responsabilidad compartida entre los protagonistas de la tarea.

Respecto a las *relaciones institucionales* del psicopedagogo, su tarea está condicionada por la filiación administrativa, lo que implica ser contratado para unos servicios determinados, o por el contrario acudir a una institución como recurso permanente que ofrece la administración.

Desde una perspectiva sistémica de la que se nutre este modelo, se entiende a la *escuela* como un sistema en la medida que podemos identificar diversos elementos relacionados entre sí, cuya organización responde a una necesidad de conseguir determinadas finalidades. La escuela es un sistema abierto expuesto a relaciones con otros sistemas, familias, equipos, asesores, etc., que influyen en ella y que la fuerzan a continuas adaptaciones y modificaciones.

El carácter de sistema también se aplica a los procesos de enseñanza y aprendizaje. Los conceptos de intencionalidad, organización, causalidad circular, cambio y equilibrio y contexto ayudan a entender las relaciones que se establecen entre los protagonistas del acto educativo y los diversos elementos y variables que en ellos intervienen.

En este contexto, se considera al *psicopedagogo* como un asesor para el cambio de la institución, cambios vinculados a aspectos organizativos, curriculares, ligados a la concreción práctica y cotidiana de la tarea educativa, los que permitirían organizar una enseñanza óptima para cada alumno.

El *asesoramiento* es la ayuda que presta el psicopedagogo a un profesor o grupo de ellos para poder generar un cambio, cumple su función cuando su presencia y acción, junto con las aportaciones que realizan los participantes, permiten el logro de metas, pero también se cumple su función cuando retirada la ayuda asesora los asesorados han podido incorporar lo que ésta suponía, viendo así aumentada su competencia y autonomía.

Esta forma de entender la intervención presupone que el psicopedagogo posee un sólido conocimiento específico capaz de aportar a otros profesionales para la adecuada resolución de problemas y para optimizar los procesos de enseñanza y de aprendizaje. Se trata de un doble requerimiento: disponer de saberes y disponer de un "saber hacer" que permita compartir esos saberes con otros para progresar conjuntamente.

La concepción constructivista como modelo educacional justifica la colaboración entre psicopedagogos y docentes como único medio para lograr un acercamiento entre

sus representaciones respectivas, aprovechando el conocimiento específico que cada uno posee para hacer una enseñanza más adaptada a las necesidades de sus usuarios.

En nuestro país se retoman los planteos constructivistas (Castorina, 1996; Ferreiro, 1996; Olivero, 1996; Lerner, 1996; Vogliotti, 2001; entre otros) pero intentando ser re-pensados y re-construidos a nuestro contexto actual. Como ejemplo, hallamos en nuestra UNRC, la asignatura Práctica Psicopedagógica en Educación<sup>49</sup>, orientada al aprendizaje de la profesión, la que fundamentada en planteos constructivistas recrean y consideran la propuesta vinculada a nuestro contexto actual y local.

En este sentido Moyetta, Valle y Jakob (2006) citan a Shon (1996) quien entiende que los contextos de intervención profesional, lejos de configurar situaciones precisas y estables aparecen como zonas indeterminadas, caracterizadas por la complejidad y la incertidumbre en las que es preciso reconocer el desdibujamiento y permeabilidad de límites estrictos entre teoría y práctica.

Las autoras consideran que una intervención psicopedagógica adecuada se apoya en el conocimiento científico, pero no se agota en él; involucra una cuota importante de sabiduría, de conocimiento personal, que posibilita aprehender lo particular y relevante de cada situación y actuar en consecuencia. Entienden que el aprendizaje de la práctica profesional está atravesado por desafíos teóricos y empíricos, "se trata de una instancia de tensión, de puesta a prueba, de revisión, de resignificación y de ampliación constante de esquemas de conocimiento...acerca del saber psicopedagógico" (Moyetta, Valle y Jakob, 2006:2).

Van más allá de la enseñanza de un modelo educacional constructivista sistematizado y esquematizado, pensado para centros educativos españoles donde el psicopedagogo es asesor, y avanzan en la consideración de los rasgos diferenciales que responden a la singularidad de lo que hay que aprender en la práctica del quehacer profesional, definiendo conjuntamente un problema de intervención que se recorta de la realidad, para diseñar e implementar acciones que permitan la resolución de ese problema concreto. En este sentido consideran la responsabilidad social en el aprendizaje de la práctica profesional, en la que de nada vale la eficacia y la pericia si

---

<sup>49</sup> Al interior de la asignatura, en un intento de articular las necesidades de las instituciones con las motivaciones de los alumnos de psicopedagogía, las alternativas que se proponen para la práctica son las siguientes: intervenciones referidas a demandas de atención individual o intervenciones vinculadas con demandas de atención institucional, en esta última se distinguen: procesos focalizados en proyectos pedagógicos innovadores o procesos orientados a la elaboración e implementación de proyectos de tutorías y orientación vocacional (Moyetta, Valle y Jakob, 2006:3).



no se inserta en una proyección social solidaria que pondere paralelamente componentes actitudinales y axiológicos en el hacer profesional.

Son los rasgos que singularizan las intervenciones profesionales en contextos de vulnerabilidad extrema, lo que hace distar estas intervenciones psicopedagógicas en educación de un modelo educacional constructivista ortodoxo, en efecto, la escuela argentina debe resolver en su actuación la paradoja de intentar sostener la inclusión de alumnos cuyo origen los ubica en contextos de pobreza y a los que paralelamente el sistema social se encarga de excluir.

En este punto las autoras consideran que el fracaso escolar desde la práctica psicopedagógica educativa, se interpreta como multidimensional, atendiendo a variables afectivas, cognitivas y biológicas, entre otras, y la asistencia psicopedagógica se orienta a la consideración de ese entramado de manera ineludible, considerando casos de niños pertenecientes a sectores sociales desfavorecidos que se identifican como portadores de problemas de aprendizaje, "es la constante vigilancia para promover acciones que no legitimen las desigualdades sociales sino que, por el contrario, desde el (re) conocimiento de esa desigualdad, potencian la posibilidad de aprender" (Moyetta, Valle y Jacob, 2006:5).

De esta manera hemos podido advertir cómo en la actualidad, en nuestro país y en contextos próximos, se encuentran experiencias que si bien re-crean la perspectiva constructivista intentan de manera permanente orientarse a una posibilidad de compatibilidad con perspectivas crítico-reflexivas (Vogliotti, 2001).

Asimismo, y teniendo en cuenta lo desarrollado hasta aquí sobre el modelo clínico y el educacional, debemos considerar que en los desarrollos actuales de la psicopedagogía existe un cruce de perspectivas teóricas que fundamentan las prácticas, en este sentido se pueden advertir trabajos desde un fundamento constructivista en un trabajo clínico. Asimismo Moyetta y Valle (2005 en Valle y Jakob, 2009) ejemplifican este cruzamiento cuando postulan que en el ámbito hospitalario se realizan intervenciones hospitalarias prioritariamente clínico-asistenciales que no excluyen la función enriquecedora que podría ofrecer la perspectiva constructivista, de modo similar y de acuerdo a los aportes de Sole (1999) se puede considerar cómo en el contexto escolar pueden confluir prácticas psicopedagógicas que se orienten alternativamente hacia modalidades de intervención preventivas o asistenciales.



### 4.3 Enfoque comunitario de intervención psicopedagógica

En virtud de relevamientos e indagaciones realizadas desde una perspectiva comunitaria, consideramos que en psicopedagogía debemos hablar de enfoque y no de modelo comunitario porque no hay modelos teóricos de los cuales los psicopedagogos se valgan para definir, fundamentar, especializar y diferenciar sus intervenciones respecto de otros profesionales como lo son psicólogos, médicos, trabajadores sociales, enfermeros, educadores etc.; que trabajan en la comunidad desde un enfoque educativo-preventivo.

La mayoría de profesionales de la psicopedagogía que intervienen en la comunidad lo hacen bajo la denominación de un enfoque o trabajo en la comunidad y se orientan tomando experiencias sistematizadas teóricamente desde estas mencionadas disciplinas y profesionales que han trabajado en educación comunitaria.

Desde estas consideraciones asistimos a un número importante de profesionales que trabajan en salud comunitaria desde la psicología (Videla 1984, 1991), la psicología sanitaria (Saforcada 2001, 2002, Saforcada y De Lellis, 2009; Morales Calatayud, 2001), la psicología comunitaria (Chinkes, Lapalma y Nicenboim, 1991; De la Aldea 1991; Montero, 2003, 2005, 2006, 2008; Montero y Gonçalves de Freitas, 2008; Prilleltensky, 2008; Winkler, 2008; Quintal de Freitas, 2008; Ferreira de Oliveira, 2008, Ferreira de Oliveira y Vilela Tagliari, 2008; Zambrano, 2008; Alfaro Inzunza, 2008; Reyes Espejo, 2008; Dalbosco Dell'Aglio, 2008; Escalante Izeta, Villanueva María, Di Girolamo, y Cottrell, 2008; Godoy Ojeda y Guardiola Ramírez, 2008), el trabajo social (Kisnerman, 1998), y la medicina (Conde, Leal y Schmunk, 2004) entre otros.

Se tratan de trabajos en comunidad que pueden ser utilizados y recreados por otros profesionales como lo somos los psicopedagogos.

Asimismo al indagar en nuestro propio campo disciplinar nos encontramos con *antecedentes generales* de trabajo psicopedagógico en comunidad como lo son los planteos de Monereo y Solé (1996) quienes plantean que al delimitar formas de abordaje psicopedagógico han surgido diversos enfoques entre los que se halla al comunitarios, de esta manera los autores plantean que en España, se observa, en los primeros años de los 90' una tendencia de servicios psicopedagógicos comunitarios. Posteriormente Solé (1999) considera que una intervención psicopedagógica en el ámbito de la zona o sector, considerando que esta no se encuentra bien definida y puede encerrar acepciones muy diversas<sup>50</sup>, no obstante plantea que las tareas más

---

<sup>50</sup> De acuerdo a Solé (1996) estas acepciones de la "intervención psicopedagógica en zona" incluye: desde una visión comunitaria de la práctica psicopedagógica, al modo en que fue concebida por determinados

orientada a lo social, lo grupal y comunitario, incorporando elementos claves del psicoanálisis y la psicología social.

Asimismo debe reconocerse, si bien desde un desarrollo escaso o bien inminente, una dimensión comunitaria en psicopedagogía desde aproximaciones teórico-conceptuales. Al respecto Juárez (2005) estudia la recreación teórico conceptual del método de investigación temática de Paulo Freire en salud comunitaria desde una perspectiva psicopedagógica, y Bobbio (2009) se plantea la necesidad de definir un perfil psicopedagógico desde la perspectiva crítica basado en la colegialidad y en una modalidad de trabajo basada en la investigación-acción en el contexto escolar, conformando "comunidades autocríticas" con los docentes (Bobbio, 2009:55).

No obstante, entre los antecedentes experienciales más específicos a nuestro estudio, hallados en la indagación realizada destacamos:

El trabajo que Imberti y Correa han realizado en Argentina, en educación sanitaria popular desde sus perspectivas de Psicopedagoga y Licenciado en Ciencias de la Educación. Correa ha tenido experiencias con Freire en Chile hasta 1973, lo que otorga riqueza a su conocimiento en el ámbito de lo comunitario (En Videla, 1991). Luego de la experiencia con Freire, crean el Grupo EDUPAS (Educación para la Salud) que, dedicado desde sus inicios a la comunicación educativa, trabaja temáticas vinculadas a la educación, la salud, el medio ambiente y la prevención de la violencia. Actualmente está integrado, además de ellos, por Cardoso, Chemen, Guebel, y Hernández.

Videla (1991) considera que el nivel de creatividad de estos profesionales dentro del marco de una ideología en salud y educación es uno de los mejores.

En la misma línea de los mencionados autores hallamos en la actualidad el trabajo de Ferreira de Oliveira (2008) quien desde el campo de la promoción de la salud mental comunitaria en Brasil desarrolla un sistema en el uso de técnicas como *role playing*, dramatización, técnicas de teatro y de expresión corporal que ha llamado *psychodramaturgy*, la que incorpora fundamentalmente planteos teóricos y prácticos de autores como Moreno (creador del psicodrama) y Paulo Freire, de cara a una propuesta de cambio de paradigma en la práctica de la salud mental.

Los trabajos presentados conjugan varios elementos que los tornan en antecedentes específicos a nuestra propuesta: un enfoque comunitario, un trabajo en salud, y el fundamento freireano. Sin embargo las experiencias sistematizadas teóricamente por estos autores se circunscriben más a cuestiones específicas de las temáticas en salud abordadas que al aspecto metodológico y sus implicancias en el trabajo comunitario, de interés central para estudio, por lo cual se trata de una ausencia

que nos alienta a la indagación constante a lo largo del proceso de investigación.

De manera que advertimos que no existen trabajos sistematizados teóricamente desde modelos o enfoques psicopedagógicos propiamente dichos.

Por otro lado consideramos que el trabajo en la comunidad supone, implica y pone en juego en el profesional aspectos ideológico-políticos. Aquellos aspectos que analizábamos muy vinculados al perfil del profesional de la psicopedagogía, estarán aquellos que quieran intervenir desde una *perspectiva crítica* social progresista vinculada a la transformación social, o aquellos que desde una perspectiva segregadora, conservadora y selectiva apunten a mantener el orden social establecido promoviendo la reproducción y conservación social desde una perspectiva *no crítica*.

En virtud de estos planteos estamos convencidas que todo enfoque de intervención en comunidad, sea desde la psicopedagogía, u otro campo disciplinar, tendrá a la base una cierta ideología, como corriente de pensamiento que interpreta la realidad social de una determinada manera.

Siguiendo estos lineamientos creemos poder diferenciar dos enfoques comunitarios de trabajo profesional: el *no crítico*, tradicionalmente llamado por la sociología como funcionalista y el *crítico* denominado conflictivista. En este punto es importante hacer una digresión, influenciados por los planteos de Saviani (1985) consideramos que nos remitimos a planteos críticos propiamente dichos porque hacen una denuncia de la reproducción social vigente en la realidad y proponen alternativas superadoras de transformación, al decir freireano realizan una denuncia de la deshumanización y proponen un anuncio humanizador; la antípoda a las teorías crítico-reproductivistas que sólo advierten el fenómeno de la reproducción social y se quedan en su análisis, ofreciendo una perspectiva negativa, de pesimismo y quietismo.

En relación con ello, Demo (1985) agrega que se puede condensar la visión sociológica de la sociedad en dos corrientes principales: de un lado, la óptica institucionalista ligada a la interpretación funcionalista-sistémica, predominante en el mundo avanzado, del otro lado, la óptica del conflicto social, más practicada en el mundo subdesarrollado.

A continuación intentaremos vincular cada una de estas visiones de la sociedad en relación con posibles intervenciones psicopedagógicas en comunidad, pretendiendo ofrecer un panorama más esclarecedor que permita, posteriormente, ubicar nuestra propuesta respecto de las mismas.

(a) **Enfoque comunitario de intervención psicopedagógica no crítico o funcionalista**

Demo (1985) plantea que el abordaje funcionalista tiene distintas escuelas, distingue entre la organicista o institucionalista, nacida en el siglo XIX con una corriente positivista con representantes como Comte, y la escuela sistémica con representantes como Parsons y Durkheim.

La corriente *funcionalista organicista* concentra su preocupación en torno a las instituciones de la sociedad, asimila por analogía la sociedad con un organismo, comparándola con un cuerpo humano donde si bien hay heterogeneidad de partes es un todo complejo que converge para el funcionamiento del todo.

De acuerdo a Dahrendorf (en Demo, 1985) desde la *perspectiva sistémica* se entiende a la sociedad como un sistema constante, estable y equilibrado de elementos, donde cada uno contribuye al funcionamiento de la sociedad. Ésta se mantiene gracias al consenso de sus miembros acerca de valores comunes.

Ambos planteos apuntan a garantizar un funcionamiento y un orden social establecido. Se caracterizan por el consenso, el equilibrio, la adaptación y la coherencia. Aceptan los fenómenos como algo natural que no se puede modificar y como ejemplo de ello la desigualdad social y la marginalidad. Respecto del capitalismo lo consideran como la mejor organización social que el hombre ha alcanzado. Entienden que hay que conocerlo para optimizarlo, mejorarlo y para que perdure.

En relación con este enfoque no crítico, hallamos en los planteos de Coll (1990) aspectos de la intervención psicopedagógica en comunidad vinculados a lo desarrollado hasta aquí.

Al respecto el autor plantea que el *objeto* de intervención psicopedagógica es el proceso de aprendizaje relacionado a una dimensión social de la educación, tiene una perspectiva de intervención que vincula individuos con la comunidad, se orienta en un *sentido adaptativo e integracionista* contribuyendo a la socialización.

La naturaleza de los *objetivos de intervención* psicopedagógica es *asistencial*, de ayuda, de *control social*. Se trata de un nivel de intervención indirecto de tipo preventivo. El lugar de la intervención es fuera de la escuela pero con un intercambio permanente con ella.

El *rol del psicopedagogo* es el de asistente o trabajador social para que todos los elementos que influyen en las situaciones de los sujetos se reviertan para favorecer el desarrollo individual y social. Generalmente interviene trabajando junto a equipos interdisciplinarios. Su *trabajo* consiste en planificar la distribución de recursos en



sectores sociales determinados, promover intercambios de experiencias entre distintos sectores sociales, organizar cursos de capacitación, realizar la planificación educativa del sector.

De esta manera podemos inferir cómo los planteos de Coll (1990) respecto del accionar psicopedagógico en la comunidad se relacionarían, con una perspectiva no crítica o funcionalista.

**(b) Enfoque comunitario de intervención psicopedagógica crítico o conflictivista**

Demo (1985) plantea que la óptica del conflicto acredita que es más realista ver la sociedad desde el punto de vista de sus contradicciones históricas. El autor restringe la visión del conflicto en sociología en dos vertientes principales: aquella fomentada por la interpretación marxista de la realidad, y aquella apoyada en la concepción histórico estructural de la desigualdad.

Ambas perspectivas entienden a la sociedad como producto histórico condimentado por fuerzas dominantes y encuentran que en la convivencia humana predominan componentes de imposición sobre consensuales.

De acuerdo a Dahrendorf (en Demo, 1985) desde esta visión toda sociedad y cada uno de sus elementos están sometidos todo el tiempo al cambio, toda sociedad es un sistema de elementos contradictorios entre sí, cada uno de ellos dentro de la sociedad contribuye para su cambio y toda sociedad se mantiene gracias a la coacción que algunos de sus miembros ejercen sobre los otros.

La *interpretación marxista* sostiene que las desigualdades provienen del sistema capitalista y que pueden desaparecer sólo a través de la lucha entre las clases, esto es la revolución del proletariado contra la burguesía que tiene el poder.

La *concepción histórico-estructural* considera la desigualdad como fenómeno histórico-estructural. Para ellos la diferencia entre clases son frutos de la sociedad que no pueden borrarse y desaparecer; a lo que apunta esta perspectiva es a disminuir las desigualdades. La meta sería la institucionalización de formas más deseables de desigualdad.

Pero ambas vertientes buscan transformar el orden social establecido. Caracterizan a la sociedad por la desigualdad, desequilibrio, y explosividad. Consideran que los fenómenos no son naturales sino que han sido contruidos a lo largo del tiempo. Respecto del capitalismo consideran que su presencia supone explotación y



una sociedad viva oprimida. Entienden que hay que conocerlo para transformarlo y no para optimizarlo.

En relación con este enfoque crítico, no hallamos en psicopedagogía desarrollos sistematizados teóricamente desde esta perspectiva, no obstante si lo hacemos desde la psicología comunitaria<sup>51</sup>, rama de la psicología que desde 1950 en adelante, comienza una vasta producción de estudios, investigaciones y experiencias (Chinkes, Lapalma y Nicenboim, 1991; De la Aldea 1991; Montero<sup>52</sup>, 2003, 2005, 2006, 2008; Montero y Gonçalves de Freitas, 2008; Prilleltensky, 2008; Winkler, 2008; Quintal de Freitas, 2008; Ferreira de Oliveira, 2008, Ferreira de Oliveira y Vilela Tagliari, 2008; Zambrano, 2008; Alfaro Inzunza, 2008; Reyes Espejo, 2008; Dalbosco Dell'Aglio, 2008; Escalante Izeta, Villanueva María, Di Girolamo, y Cottrell, 2008; Godoy Ojeda y Guardiola Ramírez, 2008) Algunos de los aspectos de sus enfoques desarrollaremos a continuación.

De la Aldea (1991) plantea que el *trabajo comunitario* apunta al espacio en que se realizan las acciones, y plantea la necesidad de acercarse al lugar donde transcurre la vida cotidiana de los ciudadanos. Apunta a que no se lo confunda con un *modelo comunitario*, que es un conjunto de ideas y conceptos, un modo de concebir el trabajo social, un orientador de metodologías y acciones que fundamenta todas esas acciones y trabajo en la comunidad.

La autora considera fuertes demandas a los profesionales para intensificar el aspecto comunitario de sus tareas, lo que se debe a distintas razones: *una* de orden ideológico: a partir de la necesidad de profundizar la democracia se hace imperioso transitar con mayor energía de una democracia representativa a una democracia participativa que amplíe las bases sociales de las propuestas políticas; *otra* es la

---

<sup>51</sup> Montero (2005) considera que los inicios de la psicología comunitaria se remontan a los años setenta, en los cuales, por fuerza de la condiciones sociales presentes en muchos de los países latinoamericanos y de la poca capacidad que mostraba la psicología para responder a los problemas urgentes que los aquejaban, comienza a desarrollarse una nueva práctica que exige una redefinición del objeto de estudio e intervención de los profesionales de la psicología. No obstante, la autora considera que las fuentes iniciales de esta nueva orientación en psicología se encuentran en la década del cincuenta con trabajos de investigación-acción de Orlando Fals Borda en Colombia, la psicología comunitaria en Puerto Rico y Venezuela, y la Psicología Social de Ignacio Martín-Baró en el Salvador (Montero, 2003). La autora rescata que la psicología comunitaria Latinoamericana se aparta significativamente de las orientaciones norteamericanas y las precede.

<sup>52</sup> Maritza Montero es Licenciada en Psicología por la Universidad de Venezuela, Magíster en Psicología por la Universidad de Simón Bolívar, Doctora en Sociología por la Universidad de París. Profesora de universidades de su país e invitada en universidades extranjeras, ha recibido el Premio Interamericano de Psicología en 1995, y el Premio Nacional de Ciencias en 2000 (Venezuela). Editora Asociada del *American Journal of Community Psychology*, ha publicado diversos libros y numerosos artículos en revistas especializadas.

voluntad política de hacer llegar los beneficios de los cambios económicos a sectores cada vez más amplios de la población, y una *tercera* de orden técnico operativo, que implica que aceptada la producción social de los conflictos, la racionalidad ayuda a una eficacia y economía de esfuerzos para afrontarlos en el momento de su producción, la intención es superar los conflictos.

Entendemos como la autora a la *comunidad* como un complejo viviente con pasado y futuro, capaz de cambio y de regeneración, con un presente siempre diferente, producto de determinaciones múltiples, cuyos movimientos son la resultante de un conjunto de líneas de fuerza que se enfrentan y/o se complementan.

Montero (2005) considera que la psicología comunitaria es una rama de la psicología cuyo objeto de estudio son los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (Montero 2005: 70). La autora posteriormente considera en su definición factores culturales y sociales con los que se enfrenta la comunidad.

Al definir el *objeto de estudio* propio de la psicología comunitaria, la autora señala dos aspectos: la *comunidad* como ámbito y sujeto del quehacer psicosocial comunitario entendiendo al sujeto como un actor social constructor de su propia realidad y participante de las acciones, y el *cambio social* desde la situación de la comunidad, es decir, la posibilidad de que la propia comunidad reconozca la necesidad de generar el cambio o la transformación social desde dentro de la misma.

En cuanto al *objetivo* de la psicología comunitaria, Montero (2003) propone orientar la organización y las acciones necesarias para que la comunidad use sus recursos, reconozca y emplee el poder que tiene, o busque otros recursos y desarrolle nuevas capacidades generando así un proceso desde la misma<sup>53</sup>.

Alfaro Inzunza (2008) considera una pluralidad de psicologías comunitarias y en base a ello considera que la diversidad del problema a abordar como las estrategias de intervención, varían en base a los supuestos que cada modelo sustenta. Así advierte entre los modelos y enfoques empleados actualmente: Psicología Social Comunitaria Latinoamericana, Ecología Social, Intervención en Redes y Modelo de

---

<sup>53</sup> Montero (2003) señala que una de las características de la psicología comunitaria es el trabajo con las comunidades de bajos recursos, lo que, si bien no es una condición exclusiva de la psicología social comunitaria ya que hay trabajos con comunidades de todos los niveles socioeconómicos, en América Latina, dadas las condiciones de vida de la mayoría de su población, los estudios y experiencias tienen como sujeto actor y receptor a comunidades con necesidades, y excluidas de los beneficios sociales.

Desarrollo de Competencias, de las que se derivan formas de comprender el desarrollo comunitario, destinatarios y estrategias de intervención.

Algunas experiencias desde la psicología comunitaria son:

Escalante Izeta y Colab. (2008) desarrollan un trabajo en la comunidad semirural de Xoxocotla, México, allí se organizó un programa para el fomento de la salud, el bienestar integral y el empoderamiento de las mujeres en condiciones de pobreza. Se trabajó en la detección de necesidades individuales y comunitarias a través de la técnica foto voz, donde las participantes con una cámara fotográfica desechable plasmaron los principales problemas comunitarios (violencia domestica, contaminación, pobreza, etc.) y basadas en ellas redactaron las causas consecuencias y posibles soluciones del problema percibido.

Godoy Ojeda y Guardiola Ramirez (2008) desarrollan una experiencia de formación de educadoras comunitarias como iniciativa del Ministerio de Trabajo de Chile para incrementar el número de personas para desarrollar trabajos en comunidad en el área de paradocencia en colegios municipales, donde el psicólogo comunitario procede con una técnica que genera más interrogantes que respuestas.

Ferreira de Oliveira, y Vilela Tagliari, (2008) consideran que la Reforma Psiquiátrica en Brasil no ha implicado la creación de un fuerte cuerpo teórico focalizado en la promoción comunitaria o en un modelo terapéutico psicosocial. Para ello consideran necesario problematizar este campo y preguntarse en relación a la construcción de la una filosofía en salud mental comunitaria diferente a la tradición en salud mental preventiva. Se trata de un cambio de foco desde la enfermedad a la salud, desde el diagnostico a la persona desde los hospitales a los centros de atención primaria y de la comunidad al potencial de salud provista por ella misma.

*Recapitulando:* pensamos que el aporte de la psicología comunitaria a nuestra propuesta psicopedagógica radica en ofrecer nuevas formas de pensar, hacer y movilizar procesos de aprendizaje en la realidad en que vivimos reflexionando críticamente sobre cuestiones como: que el control y el poder deben estar centrados en la comunidad, desarrollar fortalecimiento en las capacidades y recursos propios de las comunidades, fomentar el carácter participativo de la actividad comunitaria, promover la concientización crítica a partir de la identificación de necesidades y su posibilidad de transformación, potenciar el desarrollo de redes comunitarias para el desarrollo de un trabajo organizado, todo esto rescatando el valor del aprendizaje como herramienta necesaria para lograrlo, al tiempo que, mejorar la calidad de vida

de los actores sociales. En este sentido reflexionando sobre la psicopedagogía pensamos:

“...Se lograra una psicología mas integral que, insertándose en el campo de lo político, lo psicocultural, lo ambiental, lo económico, el desarrollo nacional, la gestión social para el desarrollo humano, *la educación, la salud colectiva, etc.*, aporte plenamente al mejoramiento de las condiciones de vida de la humanidad en general, y en particular a la *superación de los problemas fundamentales* que hacen a la sustentabilidad del desarrollo humano en nuestra *América Latina*” (Montero 2003: 25. La cursiva es nuestra).

De esta manera podemos advertir cómo las autoras desde sus planteos de trabajo psicológico en la comunidad, dejan translucir una perspectiva crítico reflexiva de la sociedad y realidad actual.

A continuación creemos pertinente sintetizar los modelos analizados con una tabla comparativa de los mismos.

**Tabla 1: Aspectos comparativos de los dos modelos psicopedagógicos tradicionales y de un supuesto enfoque comunitario no crítico o funcionalista**

Categorías	Modelo Clínico	Modelo Educacional	Enfoque Comunitario No Crítico o Funcionalista
Privilegia	El aprendizaje perturbado de un sujeto (dimensión individual).	El proceso de aprendizaje en la escuela.	El proceso de aprendizaje vinculado a lo social.
Objeto de Intervención	Problema de aprendizaje esta en el sujeto al que hay que evaluar y tratar	Proceso de aprendizaje tal como lo llevan adelante sus agentes (padres, directivos, docentes).	Proceso de aprendizaje vinculado a una dimensión social de la educación.
Perspectiva	Privilegia las variables psicológicas, prescindiendo de otras variables que acompañan el aprendizaje. Aunque no se desconocen otras variables, no se las pondera por igual.	Incorpora una perspectiva social vinculada a lo familiar y lo curricular en la escuela. Considera la interacción entre familia, escuela. Considera una vertiente educacional en el trabajo tomando en consideración todos los aspectos influyentes. Toma como pilares básicos la perspectiva constructivista y sistémica.	Perspectiva de interacción entre individuos, comunidad y escuela.
Naturaleza De los Objetivos	Atender al sujeto en sus dificultades de aprendizaje, emocionales o conductuales. Atender el síntoma (a veces puede	Incidir en el ámbito de la institución, en los aspectos curriculares y organizativos.	Asistencial, ayuda al control de la sociedad.



	emitir un juicio de capacidad o incapacidad del sujeto).		
<b>A quién se dirige la intervención</b>	Atención directa al sujeto.	Atención más indirecta aunque se trabaje con el niño. El caso problemático no termina ahí, trasciende a la maestra, la familia, etc. Ubicado en el contexto.	Atención indirecta. El psicopedagogo es un coordinador para que todos los elementos que influyen en la situación de los sujetos reinviertan para favorecer el desarrollo individual y social. Se relaciona con el asistente, trabajador social y equipos interdisciplinarios.
<b>Modo de Intervención</b>	Interviene al sujeto, vinculada a lo correctivo, rehabilitación, terapéutico. Se les informa a los padres sobre cómo va el sujeto. El psicopedagogo prescribe lo que hay que hacer y cómo.	Intervención preventiva o enriquecedora del desarrollo proactivo. Asesora sobre cómo es mejor educar o enseñar en la escuela. El psicopedagogo aparece como un colaborador de un hacer compartido.	Intervención preventiva. Se intenta planificar la distribución de recursos de un sector social determinado. Promover intercambio de experiencias entre diferentes sectores sociales. Organizan capacitación. El psicopedagogo colabora en la planificación educativa del sector.
<b>Lugar de Intervención</b>	Prioritariamente fuera del ámbito escolar, o dentro del aula o gabinete.	Generalmente en la escuela desde dentro o fuera (cuando se trabaja más con la familia u otros de la comunidad)	En la comunidad, fuera de la escuela pero con una intervención permanente.

### 5. Aproximaciones epistemológicas entre los modelos de intervención psicopedagógica y las concepciones de políticas en salud

En el apartado anterior, cuando nos referíamos a objeto de conocimiento de nuestra investigación, esto es la salud, analizábamos las políticas en salud, y de ellas las más vigentes en la actualidad. En relación con esto Stolkiner (en Videla 1991) realizaba un análisis y categorización de las mismas, denominándolas: concepción liberal en salud, concepción desarrollista en salud y concepción en salud participante e integral.

De igual manera, en este apartado vinculado al área de conocimiento de nuestra investigación, presentamos tres modelos de intervención psicopedagógica vigentes en la actualidad llamados: clínico-asistencial, educacional-constructivista y comunitario.



En lo que sigue, nuestra pretensión es hallar posibles relaciones o vínculos, si los hubiere, a la luz de bases epistemológicas, ideológicas y políticas comunes entre las políticas en salud y los modelos de intervención psicopedagógica.

En virtud de este supuesto inferimos que:

La política liberal en salud se relacionaría con modelo de intervención psicopedagógica clínico-asistencial.

Esta política en salud plantea que la salud es responsabilidad individual, las prácticas en salud están sujetas al libre juego de oferta y demanda. Se basa en un modelo médico hegemónico biologista, individualista y ahistórico. Centrado en un modelo médico positivista.

En la misma línea el modelo clínico-asistencial de intervención psicopedagógica se ocupa, en una acción muy centrada en el individuo, de trastornos evolutivos y comportamentales en los niños escolarizados, basado en una perspectiva puramente psiquiátrica, asumiendo tareas de diagnóstico, de consejo individual, terapia y reeducación. Su objeto es el sujeto (o los problemas y dificultades que padece).

El modelo clínico-asistencial privilegia el aprendizaje perturbado de un sujeto atendiendo a una dimensión individual que es el objeto de intervención. Supone que el problema de aprendizaje esta en el sujeto al que hay que evaluar y tratar. Su intervención tiende a centrarse en lo estrictamente psicológico mediante intervenciones correctivas de tipo directo en un contexto restrictivo. Sus objetivos son atender al sujeto en sus dificultades de aprendizaje (emocionales o conductuales) y atender al síntoma. El psicopedagogo prescribe que hay que hacer, y por la especificidad de su tarea se sitúa como experto, de la misma manera en la política liberal en salud el médico tiene un rol hegemónico en su decir y hacer.

Se hace hincapié en aspectos psicológicos de la intervención, con una interpretación restrictiva incluso de la faceta psicológica, ya que la intervención se centra exclusivamente en las dificultades de los alumnos y en realizar por lo tanto, la rehabilitación que se considera necesaria.

Consideramos que desde esta política en salud y el modelo médico liberal, el mejor acceso a la intervención psicopedagógica estaría limitado por la oferta y la demanda.

La política desarrollista en salud se relacionaría con un modelo de intervención psicopedagógica educacional-constructivista

Esta política en salud se enmarca en una medicina social pluricausalista que mantiene un criterio tecnocrático ya que la salud es asunto de profesionales, especialistas o técnicos que estudian poblaciones.

Paralelamente el modelo de intervención psicopedagógica educacional-constructivista, si bien amplía el foco de intervención teniendo en cuenta al niño, la institución, la familia y el contexto, sigue manteniendo un mismo criterio tecnocrático al entender al psicopedagogo como consultor experto, aquel que es contratado para proporcionar un servicio determinado, o para resolver un problema concreto. Sus tareas se describen como "provisión" y "prescripción" y son complementarias a otros profesionales de la escuela. Desde esta perspectiva los equipos psicopedagógicos asesoran al profesorado en sus trabajos de programación y en ciertos aspectos metodológicos.

El modelo educacional justifica la colaboración entre psicopedagogos y docentes como único medio para lograr un acercamiento entre sus representaciones respectivas, aprovechando el conocimiento específico que cada uno posee para hacer una enseñanza más adaptada a las necesidades de sus usuarios. Demostrando esta última acepción la permanencia fuertemente arraigada de planteos liberales que hacen aparecer a los alumnos como usuarios o clientes.

Al igual que la política desarrollista en salud que hace hincapié en los conocimientos y estudios de sus técnicos y profesionales, el modelo constructivista entiende que la intervención del psicopedagogo presupone que dicho profesional posee un sólido conocimiento específico que es capaz de aportar a otros profesionales para la adecuada resolución de problemas y para optimizar en general los procesos de enseñanza y de aprendizaje. Se trata pues de un doble requerimiento: disponer de saberes y disponer de un "saber hacer" que permita compartir esos saberes con otros para progresar conjuntamente.

En la política en salud desarrollista aparece una corriente normativa en educación para la salud con una prevención normativa que trata de evitar las llamadas conductas desviadas o inadaptadas. Paralelamente el modelo constructivista entiende la educación como un proceso social y socializador mediante el cual los grupos sociales promueven la socialización y el desarrollo de sus miembros más jóvenes. La organización escolar persigue dicho objetivo mediante la organización de experiencias y situaciones que permitan la elaboración, con ayuda de otros, de significados personales sobre conceptos, valores y procedimientos de la cultura que configuran el currículo escolar.

Esta definición denota una fuerte base conservadora en el modelo educacional-constructivista que pretende utilizar la educación al servicio del mantenimiento del orden social establecido, donde los alumnos no harán más que aceptar aquello impuesto en la educación evitando todo tipo de conductas desviadas o inadaptadas, así como pensar libremente. Advertimos como este modelo propicia una educación y una escuela como aparato ideológico de las fuerzas sociales dominantes promoviendo básicamente una libertad individual antes que colectiva.

Entre sus objetivos el modelo educacional constructivista plantea: que el psicopedagogo contribuya con su asesoramiento al logro de los objetivos de la institución; que contribuya a una enseñanza diversificada y de calidad, ajustada a sus diversos usuarios; y lograr una escuela de calidad como institución cada vez más abierta, que elabora respuestas diversas adaptadas a los usuarios. Creemos que queda clara la insistencia y preocupación que tiene este modelo por sus *usuarios* en mejor término alumnos, y por proveerles un *servicio* de calidad en el rol de sus *asesores asistentes* psicopedagogos.

De esta manera, se evidencia cómo a la base de la política desarrollista en salud y al modelo educacional constructivista en psicopedagogía subyace una corriente liberal, aun teniendo en cuenta los esfuerzos por considerar otras variables, esta permanece bien definida.

La política en salud participante e integral se relacionaría con un enfoque comunitario conflictivista de intervención psicopedagógica

Esta es política en salud de Alma –Ata (1978) definida como “salud para todos en el año 2000” con la estrategia de prevención primaria de la salud. Se trata de una concepción participante porque el eje sobre el cual se centra su propuesta es la propia participación, esta es un hecho de salud porque permite a las personas salirse del sometimiento a una autoridad que normatiza sus vidas.

Si bien hemos desarrollado dos líneas de enfoque comunitario de intervención psicopedagógica, uno de base funcionalista que apunta al mantenimiento del orden social establecido, y otro de base conflictivista orientado a la crítica y la liberación social, consideramos que esta política en salud participante e integral se corresponde con el segundo planteo, es decir un enfoque comunitario de orientación crítica-reflexiva de intervención psicopedagógica. En este sentido debido a la escasa producción literaria del enfoque comunitario en psicopedagogía nos valemos de los planteos comunitarios de la psicóloga De la Aldea (1991).

El criterio participativo de esta política en salud implica la ruptura del vínculo poder-saber entre los especialistas, técnicos y la población. Esto replantea los criterios de planificación, debiendo ahora pensarse en un proceso de reformulación, lo que *Paulo Freire* y *Pichón Riviére* proponen en la dialéctica de lo grupal para fomentar y apoyar el desarrollo de la conciencia crítica. En este sentido el enfoque comunitario supone un modo de pensar por parte de los especialistas también orientado a la ruptura del vínculo poder-saber donde se da prioridad al: reconocimiento y aceptación de las particularidades regionales, tomar en cuenta la cotidianeidad del grupo, y abrirse a saberes nuevos, tanto el popular tradicional como lo vivido actual por los sujetos y sus registros simbólicos.

Esta política participativa en salud plantea que la atención primaria pone el acento en el desarrollo de capacidades para enfrentar en forma participativa y organizada los desafíos de la salud para todos. Esto se sustenta en tres criterios básicos: a) equidad, b) coordinación intersectorial, que es la convocatoria a la colaboración y cooperación entre los distintos sectores sociales y económicos, se trata de una reformulación administrativa de todo tipo de recursos para intercambiar y optimizar lo que se tiene, y c) el desarrollo de capacidades propias que significa que las personas y las comunidades tengan en sus manos el cuidado y la preservación de su salud.

Desde esta política se trata de restituir a los individuos, a los grupos y a las comunidades un rol activo en el cuidado y la protección de su propia salud. Se propone el uso de recursos "no convencionales" (agente sanitarios, líderes barriales, curanderos) para lograr que los equipos profesionales se des-centren de su lugar de poder, del "saber" y sean solamente equipos de interacción con lo propio de la comunidad. El mensaje de esta estrategia es "no habrá salud para todos sin incorporación activa y organizada de la comunidad".

En la misma línea el enfoque comunitario de *De la Aldea* (1991) apunta al espacio en que se realizan las acciones, y plantea la necesidad de acercarse al lugar donde transcurre la vida cotidiana de los ciudadanos. Considera, en sintonía con esta política en salud que en las comunidades encontramos recursos sociales y un potencial de transformación y solidaridad que requiere de los técnicos la capacidad de descubrirlos y ponerlos en movimiento. En este sentido debe entender a la comunidad como un complejo viviente con pasado y futuro, capaz de cambio y de regeneración, con un presente siempre diferente, producto de determinaciones múltiples, cuyos movimientos son resultado de un conjunto fuerzas que se enfrentan y/o se complementan.

Esta política en salud es una convocatoria a la participación, es una invitación para acompañar y ampliar la cobertura de la atención de la salud, establecer reglas que permitan a las organizaciones locales ejercer su influencia y opinión en el planeamiento, en la gestión y la administración y control de todos los servicios. Paralelamente el enfoque comunitario entiende que esta invitación se convierte en demandas a los profesionales y a los técnicos para intensificar el aspecto comunitario de sus tareas, lo que se debe a razones de orden ideológico con el fin de profundizar la democracia y el orden de la voluntad política con intención de superar los conflictos.

En este sentido, la política en salud participante e integral como el enfoque comunitario, fomentan la participación de profesionales al trabajo comunitario, y fundamentalmente el segundo plantea la necesidad de crear equipos de trabajo donde puedan procesarse ansiedades, temores y ambivalencias, tomarlo como grupo de riesgo al que hay que cuidar y prevenir, creando para él espacios regulares de intercambio, confianza y reflexión mutua. Supone sobre todo un proceso de implicación de los profesionales.

De esta manera, el supuesto planteado al inicio de este apartado pareciera acertado, por cuanto existen bases ideológicas comunes a las políticas en salud y modelos de intervención psicopedagógicas vigentes en la actualidad. Ello pone de manifiesto cómo las ideas científicas en el plano de las ciencias sociales imperantes mundialmente en los distintos períodos históricos, llámese positivismo, hermenéutica, racionalismo crítico, teoría crítica, etc. han influenciado los distintos ámbitos de las ciencias humanas para caracterizar formas de conducta y actuación propios a cada uno de ellos. En este sentido planteos en salud y planteos psicopedagógicos se vinculan en su accionar de acuerdo a principios ideológicos subyacentes.

*Recapitulando:* En base a lo planteado pudimos advertir relaciones entre; la política en salud liberal y el modelo médico-asistencial ambos de raigambre liberal-positivista, la política desarrollista y el modelo educacional-constructivista ambos con una concepción pluralista al considerar distintos factores, pero continuando centrados en una visión liberal, y por último la política en salud participante e integral relacionada con un enfoque psicopedagógico comunitario, ambos unidos en el esfuerzo de considerar la realidad social sobre la que se intenta trabajar en salud y en psicopedagogía que consideran todas las dimensiones socio, políticas, económicas y psicológicas en el plano de la comunidad. En virtud del análisis comparativo de los modelos de intervención psicopedagógica y del establecimiento de posibles relaciones con las diferentes políticas en salud actuales, creemos que el enfoque comunitario de



orientación crítico reflexiva basado en una concepción de política en salud participante en integral es la base sobre la que se erigirá nuestra propuesta de intervención psicopedagógica en salud comunitaria desde la perspectiva freireana.

## 6. Síntesis....

Este capítulo nos ha permitido analizar con profundidad el *área de conocimiento* desde la cual pretendemos realizar nuestra propuesta de intervención psicopedagógica en comunidad.

Para ello la comprendimos a la *psicopedagogía*, como un conjunto de prácticas institucionalizadas de intervención en el campo del aprendizaje, sea como prevención o como diagnóstico y tratamiento de trastornos, sea como modificación del proceso de aprendizaje escolar (Castorina, 1989) que se ha ido reconstruyendo históricamente y en nuestro país, basada en dos tradiciones, una en Psicología y otra en Ciencias de la Educación.

Ambas tradiciones aparecen como determinantes a la hora de delimitar el perfil profesional e identidad psicopedagógica, sumada a otras variables, como la propia personalidad, ideología del profesional, contexto histórico social de la formación, espacio profesional y opciones teórico-conceptuales que aparecen como enfoques o modelos de intervención entendidos como teorías o marcos explicativos de la realidad en la cual el psicopedagogo pretende intervenir.

Seguidamente desarrollamos estos *enfoques y modelos* considerando un modelo médico-asistencial, un modelo educacional-constructivista y un enfoque psicopedagógico comunitario, que distinguimos en no crítico o funcionalista o crítico-conflictivista. Posteriormente intentamos relacionar las concepciones de políticas en salud analizadas y los modelos psicopedagógicos estudiados, aproximación de la que resultó: una política en salud liberal vinculada a un modelo psicopedagógico médico-asistencial ambos de raigambre liberal-positivista, una política desarrollista y un modelo educacional-constructivista ambos con una visión más amplia pero continuando centrados en una visión liberal-desarrollista, y por último una política en salud participante e integral relacionada con un enfoque psicopedagógico comunitario crítico, ambos unidos en el esfuerzo de la denuncia de una realidad social injusta, y en la lucha por la anunciación de una realidad sanitaria más igualitaria para todos.

De esta manera optamos por estos últimos planteos en salud y psicopedagogía, por considerarlos analíticos y reflexivos de lo que acontece en el contexto de Latinoamérica, argentina y nuestra provincia en la actualidad. En este sentido hemos

podido ubicarnos en el plano desde el cual pretendemos realizar nuestra contribución: un enfoque psicopedagógico en salud comunitaria crítico reflexivo fundamentado en la perspectiva freireana.

Contribución que se verá viabilizada a través de una metodología o plan de acción para su concreción en el plano empírico. Cuestión que profundizaremos en el próximo capítulo.

**SEGUNDA PARTE**

**CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS**

## Capítulo IV

### PRESUPUESTOS METODOLÓGICOS: ORIENTACIÓN GENERAL Y FUNDAMENTOS

*“...la finalidad última de la ciencia: conocer el mundo para vivir mejor en él, lo cual a su vez se traduce en hacer ciencia aplicada cuyos efectos contribuyan a producir los cambios sociales deseados”  
(Montero, 2006).*

En el presente capítulo reflexionaremos inicialmente sobre las bases epistemológicas, ontológicas, éticas y políticas de la investigación-acción participativa, seguidamente desarrollaremos los antecedentes vinculados a las metodologías tradicionalmente utilizadas en la investigación en salud, para posteriormente ubicarnos en los inicios, bases y principios generales de la metodologías de investigación-acción participativa. Finalmente realizaremos una síntesis de lo desarrollado.

#### 1. Bases paradigmáticas de la investigación-acción participativa

La perspectiva freireana, tal como se ha analizado en la primera parte de este trabajo, plantea una *concepción epistemológica* en la que el conocimiento es entendido como una construcción realizada desde un esfuerzo permanente de los hombres que van percibiendo críticamente cómo están siendo en el mundo en qué, con qué y quienes están, donde, la definición de esta situacionalidad se erige como parte fundamental de los actos cognoscentes. Sobre esta base intentamos realizar una investigación basada en una *metodología* de corte cualitativa fundamentada en la re-creación de la investigación temática freireana, cuyo análisis y estudio nos remiten a los planteos de la investigación-acción participativa.

En este sentido creemos conveniente considerar las bases paradigmáticas de la investigación-acción participativa de acuerdo a Montero (2006), quien entiende que la metodología es sólo una de las dimensiones en los diferentes modelos de hacer ciencia, lo que significa que los métodos responden a: *concepciones epistemológicas*, que determinan cual será la relación entre quienes quieren producir conocimientos y los objetos del mundo en el cual viven; *concepciones ontológicas*, que indican cómo se concibe la realidad; *concepciones éticas*, que restringen o amplían el nivel de respeto hacia el mundo y los objetos; y las *concepciones políticas* referidas a las relaciones de poder entre sujetos y objetos de conocimiento.

En lo que sigue analizaremos brevemente cada una de ellas en tanto bases sobre las cuales ha sido construida la investigación-acción participativa.

Respecto a los *aspectos epistemológicos*, que venimos analizando desde la primera parte de este trabajo en base a los planteos freireanos, la investigación-acción participativa se encuentra en íntima relación con éstos, ya que en su propuesta metodológica la relación entre el sujeto que conoce y el objeto que es conocido es dinámica y el vínculo entre sujetos que investigan a otros sujetos, cuya situación o problema es considerada como objetos a conocer, supone que la acción de producción de conocimiento parte de su carácter participativo, considerando que tanto el investigador que se acerca al grupo para conocer, cómo quienes forman dicho grupo son productores de conocimiento (Montero, 2006).

“Se trata...de una doble producción de saber, que parte de la historia y de las prácticas cognoscitivas de ambos tipos de agentes constructores de conocimiento, quienes, gracias al proceso de investigación compartido, participativo, se unen para producir una tercera forma de conocimiento que va a realimentar a ambas formas iniciales a la vez que generará un nuevo saber” (Montero, 2006:150).

En cuanto a los *aspectos ontológicos*, la investigación-acción participativa concibe la realidad desde una concepción dinámica y dialéctica, existe porque es construida, destruida y reconstruida de múltiples formas diariamente. De manera que el sujeto cognoscente es todo ser que en su relación con el mundo produce y reproduce conocimiento además, al ser actor de este proceso, construye realidad y es construido por ella. Se trata de un ser que solo existe en relaciones en las cuales genera conocimiento con otros.

En lo referente a *aspectos éticos*, al incorporar nuevos sujetos sociales al proceso de producción de conocimiento, se está incluyendo diversidad, se está ampliando el rango de la categoría investigadora y se está modificando el papel, las atribuciones y ocupaciones de los investigadores. Ello supone una posición ética para poder llevar a cabo investigaciones activas participativas, que no se desarrollarán si no existe respeto básico mutuo entre investigadores y vecinos.

En lo concerniente a *aspectos políticos* la investigación-acción participativa es esencialmente política, no implica responder a un movimiento o partido político, sino incorporar al pueblo al espacio público de la transformación social, buscando el fortalecimiento de sus capacidades. Como parte de este proceso se produce una nueva conciencia sobre la vida, sobre el entorno, sobre la sociedad y sobre las instituciones a través de las cuales se gobierna. Asimismo implica un proceso de democratización que se lleva a cabo a través de la participación social y el proceso educativo que va unido a ella. Girardi (1997, en Montero 2006) considera que esta dimensión política de la investigación-acción participativa es la que le permite ser un



método para la liberación razón por la que muchos psicólogos comunitarios, y profesionales lo eligen para trabajar con los sectores pobres de la sociedad, con los grupos excluidos y en desventaja social.

## **2. Investigación en salud:**

### **críticas, desafíos y tendencias desde las Ciencias Sociales**

Con este trabajo intentamos apartarnos de una investigación en salud<sup>54</sup> cuantitativa y estadística, que si bien es necesaria por su carácter descriptivo, la consideramos como una metodología tradicional, aun vigente y dominante en América Latina, caracterizada por ser insuficiente, parcial y limitada.

Estrada Ospina (2006) advierte cómo en la actualidad, la preeminencia de un modelo médico privado sobre un sistema médico de la salud pública, en el marco de la sociedad capitalista, ha contribuido a que la investigación en el campo de la salud durante el siglo XIX y gran parte del siglo XX no haya logrado salirse del estrecho marco de la investigación clínica y epidemiológica positivista. La investigación clínica, como explicación de la salud-enfermedad es un enfoque insuficiente cuya incapacidad científica emerge al no poder explicar, comprender e interpretar la relación salud y enfermedad como un proceso social colectivo:

“...puesto que no permite generar un conocimiento que de cuenta del proceso de salud-enfermedad en toda su complejidad. Por esta razón, para poder interpretar y comprender el fenómeno salud-enfermedad como proceso social, cultural, económico y político, etc. hay que recurrir a la investigación social cualitativa” (Estrada Ospina, 2006:97).

Estos planteos conducen al autor a plantear el *desafío* de una revalorización conceptual y metodológica que considere a la enfermedad y sobre todo a la salud en el sistema de las determinaciones sociales que operan en el proceso global, lo cual constituye la posibilidad inicial de definir una política para la salud. Esto implica una redefinición de las estrategias investigativas en salud que reconozcan el carácter social de la salud-enfermedad, lo que puede impulsar la generación de nuevo conocimiento.

---

<sup>54</sup> La investigación en salud durante mucho tiempo se centró en conocer factores demográficos, morbilidad, mortalidad, características del ambiente, infraestructura sanitaria, esperanza de vida al nacer, etc. haciendo abstracción de las condiciones económicas, sociales, culturales, políticas e históricas. Estas valoraciones han girado sobre indicadores de naturaleza biológica. Este carácter de la investigación empírica en salud se ha constituido en un obstáculo para la construcción de un conocimiento nuevo y complejo, considerando que la mayor dificultad reside en la utilización acrítica o la absolutización de las técnicas estadísticas que pretenden sustituir la carencia de conceptos acerca de la realidad investigada en el contexto de una sobrevaloración de los aspectos objetivos del conocimiento. En esas condiciones las limitaciones conceptuales, metodológicas e históricas que caracterizan a la investigación y los diagnósticos realizados en el sector salud en Latinoamérica, inciden y condicionan de manera determinante la formulación de políticas, la planificación de salud, la definición de programas, y el proceso de ejecución y evaluación de los resultados, los cuales generalmente son valorados en términos cuantitativos, desestimando los procesos (Estrada Ospina, 2006:97-99).

El autor advierte cómo en América Latina los desarrollos más importantes en términos de construcción de saber sobre salud-enfermedad provienen de la sociología y de la antropología.

También considera el surgimiento a partir de 1950 de las llamadas “ciencias del comportamiento” en Estados Unidos, preocupadas sobre el conocimiento de aspectos relacionados indirectamente con las condiciones de salud y enfermedad. Entiende que el origen y desarrollo de esta sociología médica como “ciencias del comportamiento” se debe a la situación generada por la llamada crisis de la medicina y del específicamente llamado modelo de “medicina de punta”. El posterior desarrollo de esta disciplina obedece también a los cambios registrados en la organización de la asistencia médica, y a las demandas efectuadas por personal médico administrativo sobre la necesidad de investigadores al respecto.

Estrada Ospina (2006) resalta los trabajos pioneros de Parsons y de otros sociólogos y antropólogos orientados a ubicar a la institución y a la práctica médica en el contexto estructural de la sociedad. Algunas de las temáticas investigadas fueron: distribución y etiología de la enfermedad, aspectos socioculturales de la atención médica, organización social del hospital, respuesta sociocultural frente a la enfermedad, y sociología de la educación médica.

No obstante este tipo de desarrollo de las ciencias sociales, particularmente de una sociología de corte funcionalista estructural en EE.UU., provocó críticas y cuestionamientos vinculados, en primer lugar, a limitaciones explicativas, sesgos ideológicos y parcialización de la realidad estudiada y, en segundo lugar, una crítica a la reducción de las llamadas ciencias sociales o “ciencias del comportamiento” o “ciencias de la conducta”.

Desde esta concepción, el análisis de la salud-enfermedad sólo admite la posibilidad de abordar el estudio de estos problemas en términos de motivaciones, hábitos, actitudes, etc. negando cualquier posibilidad de análisis sobre la relación estructura social y salud-enfermedad<sup>55</sup>.

En el contexto latinoamericano la introducción de las llamadas “ciencias de la conducta” aplicadas a la medicina se inician con escaso éxito en la década del cincuenta, con influencia de la tendencia norteamericana.

A partir de la década del setenta se realizó una reunión en Cuenca, Ecuador,

---

<sup>55</sup> De acuerdo con Estrada Ospina (2006:191) se trata de una concepción que pretende domesticar las ciencias sociales limitando las dimensiones de sus objetos y sobre todo reduciendo el conocimiento de lo social a comportamientos y conductas, orientando en consecuencia a una neutralidad de la sociología al orientarla hacia la conducta individual en lugar de indagar sobre las relaciones sociales, las instituciones, la ideología.

donde estas disciplinas enfrentaron el problema común señalando la inviabilidad de las ciencias de la conducta aplicadas a la salud en nuestra región, como resultado de las mismas condiciones sociales que invalidaban dicho enfoque<sup>56</sup>.

Esta década se caracterizaría por la búsqueda de replanteamientos del enfoque médico-social dominante, esforzándose en la indagación de un marco teórico y estrategias metodológicas alternativas, insistiendo en reconocer el carácter reduccionista de la perspectiva anterior que excluía la historia social de la enfermedad y el conocimiento de la salud-enfermedad colectivas vigentes.

De acuerdo al autor esta búsqueda de sentido de las ciencias sociales en salud en el contexto latinoamericano llevaría progresivamente al encuentro de su legitimidad e identidad en términos institucionales e investigativos; propiciándose, bajo los auspicios de la OPS investigaciones sobre salud ocupacional, salud materno-infantil, epidemiología, educación médica y salud urbana, lo cual conduce a redimensionar el discurso teórico y metodológico, de manera que:

“...lo social penetra en la dimensión de lo médico operando un cambio en la concepción de la totalidad bajo estudio. Se abren así nuevas líneas de investigación asumiendo los procesos sociales como objeto de estudio...los cuales son abordados en tanto procesos donde el investigador indaga sobre sus determinaciones y también sobre las posibilidades de intervención, realizándose incluso un tipo de investigación que incluye la participación de los propios sujetos” (Estrada Ospina, 2006:194).

Estos planteos llevan al autor a reflexionar sobre los aportes de las ciencias sociales a la investigación en salud en Latinoamérica, destacando los realizados en el campo descriptivo, predictivo y de aplicación práctica de conocimientos; no obstante, subraya desde estas ciencias la construcción de un conocimiento bastante limitado en términos explicativos, interpretativos y comprensivos, por lo que apunta a promover un pluralismo metodológico en la investigación en salud. El autor concluye:

“Las ciencias sociales están en capacidad de generar un conocimiento que de hecho ni la medicina clínica, ni los modelos epidemiológicos tradicionales han podido generar. En esas condiciones es indudable que *las ciencias sociales y humanas tienen mucho que aportar a la investigación en salud*; de manera particular contribuyendo a potenciar el desarrollo y fundamentación del llamado enfoque social epidemiológico y fortalecimiento de la investigación interdisciplinaria y transdisciplinaria” (Estrada Ospina, 2006:197. La cursiva es nuestra).

Siguiendo los lineamientos esbozados en este apartado, a continuación intentaremos comenzar a profundizar en una de las metodologías de la que dispone las

---

<sup>56</sup> Estrada Ospina (2006:192) comenta que el obstáculo que se opone a la aplicación del enfoque de las ciencias de la conducta a la salud merece ser analizado, ya que se da en el contexto de una crítica generalizada al funcionalismo en América Latina.

Ciencias Sociales para ofrecer respuestas en el campo de la salud: la investigación-acción participativa.

### 3. Investigación-acción participativa.

#### Un modelo metodológico “hecho en América Latina”<sup>57</sup>

Procurando como investigadores y observadores de una comunidad determinada acceder “desde adentro” (Habermas, 1990, en Vasilachis, 2003:50) a las estructuras de significado propias de las situaciones barriales mediante su participación en las mismas, desde una perspectiva eminentemente empírica basada en el trabajo de campo, consideramos la metodología cualitativa de investigación-acción participativa. Inicialmente intentaremos introducirnos en los antecedentes y orígenes de dicha metodología, seguidamente analizaremos diversas definiciones que han surgido sobre la misma para, finalmente, analizar las características propias de esta metodología.

Remontándonos a los *antecedentes y orígenes* el nacimiento de la investigación acción corresponde a Stenhouse, quien a principios de la década de los 70' en Inglaterra se propuso crear conocimiento a partir de las propias practicas docentes como una manera de acentuar la relación teoría-práctica.

Elliott (1998) plantea que en el campo de la educación la expresión *investigación-acción* fue utilizada por investigadores del Reino Unido para organizar un paradigma alternativo de investigación educativa que apoye la reflexión ética en la práctica. Estos investigadores rechazaron el paradigma positivista establecido sobre la base de que servía a los intereses de quienes consideraban la investigación como el fundamento de reglas técnicas para controlar y configurar las prácticas de los profesores.

Siguiendo una misma línea Torres (1995) plantea que representantes de la Escuela de Frankfurt, como Adorno y Habermas, cuestionaron los enfoques convencionales de investigación social de base positivista y empirista, y consideraron que los puntos de vista dialéctico, fenomenológico y hermenéutico, sugiriendo diferentes fundamentos epistemológicos para la investigación y la practica en educación.

---

<sup>57</sup> Esta expresión es de Montero (2006:121) quien a que considera que en el caso de la investigación-acción participativa en América Latina ha habido un proceso de construcción de un modelo metodológico, epistemológico y ético que a la vez forma parte del paradigma, de orden universal, que iniciaba en los sesenta su influencia en las ciencias sociales. Argumenta también que se trata de un modelo original porque si bien la primera parte de su denominación *investigación-acción*, viene del campo anglosajón, lo que se desarrolló en la segunda mitad del siglo XX no fue un trasplante ni un ensamblaje in situ, sino que está marcado por el sello de la ciencia social crítica que se había originado en nuestro continente (Montero, 2006: 122-123).

Montero (2006) considera que para referirse a los inicios de la *investigación-acción participativa* en América Latina<sup>58</sup> es necesario remontarse a los años sesenta y ver el panorama de las ciencias sociales, donde comienzan a gestarse cambios desde el campo de la sociología y la educación, cambios en el modo de hacer, de pensar, cuestionando no sólo los “qué” y “para qué” de sus investigaciones sino los “como”. La respuesta parecía simple: “estudiar los problemas concretos de nuestras sociedades desde ellas mismas y desde y con quienes los sufren, a fin de transformar esas sociedades” (Montero, 2006: 122). No obstante esta simplicidad era solo aparente, ya que implicaba pensar, reflexionar y actuar desde la situación con el propósito de ofrecer una respuesta útil a los problemas, yendo a los orígenes sociales, elaborando teorías que permitiesen realimentar la práctica que a su vez las generaba. Proceso que configuraba una “dialéctica del conocimiento que podríamos describir como una espiral hermenéutica” (Montero, 2006:122).

Por otro lado la autora plantea cómo las transformaciones ocurridas en otros lugares del mundo tuvieron repercusiones en Latinoamérica, cuya producción no podía escapar a estas influencias externas. En este sentido, investigadores del campo anglosajón y europeo sentían desasosiego e insatisfacción respecto a los modos de producir conocimiento y a su capacidad de explicitación y de transformación de la sociedad en la cual se aplicaba el mismo. Simultáneamente en América Latina fue fundamental el surgimiento de una corriente crítica dentro de las ciencias sociales, en particular en la educación popular y en la llamada sociología militante o crítica.

En Estados Unidos Lewin había iniciado la investigación acción mediante su sistema de consultas cíclicas<sup>59</sup>, mientras que en América Latina tanto Freire y sus colaboradores como Fals Borda propusieron un modelo directo de incorporación de la participación popular. En el caso de Estados Unidos se trataba de hacer eficiente la sociedad en la cual se trabajaba, mientras que en Latinoamérica la investigación-acción participativa ha intentado transformar la sociedad en la cual se trabaja, haciéndola más justa, al modificar las relaciones de poder y desarrollar la capacidad ciudadana de los actores sociales comprometidos en la investigación.

---

<sup>58</sup> La autora considera que se trata de un paisaje fascinante, sobre todo si se lo mira desde la perspectiva de la psicología y la psicología social, debido a que lo que parecía una tibia y plácida meseta de desarrollo de una disciplina casi totalmente importada de Europa y de los Estados Unidos, en realidad ocultaba en su seno bullentes ideas transformadoras (Montero, 2006:221).

<sup>59</sup> La autora comenta que esta primera formulación del método activo de investigación, lewiniana, la participación de las personas involucradas consistía en aportar sus perspectivas al problema investigado a través de las técnicas de recolección de datos diseñadas por los investigadores para cada paso de la investigación. Y la diferencia con la investigación tradicional reside en que esa información no será dada una sola vez, sino que podrá repetirse varias veces y modificar tanto al problema como a los objetivos. (Montero 2006:129).



De esta manera se pasó de la *investigación-acción* a la investigación acción participativa. En esta reseña la autora considera cómo el término *investigación-acción* apareció por primer vez en las ciencias sociales en 1926 cuando fue utilizado por Buckinham en una obra titulada *Research for teachers*. Pero la responsabilidad en la divulgación de este tema y en cuanto a la generación de la idea que caracteriza este término es de Kurt Lewin (1946, 1948, en Montero, 2006). Esto es la necesidad de crear un método que permitiese a los investigadores acercarse al objeto de investigación con la finalidad de generar cambios en situaciones sociales que los psicólogos sociales debían solucionar.

Esta forma de investigación debía tener un enfoque integrado de las ciencias sociales a fin de poder comprender las diferentes facetas de los problemas estudiados, integración que se llevaría a cabo mediante la cooperación de diversas disciplinas en el proceso de investigación. El proceso de planificación de tal procedimiento de investigación suponía para Lewin una espiral de pasos que compone el círculo de planificación, acción y búsqueda de datos acerca del resultado de la acción. Su propuesta suponía un proceso de autocorrección al contrastar las ideas de los investigadores con el fenómeno estudiado.

Se introduce de esta manera la flexibilidad y la agilidad en la investigación social, hasta el momento no conocida, la cual es diseñada y rediseñada varias veces mediante un intercambio de ideas y una reevaluación de los problemas, necesidades, condiciones de los grupos estudiados, así como el replanteamiento a partir de la práctica de las tareas a realizar y de los datos a recolectar<sup>60</sup>.

Finalmente es importante destacar que en la concepción delineada por Lewin se establece que en esa forma de investigar no cabe la idea de verdad absoluta, nada es definitivamente de una cierta forma, ya que al producir conocimiento y evaluarlo inmediatamente, todo puede cambiar<sup>61</sup>.

Montero (2006) considera que si bien estos aportes del autor de una investigación activa que produjese cambios sociales han sido reconocidos en algunos países de Latinoamérica, europeos y asiáticos, no fueron acogidos con entusiasmo en Estados Unidos, la tierra de adopción.

---

<sup>60</sup> La autora considera que se produce también una circulación de aprendizajes, ya que las personas involucradas en el proceso de investigación aprenden unos de otros, tanto en la práctica como en el examen de los datos obtenidos. De igual manera al estrechar contacto práctico con el objeto de conocimiento se transforma la comprensión que tienen los investigadores del mismo, se transforma el plan de investigación y también el objeto investigado (Montero, 2006: 133-134).

<sup>61</sup> Tal concepción, en la relación de producción de conocimiento, prefiguró los aspectos que más de veinte años después serían objeto de debate y temas básicos para la estructuración del paradigma relativista y el del movimiento contruccionista en las ciencias sociales (Montero, 2006:134)

En Latinoamérica mencionábamos dos corrientes críticas. La corriente del *campo de la educación* se hace conocer a través de la obra pionera del educador brasileño Paulo Freire, y otros educadores-investigadores que la han complementado y continuado como Barreriro (1974), Rodríguez Brandao (1981, 1987), Demo (1985); Parra, Hoyos, Roux y Jaramillo (1978); Albo y Barrios (1978); Vio Grossi (1981) (Montero, 2006: 124).

La corriente en el *campo de la sociología*, se expresa en la obra de Fals Borda (1959, 1978, 1985, solo las primeras) cuya influencia recae en Hall (1975, 1978, 1981), Moser (1978), Park (2001), Krammer, Kramer, Lehman y Ornaver (1978), Le Boterf (1981), Oquist (1978), Pareek (1978), Rudqvist (1978), impulsando el desarrollo del método en el ámbito estadounidense, europeo, africano y asiático (Montero, 2006: 124).

La autora atribuye el origen del término *investigación-acción participativa* a Marja-Liisa Swantz, quien lo utilizó en 1970 en un informe producido en Tanzania vinculado a un proyecto que incorporó el conocimiento proveniente de miembros de la comunidad participante en su investigación. Del mismo modo, en 1976 se realizó en ese país una importante reunión para tratar el tema, en la cual Paulo Freire fue uno de los oradores principales. En la actualidad Hall reflexiona sobre esa época:

“los nexos con las tradiciones latinoamericanas de investigación activa llegaron a muchos de nosotros a través del trabajo de Paulo Freire...entusiasmaba encontrar que la visión y preocupación que muchos habíamos encontrado en Tanzania había sido expresada en forma muy similar por Paulo y otros en América Latina” (Hall, en Montero, 2006: 126).

Montero (2006) percibe cómo los investigadores latinoamericanos sentían la necesidad de asumir el compromiso de poner su ciencia a favor del cambio y la transformación social de las sociedades del continente, atosigadas por las desigualdades, la exclusión y la pobreza en gran parte de su población; compromiso que implicaba buscar nuevos modos de estudiar y de intervenir en la realidad para poder transformarla.

Siguiendo el lineamiento de lo planteado, así como Lewin proporcionó el contenido metodológico al término investigación-acción y lo popularizó en las ciencias sociales, el término investigación-acción participativa cobra reconocimiento a partir del Simposio Mundial celebrado en Cartagena, Colombia, en 1977, donde su exponente por excelencia fue el sociólogo Fals Borda<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup> Al respecto la autora comenta que es evidente que lo que se hacía en estas latitudes repercutía en otras, ya que el mismo Hall (2001) trabajó en los años setenta y ochenta en proyectos relacionados con los de Fals Borda, Vio Grossi, Freire, Cohen, Le Boterf, De Witt y Gianotten. Lo que evidencia un centro irradiador de interés de acción y reflexión, convertido en fuente de información para las ciencias sociales y

De manera que alrededor de diez años después de la muerte de Lewin, Fals Borda inició en Colombia un proceso de investigación activo y participativo con campesinos de un vecindario rural; "allí decidió, junto con algunos habitantes de la comunidad, iniciar un proceso de transformación social y el estudio de dicha transformación, de los transformadores y del proceso mismo de llevarla a cabo"<sup>63</sup> (Montero, 2006: 134).

Los principios que sustentaron la experiencia se convirtieron en la base práctica para muchos trabajos realizados en toda Latino América, principios que se centran en la acción y la participación. A partir de este trabajo *Fals Borda reconoce explícitamente la influencia de Freire y considera que algunas características de la investigación-acción participativa eran: ser un nuevo paradigma de conocimiento, devolver la información al pueblo, en el lenguaje y forma cultural en que tuvo origen, popularizar las técnicas de investigación incorporando a las personas de las comunidades en las prácticas de las mismas, integrar la información como "base del intelectual orgánico"<sup>64</sup>, mantener un esfuerzo consciente en el ritmo de acción-reflexión del trabajo, reconocer a la ciencia como parte del diario quehacer de la población, aprender a escuchar* (Fals Borda, 2001 en Montero 2006: 137).

Montero (2006) considera que Fals Borda es un innegable protagonista durante las últimas tres décadas del siglo XX, demostrando la pluralidad de influencias filosóficas, sociológicas y políticas que han influido en su formación, mostrando al mismo tiempo la importancia de la cultura latinoamericana.

Por su parte Torres (1995) considera que el responsable por los orígenes e inspirador de la investigación-acción participativa en Latinoamérica ha sido Freire, quien a través de la metodología de la palabra generadora y la investigación temática orientadoras de la educación popular y la pedagogía de la liberación constituyen tradiciones centrales de la educación no formal.

El autor plantea que el objeto de la investigación temática es construir temas generadores que resulten de grupos desfavorecidos que reflexionan sobre sus necesidades y preocupaciones. El propósito es facilitar la programación educativa y desarrollar una acción de concientización cultural.

Este aspecto es el que nos insta a considerar la investigación-acción

---

situado en nuestro continente, ya que a fines de los sesenta e inicios de los setenta se había generado una red internacional a partir de trabajos realizados en educación de adultos (Montero, 2006:125).

<sup>63</sup> El resultado de dicha experiencia fue publicado en 1959 con el título *Acción comunal en una vereda colombiana*, y fue publicado por la Universidad Nacional de Colombia (Montero, 2006:134).

<sup>64</sup> De acuerdo a Montero (2006: 138) esta característica muestra la influencia de Gramsci en Fals Borda.

participativa como metodología de nuestra investigación de campo, ya que al tomar como fundamento la propuesta teórica freireana se hallan dos conceptos centrales: investigación temática y educación problematizadora.

Por otro lado, a continuación analizaremos distintas *definiciones* de la investigación-acción participativa que plantea Montero (2006: 140) por considerarlas algunas de las más difundidas, y finalmente presentaremos la de Elliot (1998) que es la que orienta nuestro trabajo junto al espíritu de las enunciaciones anteriores.

Budd Hall en 1975 consideraba que la investigación-acción participativa es un *proceso dialéctico y dialógico* cuya meta es la *liberación del potencial creativo* y la *movilización de recursos* y problemas. Agregando además que es un *proceso de investigación* que forma parte de una *experiencia educativa total*, que sirve para identificar las necesidades de una comunidad, para *concientizar* y para generar y aumentar el *compromiso de la comunidad* (Montero, 2006, la cursiva se halla en la fuente consultada).

Fals Borda en 1985 la definía como un proceso que incluye simultáneamente la *alfabetización*, la *investigación científica* y la *acción política*, y que considera el *análisis crítico*, el *diagnóstico de situaciones* y la *práctica, como fuentes de conocimiento*, a la vez que construye el *poder del pueblo*. Pero entiende que la investigación-acción participativa no es ninguno de esos aspectos por separado, ya que “ellos son fases, no necesariamente consecutivas que pueden combinarse en una *metodología dentro de un proceso vivencial*” (Fals Borda, 1985, en Montero, 2006: 140. La cursiva se halla en la fuente consultada).

Kemmis y Mc. Taggart (1987) la definen como “una forma de indagación introspectiva colectiva emprendida por participantes en situaciones sociales con el objeto de *mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas sociales o educativas*, así como su comprensión de esas prácticas y de las situaciones que éstas tienen lugar”.

Girardi (1997) dice que se trata de la “investigación en la que el *objeto es al mismo tiempo sujeto o protagonista*. Es en una palabra una *autoinvestigación*”. Y ese sujeto puede ser tanto un individuo como un colectivo.

Estas definiciones fueron elegidas por la autora por los elementos que en ella se destacan y que lo relacionan con su contexto de creación. Al respecto destaca cómo en la definición de Fals Borda, se consideran elementos vinculados a la generación del método de educación para la libertad que creara Freire en Brasil con la obra *La educación como práctica de la libertad* (1964). También Hall se inspira en los trabajos



de Freire, principalmente en *Pedagogía del oprimido* (1970). Girardi considera a los sujetos cognoscentes, como sujetos activos del conocimiento producido.

Por su parte Kemmis y Mc. Taggart proceden de un contexto muy diferente ya que trabajan en Australia y en su definición buscan una mejoría de las prácticas sociales y educativas ya existentes, lo que denota la influencia de la investigación-acción.

Montero (2006) advierte que la diferencia entre estos autores y los que han trabajado en América Latina y en África, es que en estos últimos no se busca mejorar la racionalidad o la justicia de lo existente, sino que se denuncia lo existente por su injusticia, ineficiencia y racionalidad ligadas a la opresión colonialista.

Desde nuestro trabajo tomamos la definición de Elliott (1991) de investigación-acción por considerarla más amplia y por contener las propuestas de las definiciones analizadas precedentemente. El autor plantea que:

“La investigación-acción es el estudio de una situación social para tratar de mejorar la calidad de la acción en la misma. Su objetivo consiste en proporcionar elementos que sirvan para facilitar el juicio práctico en situaciones concretas y la validez de las teorías e hipótesis que genera no depende tanto de las pruebas “científicas” de verdad, sino de su utilidad para ayudar a las personas a actuar de modo más inteligente y acertado” (Elliott 1991:88).

Si bien el autor se refiere a la investigación-acción, consideramos los desarrollos históricos que la derivaron en investigación-acción participativa, que es la característica que nos interesa para nuestra metodología, aunque los planteos del autor omitan la palabra participación la inscribe desde lo abarcativo de su concepto.

En lo que sigue realizaremos algunas consideraciones sobre las *características de la investigación-acción participativa*, de acuerdo a Montero (2006):

- El *carácter participativo* como procedimiento metodológico que no puede llevarse a cabo sin la presencia y colaboración de las personas cuya situación se busca transformar, porque ellas mismas han juzgado necesaria la transformación, y porque ellas mismas forman parte de ese proceso.
- *El carácter ético*, que exige el respeto y el reconocimiento del otro.
- *El carácter transformador*, que implica modificar situaciones sociales juzgadas por los participantes como injustas y opresoras.
- *El carácter reflexivo*, derivado de mantener un permanente examen y una evaluación sobre lo que se hace, para transformar así la teoría en práctica y la práctica en teoría generando praxis.
- *El carácter concientizador*, el cual busca movilizar la conciencia crítica y



transformadora de los participantes y se produce en el proceso de acción-reflexión-acción.

- *El carácter dialógico*, que implica la presencia de una multiplicidad de voces y acciones confluyendo hacia un mismo fin.
- *El carácter dialéctico*, en el sentido de que los transformadores modifican la situación y al hacerlo se transforman a sí mismos.
- *El carácter educativo*, ya que los nuevos actores sociales aprenden formas de acción y enseñan otras propias de su cultura.
- *El carácter crítico*, que somete a juicio lo que se presenta como dado y esencial y permite reconocer y rechazar formas de opresión, desigualdad, injusticia, minusvalía etc.
- *El carácter socialmente transformador*.
- *El carácter colectivo*, al ser participativa y orientada a la transformación social,
- Y por estas razones tiene un *carácter político*, ya que al producir transformaciones y al incorporar nuevos actores sociales responsables de ellas hay un proceso de formación de la sociedad civil.

Coincidiendo en algunos aspectos y proponiendo otros Fajardo (1982, en Torres 1995) sugiere los siguientes ejes centrales de la investigación-acción participativa:

- Surge de la intencionalidad social y política articulada en solidaridad con grupos empobrecidos de la sociedad.
- Supone la combinación de procesos de investigación que incluye la participación popular.
- Implica la incorporación de investigadores y de la población que está siendo estudiada en un mismo proceso de investigación.
- Su condición es constituir actividades de educación e investigación en base a un grupo socialmente organizado.
- A nivel epistemológico supone: comprender el conocimiento como instrumento de transformación social, postulando una crítica de la separación entre teoría y práctica y la incorporación de la teoría crítica con el fin de establecer una revisión de los métodos y técnicas que impiden una comprensión dialéctica de la relación objeto/sujeto en el proceso educativo/investigativo.
- Aporta una visión de la totalidad concreta, que desafía críticamente visiones unidimensionales de la realidad.
- Un resultado de ella será el surgimiento de conciencia en la población

estudiada,

- Estimula la participación de los miembros de los sectores populares.

De acuerdo a su perspectiva Elliott (1991) entiende que la investigación-acción perfecciona la práctica mediante el desarrollo de las capacidades de discriminación y de juicio del profesional en situaciones humanas. Unifica la investigación, el perfeccionamiento de la práctica y el desarrollo de las personas en su ejercicio profesional, y por lo tanto, desarrolla prudencia práctica que implica la capacidad de discernir el curso correcto de la acción al enfrentarse a situaciones complejas y problemáticas.

Considera que la investigación-acción consiste en el desarrollo de una comprensión práctica, constituye una forma de investigación que reconoce por completo a la realidad a la que se enfrentan los prácticos. Resiste la tentación de simplificar los casos mediante abstracciones teóricas, pero utiliza e incluso genera teoría para iluminar de forma práctica aspectos significativos del caso.

Elliott (1991) entiende que la condición necesaria antecedente de la investigación-acción es que los prácticos sientan la necesidad de iniciar cambios, de innovar. Esa sensación de que hace falta cambiar alguno o varios aspectos de la práctica para implantar de forma más plena sus objetivos y valores activa la investigación y reflexión.

#### **4. Síntesis...**

Este capítulo nos ha permitido desarrollar inicialmente las bases paradigmáticas de la investigación-acción participativa desde las concepciones epistemológicas, ontológicas, éticas y políticas. Seguidamente nos adentramos a un análisis sobre el estado de la investigación en salud considerando críticas, desafíos y tendencias actuales desde las Ciencias Sociales, para finalmente profundizar en la investigación-acción participativa como un modelo metodológico "hecho en América Latina". En este punto nos detuvimos para analizar la importancia e influencia de los antecedentes y orígenes de dicha metodología, lo que nos permitió advertir que lo que buscaban Lewin y científicos sociales latinoamericanos como Freire y Fals Borda era producir una "ciencia robusta, eficaz en sus objetivos transformadores, en la cual teoría y práctica no se separaran sino que conformaran un cuerpo único mutuamente influyente, enriquecedor y corrector" (Montero, 2006: 127).

Analizamos las distintas definiciones que han surgido en este campo metodológico, adhiriendo a los planteos más amplios de Elliot (1999) y finalmente

consideramos las características de esta metodología.

En virtud de estas consideraciones sentimos la necesidad de generar cambios, tanto en el campo de la psicopedagogía, en el marco de la intervención profesional, como en la realidad sanitaria local, es por ello que se optamos por esta metodología de investigación cualitativa, y creemos que:

"para el trabajo comunitario la investigación-acción participativa ha pasado a ser uno de los modos principales de producir conocimiento, sino el principal. También está claro que no es de fácil aplicación, que exige mucho esfuerzo y cuidado por parte de los agentes externos y que para los internos no es menos exigente, puesto que les demanda compromiso, responsabilidad y organización. Y a todos en conjunto les exige un continuo aprendizaje" (Montero, 2006:139).

En el capítulo que sigue a continuación profundizaremos en la investigación temática en salud como modalidad investigativa de intervención psicopedagógica.

## Capítulo V

### INVESTIGACIÓN TEMÁTICA EN SALUD:

#### LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA COMO MODALIDAD INVESTIGATIVA

El capítulo que se desarrolla a continuación tiene el propósito de presentar analíticamente la recreación de la metodología freireana en el campo de la salud como una modalidad investigativa de intervención psicopedagógica. Para ello inicialmente desarrollaremos consideraciones introductorias, seguidamente analizaremos esta investigación temática y la educación en salud como momentos de un mismo proceso, para posteriormente presentar las técnicas y estrategias metodológicas a utilizar en este transcurso de investigación-educación. Por último se expondrá una síntesis de lo desarrollado.

#### 1. Consideraciones introductorias a la Investigación Temática en Salud

Esta propuesta de trabajo psicopedagógico en salud comunitaria toma como punto de partida una estrategia de intervención con modalidad investigativa. Esta implica la reconstrucción del método de post-alfabetización creado y utilizado por Freire en el marco de sus procesos de alfabetización. El autor planteaba:

“...Estábamos intentando una educación identificada con las condiciones de nuestra realidad. Al integrarse a nuestro tiempo y a nuestro espacio y al ayudar al hombre a reflexionar sobre su ontológica vocación de sujeto debía realmente ser instrumental...Y si ya pensábamos en un método activo capaz de hacer crítico al hombre a través del debate en grupo de situaciones desafiantes, estas situaciones tendrán que ser existenciales para tales grupos.... ¿Pero cómo realizar esta educación? ¿Cómo proporcionar al hombre medios para superar sus actitudes mágicas o ingenuas frente a su realidad? ¿Cómo ayudarlo a comprometerse con la realidad? (y planteó)...*Nos parece que la respuesta se halla en un método activo, dialogal, crítico y de espíritu crítico, una modificación del programa educacional y el uso de técnicas como la reducción y codificación...*” (Freire 1974:103. La cursiva es nuestra).

Concordando con Freire, desde un área de conocimiento como la psicopedagogía con un enfoque comunitario en salud nos interrogamos: ¿Cómo proporcionar al hombre medios para superar actitudes ingenuas frente a su realidad sanitaria? ¿Cómo ayudarlo a comprometerse con el estado de su salud? ¿Cómo realizar una educación problematizadora en salud?

En virtud de estos cuestionamientos y pensando en una intervención psicopedagógica en salud comunitaria nos abocamos al conocimiento de los planteos metodológicos freireanos en alfabetización y post-alfabetización para ver si es posible

su re-creación como estrategia de intervención.

Freire (1965) plantea inicialmente un *método crítico de alfabetización*<sup>65</sup> cuya finalidad era la alfabetización de sujetos mediante el método de investigación de “palabras generadoras”.

Posteriormente Freire (1970) plantea un *método para la post-alfabetización* destinado a una etapa posterior a la alfabetización, donde el método era la investigación de “temas generadores” en base a los cuáles se desarrollaría un plan de educación. Lo denomina investigación de los temas generadores, investigación de la temática significativa o investigación temática, y la entiende como:

“...Una investigación en la cual se hace un esfuerzo común de toma de conciencia de la realidad...punto de partida del proceso educativo o de la acción cultural de carácter liberador....se da en el dominio de lo humano, e implica un proceso de búsqueda, de conocimiento, de creación, que exige de sus sujetos, que van descubriendo el encadenamiento de los temas significativos, la interpretación de los problemas.... la investigación temática es de carácter concientizador, se hace pedagógica y como toda educación auténtica se transforma en investigación del pensar. Desde la concepción problematizadora *investigación temática y educación, se toman momentos de un mismo*

---

<sup>65</sup> Freire en su obra *“La educación como práctica de la libertad”*, cuya primera edición es de 1965 (nosotros trabajamos con la 14ª edición de 1974) detalla las fases de elaboración y de acción práctica de su método de alfabetización. Estas son: 1) *Obtención del universo vocabular de los grupos con los cuales se trabajará*, es un estudio que se realiza a partir de encuentros y entrevistas con los moradores del área a alfabetizar durante los cuales se obtendrán los vocablos típicos del pueblo. 2) *Selección del universo vocabular estudiado*, en esta etapa se seleccionan palabras de acuerdo a criterios de riqueza fonética, dificultades fonéticas y tenor pragmático de la palabra que implica mayor pluralidad en el compromiso de la palabra con una realidad social, cultural, política etc. dada. Estos criterios de selección están contenidos en el criterio semiótico denominado la mejor palabra generadora que es aquella que reúne en sí el mayor “porcentaje” posible de criterios sintácticos (posibilidad o riqueza fonética, grado de dificultad fonética, “manipulabilidad” de los grupos de signos, las sílabas, etcétera), semántico (mayor o menor “intensidad” del vínculo establecido entre la palabra y el ser que ésta designa), mayor o menor adecuación entre la palabra y el ser designado y pragmático, mayor o menor tenor potencial de concienciación, o conjunto de reacciones socioculturales que la palabra genera en la persona o grupo que la utiliza. 3) *Creación de situaciones existenciales típicas del grupo con que se va a trabajar*, éstas desafían a los grupos, son situaciones-problema, codificadas, que incluyen elementos que serán descodificados por los grupos, con la colaboración del coordinador. El debate en torno a ellas llevará a los grupos a tomar conciencia para que al mismo tiempo se alfabetizan. Son situaciones locales que abren perspectivas para analizar problemas nacionales y regionales 4) *Elaboración de fichas que ayuden a los coordinadores en su trabajo*, éstas deben ser apoyos para los coordinadores, jamás una prescripción rígida de deben obedecer y seguir fielmente. 5) *Preparación de fichas con la descomposición de las familias fonéticas que corresponden a los vocablos generadores*. Confeccionado este material con carteles, se iniciará el trabajo. Una vez proyectada la situación -representación gráfica de la expresión oral- se inicia el debate en torno a sus implicaciones. Sólo cuando el grupo haya agotado, con la colaboración del coordinador, el análisis (descodificación) de la situación dada, el educador pasa a la visualización de la palabra generadora. Luego de visualizarla, establecido el vínculo semántico entre ella y el objeto a que se refiere y que se representa en la situación, se ofrece al educando en otro cartel o foto, la palabra sin el objeto nombrado. Después se presenta la misma palabra separada en sílabas. Reconocidas las sílabas en la etapa del análisis se pasa a la visualización de las familias fonémicas que componen la palabra en estudio. Éstas que son estudiadas aisladamente, se presentan luego en conjunto, llegando en último término al reconocimiento de las vocales. Así el sujeto apropiándose críticamente y no sólo mnémicamente comienza a crear por sí mismo su sistema de signos gráficos (Freire 1974:109).



*proceso...* La investigación temática tiene como sujetos de su proceso no solo a los investigadores profesionales sino también a los hombres del pueblo cuyo universo temático se busca encontrar..." (Freire 1973<sup>66</sup>: 132- 239. La cursiva es nuestra).

Siguiendo estas consideraciones creemos que es esta la estrategia metodológica freireana que debemos intentar re-crear o re-construir en el campo de la salud comunitaria, ya que para trabajar oportunamente las problemáticas que tiene en esta materia una población es necesario conocer, indagar e investigar sus "temas en salud", problemas, necesidades o prioridades; como una intervención inicial y prolongada, que suponga un trabajo de base y permanencia antropológica con la comunidad, para posteriormente en virtud de esos temas explícitos o implícitos brotados de esos encuentros, poder planificar un proyecto de educación problematizadora en salud.

A continuación desarrollaremos esta modalidad investigativa de intervención psicopedagógica, que hemos dado llamar *investigación temática en salud* a partir de la re-creación del método de post-alfabetización de Freire, anteriormente mencionado.

La investigación temática en salud tiene como objeto conocer a hombres que viven en la comunidad, al tiempo que buscar y conocer sus problemas, preocupaciones y temas en salud, para luego poder intervenir desde una educación crítica en la cual se hará un esfuerzo común de toma de conciencia de la realidad sanitaria en la que están inmersos los sujetos.

Implica un proceso de búsqueda, de conocimiento, de creación, que exige al psicopedagogo, que se erige en investigador, y al equipo de personas, profesionales o trabajadores con quienes se desempeña, el descubrimiento, encadenamiento e interpretación de los temas significativos, los problemas y necesidades en salud de una comunidad determinada. Pretende ser una investigación del pensar en salud de un grupo de personas.

La modalidad investigativa de intervención psicopedagógica en salud comunitaria está compuesta de cuatro etapas: 1) aproximación de los investigadores al área y grupo comunitario, 2) análisis e interpretación de los datos recogidos para la aprehensión de las posibles contradicciones de temas en salud, 3) retorno de los investigadores al área comunitaria para empezar los diálogos en los "grupos de investigación temática en salud", y finalmente, 4) estudio sistemático de los hallazgos

---

<sup>66</sup> Pedagogía del Oprimido es una obra de Freire que se publica en 1970, nosotros trabajamos con la séptima edición que es del año 1973, por lo que a continuación los datos de la mencionada obra serán consignados con la fecha de la edición con que trabajamos. Inicialmente se consignaron los años de las primeras ediciones de *La educación como practica de la libertad* (Pra. Edic 1965) y *Pedagogía de oprimido* (Pra. Edic. 1970) para dar cuenta del transcurso de tiempo producido entre la presentación de un método de alfabetización, y otro de post-alfabetización.

de temáticas en salud. A continuación desarrollaremos cada una de estas etapas de la investigación temática<sup>67</sup> en salud que son las que orientarán nuestro trabajo de campo en la comunidad barrial Hipódromo:

- *Primera etapa: Aproximación de los investigadores al área comunitaria*

Para comenzar la investigación, la psicopedagoga junto al equipo de trabajo en salud deben realizar la delimitación del área en la que y con la cual pretenden trabajar. La elección de zona, barrio o comunidad puede estar condicionada por posibles demandantes de una intervención.

En este sentido el problema que va a ser objeto de una investigación temática en salud, puede ser detectado por varias fuentes, de manera que quienes pueden erigirse en demandantes son "agentes externos" (Montero, 2006:179) que desde alguna institución pública como el Municipio a través de área de Salud y Promoción Social, el Hospital, Dispensarios, Centros Comunitarios, Vecinales, o bien instituciones privadas como Organizaciones no Gubernamentales, pueden haber definido. También el problema puede ser definido por personas interesadas de la propia comunidad, en relación con hechos o situaciones vinculados a su vida cotidiana. En el primer caso, de los agentes externos, es fundamental dirigirse a la comunidad a fin de familiarizarse con ella, en el segundo caso, las personas o grupos de la propia comunidad buscan ayuda fuera de ella a fin de solucionar el problema.

En nuestro caso, el problema en salud fue definido por agentes externos, de manera que el paso inicial es dirigirnos a la comunidad. Una vez que la psicopedagoga junto al equipo se erigen en investigadores, comienza la primera etapa de acercamiento a los vecinos del área delimitada. En este encuentro es fundamental acercarse a ellos, intentando establecer una conversación informal en la cual se presentara y definirá el problema inferido, explicando las finalidades de la presencia en zona, el porqué, el cómo y él para qué de la investigación que se pretende realizar.

En caso de que los vecinos aceptaran participar en la investigación temática en salud y en el proceso de educación problematizadora que ella implica, como su derivación necesaria, se tratará de estimular a los presentes para que entre ellos surjan quienes quieran participar como ayudantes, informantes claves, "auxiliares de investigación" (Freire, 1973:138) o "agentes internos" (Montero, 2006:175) cuyo rol será recolectar información sobre la vida en el área y participar activamente en la

---

<sup>67</sup> Freire (1973: 137-157) describe y explica cada una de las etapas de la investigación de los temas generadores de su metodología post-alfabetización que aquí son re-creadas para una intervención psicopedagógica en salud comunitaria.

investigación a través de su propia experiencia.

Frecuentemente, de acuerdo a estudios realizados desde la investigación-acción participativa, y en consonancia con los planteos de Montero (2006) quienes aceptan desempeñar este rol son miembros de la comunidad interesados en el bienestar de los vecinos, pueden ser personas destacadas como líderes comunitarios, o personas que realizan trabajos o desempeñan funciones que los relacionan de manera positiva con los demás miembros, también estos informantes pueden ser personas que participan en grupos organizados dentro de la comunidad, deportivos, religiosos, culturales, políticos, laborales. También pueden ser personas que trabajan en o con la comunidad, como animadores culturales, sacerdotes, educadores, y finalmente otros ayudantes de la investigación que pueden ser redes espontáneas dentro de la comunidad.

Realizadas estas consideraciones, la psicopedagoga junto al equipo de trabajo, inician sus visitas al área como observadores de acciones, usos y costumbres en materia sanitaria. Es importante que mantener actitudes comprensivas frente a lo que observan y una percepción crítica de la realidad en salud, ya que como plantea Freire (1973) la percepción crítica es el método correcto de aproximación de lo concreto para desvelarlo. De manera paulatina en sus visitas el equipo en salud<sup>68</sup> irá fijando una mirada crítica del área en estudio e intentará realizar un análisis de las dimensiones sanitarias que los van impactando, lo que les permitirá elaborar una comprensión de la situación sanitaria de la comunidad.

En la etapa de esta descodificación<sup>69</sup> de la codificación (Freire, 1973), realizada por la observación de los hechos y por la conversación informal con los habitantes, los investigadores irán registrando todo, el modo de conversar de los vecinos, su forma de ser, su comportamiento en lo religioso, en el trabajo, sus expresiones, su lenguaje, sus palabras; todo lo que manifestará creencias y costumbres en salud.

Entendemos que esta descodificación, como análisis de la situación, implica que

---

<sup>68</sup> Que puede estar conformado por psicopedagogos, por otros profesionales de la salud, la educación, la sociología, la antropología, etc., por estudiantes avanzados de diversas carreras y trabajadores de ámbitos diversos que comprometidos socialmente se interesen en desarrollar una experiencia en salud comunitaria.

<sup>69</sup> Freire (1973:12,13,145) entiende a la *descodificación* como el análisis y consecuente reconstrucción de la situación vivida, reflejo, reflexión y apertura de posibilidades concretas de pasar más allá. En el proceso de la *descodificación* los individuos, exteriorizando su temática, explicitan su "conciencia real" de la objetividad. La *descodificación* es un acto cognoscente realizado por sujetos descodificadores, y como este acto recae sobre la representación de una situación concreta, abarca igualmente el acto anterior con el cual los mismos individuos habían aprehendido la misma realidad que se representa en la codificación. La *descodificación* promueve el surgimiento de una nueva percepción y el desarrollo de un nuevo conocimiento.

los investigadores accedan al área en distintos momentos, para lo que creemos conveniente visitarla en horas de trabajo, de descanso, que asistan a reuniones de alguna asociación popular, que presencien a sus habitantes en actividades deportivas, observando, principalmente hábitos sanitarios y sus distintas manifestaciones en el comportamiento y lenguaje. Es ineludible del mismo modo, establecer conversaciones con los vecinos para así poder advertir y registrar manifestaciones vinculadas a la salud mental de la comunidad, manifestaciones a las que también se tendrá acceso observando las relaciones entre las personas, el papel que juegan las mujeres, los jóvenes, y en sus casas observando las relaciones marido-mujer, padres-hijos, en síntesis: se trata de que ninguna actividad y expresión en materia de salud se pierda en esta primera comprensión del área.

Luego de cada una de estas visitas de observación comprensiva, los investigadores deberán redactar un informe sobre la situación sanitaria de la comunidad, cuyo contenido sea debatido por el equipo de investigación en salud, en el cual se vayan evaluando los hallazgos, ya sea de los profesionales, los ayudantes de investigación y representantes del pueblo.

Estos encuentros de debate y evaluación constituyen un segundo momento de la descodificación o análisis, que la psicopedagoga y el equipo de trabajo realizan de la realidad sanitaria que se les presenta. En la medida en que todos van exponiendo cómo percibieron la realidad y los momentos que les impresionaron, cada exposición particular, desafiará al resto del grupo como descodificadores de la misma realidad sanitaria. De este modo, la percepción que cada uno de los participantes del equipo construyó de la misma lo remite a las demás percepciones del resto de los miembros, lo que los llevará a un nuevo análisis, al que seguirá otro encuentro de debate y evaluación.

Consideramos que cuanto más se evalúen y debatan las perspectivas, experiencias, impresiones y análisis de los miembros del grupo, cuanto más se perciba él todo, más se irá aproximando el equipo de trabajo a los núcleos centrales de las contradicciones en salud en que están envueltos los vecinos de un área, zona o comunidad barrial determinada.

Es fundamental que, a partir de la percepción de temas que presenten contradicciones en salud, se estudie a qué nivel de percepción de ellas se encuentran los vecinos de la comunidad. Sobre la base de estas contradicciones se hallan

constituyendo "situaciones-límites"<sup>70</sup>, como barreras y obstáculos en materia de salud que los hombres encuentran en su vida cotidiana, los que generan temas y apuntan tareas para nuestra intervención socio-psicopedagógica.

Creemos como Freire (1973) que si los individuos se encuentran adheridos a estas situaciones-límites, imposibilitados de "separarse" de ellas, el tema en salud referido a ellas será necesariamente el del fatalismo y la tarea a él asociada es la de no tener tarea alguna. Por esto aunque las situaciones-límites sean realidades objetivas y estén provocando necesidades en los individuos, se impone investigar con ellos la conciencia que de ellas tengan. Una situación-límite puede provocar en individuos de áreas diferentes, temas y tareas opuestas, que exigen una diversificación del programa educativo en salud para su desvelamiento.

En este sentido la preocupación debe centrarse en el conocimiento de lo que Freire (1973) denomina la "conciencia real" (efectiva) y la "conciencia máxima posible". La conciencia real o efectiva son los obstáculos y desvíos que la realidad empírica impone a la instauración de la conciencia máxima posible, entendida como el máximo de conciencia adecuada a la realidad. La conciencia real implica la imposibilidad de la percepción más allá de las situaciones-límite, y que Freire denomina "inédito viable"<sup>71</sup>.

---

<sup>70</sup> Ana María Araujo Freire (en Freire 1993:194-195) considera que las *situaciones límite* son barreras u obstáculos que hombres y mujeres encuentran en su vida personal y social, y que es preciso vencer. Los hombres y mujeres tienen diversas actitudes frente a ellas, las perciben como un obstáculo que no pueden superar o no quieren superar, o bien como algo que saben que existe y que es preciso romper, y entonces se empeñan en su superación. En este caso la situación límite fue percibida en forma crítica y por eso los que la entendieron quieren actuar, porque se sienten desafiados a resolver de la mejor manera posible, esos problemas de la sociedad en que viven. Para eso tomaron distancia de lo que los molestaba, lo objetivaron, sólo fue posible verlo como un problema cuando lo entendieron en su profundidad, en su esencia, destacado de lo que está ahí. Como algo "percibido" y "destacado" de la vida cotidiana. Las acciones necesarias para romper con las situaciones límite son los *actos límite*. Las situaciones límite implican la existencia de aquellos a quienes sirven, los dominantes, y de aquellos a los que "niegan" y "frenan" los oprimidos. Los primeros ven los temas-problemas encubiertos por las situaciones límite, de ahí que consideren determinantes históricos frente a los cuales no hay nada que hacer más que adaptarse. Los segundos, cuando perciben claramente que los temas que desafían a la sociedad no están encubiertos por las situaciones límite cuando pasan a ser un "percibido destacado", se sienten movidos a actuar y descubrir lo *"inédito viable"*. Estos son los que se sienten en él deber de romper esa barrera de las situaciones límite, para transponer, resolviendo por medio de la acción reflexiva esos obstáculos a la libertad de los oprimidos, la frontera entre el ser y el ser más. Las situaciones límite son las barreras que aun cuando no impiden a algunos soñar su sueño, prohíben a la mayoría la realización de la humanización y la concreción del ser más.

<sup>71</sup> Ana María Araujo Freire (en Freire 1993:194) plantea que el inédito viable es una de las categorías más importantes en los escritos de *Pedagogía del oprimido* (1973) que encierra la creencia en el sueño posible y en la utopía que vendrá. Los hombres se encuentran en su vida personal y social con "situaciones límite", estos adoptan diversas actitudes frente a ellas, una es que la vean como algo que existe, que es preciso romper. Aquí la situación límite fue percibida en forma crítica. Para eso ellos, tomaron distancia de lo que les molestaba, pasando a ser un "percibido destacado" de la vida cotidiana, lo que los lleva a sentirse movidos a actuar y descubrir lo *"inédito viable"*. El *"inédito viable"* es algo que el sueño utópico sabe que existe pero que sólo se conseguirá por la praxis libertadora que puede pasar por la teoría de la acción dialógica. Lo *"inédito viable"* es una cosa inédita, todavía no conocida y vivida claramente pero ya soñada, y cuando se torna en "percibido destacado" por los que piensan utópicamente, entonces estos saben que el problema ya no es un sueño y que puede hacerse realidad. Cuando los seres conscientes quieren,



En este sentido el inédito viable no puede ser aprehendido desde una conciencia real, éste se concretiza en la acción que se lleva a efecto mediante una conciencia máxima posible y que antes no era percibida por la conciencia real efectiva.

Para comprenderlo desde nuestro accionar, la psicopedagoga se preocuparía por conocer “la conciencia real en salud” que las personas tienen y el “máximo de conciencia posible en salud” potencial a alcanzar, en este sentido la conciencia real en salud estaría constituida por obstáculos y barreras que la realidad social le impone a la persona en la instauración de un máximo de conciencia posible en salud adecuada a la realidad. De esta manera se trabajaría socio-psicopedagógicamente para el logro de un máximo de conciencia posible en salud, haciendo que la percepción de las situaciones-límite se tornen críticas y el inédito viable sea posible en el campo de la salud.

Por lo que si la comunidad no es consciente de un determinado problema sanitario, si ha naturalizado la presencia de un fenómeno de este ámbito que la perjudica, por considerarlo inevitable o parte de la vida diaria, será necesario sensibilizar a los integrantes de la comunidad respecto del problema, incorporar participativamente a la comunidad en la intervención-investigación sobre ese problema, y si ésta tiene otras prioridades intentar que el trabajo se una a ellas (Montero, 2006:179-180).

En este sentido, el equipo de trabajo, para promover el máximo de conciencia posible en salud, deberá considerar las causas ambientales, sociales, políticas y económicas como fuentes que inciden y provocan que una persona pueda enfermar y perder el estado de salud. Aquí aparece la importancia de las acciones preventivas que los profesionales intentaremos desarrollar antes que las enfermedades se instalen.

Entendemos que las condiciones de carencia y pobreza tienen incidencia en la salud, ya que esta es en gran parte producto de las condiciones socio-político-económico y culturales. Consideramos que las personas no tienen la culpa de enfermar, sino que estas condiciones inciden y generan su malestar. En relación con ello debemos contribuir a la toma de conciencia de esta realidad para el logro de una conciencia máxima posible, promover una toma de conciencia de porqué están bajo esta situación de desidia, abandono, que las personas reconozcan y conozcan esa

---

reflexionan y actúan para derribar las “situaciones límite” que los/las obligan como a casi todos y todas a ser menos, lo *inédito viable* ya no es él mismo, sino su concreción en lo que antes tenía de no viable.

situación en salud, al tiempo que asuman desde una conciencia crítico-reflexiva el derecho a la salud que tenemos como ciudadanos y como seres humanos.

Esta toma de conciencia en salud, como parte de un proceso de liberación tiene que crear los medios para llevar a los sujetos a la lucha por esos derechos y a la defensa de un proyecto en salud social y colectiva. Creemos en la educación como medio para la concientización sanitaria y en la transformación de las condiciones sociales, porque sólo a través de ellas se daría la utopía de "una salud para todos", de una distribución sanitaria más igualitaria.

- *Segunda etapa: Análisis e interpretación de los datos recogidos para la aprehensión de las posibles contradicciones de temas en salud.*

Esta etapa se inicia cuando los investigadores con los datos que recogieron llegan a la aprehensión del conjunto de contradicciones en salud que tiene la comunidad. A partir de este momento en equipo se escogerán algunas de estas contradicciones, con las que se elaborarán las codificaciones<sup>72</sup> que servirán para la investigación temática en salud. Estas codificaciones son entendidas como representaciones de situaciones existenciales cotidianas, que pueden ser pintadas o fotografiadas, y se constituyen en el objeto mediador entre el equipo de investigación y los sujetos descodificadores.

Freire (1973) considera que las codificaciones son objetos cognoscibles, desafíos sobre los que debe incidir la reflexión crítica de los sujetos descodificadores, por ello algunas condiciones que el equipo de trabajo debe considerar a la hora de elaborarlas son: deben representar situaciones conocidas por los individuos cuya temática en salud se busca detectar, no deben tener su tema ni demasiado explícito ni demasiado enigmático, deben ser simples y ofrecer múltiples posibilidades de análisis en su descodificación.

De esta forma en la medida que los sujetos realicen una reflexión crítica sobre ellas, irán apareciendo otros temas en salud, dicha apertura es imprescindible para la

---

<sup>72</sup> Freire (1973:130-154) considera que la codificación es la representación de una situación existencial y en la medida que representan situaciones existenciales, deben ser simples en su complejidad y ofrecer múltiples posibilidades de análisis en su descodificación. Son objetos cognoscibles y desafíos sobre los que debe incidir la reflexión crítica de los sujetos descodificadores. Al ofrecer posibilidades múltiples de análisis en este proceso, las codificaciones, en la organización de sus elementos constitutivos, deben ser una especie de "abanico temático". Una codificación puede ser simple al usar el canal visual, pictórico o gráfico, el táctil o el auditivo o compuesta, al usar multiplicidad de canales. Freire (1993:84) entiende que las codificaciones son situaciones que funcionan como un desafío a los grupos. Son situaciones-problemas codificadas, que guardan en sí elementos que serán descodificados por los grupos con la colaboración del coordinador. El debate en torno a ellas, irá llevando a los grupos a concientizarse para que concomitantemente se alfabeticen. Son situaciones locales que sin embargo abren perspectivas para el análisis de problemas nacionales y regionales.

percepción de las relaciones dialécticas que existen entre lo que representan distintos temas en salud y sus contrarios.

En el proceso de análisis o descodificación los individuos irán explicitando su "conciencia real en salud". En la medida que al hacerlo, van percibiendo como actuaban al vivir la situación en salud analizada, llegan a percibir como percibían anteriormente dicha situación en salud, así perciben en forma diferente su realidad sanitaria y, ampliando el horizonte, van analizando las relaciones dialécticas entre una y otra dimensión de esa realidad.

Freire (1973) entiende que dado que la descodificación es un acto cognoscente, realizado por sujetos, y como este acto recae sobre la representación de una situación concreta, abarca igualmente el acto anterior con el cual los mismos individuos habían aprehendido la misma realidad que ahora se representa en la codificación, promoviendo la percepción de la percepción anterior y al conocimiento del conocimiento anterior, la descodificación promueve el surgimiento de una nueva percepción y el desarrollo de un nuevo conocimiento.

De esta manera la nueva percepción y el nuevo conocimiento en salud se prolongarán en el desarrollo de un plan educativo en salud en el cual se transformará el "inédito viable en salud" en "acción que se realiza" con la consiguiente superación de la "conciencia real en salud" por la "máxima conciencia posible en salud".

Por todo esto Freire (1973) considera que se impone otra exigencia en la preparación de las codificaciones y es que estas representen contradicciones "inclusivas" de otras, como plantea Fiori (en Freire 1973:146) que sean codificaciones con un máximo de exclusividad de otras que constituyen el área en estudio. Por esto las codificaciones "inclusivas" permitirán que el análisis de las primeras tenga vinculación en el análisis de las segundas.

En virtud de lo esbozado en esta etapa el psicopedagogo y el equipo en salud prepararan y estudiarán las codificaciones en salud desde todos ángulos temáticos posibles contenidos en ellas. Finalizada esta tarea se inicia la:

- *Tercera etapa: Retorno de los investigadores al área comunitaria para empezar los diálogos descodificadores en los "grupos de investigación temática en salud"*

En este momento el equipo investigador vuelve al área comunitaria para comenzar los diálogos descodificadores o analizadores, que llamaremos "*grupos de investigación temática en salud*". En la medida en que comienzan a funcionar estos grupos con el análisis del material elaborado (codificaciones) en la etapa anterior, van siendo

grabadas las discusiones que serán analizadas posteriormente por el equipo interdisciplinario. En las reuniones de análisis de este material, deberán estar presentes los ayudantes de la investigación, representantes del pueblo y algunos participantes del "grupo de investigación en salud" ya que su aporte es indispensable.

A estas reuniones de descodificación en los grupos, además del psicopedagogo como coordinador, es aconsejable que asistan un psicólogo y un sociólogo, cuya tarea será la de registrar las reacciones más significativas o aparentemente poco significativas de los sujetos descodificadores miembros del grupo.

En este proceso de descodificación, cabe al psicopedagogo como coordinador y al equipo de trabajo, escuchar a los individuos y desafiarlos para que problematicen y desnaturalicen su situación existencial en salud y las respuestas que va dando a lo largo del diálogo.

De este modo, y coincidiendo con Freire (1973) creemos que los vecinos participantes van extroyectando, por la fuerza catártica de la metodología, una serie de sentimientos, de opiniones de sí, del mundo y de los otros que posiblemente no extroyectarían en circunstancias diferentes.

*-Cuarta etapa: Estudio sistemático de los hallazgos de temáticas en salud.*

Esta última etapa se inicia cuando los investigadores, una vez finalizados los procesos de descodificaciones y análisis en los grupos de investigación en salud, dan comienzo al estudio sistemático de sus hallazgos.

En primera instancia, escuchando las grabaciones y estudiando las notas tomadas, en equipo de investigación se van arrojando los temas explícitos o implícitos en salud a partir de afirmaciones hechas en los grupos. Dichos temas serán clasificados en un cuadro que permita una visión más específica y central, de los temas sanitarios, conforme a prioridades, necesidades y preocupaciones del área comunitaria.

Por ejemplo, el tema de las drogas, el alcoholismo, el SIDA y los embarazos no deseados, aunque situados en el campo de la salud, no le son exclusivos, por lo que en los grupos de investigación en salud recibirá un enfoque multidimensional desde lo económico, político, educativo, psicológico, sociológico, antropológico, centrándonos en la cuestión de los valores y del cambio de actitudes y conductas para la mejora de la situación. De este modo Freire (1973) considera que los temas que fueran captados dentro de una totalidad, jamás serán tratados esquemáticamente "sería una lástima si, después de investigada la riqueza de su interpretación con otros aspectos de la

realidad, al ser "tratados" perdieran esta riqueza, vaciando su fuerza en la estrechez de los "especialismos" (Freire, 1973:152).

Una vez realizada la delimitación temática, los miembros del equipo en salud deberán realizar una selección de los temas en salud en un proceso que implica una reducción de los temas fundamentales que, constituyéndose en unidades de aprendizaje y estableciendo una secuencia entre sí, darán una visión general del tema en salud que preocupa a la comunidad estudiada.

En la discusión de la selección y reducción del tema en salud y elaboración del proyecto, se van anotando las sugerencias de los miembros del equipo y profesionales asesores externos a la experiencia, estos pequeños ensayos, a los que se adjuntan sugerencias bibliográficas, son valiosos para la formación de los educadores-educandos que trabajarán en lo que nosotros denominamos "*grupos de educación popular en salud*", que Freire (1973) originariamente en su experiencia de post-alfabetización dio a llamar "círculos de cultura"<sup>73</sup>.

Definimos al *grupo de educación en salud* como el espacio en el que se aprenden temáticas sanitarias con "reciprocidad de conciencias", en él hay un psicopedagogo coordinador y un equipo en salud que tienen por función dar las informaciones solicitadas por los respectivos participantes y propiciar condiciones favorables a la dinámica del grupo, reduciendo al mínimo su intervención directa en el curso del diálogo y en el marco de este propiciar en los miembros del grupo la reelaboración de su realidad en salud.

En el trabajo de selección y reducción de temas en salud, el equipo reconocerá la necesidad de introducir algunos temas fundamentales vinculados, aunque estos no fueran sugeridos por el grupo comunitario durante la investigación. Según Freire (1973) la introducción de estos temas, cuya necesidad ha sido comprobada, corresponde a la dialogicidad de la educación, si la programación educativa es dialógica, esto significa el derecho que también tienen los educadores-educandos de participar de ella, incluyendo temas no sugeridos.

---

<sup>73</sup> Freire (1973:12-20) entiende que el *círculo de cultura* es el lugar en el que se aprende con "reciprocidad de conciencias", no hay profesor sino coordinador que tiene por función dar las informaciones solicitadas por los respectivos participantes y propiciar condiciones favorables a la dinámica del grupo, reduciendo al mínimo su intervención directa en el curso del diálogo. El círculo de cultura en el método pedagógico de Paulo Freire, revive la vida en profundidad crítica. La conciencia emerge del mundo vivido, lo objetiva, lo problematiza, lo comprende como proyecto humano. En diálogo circular, intersubjetivándose más y más, va asumiendo críticamente el dinamismo de su subjetividad creadora. Todos juntos en círculo, y en colaboración, reelaboran el mundo, y al reconstruirlo perciben que, aunque construido también por ellos, ese mundo no es verdaderamente de ellos y para ellos. Humanizado por ellos, ese mundo los humaniza.



Éstos por su función se denominan “temas bisagra” ya que facilitan la comprensión entre dos temas en el conjunto de una unidad programática y encierran en sí las relaciones a ser percibidas entre el contenido general de la programación y la visión del mundo que esté teniendo el grupo (Freire, 1973:153). Creemos que estos temas bisagra sugeridos por los miembros del equipo en salud vinculan a la concepción general de un tema determinado en salud que el grupo esté teniendo, al resto del programa educativo en salud, de manera que entendemos que estos temas aclaran a través de su comprensión otros, con el tema central que se esté tratando.

Una vez realizada la selección de la temática en salud investigada, la etapa que sigue es la de su codificación, esto significa escoger el mejor canal de comunicación para un tema en salud determinado, y así realizar su representación. Como decíamos anteriormente una codificación puede ser simple o compuesta. La elección del canal visual, pictórico, gráfico o simultaneidad de canales depende no solo de la materia a codificar sino también de los individuos a quienes se dirige. Si estos tienen o no experiencia de lectura.

Elaborado el programa en salud, se confecciona el material didáctico que puede estar constituido por fotografías, diapositivas, filminas, carteles, textos de lectura, etc.

En la confección de este material, el equipo en salud puede elegir algunos temas, o aspectos de ellos y solicitar la presencia de un especialista en la zona comunitaria, o bien realizar una entrevista grabada a estos especialistas sobre ciertos temas que den su visión y explicación del mismo. En este sentido el equipo elegiría a los especialistas y les comentaría de su trabajo invitándoles a dar su contribución en términos de una entrevista en lenguaje accesible, se podría sacar una fotografía del especialista cuando habla, y en el momento de la presentación de la entrevista, se introduciría al grupo acerca de quién es el profesional, lo que hizo, lo que hace, lo que ha escrito.

Luego mantener una charla con un especialista o de escuchar una entrevista su contenido será discutido. Si el debate fue realizado en torno a una entrevista escuchada sin la presencia del profesional en la zona comunitaria, creemos pertinente que una vez realizado el debate, el equipo de investigación podría comentar al especialista la reacción del pueblo frente a su palabra. De esta manera “se estaría vinculando intelectuales, muchas veces de buena voluntad, pero las más de las veces alienados de la realidad popular, y se estaría también proporcionando al pueblo la posibilidad de conocer y criticar el pensamiento del intelectual” (Freire, 1973:155).

Algunos recursos didácticos que se pueden utilizar para la presentación de los

temas en salud son, dramatizaciones sobre situaciones sanitarias, lo que funcionaría como una situación problematizadora, a la que seguirá la discusión de su contenido. Otro recurso sería la lectura y discusión de artículos de revistas, diarios, capítulos de libros vinculados a la salud, comenzando por artículos simples y breves. Previo al inicio de la lectura se hablaría de su autor, y posteriormente se realizaría el debate en torno al contenido.

Respecto de la lectura de artículos creemos indispensable un análisis de los artículos de las editoriales en prensa, a propósito de un mismo acontecimiento, preguntarnos en grupo ¿Por qué razón los diarios se manifiestan en forma tan diferente sobre un mismo hecho? Con la finalidad de que el grupo comunitario desarrolle su espíritu crítico al leer los diarios o al oír el noticiero de las emisoras de radio o televisión, ya no lo haga pasivamente como objeto de los comunicados que le prescriben, sino como una conciencia que necesita liberarse.

Una vez preparado el material, el equipo en salud estará preparado para devolvérselo al grupo de manera sistematizada y ampliada. En esta instancia psicopedagogos y miembros del equipo comenzaran a intervenir como educadores y su primer trabajo será la presentación del plan general de educación en salud, del cual se pretende que el grupo comunitario se identifique y no se sienta como un extraño, ya que en él se inicia.

En esta tarea se explicará la presencia en el programa de los temas en salud sugeridos por ellos y cuál es su significado; por ejemplo un tema sugerido puede ser el concepto de salud-enfermedad, lo que se busca es el debate del concepto. En la medida en que discuten la propia realidad de salud-enfermedad se van explicitando distintas cuestiones en la que están implícitos varios temas además del central. De esta manera los miembros del grupo van refiriéndose a otros aspectos de la realidad en salud, que empieza a ser descubierta en una visión crecientemente crítica.

Después de transcurrido un tiempo de encuentros y relaciones con los participantes de los "grupos de educación popular en salud" se podría preguntarles directamente qué otros temas o asuntos se podrían incorporar y discutir, y, en la medida que fueran respondiendo los psicopedagogos los van proponiendo al grupo también como un problema.

Es probable que con la problematización de la sugerencia del grupo surjan nuevos temas. Así en la medida en que todos van manifestándose, el psicopedagogo y equipo en salud irá problematizando y cuestionando las sugerencias que nacen del grupo. En este sentido lo importante de esta "educación liberadora...el que, en

cualquiera de los casos, los hombres se sientan sujetos de su pensar, discutiendo su pensar, su propia visión del mundo, manifestada, implícita o explícitamente en sus sugerencias y en las de sus compañeros (Freire, 1973).

Freire (1973) plantea que esta visión de la educación parte de la convicción de que no puede ni siquiera presentar su programa, sino que debe buscarlo dialógicamente con el grupo comunitario, lo que se inscribe necesariamente como una introducción a la *Pedagogía del Oprimido*<sup>74</sup>, de cuya elaboración él debe participar.

*Recapitulando*: a partir del desarrollo del método de *investigación temática en salud* creemos en su pertinencia como modalidad de abordaje e intervención psicopedagógica en salud comunitaria por el hecho de trabajar con grupos cuyas problemáticas están orientadas al cuidado y preservación de su salud. Creemos que este método permitirá el conocimiento en profundidad de la comunidad con que se va a trabajar y de sus temas en salud lo que facilitará posteriores intervenciones psicopedagógicas en educación problematizadora en salud.

En este sentido desde una concepción participante e integral de política en salud, requiere un previo análisis de la salud de las comunidades, orientado a saber cuál es su génesis y cuál es la evolución de las mismas, como así también el de deducir de qué forma se preserva, se promueve y se cuida la salud. Para ello es imprescindible el respeto hacia la "naturaleza humana" por lo cual es necesario tener en cuenta que la salud de una persona tiene relación con los que la rodean (familia, amigos, vecinos, colegas, grupos de pertenencia) su contexto físico externo (geografía, país, región, clima etc.) su situación económica, posición social que ocupa, el contexto sociocultural (normas, valores, religión, cultos populares, creencias etc.) y su historia personal. Además la actitud de una persona hacia el tema de salud y de la enfermedad está determinada por los valores de su comunidad.

En virtud de lo considerado en este apartado, desde el punto de vista metodológico, la investigación temática en salud se caracteriza:

---

<sup>74</sup> Freire (1973: 40-53) en su obra *Pedagogía del oprimido* plantea que la misma es una pedagogía que debe ser elaborada con él y no para él en tanto hombres o pueblos en lucha permanente de recuperación de su humanidad. Pedagogía que hace de la opresión y de sus causas el objeto de reflexión de los oprimidos, de lo que resultará el compromiso necesario para su lucha por la liberación en la cual esta pedagogía se hará y rehará. La *pedagogía del oprimido* es un instrumento para el descubrimiento crítico: el de los oprimidos por sí mismos y el de los opresores por los oprimidos, como manifestación de la deshumanización. La *pedagogía del oprimido* busca la restauración de la intersubjetividad y aparece como una pedagogía del hombre. Sólo ella animada por una auténtica generosidad, humanista y no "humanitarista" puede alcanzar este objetivo. La *pedagogía del oprimido* como pedagogía humanista y liberadora, tendrá dos momentos distintos aunque interrelacionados, el primero, en el cual los oprimidos van desvelando el mundo de la opresión y se van comprometiendo en la praxis con su transformación, y el segundo, en que una vez transformada la realidad opresora, esta pedagogía deja de ser del oprimido y pasa a ser la pedagogía de los hombres en proceso de permanente liberación.

- Desde su inicio se basa en una relación empática del psicopedagogo y el equipo para con los pobladores miembros del grupo.
- Tiene una dimensión fundamental la presencia crítica de los representantes del grupo comunitario desde su comienzo hasta su fase final.
- La importancia del análisis de la temática en salud encontrada que se prolonga en la organización del contenido de la acción educativa en salud como acción cultural liberadora.

Esta propuesta de intervención psicopedagógica en salud comunitaria atiende al estudio de la propia cultura y temáticas en salud de las comunidades mediante la investigación temática, para, a partir de ello proponer una educación popular crítica, liberadora y emancipadora en salud basada en la plena participación de las personas para mejorar su calidad de vida. Tomamos como eje de nuestra propuesta el método de investigación temática en salud, el cual se desarrollará en una y con una comunidad determinada, y estará orientado a la participación popular, a rescatar el saber del pueblo, de la comunidad, teniendo en cuenta las alternativas de cada región, sus posibilidades, recursos e innovaciones para así poder luego planificar una atinada educación en salud, temática que desarrollaremos en lo que sigue.

## **2. Investigación temática y educación en salud: momentos de un mismo proceso.**

### **La intervención psicopedagógica como modalidad educativa**

Luego de realizar la investigación temática en salud y de elaborado el proyecto en educación para la salud, que surgió de la misma, continuamos con la etapa de la estrategia de *intervención psicopedagógica como modalidad educativa*: Educación problematizadora en salud. Creemos en ella como estrategia psicopedagógica fundamental en el plano de la salud comunitaria.

La educación en salud se constituye en un medio para lograr la concientización en salud de los grupos comunitarios, lo que significa que se establece como la posibilidad del cambio en salud, que puede iniciarse con una participación comunitaria y puede derivar en una propuesta popular para la modificación de las políticas municipales o comunitarias en salud.

De manera que creemos en el valor de la educación en salud, ya que prevenir es aprender, y el aprendizaje y los sujetos en él involucrados constituyen el objeto de estudio de la psicopedagogía.

No obstante vale aclarar que no cualquier enfoque en educación y modelo pedagógico que lo sustente va a ser atinado para trabajar en salud comunitaria.



Paralelamente reconocemos la dificultad que entraña definir a la educación en o para la salud, si bien nos ubicamos en una perspectiva educativa crítica creemos necesario analizar, aunque de manera somera, cuales son los enfoques que han permanecido o que aun siguen vigentes en educación para la salud.

Con este propósito iniciaremos este apartado planteando distintas propuestas o enfoques de educación para la salud, intentando advertir cuál de ellos es el más pertinente a los fines de nuestro trabajo, planteando algunas definiciones centrales de educación para la salud, y así finalmente desarrollar nuestra perspectiva de educación popular y problematizadora en salud.

## **2.1 Propuestas y enfoques en educación para la salud**

Videla (1991) considera las propuestas de educación para la salud del Consejo de Educación de Adultos de América Latina (CEAAL), las que son susceptibles de ser enlazadas con la clasificación que hace Stolkiner (en Videla 1991:153) de los enfoques y concepciones políticas en salud<sup>75</sup>.

Siguiendo ese lineamiento, en la segunda parte de este trabajo intentamos analizar las posibles relaciones entre las políticas en salud y los modelos de intervención psicopedagógicos vinculados de acuerdo a principios ideológicos y bases epistemológicas. Ello nos permitió inferir ciertas vinculaciones entre: la política en salud liberal y el modelo psicopedagógico clínico-asistencial, ambos de raigambre liberal-positivista; la política en salud desarrollista y el modelo psicopedagógico educacional-constructivista, los dos con una visión más pluralista pero centrados en una concepción liberal; y finalmente, la política en salud participante e integral relacionada con un enfoque psicopedagógico comunitario, ambos unidos en el esfuerzo de considerar la realidad social sobre la que se intenta trabajar en salud.

A continuación analizaremos los enfoques de educación para la salud que plantea la CEAAL y cómo se enlazan con las concepciones de políticas en salud. Lo que análogamente nos permitirá inferir con qué tipo de educación en salud se vincularán los distintos modelos de intervención psicopedagógica, y en consecuencia con qué modelo educativo se vincularía nuestro enfoque psicopedagógico en comunidad. Cuestiones que trataremos de inferir en lo que sigue.

---

<sup>75</sup> Planteos ya desarrollados en este trabajo en el capítulo II, punto 2.4 *Políticas actuales en salud*.



*(a) Una política liberal en salud se vincularía con un modelo educativo de orientación normativa*

En esta perspectiva se consideran todos los desarrollos teóricos y prácticos que conciben al educar como inculcar o imponer la manera supuestamente adecuada para cuidar la salud y prevenir enfermedades. Se pretende transmitir un contenido, una forma de pensar y actuar supuestamente correcta por medio de la exposición de un educador, el cual determina, define, ordena, regula, pone en marcha y evalúa las actividades docentes. El material educativo que se suele utilizar es un objeto preestablecido y rígido. El grupo es un consumidor de conceptos, destinatario pasivo y receptor.

Autores como Sánchez Moreno (1998, en Pastorino 2006) denominan a este enfoque en educación para la salud como *informativo* o *prescriptivo* que surge a principios del siglo XX como una rama específica de la salud pública inicialmente llamada educación sanitaria. Está basado en la transmisión de conocimientos con intención normativa y preceptiva, donde el educador tiene la iniciativa para que los destinatarios de la educación aprendan las normas, de higiene o conducta precisas para preservar la salud, es él quien determina unilateralmente los objetivos y contenidos educativos, quedando reducida la participación de los educandos a aprender lo que se les presenta como saludable.

Marchall (en Videla 1991:162) plantea que la intencionalidad de esta educación para la salud es la normatización, se trata de implantar un producto ajeno o impuesto a una comunidad que lo recibe y acepta pasivamente. Entre el discurso de los técnicos y el discurso de la gente hay un abismo. Esto es característico de los programas con orientación liberal y autoritaria.

Considerando la intervención psicopedagógica, analizábamos cómo la política liberal en salud se vinculaba con un modelo de intervención clínico-asistencial ya que esta política, al plantear la salud como responsabilidad individual y basarse en un modelo médico hegemónico biólogo, individualista y ahistórico se enlaza con este modelo psicopedagógico que se ocupa, en una acción muy centrada en el individuo, de trastornos evolutivos y comportamentales fundamentado en una perspectiva psiquiátrica, asumiendo tareas de diagnóstico, de consejo individual, terapia y reeducación.

En la misma línea se podría inferir que el modelo de intervención psicopedagógica clínico-asistencial basado en salud en una concepción liberal utilizaría en el marco de

proyectos de educación para la salud, un modelo de orientación normativa caracterizado por inculcar o imponer la manera supuestamente adecuada para cuidar la salud y prevenir enfermedades transmitiendo un contenido, una forma de pensar y actuar supuestamente correcta por medio de la exposición, independientemente del contexto sociocultural que lo condiciona y las causas políticas que lo determinan.

Desde nuestra propuesta de trabajo entendemos a este modelo de educación para la salud como *concepción bancaria de la educación* (Freire, 1973), la que consideramos desacertada para cualquier proyecto educativo que implique educación para la salud en contextos comunitarios:

“Esta educación se caracteriza por ser normativa, discursiva y disertante. En ella el educador es un agente cuya tarea es llenar a los educandos con los contenidos de su narración, estos contenidos son retazos desvinculados de la realidad, así la educación es un acto de depositar en el cual los educandos son los depositarios y el educador quien deposita, el saber es una donación de aquellos que se juzgan sabios a los que juzgan ignorantes” (Freire 1973:76-79).

*(b) Una política desarrollista en salud se vincularía con un modelo educativo de orientación personalizada centrada en el aprendizaje individual*

Este modelo de educación para la salud privilegia la toma de conciencia a través de pequeños grupos que ponen en coincidencia compartida sus vivencias, experiencias y necesidades. Se reconoce a todos como portadores del saber y se trata de liberar sus potencialidades individuales, desencadenar las motivaciones y disposiciones de los sujetos tendiendo hacia su propio desarrollo.

El educador es casi un facilitador que debe favorecer la expresión de las necesidades e intereses de las personas como individuos y como colectividades. El proceso educativo es un proceso de autovaloración que apoya el desarrollo de las capacidades del individuo, para ello se utiliza el juego, el teatro o representaciones, las tareas gráficas y otras porque el objetivo es darle un carácter activo que favorezca la creación e innovación de las personas.

Esta es una forma metodológica que en cierta forma supera la concepción anterior permitiendo un compromiso personal con el saber y la práctica.

Sánchez Moreno (1998, en Pastorino 2006) denomina a este enfoque en educación para la salud cómo *basado en el comportamiento*, surge a mediados del siglo XX y se fundamenta en diversas teorías sobre las conductas en salud provenientes de la psicología. Este enfoque intenta conseguir comportamientos saludables y enfatiza en el análisis de motivaciones y resistencias, así como también

instrumentos persuasivos para que las personas modifiquen hábitos personales. Acentúa la responsabilidad del educador en definir estas conductas en función de los valores sociales dominantes, de manera que los cambios comportamentales están vinculados a la consecución del ajuste individual para su adaptación social.

Marchall (en Videla 1991:162) plantea que la intencionalidad de este modelo educativo en salud es la producción desde el saber, donde la vertiente antropológica en salud supera abismos anteriores, ya que produce mensajes basados en un conocimiento previo de la cultura regional, sus creencias y sistemas de organización.

Considerando la intervención psicopedagógica, analizábamos cómo la política desarrollista en salud se relacionaría con un modelo psicopedagógico educacional-constructivista. Dicha política en salud se enmarcaba en una medicina social pluricausalista que seguía manteniendo el criterio tecnocrático liberal, donde la salud aparecía como cuestión de profesionales, especialistas o técnicos. Análogamente el modelo de intervención psicopedagógica educacional-constructivista, si bien amplia el foco de intervención respecto del modelo clínico, teniendo en cuenta al niño, la institución, la familia y el contexto, sigue manteniendo un mismo criterio tecnocrático al entender al psicopedagogo como consultor experto o especialista, que es contratado para proporcionar un servicio determinado, o para resolver un problema concreto.

Siguiendo esta lógica podríamos inferir que un modelo de intervención psicopedagógica constructivista basado en una concepción desarrollista en salud emplearía, en el marco de proyectos de educación para la salud, un modelo educativo de orientación personalizada centrada en el aprendizaje individual que privilegie la toma de conciencia en grupos pequeños reconociendo a todos como portadores del saber tendiendo hacia el desarrollo de los sujetos.

*(c) Una política participante- integral en salud se vincularía con un modelo de educación para la salud de orientación social y cultural.*

Videla (1991) plantea que este modelo de educación en salud plantea como destino de su metodología la formación para la transformación de las relaciones sociales, como lo es propuesta de Pichon Rivière y Freire; como venimos desarrollando en nuestro trabajo los planteos educativos de este autor se convierten en punto de partida y de llegada como referente constante.

El camino a seguir desde este modelo educativo es comprender las condiciones concretas en las que se desenvuelve la vida de los grupos participantes, tratar de reflexionar sobre estas e intentar su transformación. Así lo educativo deja lo puramente

reflexivo y se sitúa en el área de la acción social. La dupla interactuante es educación-cambio. Poder cambiar implica conocer y el conocer es una herramienta necesaria para la transformación de la realidad.

Desde este modelo se utilizan materiales educativos que permitan expresar vivencias, experiencias e ideas para reflexionar en forma compartida y luego abrir el campo de acción necesario. La idea es combinar la intención de sensibilizar, informar, crear opinión, y a la vez, recoger una historia, una tradición, para sintetizarla en una acción, en un camino de transformación de la realidad.

Sánchez Moreno (1998, en Pastorino 2006) denomina a este enfoque de educación para la salud como *participativo*, que comienza a adquirir relevancia con la Declaración de Alma Ata, producto de la reunión organizada por la OMS en 1978 y por la Carta de Ottawa, surgida de la primera Promoción de la salud realizada en 1986. Este enfoque se preocupa por la interacción dialéctica entre las personas y su realidad así como el desarrollo de habilidades y de la conciencia social. Subyace a este modelo una concepción positiva de salud ligada al bienestar personal y social.

Desde esta línea Marchall (en Videla 1991:162) plantea que la educación para la salud tiene la intencionalidad de la producción desde la participación, esta es una forma de abordaje compartida con las mismas organizaciones de base de la población. Se producen acciones y materiales para las demandas reales de la gente y por medio de su plena participación.

Aquí la educación se propone introducir modificaciones en la salud del pueblo, su metodología se basa en la plena participación organizada para superar las dificultades que impiden mejor calidad de vida.

*Recapitulando:* De esta manera advertimos cómo dentro del desarrollo histórico de la educación para la salud, recién en 1978 con la Declaración de Alma-Ata en la Conferencia "Salud para todos en el año 2000"<sup>76</sup>, organizada por la OMS en la Unión Soviética se constituye un hito de la educación sanitaria, al promover la autorresponsabilidad individual y comunitaria adoptando una definición más amplia de salud.

---

<sup>76</sup> Morales Calatayud, vicerrector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, considera que "salud para todos en el año 2000" es una expresión voluntarista y sintética que ha estado acompañándonos durante dos décadas, en una triste realidad donde la mayoría de los seres humanos arribarán al tercer milenio padeciendo limitaciones en su bienestar. Tan ambiciosa y legítima meta habría requerido para ser alcanzada, la transformación, no sólo de los servicios y sistemas de salud, sino también de los complejos entramados económicos, sociales e institucionales que afectan cotidianamente la vida de todos. Paralelamente esta meta exigía y exige un profundo cambio en la conceptualización de los problemas, la orientación de las disciplinas, los métodos, así necesarios cambios en los perfiles y prácticas profesionales. Pero su planteo no es pesimista ya que continua "que una meta no se alcance no puede significar que no continuemos luchando por ella" (Morales Calatayud, en Saforcada y Colab.2001:12).

Posteriormente, en 1981 se realizó la Primera Conferencia Interamericana de Educación para la Salud en Puerto Rico, donde se consideró que:

“La *educación para la salud* es un recurso científico y tecnológico que permite, por una parte identificar las necesidades individuales y grupales en el campo de los conocimientos, las actitudes y las conductas, relacionadas con la salud; y por otra proporciona técnicas y procedimientos para resolver esas necesidades” (OMS, N° 690, de 1983 en Videla, 1991:159. La cursiva es nuestra).

Un año después, en 1982 se desarrolló la 32.a reunión del Comité Regional de la Organización Mundial para la Salud para las Américas, donde se consideró que:

“La *educación para la salud* es la traducción del conocimiento sobre salud en hábitos y comportamientos positivos que tienden a promover la salud del individuo la familia y la comunidad” (Videla 1991:159. La cursiva es nuestra).

“La *educación comunitaria en salud* es la serie de métodos, medios y técnicas dirigidos a obtener la amplia y decidida participación de los miembros de la comunidad para actuar en beneficio de su propia salud, la de su familia y la de su colectividad involucrándose desde la identificación de sus problemas y selección de sus prioridades hasta la ejecución y evaluación de las actividades y programas que conducen a un más alto grado de salud y satisfacción de niveles básicos de bienestar” (Videla 1991:159. La cursiva es nuestra).

Estos enfoques requieren un análisis previo de la salud de las comunidades, orientado a conocer sus génesis desde un enfoque epidemiológico, cuál es la evolución de las mismas, y al mismo tiempo inferir las posibilidades que tiene esa comunidad de preservar, promover y cuidar su salud. Son aspectos vinculados a la investigación temática en salud que realizamos desde nuestra propuesta, previo al desarrollo del plan de educación en salud. Enmarcados en estas perspectivas participativas a continuación desarrollaremos nuestra concepción de “educación problematizadora en salud”.

## **2.2 La educación problematizadora en salud**

Esta propuesta de trabajo psicopedagógico en salud comunitaria toma la *educación crítica y popular* de Freire como una convocatoria para la organización de las poblaciones mediante el desarrollo de una conciencia crítica y para la implementación de programas y actividades populares en salud, diseñadas, a través del método de investigación temática en salud, por la misma gente y de acuerdo a sus propios intereses y necesidades.

Desde esta perspectiva se propone una educación crítica y liberadora tendiente a renovar metodologías, técnicas y estrategias para facilitar la participación de los individuos, y lograr establecer relaciones sociales democráticas con el objetivo



constante y permanente de revalorar la propia cultura de cada pueblo, apareciendo la educación como estrategia de atención primaria de la salud. Creemos con Freire (1973) que la educación problematizadora es una:

“Educación que es de carácter auténticamente reflexivo. ... se afirma en la dialoguicidad... y el educador en tanto educa es educado a través del dialogo con el educando, quien al ser educado también educa... esta educación en la medida que sirve a la liberación se fundamenta en la creatividad y estímulo, la reflexión y la acción verdadera del hombre sobre la realidad... la importancia de esta educación en tanto quehacer humanista y liberador radica en que los hombres sometidos a la dominación luchen por su emancipación” (Freire 1973: 92-96).

Coincidiendo con Videla (1991:162) creemos que “la educación es la columna vertebral de todos los programas de salud”, y más aun cuando consideramos una “educación problematizadora de carácter auténticamente reflexivo, que implica un acto permanente de desvelamiento de la realidad que busca la emersión de las conciencias, de las que resulta su inserción crítica en la realidad” (Freire 1973:92).

Pensamos que esta educación problematizadora en salud permitirá a las personas, vecinos y comunidades barriales salirse o moverse del posible lugar imaginario de sometimiento a una autoridad en salud, que suponemos, normatiza sus vidas, y favorecer la asunción del cuidado y preservación de su salud, desempeñando un rol activo y crítico en la protección de su propia vida.

En virtud de estas consideraciones nuestra propuesta psicopedagógica entiende a la educación<sup>77</sup> como plantea Freire a lo largo de su obra, por lo que aspiramos a una re-creación de su concepción de la educación en el plano de la salud comunitaria.

---

<sup>77</sup> Freire a lo largo de su producción literaria ha entendido a la educación desde una concepción crítica, problematizadora y liberadora, y la ha ido definiendo y profundizando. De esta manera Freire (1974) entiende que la educación es la “acción que debe facilitar la reflexión sobre el propio poder de reflexionar del hombre... debe posibilitar al hombre para la discusión valiente de su problemática, que lo advierta de los peligros de su tiempo para que, consciente de ellos, gane la fuerza y el valor para luchar... Se trata de una educación que lo coloque en dialogo constante con el otro, que lo predisponga a constantes revisiones, a análisis críticos de sus descubrimientos, a una cierta rebeldía, en el sentido más humano de la expresión... La educación debería ser un intento constante de cambiar de actitud, de crear disposiciones democráticas a través de las cuales el hombre sustituye hábitos antiguos y culturales de pasividad por nuevos hábitos de participación e injerencia. ... La educación debe ser capaz de colaborar con el hombre en la organización reflexiva de su pensamiento. Debe poner a disposición del hombre medios con los cuales sea capaz de superar la captación mágica o ingenua de su realidad y así adquirir una predominantemente crítica. La educación debe identificarse con las condiciones de la realidad. Integrarse al tiempo, al espacio y ayudar al hombre a reflexionar sobre su ontológica vocación de sujeto, se trata de una educación instrumental.”

Freire (1990) considera que la “educación es el ideal referente de cambio al servicio de una nueva clase de sociedad. En tanto ideal la educación “habla” de una forma de política cultural que trasciende los límites teóricos de cualquier doctrina política específica, al tiempo que vincula la teoría y la práctica social a los aspectos más profundos de la emancipación. Como referente de cambio, representa tanto un tipo particular de compromiso con la sociedad dominante, como un lugar dentro de la misma. La educación incluye y trasciende la noción de escolaridad. Representa tanto una lucha por el sentido, como una lucha respecto de las relaciones de poder. Su dinámica se forja en relación dialéctica que existe entre los

Con relación a ello, desde esta perspectiva, entendemos que una educación problematizadora en salud, es la acción que debe facilitar la reflexión sobre los propios comportamientos y hábitos que tiene el hombre en el plano de la salud, al tiempo que debe posibilitarlo para la discusión sobre su situación problemática en salud. Se trata de una educación que le permita el dialogo constante con los miembros del grupo, con el psicopedagogo y miembros del equipo, que lo predisponga a constantes revisiones y a análisis críticos de sus descubrimientos.

La educación en salud debería ser un intento constante de cambiar de actitud y de crear disposiciones democráticas a través de las cuales el hombre sustituya hábitos antiguos y pasivos en salud por hábitos nuevos de participación e injerencia en su problemática sanitaria.

Como estrategia de intervención psicopedagógica en la comunidad la educación en salud debe ser capaz de colaborar con el hombre en la organización reflexiva de sus pensamientos en torno a esta problemática, debe poner a disposición del hombre medios con los cuales sea capaz de superar la captación ingenua de su realidad y así adquirir una predominantemente crítica y debe optimizar las condiciones en torno a las cuales deben darse los procesos de aprendizaje en salud.

Procuramos que la educación problematizadora en salud se identifique con las condiciones de la realidad, el tiempo y el espacio del grupo comunitario, por ello

---

individuos y los grupos que viven sus vidas en el marco de condiciones históricas y restricciones estructurales específicas, y aquellas formas culturales e ideologías que dan lugar a las contradicciones y luchas que definen la realidad de sociedades diversas. La *educación* es aquel terreno en que el poder y la política adquieren una expresión fundamental ya que es allí donde el significado, el deseo, el idioma y los valores se vinculan con y responden a las más profundas creencias sobre la naturaleza misma de lo que significa ser humano, soñar y señalar y luchar por una forma concreta de vida futura. En tanto referente de cambio, la *educación* representa una forma de acción que emerge de la unión de los lenguajes de la crítica y de la posibilidad, Representa la necesidad que sienten los educadores de establecer un apasionado compromiso por lograr que lo político se convierta en algo más pedagógico, es decir, para que la reflexión y la acción críticas se conviertan en parte fundamental de un proyecto social que no sólo implica formas de opresión sino también desarrolla una profunda y obediente fe en la lucha por humanizar la vida en sí".

Por último Freire (1997) entiende que la "educación es forma de intervención en el mundo. Intervención que más allá del conocimiento de los contenidos bien o mal enseñados y/o aprendidos implica tanto el esfuerzo de reproducción de la ideología dominante como su desenmascaramiento. La *educación*, dialéctica y contradictoria, no podría ser sólo una u otra de esas cosas. Ni mera reproductora ni mera desenmascaradora de la ideología dominante. La *educación* nunca fue, es o puede ser neutra, indiferente a las hipótesis de la reproducción de la ideología dominante o su refutación. La *educación* como especificidad humana, como acto de intervención en el mundo se refiere tanto a la que procura cambios radicales en la sociedad, en el campo de la economía, de las relaciones humanas, de la propiedad, del derecho al trabajo, a la tierra, a la educación, a la salud, cuanto a la que, por el contrario, pretende reaccionariamente inmovilizar la historia y mantener el orden injusto".

partimos de la modalidad investigativa de intervención psicopedagógica, para así desarrollar una atinada educación en salud.

En este sentido, las características de la educación en salud que planteamos están orientadas a que esta sea: liberadora, problematizadora y crítica. Analicemos cada una de ellas.

- La *educación en salud será liberadora* en la medida que invita a los participantes y vecinos a reconocer y descubrir críticamente su realidad sanitaria. Es un acto de conocimiento y de acción transformadora que se ejerce sobre la realidad sanitaria. Desde esta educación se intenta promover en los vecinos y personas participantes la liberación de la opresión que les causa su realidad objetiva de salud en el marco del sistema de salud local, provincial y nacional. De manera que la educación liberadora en salud es una educación política.
- La *educación en salud será problematizadora* en la medida que sea reflexiva e implique un descubrimiento de la realidad sanitaria, a través de la problematización donde los vecinos participantes paulatinamente irán desarrollando un poder de captación y comprensión de su situación en salud como una realidad en transformación, en proceso. Hará un esfuerzo para que los hombres perciban críticamente como están siendo en la situación sanitaria en que y con qué están. Basada en el diálogo como elemento indispensable, esta educación se fundamenta en la creatividad y estimula la reflexión y la acción de los hombres sobre su realidad. Parte del carácter histórico de los mismos al no aceptar un presente y un futuro preestablecido, y entendiendo el presente dinámico, de manera esperanzada pretende cambiar su realidad en calidad de vida.
- La *educación en salud será crítica* en la medida que intente y estimule el paso de una comprensión ingenua a una comprensión crítica, ampliando y profundizando la capacidad de los vecinos participantes de captar los desafíos que se le presenten en materia de salud.

A partir de las características mencionadas y de lo analizado en este apartado, esta propuesta psicopedagógica se ubica en la concepción, enfoque o *modelo de educación para la salud con inserción social y cultural* (Videla, 1991:161) fundamentado en la teoría educativa y pedagógica de Freire.

En este sentido, consideramos que algunos elementos metodológicos que podrían resultar fundamentales para considerar en la práctica de dicha educación son:

la comunicación, la comprensión del contexto, el trabajo de concientización y el ejercicio de la curiosidad. A continuación analizaremos brevemente cada uno de ellos.

La *comunicación*<sup>78</sup> es un elemento indispensable para llevar a cabo una educación con las características mencionadas, mediatizada por él dialogo<sup>79</sup> será posible. En este sentido es fundamental él dialogo entre psicopedagogos, otros profesionales y miembros del grupo desde una relación democrática, por lo que estará orientado siempre a conservar la identidad y el respeto fundamental de los sujetos involucrados en él.

Se tratará de un dialogo con dos características: *un dialogo pedagógico* que se desarrollará en el marco de la educación en salud e implicará temas determinados alrededor de los cuales se reflexionara en las conversaciones y debates; y al mismo tiempo será un *dialogo psicopedagógico*, al intentar promover a través de él la construcción, realización y optimización de un aprendizaje críticos, social, participativo y compartido, sobre temáticas en salud. Cuestiones que implicaran la reflexión constante del psicopedagogo en los procesos vinculados al logro de aprendizajes y vinculado a la construcción de conocimientos, una vigilancia epistemológica permanente sobre su propio accionar, por lo que no deberá perder la orientación del dialogo en esa dirección en el transcurso de los encuentros.

Iglesias (1997) considera que en lo pedagógico la relación dialógica es la esencia del acto de enseñar y aprender. El diálogo está pensado como una relación

---

<sup>78</sup> Freire (1973) entiende la comunicación como la acción que surge del encuentro y del reencuentro de todas las personas en el mismo mundo común y, de la coincidencia de las intenciones que los objetivan.

<sup>79</sup> Freire ofrece una definición de dialogo que se va enriqueciendo a lo largo de toda su producción literaria. En 1965 considera que el dialogo es una relación horizontal de A más B, nace de una matriz crítica y genera crítica. Se nutre del amor, de la humildad, de la esperanza, de la fe, de la confianza. Cuando los polos del dialogo se ligan con amor, esperanza y fe uno en el otro, se hacen críticos en la búsqueda de algo, se crea entonces, una relación de simpatía entre ambos. Sólo ahí hay comunicación. El diálogo es el camino indispensable para las cuestiones vitales, para el orden político y para todo nuestro ser. Él dialogo sólo tiene estímulo y significado en virtud de la creencia de que solamente llego a ser yo mismo cuando los demás también lleguen a ser ellos mismos. Implica la responsabilidad social y política del hombre sobre el mundo y con el mundo mismo, sobre sus desafíos y problemas lo que lo hace histórico". Posteriormente Freire (1970) plantea que él dialogo es un fenómeno humano que nos revela la palabra. Es el encuentro de los hombres, mediatizados por el mundo para pronunciarlo. El diálogo es una exigencia existencial y un acto creador. No hay diálogo sino hay un profundo amor al mundo y a los hombres. El amor es fundamento del diálogo, es diálogo. Si no amo el mundo, si no amo la vida, si no amo a los hombres, no me es posible el diálogo. Tampoco hay diálogo si no hay humildad, la pronunciación del mundo no puede ser un acto arrogante. El diálogo como encuentro de los hombres para la tarea común de saber y actuar se rompe si sus polos o uno de ellos pierde humildad. No hay diálogo, si no existe una intensa fe en los hombres. Al basarse en el amor, la humildad, la fe en los hombres, el diálogo, se transforma en una relación horizontal en la que la confianza de un polo en el otro es una consecuencia obvia. El diálogo como encuentro de los hombres para la pronunciación del mundo es una condición fundamental para su verdadera humanización.

horizontal entre las personas que están implicadas. Es un momento trascendente de respetar todos los saberes. No es denigrar la figura del que enseña o aprende, por el contrario al reconocer el saber de los alumnos, el profesor tiene la obligación de superarlo. Por su parte Montero (2006) reconoce el carácter dialógico del trabajo comunitario insistiendo en que, para lograrlo es necesario escuchar las propias voces de la comunidad, lo que implica no asumir una posición de quien juzga, premia o castiga las ideas de las personas, cuidar que la comunicación verbal no sea contradictoria a la no verbal, lo que implica ser sinceros y observar constantemente lo que ocurre.

Creemos que son estas las características que deben nutrir la comunicación en la relación con los vecinos o miembros de una comunidad en un encuentro fundido en el amor, humildad, esperanza, fe y confianza, únicos elementos que lo harán posible.

Respecto de la *comprensión del contexto*<sup>80</sup>, entendemos su papel central en la educación humanizadora, ya que permite la comprensión de la vida y experiencia social del grupo comunitario, al tiempo que posibilita la comunicación, el diálogo y abre la posibilidad de una nueva experiencia en salud.

La comprensión del contexto<sup>81</sup> es la comprensión, por parte de las personas participantes, de su vida, su experiencia social, sus usos, costumbres y acciones dentro de ella. Con nuestro trabajo psicopedagógico en comunidad se intentará provocar y estimular al grupo para el logro de una profunda y clara comprensión del contexto, problematizando y desnaturalizando lo que en él aparecía como obvio e incuestionable. Pensamos que esto posibilitará acciones nuevas y esperanzadoras en torno a la preservación de la salud.

Desde el grupo comunitario participante, entendemos que a partir de la comprensión del contexto podrán develar y conocer problemáticas sanitarias, su estado de salud-enfermedad, calidad de vida, necesidades y problemas y, en función de esa

---

<sup>80</sup> Freire (1997) entiende que la comprensión del contexto, es la comprensión de la vida social, experiencia social que posibilita el discurso nuevo. Tarea fundamental del educador progresista, que sensible a la lectura y relectura del grupo debe provocar a éste y estimular la generalización de la nueva forma de comprensión del contexto.

<sup>81</sup> En relación con la intervención psicopedagógica, en el concepto de comprensión del contexto, coincidimos con Iglesias (1997) quien considera que uno de los conceptos principales de Freire es que *No se puede leer el texto sin leer el contexto*. El autor plantea que todo proceso educacional debe partir de la realidad que envuelve al educando, gran parte de la obra de Freire se basa en este concepto y de él nace su famoso método de alfabetización, ya que al pensar la problemática de la alfabetización, Freire piensa inmediatamente en el contexto que rodea a los analfabetos y en la realidad de la concientización. ¿Cómo enseñar a leer y escribir con un vocabulario que poco tiene que ver con la vida de la gente?



comprensión, desde lo psicopedagógico, se podrán generar las condiciones para promover intervenciones promotoras de aprendizajes en salud potenciales para el desarrollo de una mejor calidad de vida.

Desde el equipo de investigación, la comprensión del contexto en el que vive el grupo comunitario, se iniciará en la etapa de la investigación temática en salud, y continuará en la etapa educativa, en la cual se seguirá conociendo el contexto y la comprensión que del mismo tienen los miembros del grupo.

Por todo lo dicho, se intentará estimular la lectura y comprensión crítica del contexto por parte del grupo para que sus miembros puedan ir construyendo un nuevo discurso esperanzador en torno a la temática sanitaria.

Entendemos a la *concientización/concienciación* como el proceso mediante el cual los miembros del grupo comunitario como sujetos de conocimiento, alcanzan una conciencia creciente de su realidad en salud como de su capacidad para transformar dicha realidad. Es un proyecto conjunto puesto que se desarrolla en grupo, con hombres que se encuentran con otros hombres unidos por su acción y su reflexión sobre su realidad sanitaria. La *concienciación* implica un proceso de denuncia de las estructuras injustas que generan desigualdad en el sistema de salud argentino, acompañada por la proclamación de una nueva realidad, que deben realizar los mismos vecinos.

En este sentido se apuntará a un trabajo de conocimiento con las personas que participan en los grupos para fomentar la toma de conciencia<sup>82</sup> de su propia situacionalidad sanitaria. A través de la educación problematizadora en salud intentaremos un trabajo de concienciación en: los *miembros del equipo de investigación*, pretendiendo un compromiso con el trabajo y con las relaciones que establezcan con la comunidad; los *miembros del grupo comunitario*, con quienes se

---

<sup>82</sup> Freire (1973:15-19) considera que la *conciencia* es la capacidad que el hombre tiene de distanciarse de las cosas para hacerlas presentes. Se proyecta intencionalmente, puede desprenderse del hombre, liberarse y objetivar, transubstanciando el mundo físico en mundo humano. La intencionalidad de la conciencia humana traspasa más allá de las cosas que alcanza, su intencionalidad trascendental le permite retroceder indefinidamente sus horizontes y dentro de ellos, sobrepasar los momentos y las situaciones que intentan retenerla y enclaustrarla. La conciencia se constituye como conciencia del mundo. El mundo y la conciencia se constituyen dialécticamente en mismo movimiento, en una misma historia. Liberada por la fuerza de su impulso, la conciencia puede volver reflexivamente sobre tales situaciones y momentos, para juzgarlos y juzgarse, por esto es capaz de crítica. Freire (1990: 87-166) entiende a la conciencia como la reflexión sobre la realidad material. Se constituye en la dialéctica de la objetivación del y la acción sobre el mundo. A medida que los hombres actúan sobre el mundo transformándolo con su trabajo, su conciencia se ve a su vez condicionada histórica y culturalmente. Según la calidad de este condicionamiento, la conciencia de los hombres alcanza varios niveles en el contexto de la realidad histórico-cultural, esta podrá ser ingenua-intransitiva, semi-intransitiva y crítica. La conciencia es una "intención" con respecto al mundo, transforma el conocimiento, actuando sobre y pensando a cerca de lo que nos permite alcanzar el estado de reflexión.

realizará este trabajo de concienciación, a quienes se intentará guiar y orientar, apuntando al logro de la concienciación<sup>83</sup>.

En este sentido el trabajo psicopedagógico estará orientado a que los vecinos tomen conciencia de que la salud es un derecho que tenemos como ciudadanos y es responsabilidad del Estado Nacional su cumplimiento. Algunos de los interrogantes que nos realizamos desde el equipo de investigación, y que problematizan a la hora de una toma de conciencia, e intentaremos transmitir al grupo, son: ¿porqué el Estado, el gobierno provincial y municipal descuidan a un sector que es tan importante para la población?, ¿Porqué se ha llegado a tal situación en la salud comunitaria?, ¿Cuáles son las causas y motivos que generan esta situación?, ¿Qué acciones pueden contribuir en la superación de esta situación?

Nuestra propuesta, intenta contestar esta última pregunta a través de una educación problematizadora como medio para la concientización sanitaria. Esta se debe orientar a superar un estado de conciencia ingenuo en salud, y mediante la intervención psicopedagógica, lograr la inserción crítica de los vecinos participantes en una realidad en salud liberada de mitos. De esta manera la concienciación representa un logro de la conciencia crítica<sup>84</sup> o el "máximo de conciencia en salud".

---

<sup>83</sup> Freire (1990: 85-169) entiende a la *concienciación* como proceso mediante el cual el hombre como sujetos de conocimiento, alcanzan una conciencia creciente, tanto de la realidad sociocultural que da forma a sus vidas, como de su capacidad para transformar dicha realidad. La condición básica para la *concienciación* es que su agente sea un sujeto, un ser consciente que no está sólo en el mundo sino con el mundo, junto con otros hombres. La *concienciación* es viable sólo porque la conciencia de los hombres, aunque condicionada, puede reconocer que lo está. Esta dimensión "crítica" de la conciencia da cuenta de las metas que los hombres asignan a sus actos de transformación de la realidad. Es un proyecto conjunto puesto que se desarrolla en un hombre que se encuentra entre otros hombres, hombres unidos por su acción y su reflexión sobre esa acción y sobre el mundo. La *concienciación* implica superar la "falsa conciencia", es decir superar un estado de conciencia ingenuo, implica además inserción crítica de la persona en una realidad liberada de mitos. La *concienciación* del pueblo implica una denuncia radical de las estructuras deshumanizadoras, injustas, acompañada por la proclamación de una nueva realidad que deben crear los hombres. Representa un logro de la conciencia crítica o el "máximo de conciencia potencial". La *concienciación* es una defensa frente a la amenaza de la mistificación potencial de la tecnología que las nuevas sociedades necesitan para transformar las atrasadas infraestructuras. Es un esfuerzo por explicar a los hombres los obstáculos que les impiden tener una percepción clara de la realidad, es el proceso mediante el cual los seres humanos participan críticamente en un acto transformador. Pretende provocar un reconocimiento del mundo que está dinámicamente en "proceso de creación". No existe *concienciación* al margen de praxis, de la unidad reflexión-acción, teoría-práctica. Como compromiso desmitificador la *concienciación* no puede ser utilizada por las clases sociales gobernantes. Es un fenómeno humano que no es simplemente privilegio del tercer mundo, todos estamos involucrados en un proceso permanente de *concienciación*, en tanto seres pensantes en relación dialéctica con una realidad objetiva sobre la cual actuamos.

<sup>84</sup> Iglesias (1997) plantea que Freire considera que no se toma conciencia sólo por conocer la realidad. El proceso justamente consiste en pasar por la realidad y al mismo tiempo tomar distancia de ella. Al tomar distancia se produce el desvelamiento de las razones de ser, de las causas de esta situación. Dialécticamente, cuando ocurre este proceso, se constituye en acción transformadora. En este sentido estaríamos hablando de una *conciencia crítica*, que es aquella que lleva implícita un anhelo de profundidad en el análisis del problema, al poder reconocer que la realidad es cambiante, cambia las explicaciones mágicas por principios de causalidad, es interrogadora y como dice Freire "ante lo nuevo no rechaza lo viejo por ser viejo, ni acepta lo nuevo por serlo, sino en la medida que son válidos".

La concienciación en salud apunta a la participación crítica de los grupos comunitarios en un acto permanente y transformador en salud, de manera que la concienciación en salud se da de la mano de la praxis que es la unidad reflexión-acción. Por lo que insistimos en que esta educación apunte al logro de una conciencia crítica en el sentido de captar, reflexionar, expresar la realidad, y a partir de ello transformarla con su acción, se trata de volver reflexivamente sobre las situaciones y momentos, para juzgarlos y juzgarse.

El último de los elementos esenciales que consideramos para una educación problematizadora en salud es el *ejercicio de la curiosidad*<sup>85</sup> en los grupos comunitarios participantes. Se pretende fomentar la curiosidad como inquietud indagadora y búsqueda de esclarecimiento de las situaciones problemáticas e incomprensibles en materia de salud. Aquí aparecerán como inquietud curiosa las preguntas que nos hacíamos anteriormente como necesarias en la toma de conciencia.

El ejercicio de la curiosidad podrá ser la base del desarrollo de un pensar crítico en el tema que nos ocupa, lo que deberá estar en ejercicio permanente. Por lo que coincidimos con Freire (1997) en que sin la curiosidad no se aprende ni se enseña, la construcción o producción del conocimiento del objeto implica el ejercicio de la curiosidad, su capacidad crítica de tomar distancia del objeto, de observarlo, de delimitarlo, de escindirlo, de cercar el objeto o hacer su aproximación metódica, su capacidad de comparar, de preguntar.

Por lo que, la educación en salud posibilitará procesos de enseñanza y aprendizaje donde la construcción del conocimiento en salud implicará un ejercicio de la curiosidad e involucrará la capacidad crítica de tomar distancia del tema de estudio, observarlo, delimitarlo y hacer una aproximación desarrollando la posibilidad en los vecinos participantes de comparar, conjeturar, preguntar, imaginar, intuir y experimentar diversas emociones en ese proceso.

De acuerdo a las consideraciones de Freire (1997) en el marco de la modalidad educativa de intervención psicopedagógica la curiosidad en los temas sanitarios proporcionará una cuota de insatisfacción, inquietud, indagación, inclinación al

---

<sup>85</sup> Freire (1997:33-83) entiende a la *curiosidad* como inquietud indagadora, inclinación al desvelamiento de algo, búsqueda de esclarecimiento que puede manifestarse como pregunta verbalizada o no. Señal de atención que sugiere estar alerta y forma parte integrante del fenómeno vital. Mueve al hombre y lo pone pacientemente impaciente ante el mundo. La curiosidad humana es manifestación presente de la experiencia vital. Es la matriz del pensar ingenuo como del pensar crítico. En el clima pedagógico-democrático en el que educando va aprendiendo su curiosidad como su libertad debe estar sujeta a límites, pero en ejercicio permanente. Sin la curiosidad no se aprende ni se enseña. Ejercer la curiosidad es un derecho que tiene toda persona y a la que corresponde él deber de luchar por él, el derecho a la curiosidad.

desvelamiento, búsqueda de esclarecimiento, de atención, estar alerta. Cuota que es necesaria para realizar aprendizajes críticos en salud, y al mismo tiempo es un camino esperanzador por ser un puente a la creatividad, al incitar a la búsqueda de nuevas alternativas a problemas propios. Con la curiosidad como elemento de una educación problematizadora en salud trataremos de mover a los hombres y ponerlos “pacientemente impacientes ante el mundo, ante su realidad”, como dice Freire.

*Recapitulando:* Desde la modalidad educativa de intervención psicopedagógica es esta la educación a que apostamos en la medida que cambiar es difícil pero no imposible, solo basta tener esperanza y muchas ganas de trabajar por el otro, junto a otros, por uno mismo, y en la unidad en la diversidad.

Creemos en el modelo de educación para la salud de orientación con inserción social y cultural como estrategia de intervención psicopedagógica en salud comunitaria. Nos ubicamos en perspectiva freireana que plantea una concepción liberadora, problematizadora y crítica, que consideraremos en el plano de la salud junto con los elementos de comunicación, comprensión del contexto, concienciación y ejercicio de la curiosidad, que consideramos fundamentales para llevar a la práctica dicha educación. Creemos que:

“Una educación de este tipo debe presentar el carácter de compromiso, implica un desplazamiento desde el contexto concreto, que proporciona hechos objetivos, hasta el contexto teórico, en el que dichos hechos se analizan en profundidad, para volver al contexto concreto, donde los hombres experimentan nuevas formas de praxis” (Freire, 1990:75).

## **2. Técnicas y estrategias metodológicas a utilizar en el proceso de investigación-educación**

Para desarrollar la propuesta en el plano concreto o empírico desde la investigación temática y la educación problematizadora en salud se utilizarán diversas técnicas y estrategias de corte cualitativo, las que mencionamos cuando se analizaron las respectivas etapas, pero que a continuación profundizaremos.

La recolección de datos que se realizará en el marco de la investigación temática en salud, considera como técnicas centrales a la observación participante, entrevistas participantes y en profundidad, y en el marco de una educación en salud se desarrollarán talleres (Ander-Egg, 1999) o “reuniones comunitarias de discusión-reflexión” (Montero 2006).



Posteriormente para el análisis de los datos surgidos de estas se triangularán fuentes y procedimientos<sup>86</sup> (Elliott, 1991). A continuación analizaremos cada uno de ellos junto con otras estrategias de indagación que se utilizan de manera conjunta y simultánea.

### 3.1 La observación participante

Respecto a las primeras actividades de “entrada al campo” nos basaremos en la *observación participante*, de manera sistemática y metodológica. Observaciones que intentaran realizarse en el transcurso de la vida cotidiana de los grupos comunitarios, a fin de conocer desde una posición interna, eventos, fenómenos o circunstancias a los cuales no se podría acceder desde una posición externa no participante. Como objetivos de esta actividad consideramos: obtener una visión completa y detallada de cómo viven y a qué le otorgan sentido las personas implicadas; descubrir los sentidos y perspectivas, así como los valores y las normas, desde las cuales las personas, en determinadas circunstancias de vida construyen su realidad (Montero (2006:205).

Esta actividad exige del observador una actitud empática, de comprensión y curiosidad científica, desde una mirada horizontal. En estas observaciones también se mantendrán conversaciones informales con los vecinos, por lo que puede ser útil tomar anotaciones en un *diario de campo o cuaderno de registro de observación* con la finalidad de narrar lo observado, vivenciado, posibles interpretaciones, reflexiones, “corazonadas” o hipótesis, lo que implica *comentarios sobre la marcha* que nos permitirán detenernos a observar lo que ocurre elaborando notas mientras se suceden los hechos (Elliot, 1991: 101). También las fotografías entre otras herramientas de la observación, pueden ser un buen registro de momentos y estilos de vida “que hablan más que cientos de palabras” (Montero, 2006:208).

Es muy probable que espontáneamente surjan invitaciones por parte de los vecinos a realizar “visitas guiadas” por la comunidad, lo que se constituye en un terreno factible de enriquecer nuestras observaciones y donde es posible ir formulando preguntas a nuestro “guía” a medida que avanza el recorrido.

Stringer (1999, en Montero, 2006:209) aconseja organizar las observaciones en función de las descripciones de los siguientes elementos: *el lugar* donde se hace la

---

<sup>86</sup> Entendemos la *triangulación* como un método general para establecer algunas relaciones mutuas entre los distintos tipos de pruebas, de manera que puedan compararse y contrastarse. Se trata de reunir observaciones y registros sobre una misma situación efectuados desde diversos ángulos o perspectivas para compararlos y contrastarlos (Elliott, 1991:103).



observación, *la gente* (sus características, diversidad, comportamientos, relaciones entre ellas), *los objetos* (que usan, que buscan, que los rodean, en los cuales habitan), los *actos y actividades* que realizan, como las efectúan, con quien y para qué, los eventos que viven, los *propósitos u objetivos* que la gente está procurando alcanzar, el *uso del tiempo* (duración, secuencias, horarios, fechas) y los *sentimientos* expresados en gestos palabras, mínimas, caricias y formas de comunicación en general que expresan emociones.

### **3.2 Las entrevistas participativas y en profundidad**

Las *entrevistas participativas* serán el procedimiento técnico central de esta etapa, concebidas como una forma apta para descubrir la sensación que produce la situación desde otros puntos de vista (Elliott, 1991:100), o para conocer las opiniones e ideas de un grupo específico de personas de una comunidad acerca de un tema común en función de preguntas formuladas por el investigador y respondidas en una conversación general (Montero, 2006:210).

Se intentará entrevistar aproximadamente a 20 vecinos de una comunidad barrial que nos puedan informar acerca de aspectos generales vinculados a cómo es el barrio, focalizando la conversación en dimensiones vinculadas a problemas en salud comunitaria, salud familiar y posibilidades de acceso considerando la cuestión institucional.

Si bien Elliott (1999) aconseja en una etapa inicial de la investigación-acción utilizar la modalidad no estructurada, que ofrece al entrevistado iniciativa respeto a las cuestiones de su interés, en nuestro trabajo optamos por la modalidad semi-estructurada, ya que existen cuestiones de particular interés en que pretendemos ahondar. No obstante daremos lugar a que los entrevistados puedan expresarse libremente.

También consideramos grabar las entrevistas y realizar de manera inmediata la transcripción de las grabaciones de las mismas, siguiendo ciertas normas de fidelidad de esa transcripción.

En caso de ser necesario las entrevistas se complementarán con el *análisis de documentos*, provistos por el Área de salud y Catastro Inmobiliario de la Municipalidad de Río Cuarto, el dispensario del barrio, el Centro de salud o los vecinos de la comunidad; y la observación de acontecimientos a través de *observadores externos* que tomarán fotografías, realizarán grabaciones en cinta magnetofónica y tomarán notas.

### 3.3 El taller de educación problematizadora en salud

El *taller* se desarrollará como procedimiento metodológico una vez elaborado el plan educativo en salud comunitaria en virtud de los datos ofrecidos por las estrategias utilizadas en la investigación temática en salud. Desde un punto de vista pedagógico lo concebimos como una forma de enseñar y de aprender mediante la realización de algo que se lleva a cabo conjuntamente, como un aprender haciendo en grupo (Ander-Egg, 1999:14). Estos talleres se organizarán y planificarán en relación con los temas y problemas que la comunidad considere en las entrevistas y conversaciones informales.

Montero (2006) introduce el concepto de *reuniones comunitarias de discusión-reflexión* y las define como:

“...reuniones con personas interesadas y con grupos organizados de la comunidad...En estas reuniones se plantean problemas, se planifican soluciones posibles para ellos, se presentan resultados de tareas llevadas a cabo, se toman decisiones, se evalúan estrategias, *se aprende y se enseña, se discute sobre lo aprendido*, se celebra lo logrado y se analizan y critican los errores y aciertos” (Montero, 2006:216. La cursiva es nuestra).

En estas reuniones comunitarias de reflexión y discusión quizás podríamos incluir al taller ya que, coincidiendo con los planteos de Ander-Egg (1999), Montero (2006) considera que en ellas se aprende y se enseña.

Previo a la acción pedagógica y educativa del taller se emplearán algunas *técnicas, procedimientos y habilidades* que se utilizarán con el equipo de trabajo en el marco de la planificación de los mismos, en virtud de la información recabada en la etapa de investigación anterior.

Entre estos procedimientos se halla el *proceso de resolución de problemas y toma de decisiones*. Tener un problema es no saber qué acciones hay que realizar para superar una situación, por lo que la *resolución de problemas* es encontrar la forma de llevar a cabo una serie de acciones utilizando medios e instrumentos orientados a alcanzar un objetivo (Ander-Egg, 1999: 77-78). En la práctica es posible la presencia de dos o más formas alternativas de actuar para solucionar un problema por lo que se hace necesario *tomar decisiones*, lo que implica elegir una alternativa entre las disponibles<sup>87</sup>. En este sentido consideramos pertinente presentar el esquema que Ander-Egg (1999:79) propone, a manera de tabla, para la resolución de problemas y para la toma de decisiones en la realización de actividades para desarrollar en el taller:

---

<sup>87</sup> Desde el punto de vista pedagógico, el taller suple una deficiencia que suele encontrarse en las formas más clásicas de educación, esto es, no tener espacios o formas de enseñar a tomar decisiones. De lo que se trata, es de que educadores y educandos tengan un cierto manejo del proceso de toma de decisiones (Ander-Egg, 1999:78).

<p>Situación-problema que se afronta</p> <p><b>Definición del Problema</b></p> <p>Actividad de búsqueda de datos acerca de la situación sobre la que se tiene que tomar una decisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis de los factores intervinientes que configuran la situación problema</li> <li>- Situación contextual en que se inserta</li> </ul>
<p><b>Análisis del Problema</b></p> <p>Esta información y análisis se emplean para:</p> <p>Explorar las alternativas o posibles cursos de acción. Calcular los efectos o consecuencias de cada uno de ellos.</p>
<p><b>Generar Alternativas</b></p> <p>Sistema de valores con los que se establecen los criterios de prioridad y deseabilidad.</p>
<p><b>Elaborar Soluciones</b></p>
<p><b>Tomar Decisiones</b></p> <p>Establecer la factibilidad y prioridad de una de las alternativas.</p> <p>Elección de un curso particular de acción.</p>

A continuación desarrollaremos cada uno de estos puntos, que son los que se realizan en el marco de la investigación temática en salud:

- *Definición del problema en salud ¿de qué se trata?* Para definirlo hay que conocer los hechos, delimitarlos, para lo que hay que recabar y esclarecer información mediante entrevistas y observaciones participantes, en nuestro caso. Formular adecuadamente el problema exige precisarlo para lo cual la reunión del equipo de trabajo, nos permitirá dirigir el interés hacia aspectos específicos del mismo.
- *Análisis del problema en salud ¿porqué es así?* Identificado y definido el problema se trata de analizarlo buscando antecedentes y causas, exponiendo argumentos, desentrañando cuestiones. Este análisis no sólo se basará en la recopilación y evaluación de la información recogida en las entrevistas y observaciones, sino también en la experiencia y en los conocimientos teóricos que pueden iluminar el problema, sea explicándolo u otorgándole significado.
- *Elaboración de soluciones o alternativas en salud ¿cuáles son las posibilidades a escoger?* Realizado el análisis se inicia la etapa de elaborar soluciones, se trata de elaborar una lista de soluciones y alternativas que luego se evaluarán para elegir una de ellas o de reintegrar algunas. En esta etapa, luego de realizada la reducción temática y la jerarquización de temas-problemas en salud se intenta, para cada uno de ellos proponer talleres que nos permitan

abordar la problemática como alternativa a contribuir en su solución. Es la etapa de la creatividad de hacer propuestas y luego analizarlas.

- *La toma de decisiones ¿Qué alternativas elegir para resolver el problema?*  
Luego de haber analizado el problema y elaborado alternativas para su abordaje se debe tomar una decisión. En este momento se debe hacer una apreciación de las diferentes propuestas y elegir la que se considere más acertada. Pero no basta con tomar una decisión, es necesaria la adhesión de cada uno de los que integran el equipo de trabajo. Para ello es importante: tomar pocas decisiones, saber escuchar todas las opiniones, plantear bien el problema, no intentar resolver todo a la vez.
- *El programa de acción ¿qué hacer?* Elegida la solución, o los temas de los talleres en salud, en nuestro caso, hay que preparar la acción pedagógica de esos talleres, o programar lo que se va a realizar. De acuerdo a Ander-Egg (1999:86) programar una acción implica dar respuesta a las siguientes cuestiones, que organizaremos en el siguiente cuadro a manera más esquemática.

*Tabla de interrogantes a considerar en la planificación de un taller*

<b>Interrogante</b>	<b>Ampliación</b>	<b>Reformulación del interrogante</b>
¿Qué?	se quiere hacer	¿Cuál es la naturaleza de las actividades por realiza?
¿Por qué?	se quiere hacer	¿Qué problemas o necesidades dan lugar a la misma?
¿Para qué?	se quiere hacer	¿Qué objetivos se quieren alcanzar?
¿Cuánto?	se quiere hacer	¿En qué proporción se pretende alcanzar esos objetivos?
¿Dónde?	se quiere hacer	¿En qué lugar o lugares hay que realizar las actividades?
¿Cómo?	se va a hacer	¿Qué tareas hay que realizar, qué metodología utilizar?
¿Cuándo?	se va a hacer	¿Dentro de qué periodo de tiempo hay que realizar las actividades?
¿Quiénes?	lo van a hacer	¿A quienes se les asigna la responsabilidad de realizar las diferentes actividades?
¿Con qué?	Se va a hacer, se va a costear	¿Con qué recursos materiales y financieros se cuenta?

Se trata de un esquema de preguntas que debe devenir en esquema o mapa mental de quienes integramos el equipo de investigación para intentar responder y



darles curso en el marco de los talleres de educación problematizadora en salud. De manera que a cada planificación previa a un taller, estos interrogantes guiaran nuestro accionar en la práctica pedagógica concreta.

Una vez consideradas las cuestiones planteadas, ya en el taller consideramos fundamental analizar algunos *planteos en lo pedagógico* para caracterizar al taller en cuanto modelo de enseñanza-aprendizaje, que de acuerdo a Ander-Egg (1999) son:

- *Es un aprender haciendo*, que implica un conocimiento que se adquiere en un contexto concreto vinculado a la vida cotidiana de los vecinos y a un tema particular.
- *Es una metodología participativa*, que involucra un rol activo de todos los talleristas, vecinos y equipo de salud, habida cuenta de que esta experiencia es realizada conjuntamente.
- *Es una pedagogía de la pregunta*. Como bien decía Freire, contrapuesta a una concepción bancaria de la educación, por el contrario se trata de una predisposición a detenerse frente a las cosas para tratar de desentrañarlas, develarlas, problematizando, preguntando, buscando contestaciones sin quedarnos en certezas absolutas.
- *Es un entrenamiento que tiende a una labor compartida entre profesionales y trabajadores*. La práctica del taller facilita que se articulen diferentes perspectivas en la tarea de estudiar y de actuar sobre la realidad concreta. En nuestra experiencia se tratará de articular la perspectiva de diversos profesionales que participan, estudiantes avanzados de carreras diversas pero también, desde trabajadores de diversos ámbitos comprometidos en el trabajo social. En este sentido creemos que se trata de un enfoque innovador que traspasa lo multi e interdisciplinar y lo trasciende intentando realizar un esfuerzo por conocer y operar en la realidad concreta, asumiendo su carácter multifacético y complejo sumando, integrando y conociendo de manera conjunta profesionales y trabajadores.
- *La relación equipo/vecinos queda establecida en torno a una tarea en común*. Ambos son los protagonistas del proceso de enseñanza-aprendizaje, lo que implica un criterio de producción grupal. Los miembros del equipo en salud tienen la tarea de animación, estímulo, orientación, asesoría y asistencia técnica, los vecinos participantes se encuentran en el proceso pedagógico como sujetos de su propio aprendizaje con la apoyatura del equipo.



- *El carácter integrador de su práctica pedagógica.* Las formas clásicas de educación en la escuela y la universidad, han manifestado desde hace más de medio siglo lo que Ortega y Gasset denominaron “la barbarie de la especialización” (Ander-Egg, 1999:21). Por el contrario el taller se erige como un aprender haciendo en el que los conocimientos se adquieren a través de una práctica sobre un aspecto de la realidad, por lo que su abordaje tiene que ser integral, ya que la realidad nunca se presenta fragmentada.
- *Permite integrar en un solo proceso, tres instancias como son la educación, la investigación y la práctica.* En esta integración debemos tener en cuenta que lo central del taller es realizar un proyecto de trabajo en el que equipo de salud y vecinos participen activa y responsablemente. La *educación* se desarrolla a través de la situación de enseñanza-aprendizaje que supone el proyecto que se va a realizar, a través de la reflexión teórica sobre la acción que se lleva a cabo; la *investigación* es exigencia previa de la acción; y la *práctica* son las actividades y tareas que se llevan a cabo para realizar el proyecto. En el taller estas tres instancias se integran como parte del proceso global.

En lo que sigue, con el propósito de profundizar en la práctica concreta del taller, aspectos que tendremos en cuenta para nuestra experiencia, analizaremos su organización, las funciones que se desarrollan en el, los roles de los participantes involucrados, las técnicas grupales, el trabajo en equipo y las principales características del equipo de trabajo.

En cuanto a *la organización del taller* debemos considerar el contexto informal de educación en que se pretende desarrollar, en una comunidad barrial y de un centro comunitario particular, con características de los vecinos y del equipo de salud, la posibilidad o no de trabajo grupal y el nivel de participación e implicación vecinos y equipo. Este análisis inicial será la base del planeamiento para acordar la forma concreta de organización y funcionamiento de los talleres. Vinculado a ello estimamos un número de participantes comprendido entre seis y doce personas, procurando que estos encuentros se realicen con una frecuencia semanal o quincenal con una duración por reunión próxima a dos horas como máximo. Lo que permanecerá sujeto a modificaciones en su transcurso.

Nos proponemos lograr la concurrencia de los vecinos a los talleres en salud a través del método conocido como “*bola de nieve*”, donde la figura de un informante clave de investigación que viva en la propia comunidad, transmita la invitación a sus

vecinos, estos a su vez a otros, además del contacto interpersonal de los investigadores con el grupo comunitario.

“La puesta en marcha del taller sólo puede hacerse en torno a un proyecto de trabajo” (Ander-Egg, 1999:31), de la misma manera en nuestro caso los talleres se llevarán a cabo una vez realizado el plan educativo con las temáticas que surgieron de la investigación previa. El autor plantea que la relación será “indirecta” si se trata de adquirir habilidades para la actuación, lo que sucederá en nuestra experiencia cuyo propósito es que los vecinos adquieran habilidades para la actuación en situaciones determinadas de salud-enfermedad.

En los talleres el proceso de enseñanza-aprendizaje no se dará en un proceso lógico-lineal, sino por la progresión de una complejidad circular, por lo que las dinámicas lúdicas y actividades didácticas estarán centradas en la solución de problemas reales en salud de los vecinos y a la adquisición de conocimientos y habilidades que se han de adquirir para ejercer una determinada actividad preventiva.

Respecto de las *funciones del taller*, Ander-Egg (1999) considera a la docencia y a la investigación. En la *docencia* se reemplaza la clase magistral por una educación en trabajo conjunto en la que van surgiendo problemas que se transforman en temas de reflexión sobre la acción realizada y por realizar. Los problemas se plantean a partir de cuestiones concretas que suscita que cada uno se interroge y reflexione sobre lo que se está haciendo. En el taller la teoría es una necesidad de iluminar la práctica, sea para interpretar las problemáticas que se enfrentan, como para orientar las acciones que se llevan a cabo.

En la *investigación*, los coordinadores deben desarrollar capacidades de observación, de experimentación, contacto con la realidad, lo que implica capacidad de investigar, sin embargo la investigación en el taller no pretende descubrir nada nuevo, sino conocer para actuar. Para la implementación de los talleres en salud necesitaríamos conocer: la edad aproximada de los vecinos -posibles participantes-, sus intereses, necesidades y problemas en salud, su procedencia, las características de su entorno, entre otras. Se trata de cuestiones que ya habrán sido indagadas en la etapa inicial de la investigación temática a través de entrevistas, conversaciones informales y observaciones.

En lo referente a *roles y relaciones en el taller*, se da una redefinición de los mismos, una modalidad diferente que exige tridimensionalidad en las relaciones: miembros del equipo/ vecino, vecino/ vecino y miembros del equipo/miembro del equipo. Se trata de un protagonismo de todos los implicados.

En los miembros del equipo de salud los roles y funciones están vinculados a una tarea de estímulo, son facilitadores, animadores que incitan, suscitan e interesan, para que los vecinos desarrollen sus capacidades y potencialidades. Sus funciones serían: planificar la tarea, organizar el trabajo, seleccionar estrategias eficaces para el proceso de enseñanza/aprendizaje, motivar a los vecinos para que se responsabilicen de su propia formación en salud, animarlos para que decidan por sí mismos, estimularlos a que cumplan con las responsabilidades asumidas, enriquecer los procesos personales de construcción de significados, proporcionar información e indicar fuentes de conocimientos, enseñar a razonar y pensar científicamente concentrándose en alentar la predisposición a detenerse frente a las cosas para tratar de desentrañarlas y estando abierto al diálogo y al intercambio de puntos de vista (Ander-Egg 1999:49).

Es fundamental crear un ambiente emocional e intelectual positivo, que presente de manera dinámica los contenidos y explicaciones, que sepa relacionar lo que enseña con las situaciones reales que se viven y con las actividades que se realizan en el taller, el ser auténtico en sus manifestaciones capaz de emocionarse, tener sentido del humor e indignarse, se trata de expresar lo que se siente en relación con el tema que trata y su implicación con el mismo.

En lo que respecta a *cuándo y cómo intervenir* del coordinador del equipo, es una cuestión primordial. Si interviene mucho, no deja participar y hasta incluso puede inhibir, si no interviene nada o escasamente, es posible que el proceso de enseñanza-aprendizaje no avance. Se debe intervenir para: proporcionar o corregir errores de información, hacer aportes, alentar para que las intervenciones sean argumentativas, cuando se hacen discreciones inútiles que desvían el tema, para evitar falacias o el uso de argumentos que pretenden ser lógicos pero que encubren la falsedad del razonamiento y para asegurar la convivencia, el respeto mutuo y la aceptación de características personales.

En cuanto a los *roles y funciones de los vecinos* Ander-Egg (1997) considera: aprender a ser, lo que implica entrenamiento para el desarrollo de la personalidad y el ejercicio de la libertad, asumiendo su implicación en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Aprender a aprender, que involucra preocuparse por la adquisición de hábitos de estudio y autoformación. Aprender a hacer, que supone desarrollar formas pedagógicas que sean aprendizaje por descubrimiento personal y/o grupal, y la aplicación de lo que se conoce. Aprender a convivir y cooperar, ya que el taller sólo se

puede alcanzar el objetivo propuesto si el logro es conjunto, cada participante podrá alcanzar sus objetivos si los otros también lo consiguen.

En esta tridimensionalidad de las relaciones se plantea:

*La relación equipo de salud/vecinos.* El equipo no existe como el único que sabe y enseña, ni los vecinos como los que no saben y tienen que aprender, ambos aprenden de manera conjunta. No obstante no tienen las mismas responsabilidades, el equipo tiene la responsabilidad de enseñar y el vecino de aprender, considerando siempre que en ese trabajo cotidiano los miembros del equipo aprenderán de manera constante de los vecinos y de la práctica del taller.

*Las relaciones de los miembros del equipo entre sí.* Están vinculadas al trabajo conjunto que deben realizar, lo que los enriquece científica, pedagógica y humanamente, gracias a un ánimo en la realización colectiva de las actividades, para lo que es necesaria la capacidad de cooperación, lo que supone coordinación y articulación de actividades.

*La relación vecino/vecino.* Las relaciones y cooperación de los vecinos entre sí dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje son fundamentales para el taller, sus saberes, capacidades y habilidades son claves ya que, el conocimiento de todos confluye en el trabajo colectivo.

Por otro lado, de acuerdo con Ander-Egg (1999) son necesarias ciertas *habilidades, métodos, técnicas y procedimientos* para que el trabajo pedagógico funcione dentro del taller.

Respecto de las técnicas para promover la participación en trabajo conjunto propone que los talleres se desarrollen a través de grupos operativos, que suponen actividades compartidas dentro de un proceso de interacción y cooperación grupal. Es conveniente que los miembros del equipo de salud que van a trabajar en el taller, principalmente los coordinadores, tengan algún entrenamiento en técnicas grupales<sup>88</sup>, que impliquen atender simultáneamente a la productividad grupal, a que el grupo sea más operativo en cuanto a su capacidad de alcanzar los objetivos propuestos (en nuestro caso de aprendizajes críticos en salud).

En este sentido, nuestra experiencia utilizará *técnicas de iniciación y presentación*, para crear el grupo en cuanto tal y para que sus miembros se conozcan entre sí, *técnicas de producción grupal*, para que en grupo se realicen tareas vinculadas a las temáticas abordadas en salud, como charlas-debate sobre temáticas

---

<sup>88</sup> Es importante aclarar, como Ander-Egg (1999:65) que es técnica de grupo la utilizada en el taller y no *dinámica de grupo*, la tiene por objetivo ayudar al conocimiento de los procesos y fenómenos psicosociales que se producen al interior del grupo con el fin de abordar y resolver problemas internos.

de reflexión, técnicas lúdicas de decodificación de imágenes, entre otras, y *técnicas de medición y control* que pueden utilizarse como uno de los medios de evaluación, durante el transcurso del trabajo en el taller, al finalizar cada taller, o posteriormente a una serie de varios talleres como medida de valoración de la experiencia, lo que está supeditado a los intereses de los investigadores en el transcurso de la experiencia.

En lo que concierne al *trabajo en equipo* para lograr un buen funcionamiento es fundamental combinar tres factores: las tareas a realizar conjuntamente, determinar las responsabilidades de unos y otros en el trabajo, y considerar los procesos socio-afectivos de las relaciones entre las personas que forman el grupo. En este sentido el taller es una pedagogía válida de entrenamiento para el trabajo en equipo, hay que trabajar con otros, aprender a escuchar opiniones y aportes de los demás, saber expresar los propios puntos de vista.

En lo que concierne a las *características del equipo de trabajo en salud* Ander-Egg (1999) considera:

*Objetivos comunes*, definidos y aceptados por todos los miembros que implique su voluntad de realizar un esfuerzo para el logro de los mismos.

*Número limitado de integrantes del equipo*, que puede ser entre cinco personas como mínimo y nueve como máximo.

*Organización*, la que implica considerar: participación, es la base de todo equipo, donde la actividad personal contribuye en los objetivos del grupo; la distribución de funciones, actividades y tareas y las responsabilidades que derivan de ello, es necesario que todos y cada uno lo acepte para un trabajo bien organizado. Un trabajo en equipo no puede darse cuando todos están en todo, tampoco con miembros irresponsables; para que un equipo funcione eficazmente alguien debe tener una responsabilidad de coordinación, dirección o liderazgo; es necesario acordar normas de funcionamiento que impliquen una disciplina interna congruente con las actividades y funciones de cada uno.

*Complementación humana e interprofesional*, la que es sustancial en el equipo tanto en lo socio-afectivo como en lo funcional. Un equipo cumple con su razón de ser cuando cada uno, por pertenecer a él, se realiza plenamente al aportar sus conocimientos, habilidades y competencias, contribuyendo al logro de los objetivos comunes y al enriquecimiento de los demás. Considerando esta complementariedad humana e interprofesional el autor considera:

“Cuando actuamos sobre una realidad, esta no presenta sectores claramente diferenciados: social, económico, pedagógico, político, cultural, etc. Todo está entrelazado. Si se es capaz de realizar un abordaje... más holístico, tanto mejor. Un



equipo polivalente... puede asumir mejor su acción sobre la realidad cuando cada miembro realiza sus actividades en un contexto de cruzamiento fertilizante de conocimientos, habilidades y puntos de vista de las diferentes perspectivas profesionales. Esto no sólo permite una comprensión más completa y más global de las situaciones-problemas, sino que facilita, también, la realización de una acción integrada" (Ander-Egg 1999:72).

Luego de la tarea de registro y recogida de datos, la que se realizará utilizando cuaderno de campo, observación participante y la participación de observadores externos, lo que permitirá tomar notas, imágenes fotográficas y efectuar grabaciones; Ander-Egg (1999) sugiere un trabajo de gabinete o en escritorio, para realizar el procesamiento de los mismos, mediante la ordenación, clasificación y organización de los datos recogidos, donde nuevamente se procederá a la *triangulación* para establecer posibles relaciones entre las distintas estrategias e instrumentos utilizados.

En esta última fase de la investigación las tareas principales que realizaremos son: clasificación de datos mediante la codificación de los mismos, análisis e interpretación de los resultados y redacción del informe con los resultados de la investigación.

Para el *análisis de los datos* se emplearán estrategias de categorización de datos y de contextualización (Maxwell, 1996), lo que permitirá sistematizar la experiencia e implicará una producción del conocimiento desde el hacer y una ruptura de la apariencia como tránsito a la esencia (superar lo fenoménico). Es el procesamiento de los movimientos de la realidad misma, de los procesos generados en ella (de transformación o no), "así como de los conocimientos que se generan con los actores implicados en la tarea" (Figueroa y Felizzia, 1994:12).

Finalmente se prevé realizar una *valoración de experiencia* y de los resultados de la investigación mediante su discusión y contrastación con los sujetos implicados, vecinos y miembros del equipo de investigación, instancias de devolución que se realizarán mediante encuentros de reflexión de la experiencia, cuestionarios e informes analíticos del equipo de trabajo, de colegas y de expertos en la temática abordada.

#### 4. Síntesis...

En el presente capítulo hemos analizado la investigación temática freireana, lo que nos permitió recrearla al campo de la salud y de esta manera proponer una intervención psicopedagógica con modalidad investigativa, que denominamos método de investigación temática en salud, entendiendo que la misma tiene como objeto conocer a hombres que viven en la comunidad, al tiempo que buscar y conocer sus

problemas, preocupaciones y temas en salud, para luego poder intervenir desde una educación crítica en la cual se hará un esfuerzo común de toma de conciencia de la realidad sanitaria en la que están inmersos los sujetos.

Allí desarrollamos cada una de sus etapas: 1) aproximación de los investigadores al campo, 2) análisis e interpretación de los datos recogidos para la aprehensión de posibles contradicciones en salud, 3) retorno de los investigadores para iniciar los diálogos en los talleres de educación popular en salud, 4) y una última etapa que implica el estudio sistemático de todo lo hallado con el propósito de analizarlo y elaborar un plan educativo de educación en salud a partir de las necesidades y problemas de la propia comunidad investigada.

Consideramos su pertinencia como modalidad de abordaje e intervención psicopedagógica en salud comunitaria por el hecho de trabajar con grupos cuyas problemáticas están orientadas al cuidado y preservación de su salud. Entendemos que este método permitirá el conocimiento en profundidad de la comunidad con que se va a trabajar y de sus temas en salud lo que facilitará posteriores intervenciones psicopedagógicas en educación problematizadora en salud.

Posteriormente analizamos cómo la investigación y la educación problematizadoras en salud son momentos de un mismo proceso, y propusimos una intervención psicopedagógica como modalidad educativa. Estudiamos diversos enfoques en educación para la salud, considerando un modelo de educación para la salud de orientación social y cultural, donde se enmarca nuestra propuesta.

Consideramos que la educación es la columna vertebral de todos los planes y proyectos de salud, más aun cuando es crítica y reflexiva, "que implica un acto permanente de desvelamiento de la realidad que busca la emersión de las conciencias, de las que resulta su inserción crítica en la realidad" (Freire 1973:92).

Finalmente presentamos las técnicas y estrategias metodológicas a utilizar en este proceso de investigación-educación, como la observación participante, las entrevistas participativas y la modalidad del taller como estrategia de renovación pedagógica (Ander Egg, 1999).

En lo que sigue desarrollaremos la tercera parte de este trabajo donde se presenta la experiencia empírica.

**TERCERA PARTE**

**LA EXPERIENCIA PSICOPEDAGÓGICA  
EN SALUD COMUNITARIA**

*“No importa si trabajamos con alfabetización, con salud, con evangelización o con todas ellas, se trata en verdad de, junto al trabajo específico de cada uno de esos campos, desafiar a los grupos populares para que perciban en términos críticos, la violencia y la profunda injusticia que caracterizan su situación concreta...que no es destino cierto o voluntad de Dios, algo que no puede ser transformado...”*  
(Freire, 1997).

La segunda parte de este trabajo se refiere a la contextualización e investigación temática en salud de una comunidad barrial y el desarrollo analítico de dicha experiencia.

Los capítulos que la componen tienen por finalidad presentar una experiencia psicopedagógica en salud que intenta recrear el método de investigación temática en salud desde la perspectiva freireana en el campo empírico de la comunidad barrial Hipódromo de la ciudad de Río Cuarto.

Se trata de una práctica concreta que manifiesta cómo la fundamentación teórico-conceptual, desarrollada en la primera parte de este trabajo, puede constituirse en un marco de referencia viable, innovador y superador para ser considerado y reconstruido en nuestras prácticas psicopedagógicas en salud comunitaria en la actualidad.

La perspectiva dialéctica adoptada implica una ida y vuelta constante desde la acción a la reflexión, de la práctica a la teoría, donde recobran vida en el campo los conceptos teóricos analizados en el primer apartado, y una vuelta a la acción práctica influenciada por éstos referentes conceptuales.

A los fines de efectuar este tratamiento presentaremos la experiencia considerando, inicialmente una contextualización de la misma, y seguidamente, presentándola desde una perspectiva socioeducativa en los talleres.

Sistematización de una práctica que implicará un proceso de descripción, reflexión e interpretación desde el esquema conceptual inicial, atendiendo a lo acontecido en la práctica social en desarrollo (Mustieles Muñoz, 1997).

## Capítulo VI

### CONTEXTUALIZACIÓN E INVESTIGACIÓN TEMÁTICA EN SALUD DE LA COMUNIDAD BARRIAL HIPÓDROMO

*“... ¿Qué implica todo esto? Ir, estar, caminar. Ir al barrio determinados días a determinadas horas, para aparecer como una constante... lo cual nos permite aprehender el barrio de forma más general. Estar en el barrio, con independencia del frío el calor, el día, la noche, el sol o la lluvia, con nuestra persona, no exclusivamente como profesionales, aspecto éste que no pasa de ser un atributo de nuestra persona; tener presencia socioemocional, no sólo presencia física; estar con los cinco sentidos puestos en lo que nos rodea y en nosotros mismos, para así descubrir qué es lo que más nos impacta y cómo reaccionamos ante ello. Caminar por el barrio constantemente, porque sólo así podemos obtener conocimiento sensible del mismo” (Mustieles Muñoz, 1997).*

En este capítulo analizaremos el desarrollo de la investigación temática como etapa inicial de la experiencia psicopedagógica en salud comunitaria realizada en la comunidad barrial Hipódromo.

En virtud de las consideraciones teóricas realizadas en la primera parte de este trabajo analizaremos desde una concepción crítica en la construcción del conocimiento, sobre la experiencia investigativa de intervención psicopedagógica en salud.

Para ello atendemos al proceso que implica plasmar en el escrito lo realizado en el plano de lo concreto, en la acción. En este sentido la sistematización aparece como un organizador de la experiencia, y la consideramos como:

*“...el procedimiento y conjunto de operaciones que ordena, describe, articula y recupera el desarrollo de una experiencia práctica, conectando los datos empíricos que en ella se obtienen con una determinada teoría” (Kisnerman, 1997:13).*

El principio freireano que intentará impregnar el espíritu escrito del proceso de sistematización, interpretación y análisis de la experiencia es el de la acción-reflexión-acción, implicando por su propia naturaleza una dialéctica espiralada, reconociendo que no es una tarea sencilla.

Anhelamos plasmar el trabajo de campo como proceso empírico donde la metodología elegida cobra vida, donde los investigadores observamos e intervenimos participativamente ejecutando dos acciones, acción y reflexión, al tiempo que vamos transformando, o al menos intentando hacerlo, el fenómeno estudiado, pretendiendo producir cambios superadores en los participantes.

Consideramos que el “hacer investigativo” es dialéctico, como investigadores desde la acción participativa nos paramos en las contradicciones, y desde éstas se



desarrolla y ejecuta el proyecto como proceso vital.

Sin embargo para respetar la lógica que debe representar la estructura de un escrito académico, para hacer comprensible la experiencia empírica realizada, consideramos que es necesario darle un orden a las acciones efectuadas, sobre la base que el contenido de ese orden este marcando interrelaciones estrechas entre el pensamiento y la acción.

Con la escritura se objetiva el proceso práctico, a través del trabajo escrito se pretende hacer gráfico, legible e impreso el proceso, extendiéndolo a toda una gran comunidad en la que se halla lo académico, lo popular y lo científico.

En relación con ello Montero (2006) entiende que el análisis cualitativo de los datos supone dos grandes procesos:

- El primero es la *transformación de las narrativas*<sup>89</sup> en textos analizables mediante procedimientos tales como la codificación de frases, palabras, párrafos o acciones y su posterior categorización en temas, áreas o dimensiones, lo que nos permitirá reconocer discursos, procesos psicosociales, psicoeducativos o psicológicos. “Este proceso transforma la producción natural en un hecho de ciencia, que a la vez sume los aspectos salientes... de la información recolectada, y los hace accesibles a una pluralidad de personas” (Montero, 2006:69-70).
- El segundo proceso se refiere a la *elaboración de formas de representación* de esas categorías a fin de explicarlas a terceras personas, por ejemplo tablas, gráficos, mapas, dibujos, fotografías, etc. Representaciones que tienen por finalidad organizar los datos, deducir conexiones entre ellos e identificar patrones.

Paralelamente es fundamental considerar que el análisis de los datos en la investigación cualitativa, y en particular en la investigación-acción participativa que hemos desarrollado, se va iniciando casi al mismo tiempo en que se los va recolectando. Esto se debe a que no se trata de pasos sucesivos como sucede con diseños de investigación de carácter hipotético-deductivo, en otras palabras:

“En la investigación realizada con comunidades muchas veces se está interviniendo a la vez que se investiga, y esto obliga a un proceso simultáneo: identificar los datos...y a la vez comenzar a procesarlos y analizarlos a fin de corregir y mantener el rumbo de la intervención o de indagar sobre nuevos aspectos” (Montero, 2006:68).

---

<sup>89</sup> En nuestro caso entrevistas, transcripción de discusiones en reuniones de equipo de trabajo y talleres de educación en salud, entre otras.

De esta manera el siguiente análisis pretenderá constituirse en una forma especializada de transformación de los datos, mediante la cual los expandiremos más allá de lo meramente descriptivo a partir del contexto en el cual fueron construidos considerando que "El análisis...es un proceso que debe ser cauto, controlado, restringido, estructurado, sistemático, formal, fundamentado y parsimonioso" (Wolcott, 1990, en Montero, 2006:70).

Por otro lado, queremos destacar un aspecto central sin el cual ninguna investigación o intervención comunitaria puede realizarse, y es el contacto directo y estable entre profesionales externos a la comunidad y miembros de la misma, este aspecto es de máxima importancia porque de la relación que se establezca entre ambos dependerá el mayor o menor éxito que se pueda alcanzar (Montero, 2006).

Siguiendo estos planteos el capítulo presentará inicialmente la recuperación descriptiva del contexto de la comunidad barrial Hipódromo desde las representaciones de los propios actores involucrados, para seguidamente realizar la recuperación descriptiva integral de todos ellos, y finalmente una síntesis sobre lo desarrollado.

## **1. Recuperación descriptiva de la comunidad barrial Hipódromo según los actores**

La recuperación descriptiva que se presenta a continuación tiene la intención de representar el contexto de la comunidad barrial<sup>90</sup> Hipódromo reflejando las voces y percepciones de todos los actores participantes: vecinos, profesionales sanitarios y equipo de investigación.

---

<sup>90</sup> Por *comunidad barrial* entendemos: a la "comunidad" como un grupo en constante transformación y evolución que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social (Montero, 2004:207). Agregamos en la definición el término *barrial* para referirnos a una determinada ubicación espacial en que se encuentra la comunidad, una locación, zona o sector perteneciente a un barrio. En este punto tomamos los aportes de Moreno (En Montero, 2004:202) quien considera que convivir en una determinada vecindad, en un cierto territorio, es una de las características comunes a todas las comunidades, razón por la cual *el barrio o un sector particular del mismo* viene a ser la comunidad típica en la ciudad. En nuestro estudio se trata de un grupo de vecinos que habitan un sector particular, él del Hipódromo, de un barrio determinado, el "barrio Progreso". *Características de una comunidad barrial* son: la *cohesión* entre los miembros de un grupo de vecinos que se expresa en solidaridad; la *forma de conocimiento y de buen trato* entre ellos; la existencia de *redes de apoyo social*; *formas de organización* específicas; la *conciencia de las circunstancias* de vida compartidas por el grupo de vecinos, e *identidad comunitaria*, término que engloba a todas las demás características y que se expresa en acciones y verbalizaciones, está cargada de afecto, se construye históricamente y se expresa en relaciones. De esta manera nos orientamos a una reflexión psicosocial y pedagógica sobre la comunidad estudiada como "espacio-lugar", territorio de acción volcado hacia la emancipación y "la comunidad deja de ser una mera territorialidad física para adquirir el significado de un "nosotros-colectivo", un lugar privilegiado de acción de resistencia a la globalización y al individualismo..." (Montero, 2006:16).

De manera que para realizar esta descripción tomaremos como referentes las observaciones de los investigadores así como las representaciones de los propios habitantes de la comunidad, a las que se tuvo acceso a través de las entrevistas y conversaciones informales mantenidas con los mismos. En esta instancia se complementan las perspectivas y se consideran todas las formas de significarlas por los actores involucrados en la experiencia.

La etapa que comprendió el trabajo de campo fue durante el transcurso de febrero de 2006 a diciembre del mismo año. La población se delimitó en una comunidad del Barrio Progreso<sup>91</sup>, sector del Hipódromo (sur-oeste de la ciudad) de Río Cuarto, a la cual se tuvo acceso previa autorización de los responsables del Centro Comunitario del lugar, él que se constituyó en el punto de referencia para demarcar la zona de estudio<sup>92</sup>.

Entendemos que el trabajo comunitario se inicia con el proceso de “familiarización” en el cual los investigadores inician su conocimiento de la comunidad, a la vez que los miembros de ésta comienzan a relacionarse con las personas que vienen de afuera, ya sea de un centro académico o de una organización no gubernamental, como se trataba en nuestro caso.

Montero (2006) sostiene que la familiarización permite la sensibilización de los investigadores respecto de la comunidad y sus problemas, constituyendo un paso necesario para garantizar confianza en el proceso de identificación de problemas y necesidades, expresa que:

“La *familiarización* es un *proceso de carácter sociocognoscitivo* en el cual los gentes externos e internos inician o profundizan su conocimiento mutuo, captando y aprendiendo

---

<sup>91</sup> Si bien la experiencia se realizó en el sector del Hipódromo, nos fue muy difícil acordar entre los distintos actores, vecinos, médicos del dispensario y personal municipal de Catastro Inmobiliario, a qué barrio pertenece dicho sector. Mientras los vecinos se referían al “barrio Hipódromo”, este jamás existió como tal en una delimitación espacial y territorial en los planos de la ciudad, sino que se lo menciona de esta manera en referencia al Hipódromo, los médicos del dispensario consideran que este sector pertenece al barrio Progreso, que sí se halla consignado en planos de la ciudad desde junio de 1938. Paralelamente personal municipal de Catastro Inmobiliario de nuestra ciudad nos informa que el municipio, desde el año 1996, aproximadamente, deja de “dividir” la ciudad en barrios y comienza a hacerlo por la cercanía a las asociaciones vecinales. De manera que nos encontramos ante un panorama complejo ya que este sector del Hipódromo se halla próximo a dos vecinales: 7 cuadras al este se encuentra la Asociación Vecinal Tiro Federal (Maipú 2101), y 8 cuadras al norte la Asociación Vecinal Roque Sáenz Peña (Sadi Carnot 1518). En virtud de lo expresado por los vecinos en los contactos de aproximación, manifiestan el acceso frecuente a esta última vecinal mencionada y al dispensario N° 3 del barrio Progreso, por lo que consideramos estos datos como los válidos para la delimitación de la zona investigada. De manera que en el sector del Hipódromo se encuentra la comunidad barrial estudiada perteneciente al barrio Progreso.

<sup>92</sup> A partir de la ubicación del Centro Comunitario “Mami Rita” en las calles Presidente Perón y Marcos Lloveras, el área de estudio se consideró tomando cuatro cuadras hacia los distintos puntos cardinales, quedando limitada la zona por las calles: Pte. Perón Oeste y Atenas (al sur), Atenas y Mártires Riocuartenses (al oeste), Mártires Riocuartenses y Trabajo y Previsión (al norte), Trabajo y Previsión y Pte. Perón Oeste (al este).

aspectos de la cultura de cada grupo, a la vez que se encuentran puntos de referencia comunes, evalúan los intereses que mueven a cada grupo, desarrollan formas de comunicación, descubren peculiaridades lingüísticas y comienzan a desarrollar un *proyecto compartido*. Es además un proceso que *introduce a los agentes externos en el conocimiento de la comunidad*, transformando en habituales y entendibles los aspectos específicos de cada comunidad...dejando de lado... estereotipos y prejuicios... (Se trata de) acompañarse de una *sana actitud crítica* que debe...aplicarse a las propias concepciones e ideas de los agentes externos e internos” (Montero, 2006:78-79. La cursiva es nuestra).

En virtud de estas consideraciones hemos podido comenzar la etapa inicial de recuperación descriptiva gracias al proceso de familiarización con la comunidad estudiada.

En lo que sigue presentaremos: la recuperación descriptiva de la comunidad barrial realizada desde nuestro equipo de investigación en salud, seguidamente la caracterización que realizaron los profesionales del dispensario de la zona delimitada, y posteriormente la que realizaron las vecinas.

Son mujeres de diferentes edades las personas que se han acercado e interesado en nuestro trabajo en salud, por lo que la totalidad de las entrevistas fueron realizadas a ellas<sup>93</sup>.

En estas entrevistas profundizaremos en sus perspectivas y percepciones acerca de cómo ellas advierten el barrio considerando las etapas evolutivas en que se encuentran, para así poder realizar comparaciones que intenten ofrecer una visión global de la comunidad.

Finalmente presentaremos una síntesis de las recuperaciones descriptivas de todos los actores involucrados presentando la “descripción global de la comunidad barrial Hipódromo”.

---

<sup>93</sup> No se trata de una investigación vinculada a representaciones de género, esta digresión surge de la necesidad de explicitar una participación voluntaria del sexo femenino, no decidida previamente, ni controlada por parte del equipo de investigación, y que se suma a la recuperación descriptiva de la comunidad. Al respecto Montero (2006) considera que en la importancia de obtener la opinión representativa de la comunidad, que la refleje de acuerdo a los problemas y necesidades, como los problemas en salud, es fundamental tener en cuenta la edad y género de los participantes, puesto que las necesidades en salud responden a esas variables. En virtud de estos planteos, edad, género y recursos disponibles, es que consideramos las opiniones, experiencias y narrativas de las mujeres de diversos grupos etarios de la comunidad barrial estudiada.

### 1.1 La comunidad barrial desde el equipo de investigación en salud

Como equipo en salud comenzamos en febrero de 2006 el proceso de investigación. Nos sumamos al trabajo de los jóvenes de la agrupación Juventud CTA<sup>94</sup> y en el marco de un trabajo compartido y colaborativo comenzamos un proceso de desarrollo y sistematización de la experiencia desde las observaciones, encuentros, entrevistas y talleres, que nos permitían fundamentar la recuperación descriptiva que realizábamos de la comunidad estudiada<sup>95</sup>, la que se presenta a continuación.

Se iniciaron unos diez primeros encuentros de aproximación y recorrida del territorio, visitas de observación libre, contacto y mantenimiento de conversaciones informales con la finalidad de conocer la comunidad y sus vecinos, en el marco de lo que denominábamos familiarización<sup>96</sup>.

---

<sup>94</sup> La CTA es la Central de Trabajadores Argentinos que congrega a trabajadores ocupados y desocupados, a los jóvenes, estudiantes y profesionales. Sus militantes consideran que nace el 14 de noviembre de 1992 frente a la entrega y la reacción de los sindicatos tradicionales que se convirtieron en empresarios, nucleados en la CGT (Confederación General del Trabajo). Su estrategia de construcción consiste en recuperar la identidad de las personas y convocar para reconstruir un proyecto nacional y popular de liberación del régimen de dominación y explotación vigente en el país. La Juventud se incluye en el esquema de construcción de la CTA, ya que se trata de un grupo etario que no está contenido por partidos políticos, y oprimidos bajo las características de un modelo neoliberal, manifiestan apatía a la participación política. Sin embargo en la actualidad dan muestras de experiencias de trabajo social fuera de los partidos políticos. La universidad, los barrios, las organizaciones sindicales, culturales, religiosas, comunitarias, etc. son espacios naturales donde se encuentran los jóvenes, y el desafío está en organizarlos y hacerlo desde una herramienta que provea identidad (Fancín de la Juventud CTA, 2006:2). Con este propósito la Juventud CTA hace más de tres años que trabaja en la comunidad barrial Hipódromo desde el "Centro Comunitario Mami Rita" en el cual desarrollan actividades como: apoyo escolar, copa de leche, murga, ropero comunitario, talleres culturales, peñas, taller de alfabetización, banco popular, entre otras. La bandera que reúne a todos los artífices de esta alternativa superadora pregona que *"a un problema colectivo solo se puede oponer una solución colectiva"* (Fancín de la Juventud CTA 2006:5).

<sup>95</sup> Anterior a nuestra experiencia no existía en la Juventud CTA un área de salud. El contacto universitarios y jóvenes militantes se dio paulatinamente propiciado por la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Humanas y conocidos integrantes de la agrupación. Interesados en escuchar nuestra propuesta de trabajo en salud nos invitaron a participar de la primera reunión del año del Área Educación. A partir de allí se sucedieron una primera serie de encuentros vinculados a la presentación de la propuesta donde comentamos que se fundamentaba en la teoría de Paulo Freire, y que el proyecto se hallaba en la instancia del trabajo de campo, por lo que el trabajar conjuntamente sería oportuno. Luego se conformó el equipo de trabajo y comenzamos con el análisis y reflexión del proyecto de educación en salud en la comunidad barrial Hipódromo, centrándonos en el debate de las categorías recreadas – investigación temática y educación problematizadora en salud- Profundizamos que el trabajo consistía en tomarnos varios meses para conocer la comunidad barrial, observando, manteniendo conversaciones informales, realizando entrevistas para recabar información de necesidades y problemáticas en salud para luego, en virtud de la información elaborar un programa educativo en salud originado de los propios intereses de los vecinos. Argumentamos que no se puede trabajar en prevención desde una perspectiva crítica si se impone arbitrariamente el tema que se pretende tratar, debíamos partir de escuchar sus propias voces y desde ahí promover la acción en salud. De esta manera equipo de investigación en salud y comisión de salud fueron denominaciones válidas para referirse a un grupo de jóvenes, trabajadores, profesionales y estudiantes que nos dispusimos a iniciar un trabajo organizado y comprometido en salud con la comunidad estudiada.

<sup>96</sup> Consultar Anexo I "Diario de campo".



En este proceso fue muy provechosa la posibilidad de reunirnos con vecinos y niños que viven en el lugar, ya que ofrecían comentarios e información, paralelamente colaboramos con los jóvenes de la agrupación de “volanteadas”<sup>97</sup> y actividades de difusión, lo que nos brindó una oportunidad para conocer el barrio, sus habitantes, iniciar formas de participación y construir una primera impresión general en materia sanitaria. De allí que la información que aquí se exponga deriva de esas actividades y encuentros<sup>98</sup>.

La comunidad barrial Hipódromo se encuentra situada en el sector sur-oeste de la ciudad de Río Cuarto, se caracteriza por ser una zona de tipo urbana-periférica. El radio que se delimitó para realizar la experiencia empírica fue en referencia al Centro Comunitario “Mami Rita”, este se encuentra ubicado en la calle Pte. Perón Oeste y Marcos Lloveras, y se constituyó en lugar punto de encuentro y relación entre los vecinos.

El Centro Comunitario funciona desde el año 2003, a través de la organización de la agrupación Juventud CTA, en una precaria casa de familia. En ella hay una cocina donde se prepara la copa de leche, un cuarto donde se da apoyo escolar (comedor de la familia funcionalizado al estilo escolar con láminas y una biblioteca organizada temáticamente) hay un baño y tres habitaciones más. En dicho lugar se desarrollaron los talleres y charlas en el marco del proyecto en salud comunitaria.

A los fines de ofrecer una caracterización del lugar hemos construido algunas categorías de análisis atendiendo a aspectos poblacionales, físicos y contextuales que nos permitirá sistematizar una aproximación a la identificación del terreno. Para ello consideramos:

a) Características poblacionales:

- *Grupo poblacional*, residen en la comunidad familias numerosas, disgregadas (madres solteras y jóvenes, hijos de diferentes padres, familias de varias generaciones juntas, etc.) y un alto porcentaje de familias jóvenes con altas tasas de natalidad.

---

<sup>97</sup> Actividad de difusión en la que se reparten folletos o volantes (de allí su derivación). Contienen información de interés y destinada a los vecinos de una comunidad barrial. Esta actividad se realiza a pie casa por casa con la finalidad de conversar e informar a los vecinos sobre un determinado tema.

<sup>98</sup> El conocimiento del espacio comunitario es una condición para la realización del trabajo y para la recolección de datos que pueda necesitar la investigación que se lleva a cabo. Desde la perspectiva de los agentes internos (vecinos) supone no sólo que el agente externo (investigador) vea y conozca, sino que además sea visto y conocido por los agentes internos. Se trata de un comportamiento que debe ser franco, abierto, amable, firme, debe evitar una relación distante, fría, de carácter técnico intentando lograr una relación basada en la confianza, que sea alegre vital y respetuosa, de manera que produzca a su vez respuestas igualmente respetuosas y vivaces (Montero, 2006).

- *Formación social de género*, la población se caracteriza por una cantidad de mujeres que supera a los hombres. Se puede inferir una actividad y movimiento barrial que por las tardes está protagonizado por grupos femeninos, hombres adultos casi no se observan. Ello nos ofrece la impresión de ser una comunidad barrial matriarcal, donde la mujer es la fuerza del hogar. En actividades de difusión éstas adoptaban una actitud de desconfianza ante nuestra presencia, nos observaban como “sospechosos-extranjeros” y mientras uno las invitaba o explicaba actividades a realizar, no miraban a los ojos sino que leían el folleto, actitud de la mayoría de ellas. Las más jóvenes se mostraban atentas e interesadas en las cuestiones que les informábamos.
- *Situación laboral de la población*, se manifiesta un elevado porcentaje de desempleo y desocupación. Muchos de los hombres realizan oficios como albañil, plomero, vendedor, jockey. También realizan “changas” (trabajo de corta duración) o son jornaleros. Un gran número de mujeres trabajan como empleadas domésticas en otros barrios, siendo en ocasiones el sostén del grupo familiar. Otras lo hacen como peluqueras o son amas de casa beneficiadas con el Programa Nacional de Jefas y Jefes de hogar<sup>99</sup>.
- *Realidad cotidiana de la población*, mediante observaciones de la misma se han advertido personas caminando, con carros, niños en bicicleta o jugando al fútbol, grupos de adolescentes sentados en esquinas, chicos en los ciber, hombres en los bares. En oportunidad de trabajar con niños en una jornada recreativa (en alusión al 1º de mayo, día del Trabajador) advertimos comportamientos violentos evidenciados en juegos, en actividades deportivas y todo aquello que implicaba contacto corporal y roses, en más de una oportunidad hubo que separar a los niños. En dicha jornada la murga organizada por la agrupación CTA, recorrió una vuelta a la cuadra cantando y bailando con los niños del barrio que en ella participan. En este recorrido advertimos diversas actitudes de los vecinos para con la actividad que se

---

<sup>99</sup> El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, con la pretensión de promover la cultura del trabajo y mejorar la empleabilidad e inserción laboral, comenzó a gestionar a principios de 2002, y lo desarrolla hasta la actualidad, el *Programa Jefes de Hogar* para más de dos millones de mujeres y hombres, afectados por la falta de empleo. Entre las condiciones para acceder al Programa está ser jefe o jefa de hogar y encontrarse en situación de desocupación, tener al menos un hijo menor de 18 años. Los organismos intervinientes en este Programa son: Ministerio de Trabajo, Desarrollo social, Municipios y Consejos consultivos; Organismos de control (fiscalizan la implementación del programa) y Organismos ejecutores que se encargan de llevar el programa adelante. (Documento *on-line* página web consultada: <http://www.trabajo.gov.ar>).

estaba realizando: muchos sonreían y miraban interesados, otros bailaban animando a sus hijos que iban en la caravana, otros al ver que nos acercábamos entraban rápido a su casa para no cruzarnos, otros en cambio se quedaban mirando serios sin ningún tipo de gesto, pero, lo que más nos impacto en algunas casas, fueron niños que miraban desde dentro del enrejado que dividía con la calle, con expresión de querer participar.

b) Características físicas-contextuales:

- *Calles de la comunidad barrial*, son de tierra, y sólo algunas poseen cordón cuneta. La llegada a la zona se torna dificultosa los días de lluvia. En oportunidad de dirigimos al lugar, posterior a una madrugada en que llovió 45 milímetros, pudimos advertir la problemática de las calles arruinadas y embarradas tras la tormenta, y un cuadro muy particular: vecinos en sus viviendas y patios haciendo secar todo lo que se les había mojado, colchones, sábanas, frazadas, cartones etc.
- *Viviendas*, observamos las categorías 4 y 5 (de acuerdo a datos obtenidos de Obras Privadas) se trata de casas precarias en cuanto a su construcción, edificadas con materiales como cemento y cal, techos de chapa, sin aberturas, frentes sin revestimientos, con cartones y sabanas oficiando de cortinajes. Viviendas que poseen una o dos habitaciones pequeñas, por lo que no nos fue extraño hallar familias de cuatro, cinco o seis miembros que habitaban espacios de entre 15 y 20 metros cuadrados, con una o dos camas.
- *Servicios*, hemos constatado que existe alumbrado público por cuadra y la mayoría de las casas tienen instalaciones de luz eléctrica, a su vez, el área forma parte de la red de infraestructura en agua corriente, por lo que los habitantes disponen dicho servicio. Respecto al gas natural, un grupo de habitantes no lo posee, sino que se manejan con garrafas, o bien cocinan y calientan el hogar con leñas, lo que puede derivar en problemas, como inhalaciones, explosiones o quemaduras en los niños. Respecto al transporte urbano, sólo circulan por la zona, las líneas de colectivo 5 y 13 que comunican el barrio con el centro de la ciudad.
- *Espacios verdes*, se observaron terrenos baldíos entre las casas, muchos de los cuales funcionan como "canchitas de fútbol" para la dispersión de jóvenes y niños. Un lugar destacado es el Hipódromo, donde se realizan carreras de caballos y los vecinos concurren frecuentemente con una finalidad recreativa o porque muchos de ellos trabajan cuidando estos animales.

- *Sanidad*, funciona el Dispensario N° 3 dependiente del Municipio, el cual está ubicado aproximadamente a 12 cuadras del Centro Comunitario de referencia. Allí concurren algunos vecinos para hacer consultas y otros no lo hacen porque prefieren consultar en el Hospital o en Centro de Salud. La mayoría de los habitantes no poseen un plan de cobertura social, sino que poseen el “carnet blanco<sup>100</sup>” entregado por el Municipalidad de nuestra ciudad.
- *Higiene ambiental*, nos impactó la concentración de moscas e insectos como focos infecciosos. Especialmente en el Centro Comunitario en oportunidad en la cual estaba preparada la leche, ubicada al aire libre durante el transcurso de la tarde hasta que los niños la venían a tomar o retirar. Además hay presencia constante de animales sueltos en las calles, como perros, gatos, gallinas, pollos, caballos, y aves como canarios, loros y cotorras.
- *Lo educativo*. A través de datos obtenidos por relevamientos anteriores<sup>101</sup>, se advierte que muchos adultos son analfabetos o tienen el nivel primario incompleto, la mayoría de los niños asisten al nivel primario, pero éste número se ve reducido a medida se avanza a los grados superiores, denotando un importante porcentaje de deserción escolar. Así también se han observado personas con discapacidad mental y sensorial, niños con peso por debajo del normal para cada edad y, por otro lado, debido a las condiciones socioeconómicas y la realidad de este barrio, se advierte una población infantil y adolescente en riesgo psicosocial. Cercano a la zona delimitada se encuentra la escuela provincial Racedo con los niveles inicial, primario y secundario, allí concurren muchos de los niños de la comunidad. También se halla la escuela especial “Luciérnagas” a la que asisten niños con necesidades educativas especiales (específicamente vinculadas a la discapacidad sensorial).
- *Instituciones*, existe una de carácter religioso, una capilla de culto Católico; no se encuentra sede vecinal ni comisaría policial.
- *Comercios*, se pueden advertir diferentes rubros como: kioscos, ferretería, panadería, carnicería, corralones, despensas, bares y cibers, algunos de ellos de aspecto muy precario en relación a lo edilicio y atendiendo a la mercadería disponible.

Finalmente, algo que llamó nuestra atención es que hacia el norte de la comunidad estudiada se llega a una cuadra que parece marcar el límite con “otro

---

<sup>100</sup> Modalidad de cobertura social que se explicitará más adelante en el trabajo.

<sup>101</sup> Relevamiento de datos de la comunidad barrial Hipódromo realizados por la Juventud CTA desde el año 2003.

barrio", en él hay casas recientemente construidas, vehículos modernos estacionados y jardines con césped y plantas sembradas y mantenidas.

Ello contrasta con la realidad de la cuadra de enfrente que manifiesta la carencia y la pobreza de sus habitantes. De esta forma queda delimitada una zona, y se hace evidente una realidad desigual, dolorosa y contrastante.

## **1. 2 La comunidad barrial desde los profesionales sanitarios**

La perspectiva acerca de cómo es percibido el barrio desde el lugar institucional de la salud pudo ser recogida en entrevistas realizadas a los responsables del Dispensario nº 3<sup>102</sup> al que pertenece la comunidad barrial Hipódromo. Los informantes fueron los profesionales sanitarios, el Director y la Médica Pediatra del mismo.

La institución funciona desde hace cuarenta años y las necesidades que llevaron a crearlo estaban vinculadas a los escasos recursos en servicios de salud con que contaba la población de la ciudad, sólo existían el Hospital Central y el Centro de Salud.

El Director del dispensario considera que en la actualidad asisten diariamente entre 80 y 100 personas<sup>103</sup>.

Respecto a la *dimensión social de los vecinos-pacientes*, consideran que en el barrio Progreso conviven diversos estratos sociales en diferentes sectores, por ejemplo, la zona donde se ubica el Hipódromo manifiesta los más altos indicadores de pobreza, manifiestos por ejemplo en las personas que van a buscar la copa de leche u otro tipo de apoyos para subsistir al centro comunitario cercano, mientras que, por otro lado en la zona que se orienta del dispensario hasta la calle Maipú habitan vecinos pertenecientes a una clase media.

En lo que refiere a la *conformación del equipo de profesionales* con que cuenta el dispensario el Director hace Clínica Médica y atiende a pacientes a partir de los 15 años, la Doctora hace Pediatría desde recién nacidos hasta los 15 años, hay una tocoginecóloga, dos enfermeros, un trabajador social, una psicóloga y una psicopedagoga, estos dos últimos que asisten una vez por semana.

---

<sup>102</sup> El dispensario N° 3 se encuentra ubicado en la intersección de las calles Antonio Lucero y la Rioja del barrio Progreso, en la ciudad de Río Cuarto.

<sup>103</sup> Este número deriva de la sumatoria de los pacientes de las distintas especialidades, tales como: clínica que atiende un promedio de 30 personas, pediatría con un promedio de 25 a 30 personas por día, odontología con 10 personas y ginecología aproximadamente 12 personas, sin considerar las consultas a enfermería para tomar la tensión arterial, curaciones, inyectables, entre otras necesidades sanitarias.



El servicio médico está a cargo de la pediatra por la mañana y el clínico en la tarde, de manera que continuamente se encuentre un médico para casos de urgencias. Las guardias médicas son responsabilidad del servicio de enfermería que atiende de lunes a viernes de 7 a 19 horas, permaneciendo cerrado los fines de semana.

Al indagar si han trabajado con otras instituciones barriales el Director comenta que en varias oportunidades intentó realizar charlas en las vecinales y no obtuvo respuestas, la pediatra destaca que en la actualidad se mantienen iniciativas de vinculación con la escuela Racedo con la que llevan adelante un proyecto de "salud escolar" cuya ventaja es que es un colegio con una población que llega a los 700 alumnos en el primario y en el jardín cerca de 180, con una directora comprometida, que convoca y evidencia una política de apertura.

Respecto la *población del barrio* la Pediatra considera que está compuesta de adultos, jóvenes y niños, y en relación a la cuestión social, el Director entiende que el barrio Progreso en su totalidad "no es un barrio marginal como pueden ser otros, donde haya un enorme bolsón de pobreza, yo te diría que es de clase media baja..." (Anexo XI).

Concluye que desde su lugar de pediatra de un barrio como el Progreso, en el que la comunidad barrial Hipódromo ocupa un sector importante:

"...hay gente que te quiere, hay gente que no te quiere, hay gente con la que uno tiene más dificultad otras con menos, pero la gente te conoce... vos convocas y la gente te da respuestas... lo que pasa es que se presentan temas difíciles de abordar, el tema del maltrato por ejemplo no a todos les gusta, muchos se sienten tocados y aparte muchas veces hemos tenido que intervenir, entonces no les gusta a todos la presencia de la "Dra. Dorita"... pero bue... Se trata de jugarse, yo sé como es, habrá gente que no le gusta que lo haga, pero bueno... meterse con esto es difícil, hurgar la familia es difícil, pero de algún punto hay que hacerlo..." (Médica Pediatra, Anexo XI).

### **1. 3 La comunidad barrial desde las propias vecinas**

Para realizar este apartado organizamos previamente los testimonios de las 21 mujeres entrevistadas por grupos etarios, ya que esta forma de estudiarlo puede ofrecernos diversas perspectivas acerca de lo que es y cómo se percibe "la comunidad barrial Hipódromo" en las voces de sus habitantes y con la particularidad de diferenciarse por la edad de las mismas<sup>104</sup>.

---

<sup>104</sup> Para profundizar ver Anexo IV "Recuperación descriptiva de la comunidad barrial en las voces de sus vecinas".

Consideramos que habitualmente en diferentes períodos evolutivos las personas pueden construir distintas concepciones del lugar en el que viven; con el transcurso del tiempo, estas pueden ir modificándose, transformando, variando, enriquecerse o bien, en algunos de los casos permanecer intactas.

En este sentido partimos del supuesto de que "las diferentes etapas evolutivas que transitan las mujeres han influido en la construcción de las representaciones, visiones, descripciones y caracterizaciones que éstas han elaborado acerca del lugar en que viven".

En virtud de lo planteado, el análisis de las entrevistas nos ha permitido identificar tres grupos etarios: mujeres mayores entre 50 y 70 años (4 mujeres), mujeres adultas entre 30 y 50 años (7 mujeres), y mujeres jóvenes entre 20 y 30 años (10 mujeres).

El estudio detallado de las narrativas de estos grupos arrojan datos afines, su análisis en conjunto revela semejanzas, similitudes, también contrastes y diferencias en las representaciones que ellas ofrecen de la comunidad barrial hipódromo.

En lo que sigue presentaremos estos análisis intentando indagar si existe alguna particularidad en cada uno de los grupos: si éstos ofrecen visiones privativas que se restringen a sí mismos, o si por el contrario traspasan la barrera de la edad derivando en cuestiones comunes a todas las entrevistadas; implicando un trabajo comparativo.

Respecto al *primer grupo* de mujeres mayores, entre los 50 a los 70 años, hace entre 20 y 34 años que viven en el barrio, cerca de la mitad de sus vidas, en algunos casos. Parecen haber construido una visión y caracterización de la comunidad barrial bastante optimista, idealista y hasta con tintes de romanticismo.

Para ellas las dificultades que aquejan al barrio son la desocupación, los problemas de alimentación y las familias con características postmodernas con estructuras multifacéticas, como familias desmembradas, monoparentales o ensambladas. Todas coinciden en que antes era un barrio peligroso y que en la actualidad es muy tranquilo, que vive gente muy buena, y que jamás les paso nada.

El pensamiento de este grupo de mujeres parece revelar una postura bastante conservadora desde una perspectiva de la conformación familiar manteniendo una cosmovisión romántica (Falavigna, 2003) la que se extiende a una concepción idealista del lugar en que viven, la que puede comprenderse cuando pensamos que:

"Los románticos tenían...relaciones de persona a persona, no había medios de comunicación...*al no haber medios de comunicación uno tiene que encontrar lo que le hace falta en su barrio, en su pueblo, en su terruño; entonces toda la vida se desenvuelve en ellos.* Por lo tanto el romántico ya sabía que iba a encontrar muy cerca de su casa a la

mujer de su vida y que también *hallaría amigos fieles para jugar una relación de persona a persona*" (Falavigna, 2003:76. La cursiva es nuestra).

Palabras que parecen reflejar el espíritu del pensamiento del grupo de mujeres mayores.

Un *segundo grupo* es el de las mujeres adultas, que hemos organizado en un rango de edad que va de los 30 a los 50 años, las cuales hace entre 17 y 34 años que viven en el barrio.

En el aspecto vinculado al tiempo que habitan en la comunidad éstas mujeres se hallan cercanas al grupo anterior; a pesar de que sus edades disminuyen, el tiempo transcurrido desde que viven en el barrio es mayor, por lo que podríamos inferir poseen un cabal conocimiento de la realidad barrial, existiendo coincidencias con las mujeres mayores.

Este grupo concuerda en que según el conocimiento popular de quienes hacen varios años que habitan el barrio, éste era sereno, tranquilo y de buenas personas, sin embargo y como contrapartida declaran que actualmente es inseguro, individualista y egoísta. Creencia y pensamiento que las distancia de las mujeres mayores.

Estos planteos nos orientan a inferir que quizás lo vivido por las mujeres mayores, aconteció simultáneamente a lo vivido por las adultas, pero éstas tenían menor edad y quizás no dimensionaban un peligro o falta de seguridad que tal vez, en ese tiempo en que las mujeres mayores eran adultas y las adultas jóvenes o niñas, percibían realmente como "mucho más peligroso e inseguro que aquello que en la actualidad realmente sucede".

Estas suposiciones habilitarían a las mujeres mayores a pensar que el barrio es más tranquilo que antes, al tiempo que deja de lado nuestra presunción de que han elaborado una concepción romántica e idealista de lo que es en la actualidad y, por el contrario son las más realistas de las mujeres entrevistadas al conocer la realidad pasada y presente.

El *tercer grupo* de las mujeres jóvenes tienen entre 20 y 30 años, hace entre 5 y 25 años que viven en el barrio, lo que, las diferencia de los grupos anteriores al hacer menos tiempo habitan allí.

Se trata de un grupo conformado por mujeres más críticas, reflexivas y audaces, lo que las distingue también. Estas jóvenes con familias ya constituidas se expresan preocupadas y amenazadas por un barrio inseguro donde pandillas de adolescentes, bajo efectos de drogas y alcohol, mantienen en vilo de manera constante a la población, lo que para ellas es un problema vinculado a la falta de educación.

Este punto las aproxima al grupo anterior, puesto que consideran que en la actualidad el barrio es inseguro, no obstante las contrasta el hecho de denunciar algunas de las causas que originan tal situación.

Pareciera que han construido una actitud de denuncia y una visión pesimista manifiesta en el dolor que les causa advertir que en el barrio que nacieron o se criaron sucedan episodios de violencia y delincuencia propiciados por los mismos vecinos, junto con el reconocimiento de lo difícil o casi imposible de que dicha situación se revierta.

Desde los planteos de la sociología contemporánea podríamos arriesgarnos a considerar que la actitud de estas mujeres se ubica en una perspectiva crítica reproductivista, concentrada en una denuncia que nada propone. En un aspecto inicial este matiz pesimista las diferencia totalmente del primer grupo de las mujeres mayores, que más bien han elaborado una visión romántica e idealista del barrio, que a partir de esta nueva reconsideración de las mismas comenzamos a denominar realistas.

Por otro lado, este grupo también se distingue de los anteriores en la acusación de una realidad común a varias de las familias, acuciante en materia de sanidad habitacional, y es el no tener donde vivir o vivir toda una familia hacinada en una misma habitación. En este sentido no fue extraño hallar en las observaciones realizadas familias de cuatro, cinco o seis miembros que habitan en un único espacio de entre quince y veinte metros cuadrados, y con una o dos camas o cuchetas.

Consideremos que se trata de mujeres y familias jóvenes con altas tasas de natalidad; por lo que esta problemática es preocupante para ellas, muchas de las cuales son sostén de familia y tienen que emplear estrategias de supervivencia frente al déficit habitacional, él que parece no ser advertido por los grupos anteriores, por acostumbramiento, naturalización de dicha realidad, o con la intención de acallararlo.

Para finalizar este párrafo podemos arriesgar que el supuesto propuesto inicialmente parece atinado en tanto que las diferentes etapas evolutivas que transitan las mujeres de la comunidad barrial Hipódromo han influido en la construcción de representaciones y caracterizaciones que han elaborado acerca del mismo.

Los grupos etarios parecen ofrecer visiones particulares que por la edad se caracterizan y diferencian entre sí, pero finalmente todas coinciden en que, antes o después, pasado o presente, es decir históricamente, el barrio ha sido inseguro y peligroso. Las mujeres más jóvenes se animan a denunciar sus causas pero quedan atrapadas en una lógica pesimista y sin salida, mientras que las de más edad



advierten la realidad pero se atreven a apostar a su lugar y a su gente, con lo que parecería una visión más esperanzadora y anunciadora de la realidad por venir.

#### **1.4 Recuperación descriptiva integral de la comunidad barrial Hipódromo desde los actores participantes**

Habiendo considerado las distintas perspectivas descriptivas de la comunidad estudiada, en esta instancia se complementan las mismas reflexionando las formas de significarlas por los actores involucrados en la experiencia desde una dimensión integral. Entendemos que los aportes narrativos ofrecidos por ellos denotan rasgos del contexto comunitario que se sintetizan en lo que sigue:

La población que predomina en el barrio Progreso se compone de adultos, jóvenes y niños cuyo estrato social es de clase media-baja, "no es un barrio marginal como pueden ser otros, donde haya un enorme bolsón de pobreza, yo te diría que es de clase media baja..." (Profesionales sanitarios, Anexo XI).

Sin embargo la zona donde se ubica la comunidad del Hipódromo manifiesta los más altos indicadores de pobreza, los que pueden ser advertidos en: las viviendas precarias, el vivir en condiciones de hacinamiento, la situación de desocupación y desempleo de sus habitantes, la precarización laboral de los mismos, a lo que se suma como consecuencia el consumo cotidiano por parte de vecinos y niños de la copa de leche u otro tipo de apoyos para subsistir.

En virtud de lo considerado, la comunidad barrial Hipódromo es la zona urbano-periférica del barrio Progreso con calles difícilmente transitables y viviendas precarias.

Quienes viven allí son familias numerosas, estimando entre 4 y 7 hijos. Éstas adoptan las características de la "familia posmoderna" (Falavigna, 2003:81) cuya estructura es multifacética ya que se trata de: familias monoparentales (madres solteras y jóvenes solas con hijos de diferentes padres), familias ensambladas (mujeres juntadas de hecho con hombres cada uno con sus hijos anteriores y los hijos de ambos; familias de varias generaciones juntas; entre otros) o familias disgregadas (casos en que la madre entrega su propio hijo para que su madre o hermana lo críe debido a que estos parientes pueden hacerse cargo económicamente del niño; casos en que el padre o madre trabajan en otra ciudad y dejan sus hijos al cuidado de uno de ellos u otro pariente cercano). También se evidencia un alto porcentaje de familias jóvenes con altas tasas de natalidad.

Respecto a la población en general hallamos: un número considerable de adultos analfabetos o con nivel primario incompleto, una cantidad de niños que asisten



al nivel primario, que al avanzar a grados superiores comienzan a abandonar la escuela para trabajar, denotando un importante porcentaje de deserción y fracaso escolar.

También viven allí personas con discapacidad mental y sensorial, adultos y niños con peso por debajo de lo normal para cada edad, una población infantil y adolescente en riesgo psicosocial.

Vinculado a la higiene ambiental, la comunidad parece encontrarse en un estado de contaminación por desechos de diversa procedencia, relacionado a una falta de responsabilidad de los vecinos respecto a las condiciones de higiene comunitaria. Esta situación se caracteriza por la concentración de insectos como focos infecciosos, presencia constante de animales en las calles y en los hogares pudiendo afectar a bebés y niños quienes se presentan como los más vulnerables a enfermedades como zoonosis, a las que tampoco escapan los adultos<sup>105</sup>.

Por otro lado, puede considerarse que en la actualidad se trata de un barrio peligroso e inseguro, si bien ha pasado por diferentes etapas en su conformación histórica, etapas de seguridad y tranquilidad absoluta (vecinas mayores) y etapas de inseguridad y desasosiego permanente (vecinas adultas y vecinas jóvenes).

Ello debido a que habitan en él malhechores, pandillas de jóvenes que no han recibido educación, no trabajan y vagabundean, los cuales estando bajo los efectos de las drogas y el alcohol se aventuran a cometer agresiones, transgresiones y delitos vinculados al robo de viviendas, comercios, vehículos, bicicletas, motos, o cometen asaltos a choferes del taxis o remises que transitan por el lugar.

Según la visión de los propios habitantes, podríamos considerar, incluso manteniendo ciertos resguardos, que se trata de un barrio que se mantiene en una postura "indiferente" que se manifiesta en sus vecinos desde una cultura individualista, hallándose preocupados por sí mismos y los suyos, aislados entre sí, "marchando" funcionalmente a una estructura social establecida, y en otros casos de manera balcanizada, parcelada y celularista al reunirse grupos reducidos de vecinos que sólo se preocupan por su bienestar sin interesarles la realidad de los otros, actuando de manera aislada, separada y fraccionada en pequeños grupos.

Un problema común que afecta a toda la comunidad barrial Hipódromo es la cuestión habitacional, el no tener donde vivir o vivir una familia hacinada en escasos metros cuadrados.

---

<sup>105</sup> Cuestión que se retomará en los apartados siguientes vinculados al Análisis situacional sanitario de la comunidad barrial Hipódromo.

La síntesis descriptiva presentada de la comunidad estudiada fue leída a los actores participantes quienes acordaron con ella otorgando un criterio de validez intersubjetiva (Montero, 2006) a la misma, permitiéndonos realizar un ajuste de nuestra visión como investigadores a la de los demás participantes de la comunidad.

## **2. Síntesis...**

Este capítulo nos ha introducido al desarrollo y evolución de la experiencia. Realizamos la recuperación descriptiva del contexto según la perspectiva de todos los participantes involucrados, lo que nos permitió caracterizar la comunidad.

Los tres actores sociales que nos ofrecen sus perspectivas, vecinos, médicos así como los investigadores de la comunidad, convergen en una mirada reflexiva que permite caracterizar la zona de estudio: se trata de una comunidad barrial en la que manifiesta indicadores de pobreza reflejados en las condiciones de vida sociales, laborales, ambientales y sanitarias de su grupo poblacional.

En este sentido debemos destacar que si bien se ha confluído en una perspectiva común que permite contextualizar la comunidad barrial, cada uno de los actores destaca distintas cuestiones de la misma: los vecinos hacen hincapié en la inseguridad, la violencia, la delincuencia y los aspectos habitacionales, los médicos señalan cuestiones vinculadas a la pobreza que atraviesan los vecinos de este sector comunitario en relación con otros de sectores próximos pertenecientes al mismo barrio y los investigadores advertimos una situación preocupante en materia de higiene ambiental, posible contaminación y su potencial efecto perjudicial en la salud de los vecinos.

En consonancia con lo planteado, en lo que sigue analizaremos con detenimiento los problemas y situaciones en materia sanitaria que la comunidad barrial Hipódromo atraviesa.

## Capítulo VII

### PROBLEMAS Y SITUACIONES EN SALUD SENTIDOS E IDENTIFICADOS POR LOS ACTORES DE LA COMUNIDAD BARRIAL

*“Partiendo de que la experiencia de miseria es violencia y no la expresión de pereza popular o fruto del mestizaje o de la voluntad punitiva de Dios, violencia contra la que debemos luchar, tengo que irme volviendo más competente, en cuanto educador, para que mi lucha no pierda eficacia” (Freire, 1997).*

Este capítulo tiene el propósito de presentar los problemas y situaciones vinculadas a la salud y enfermedad de las mujeres entrevistadas considerando dimensiones relacionadas a lo comunitario, familiar e institucional.

Nuestro trabajo psicopedagógico en comunidad parte de la explicación y análisis de las necesidades sentidas, para lo cual se apoya en una concepción dialógica -no extensionista- (Freire, 1970) de la relación entre investigador y sujeto de investigación. Tal relación puede darse porque ese sujeto no es considerado desde una perspectiva tradicional, sólo como fuente de datos, sino como un sujeto activo, participante comprometido en la investigación (Montero, 2006).

Esta concepción supone una relación dinámica donde el movimiento de identificación de necesidades es permanente, “supone un proceso en el cual se transforman continuamente los esquemas producidos en el grupo para explicitar sus sentimientos, a la vez que esos mismos sentimientos cambian...” (Montero, 2006:99).

Este proceso de análisis de necesidades y situaciones en salud sentidas y vivenciadas por los vecinos responden a la concepción freireana como marco referencial que supone la problematización de la realidad y de las situaciones límite que ella presenta. Al decir de Montero:

*“No se trata sólo de definir necesidades, sino de conocer sus orígenes, sus soluciones y también la vitalidad, la dificultad que representan en la situación en que se vive, en la sociedad concreta en la que se habita, de tal manera que esas situaciones dejen de ser naturales. Se busca en fin, generar una conciencia respecto de la necesidad, ya que ésta sólo puede sentir, y es la conciencia la que permite ver” (Montero, 2006:99. La cursiva es nuestra).*

Con este propósito intentamos asumir una posición ética, de preocupación y opinión respecto al problema que se nos manifiesta, lo que debe implicar escuchar a todos los actores participantes.

Coincidimos con Montero (2006) en que si se va a trabajar en una situación comunitaria y compleja se debe tomar conciencia inicialmente de cuál es la posición

ética y política respecto de las causas que han producido la situación en que pretende intervenir.

De acuerdo a lo planteado organizaremos el capítulo en tres secciones: inicialmente desarrollaremos interpretativamente las visiones y percepciones de salud-enfermedad ofrecidas por las protagonistas de la comunidad, para, seguidamente realizar un análisis de las categorías emergentes de estas situaciones-problemas en salud, lo cual finalmente nos permitirá realizar una síntesis de la temática tratada.

### **1. Visiones y percepciones de la salud-enfermedad: algunas reflexiones preliminares**

Los datos ofrecidos por las narrativas de las entrevistas realizadas evidencian un grupo de mujeres que parece “ponerse la mochila”, como una forma de hacerse cargo de las responsabilidades familiares, laborales y comunitarias<sup>106</sup>.

Aquí podríamos considerar su voluntad de conversar y responder a preguntas sobre los aspectos mencionados que “un grupo de agentes externos, extraños o extranjeros” quiere conocer sobre ellos. Y es aquí donde se enarbolan con la “bandera” de su barrio, y se hacen cargo de lo que es, lo que fue y lo que puede llegar a ser desde sus propias representaciones.

Estas mujeres se aventuraron a un torrente desconocido que las llevó a reflexionar sobre su propio modo de vida, sus condiciones, la realidad sociosanitaria, y las relaciones familiares, comunitarias e institucionales que protagonizan cotidianamente.

En lo que sigue, manteniendo una organización por grupos etarios de mujeres como lo hemos presentado anteriormente, en mayores, adultas y jóvenes<sup>107</sup>, analizaremos inicialmente sus visiones grupales, para luego hacer un análisis integral de sus planteos intentando advertir visiones y percepciones acerca de las situaciones de salud-enfermedad, que denotan perspectivas, opiniones y posturas comunes o diferentes y hasta disímiles entre sí.

El grupo de *mujeres mayores* ofrece un claro panorama que refleja lo que sucede en la comunidad barrial hipódromo. Si bien cada una de ellas aporta un dato o

---

<sup>106</sup> Para profundizar las cuestiones que aquí se desarrollan consultar Anexo V “Análisis interpretativo de los datos ofrecidos por las vecinas vinculados a la cuestión sanitaria”.

<sup>107</sup> Las mujeres que conforman los tres grupos de mayores, adultas y jóvenes son las mismas que han ofrecido sus narrativas para la recuperación descriptiva de la comunidad barrial Hipódromo y que inicialmente organizamos en grupos etarios: mayores entre 50 y 70 años (4 mujeres), adultas entre 30 y 50 años (7 mujeres), y jóvenes entre 20 y 30 años (10 mujeres).

ingrediente particular todas parecen coincidir en que los problemas en salud más frecuentes en son alergias, asma y problemas respiratorios.

Unas se manifiestan preocupadas por: casos de desnutrición que conocen y la presencia constante de moscas e insectos, animales que merodean y los *studs* donde cuidan los caballos. Otras ofrecen una visión sanitaria vinculada a lo social ya que plantean el caso de jóvenes humildes, con discapacidad y algunas con retraso mental que están solas y no son atendidas como corresponde, también advierten casos de niños y adolescentes con conductas violentas relacionadas al consumo de drogas y alcohol.

Si bien estas mujeres parecen ofrecer una visión clara en materia sanitaria, una de ellas expresamente enuncia no advertir ningún problema o situación en salud en el barrio argumentando que casi no dialoga con sus vecinos y se concentra en su problema particular en salud.

El grupo de *mujeres adultas* parece ofrecer visiones que en algunos casos coinciden con las de sus vecinas mayores y en otros no. Es evidente la división entre un grupo denunciante que advierte problemas que afectan y amenazan a toda la comunidad barrial y un grupo que parece inmerso en su cotidianeidad desconociendo lo que acontece en el exterior.

Al respecto advertimos un subgrupo que parece estar preocupado por casos de desnutrición, derivados de la mala alimentación como vómitos, diarrea y gastroenteritis. Se preocupan por el causante socioeconómico de la misma en la desocupación y la falta de dinero. También las inquieta problemas frecuentes en los niños como resfríos, alergias y asma.

Otro subgrupo no señala problemas en salud, argumentando incluso que en el barrio no existen tales problemáticas porque la mayoría de los vecinos tienen mutual, como si ello fuese garantía o impidiese que uno enferme, haciendo ingresar subyacentemente la cuestión del acceso a la salud.

Otras mujeres no sugieren problemas en salud argumentando que no tienen conocimiento de los mismos al tener poco o ningún contacto con los vecinos, porque están ocupadas en sus familias. Este subgrupo trata de evadir rápidamente la pregunta acerca de la salud comunitaria y se explaya larga y tendidamente sobre el tópico de la salud familiar, razón que nos llamó la atención por el marcado desinterés en lo social y colectivo y una tendencia exacerbada a nivel privativo de lo familiar.

El grupo de *mujeres jóvenes* se expresa en dos polos bien diferenciados. Uno que desconoce la situación o problemática sanitaria, y otro que además de mencionar



problemas concretos vinculados a la salud de los niños, va más allá, atravesando la barrera del individualismo, aislamiento, desunión, egoísmo, y se preocupa por la higiene sanitaria del colectivo barrial.

En este sentido el primer subgrupo desconoce la realidad sanitaria, en su mayoría consideran que no advierten problemas o necesidades en salud en el barrio ya que el dispensario esta cerca y cuando se enferma alguien se lo lleva allí (argumento presente en mujeres mayores y adultas) también desconocen problemas en salud porque permanecen en sus hogares sin tener comunicación con sus vecinos. En este subgrupo una de las mujeres se encuentra al límite, ya que argumenta que no conoce de problemas precisos en salud en el barrio porque entiende que todos tienen problemas, introduciendo una cuestión discutible y hasta paradójal "no conozco problemas porque todos tenemos problemas".

Por otro lado el segundo subgrupo se manifiesta un poco más "contestatario" y crítico de la realidad barrial y además de consignar las patologías frecuentes en niños, como resfríos, dolor de estómago, gripe, alergias, bronquitis, etc. denuncian realidades alarmantes.

Ellas alzan sus voces sobre distintos tópicos de la sanidad expresando cuestiones preocupantes como: que las alergias y resfríos que padecen los adultos y niños son consecuencia del polvo y la tierra provocado por caballos y los *studs* que hay en el barrio, que también originan graves focos infecciosos con moscas e insectos que contaminan y transmiten enfermedades; niños que permanecen solos en la calle; la caótica realidad vinculada a lo habitacional, argumentan que hay vecinos que viven en casas muy precarias que no tienen baño o que éste es utilizado por varias personas, lo que deriva en la contaminación ambiental ya que en varios casos se observan botellas con orina en las calles y terrenos baldíos.

En virtud de estas consideraciones advertimos que tanto el grupo de las mujeres mayores, como el de adultas y jóvenes manifiestan posiciones semejantes que parecen trascender la cuestión de la edad. Se advierten dos perspectivas asumidas por las mujeres:

- Una perspectiva reflexiva y crítica basada en comportamientos más prosociales<sup>108</sup> y una cultura de colaboración y cooperación para con el vecino,

---

<sup>108</sup> Se trata de aquellos comportamientos que sin la búsqueda de recompensas externas, favorecen a otras personas, grupos o metas sociales y aumentan la probabilidad de generar una reciprocidad positiva, de calidad y solidaria en las relaciones interpersonales o sociales consecuentes, salvaguardando la identidad, creatividad e iniciativa de las personas o grupos implicados (Roche, 1998:16).

- Una perspectiva más conservadora y funcionalista, caracterizada por el egoísmo, egocentrismo, orientada hacia una cultura del individualismo, el aislamiento y la desunión.

*En la primera perspectiva crítica y reflexiva* las mujeres consideran que las alergias y resfríos que padecen los adultos y niños son causadas por el polvo y la tierra provocada por caballos y los *studs* que hay en el barrio, que también originan focos infecciosos con insectos que contaminan y transmiten enfermedades.

Denunciar cuestiones más preocupantes como: casos de desnutrición ahondando en las causas socio-político y económica de la misma, con una realidad de la desocupación, desempleo y precarización laboral.

Ofrecen una visión denunciante de la higiene sanitaria barrial, comentan casos de vecinos pobres, con discapacidad física o mental, que están solos, abandonados y no son atendidos como corresponde, niños y jóvenes con conductas violentas y agresivas vinculadas al consumo de drogas y alcohol, o niños que permanecen solos en la calle.

Comentan la realidad habitacional, vecinos que viven en casas precarias sin baño, y si lo tienen es utilizado por varias personas resultando en algunos casos una amenaza para la contaminación ambiental.

En a la *perspectiva más conservadora y funcional*, es un grupo de mujeres que parece inmerso en su cotidianidad. No tienen conocimiento de los problemas o necesidades en salud que tiene el barrio, al tener poco contacto con los vecinos, y al no reconocerse como parte de la misma comunidad no pueden advertir que sus propios problemas sanitarios son y hacen a la problemática sanitaria colectiva, y que es allí, en el reconocimiento de uno mismo como igual al otro, donde se pueden reconocer como vecinos, como pares coincidiendo y sumándose a lo vivido por aquellos quienes se encontraban acallados, o silenciados, detrás del muro que los separaba, y en este entonces se hallan develando una realidad sanitaria común, compartida.

Estas personas desconocen problemas, situaciones o necesidades en salud porque permanecen en sus hogares aislados del mundo, sin hacer uso mínimo de “diversos canales” de comunicación con sus vecinos “tan próximos”.

En lo que sigue se presentará un análisis de las entrevistas realizadas desde las categorías conceptuales emergentes como núcleos teóricos que permitirán comprender la realidad en salud para posteriormente realizar el estado situacional sanitario de la comunidad.

## 2. Análisis de las entrevistas realizadas

Las narrativas de las entrevistas realizadas<sup>109</sup> pueden ser susceptibles de interpretarse a través de ciertas categorías que emergen en virtud de los planteos de las vecinas, cuyo análisis en profundidad permitirá arribar a la caracterización de un estado situacional sanitario de la realidad que atraviesa la comunidad barrial Hipódromo desde las representaciones de las mismas.

Montero (2006) propone un criterio que denomina “reflejo” y consiste en la capacidad de los entrevistados elegidos de reflejar las características de la población o comunidad en la cual se presenta el fenómeno o problema de estudio. De esta manera las categorías al ser reflejadas por los entrevistados se vinculan al problema de investigación y los objetivos planteados en la misma.

En el siguiente apartado nuestra intención es ingresar a una raíz común que permita realizar interpretaciones considerando todas las entrevistas y datos aportados por las mujeres tratando de comprender las situaciones, necesidades y problemáticas frecuentes, analizadas a la luz de ciertos aportes teóricos que facilitaran un posterior análisis situacional sanitario.

El estudio y análisis de las 21 entrevistas realizadas permite inferir categorías como lo son los *niveles de conciencia en salud* que las vecinas han construido y las *posibilidades del acceso al sistema sanitario* que las mismas expresan. Se trata de dos temáticas transversales que se presentan en la gran mayoría de las entrevistas, en los tópicos abordados, ya sea la cuestión comunitaria y familiar o lo referente a lo institucional.

En cuanto a la interpretación de los diversos niveles de conciencia en salud se tomará como referencia los aportes de la teoría de Freire (1964, 1970, 1975, 1990) acerca de la conciencia de la realidad y sus condicionamientos históricos<sup>110</sup>. En lo que respecta al acceso al sistema sanitario se trabajará principalmente con los aportes de Ferrara (1985) desde el campo de la teoría social y la salud, y otros autores que abordan esta temática.

---

<sup>109</sup> Para profundizar consultar Anexo V “Análisis interpretativo de los datos ofrecidos por las vecinas vinculados a la cuestión sanitaria”

<sup>110</sup> Si bien en la primera parte de este trabajo se ha desarrollado someramente ésta cuestión, vinculada a la construcción del conocimiento desde la perspectiva freireana, en lo que sigue se intentará recrear esta concepción de conciencia al campo sanitario.

## **2.1 Conciencia de la realidad sanitaria y sus condicionamientos históricos en Freire**

Freire estudia los diferentes niveles de conciencia en América Latina a partir de concebir la realidad histórico-cultural como una superestructura en relación a una infraestructura.

Entiende que a medida que los hombres actúan sobre el mundo su conciencia se ve condicionada histórica y culturalmente. Según la calidad de este condicionamiento, la conciencia de los hombres alcanza varios niveles en el contexto de la realidad histórico-cultural. A este fenómeno Freire (1990) denominó *concienciación*, y se refiere al proceso mediante el cual los hombres, como sujetos de conocimiento, alcanzan una conciencia creciente tanto de la realidad que da forma a sus vidas, como de su capacidad de transformar la misma.

Desde el plano sanitario Videla (1991) considera la importancia del desarrollo de una conciencia sanitaria popular. La autora señala que alcanzar una conciencia sanitaria no significa solamente la adquisición de conocimientos acerca de los factores que dañan la salud, como saber de qué forma combatirlos o evitarlos, se trata de una conciencia crítica, como una convocatoria a la organización de las comunidades, al desarrollo de una capacidad crítica y reflexiva para implementar medidas en salud que favorezcan el nivel sanitario de todos.

A continuación desarrollaremos los diferentes niveles de conciencia de la población estudiada según Freire (1975, 1990) lo que vincularemos a las expresiones surgidas en las entrevistas como una categoría de análisis del grupo comunitario estudiado.

### **a) Conciencia sanitaria intransitiva o semiintransitiva**

Este modo de conciencia se corresponde a la realidad de las sociedades dependientes, está condicionada por las estructuras sociales y se caracteriza por la adherencia a la realidad objetiva. Es típica de las estructuras cerradas y dada su inmersión a la realidad no llega a percibir o percibe distorsionados los desafíos de la realidad.

En ella los intereses y preocupaciones del hombre se ciñen a lo vital, lo que representa una falta de compromiso entre el hombre y su existencia. Cuestión que se manifiesta en la siguiente expresión de una entrevistada al preguntarle si todos tenemos las mismas oportunidades en salud:

Entrevistadora: entonces... ¿a vos te parece que todos tenemos las mismas oportunidades en salud?

Tota: y yo pienso que debe ser general lo que te digo del dispensario yo al dispensario también lo ocupo mucho... (parece no comprender la pregunta)

E: ¿pero la gente en general tenemos las mismas posibilidades de atención sanitaria?

T: si, la verdad que puede haber casos de gente que le cueste, pero yo ya ahí no sé, este... sí a lo mejor quiero decirte que también, hay un medico clínico que no me convence... (Tota, 56 años).

Al carecer de una percepción estructural los hombres atribuyen como fuentes de los hechos de su vida a un carácter de magia protectora. El discernimiento se dificulta, se confunden objetivos y desafíos del exterior, y el hombre se hace mágico por no captar la auténtica causalidad. Uno de los componentes de una sociedad cerrada es *cultura del silencio* (Freire, 1990) o el silencio de las masas que condiciona la conciencia. Este se observa en quienes no pueden emitir su voz, cuando están inmersos en escasos niveles de conciencia acerca de su propia situación. Al respecto, encontramos este silencio en algunas entrevistadas, por ejemplo:

Entrevistadora: ¿te parece que en la actualidad todas las personas tienen las mismas posibilidades de atenderse en salud?

Silvana: algunas...

E: ¿algunas se atienden y otras no?

S: (afirma con la cabeza)

E: ¿y las que no pueden atenderse?

S: y van al médico a un hospital público, sino tiene que haber plata para que los atiendan... (Silencio)

E: o sea que no es igual para todos...

S: no (silencio)... (Silvana, 24 años).

Lo que Freire (1990) quiere significar con conciencia semiintransitiva es la limitación de la comprensión y la impermeabilidad a desafíos.

En la medida en que se amplía el poder de captación y de respuesta a las cuestiones del exterior, la sociedad cerrada comienza a quebrarse y aumenta el poder del diálogo, el ser humano se "transitiva" prolongando sus intereses y preocupaciones. Esta transición corresponde a una nueva fase de la conciencia popular, aquella de la "transitividad ingenua", y que quizá este fragmento la puede caracterizar:

Entrevistadora: ¿Te parece que todos tenemos las mismas posibilidades de acceder la salud en la actualidad?

Roxana: yo diaria que sí...



E: ¿vos pensás que se atienden de igual manera el hijo de un intendente y un chico del barrio?<sup>111</sup>

R: tendría que ser así, tendría que ser así, pero lamentablemente no es así, porque lamentablemente a ella (señala su bebé de tres meses que padece un soplo al corazón) donde yo la llevo al cardiólogo si no tengo los 30 pesos no me la atienden, y si para los estudios no tenés la plata no te lo hacen, todos dicen es muy buen médico pero a la misma vez es un sin vergüenza de miercole, porque es como dice el dicho "por interés baila el mono"... y es así si no, te lo atienden... (Roxana, 30 años).

Estas expresiones poseen características que nos permitirían referirnos a una conciencia sanitaria transitiva ingenua, ya que, si bien la mujer expresa inicialmente una posibilidad en el acceso a los servicios de atención en salud igualitaria para todos, con cierto tinte inocencia y hasta de idealismo, cuando intentamos contra-argumentar su afirmación contrastando las posibilidades de atención de un personaje social concreto, la joven parece repensar el interrogante inicial, implicando un pensamiento y conciencia sanitaria en proceso de transitividad que le permite reconocer que en el plano de la realidad que no todos tienen las mismas posibilidades de acceder a una atención sanitaria de igual calidad, y comenta el ejemplo de las dificultades económicas que posee para que su pequeña hija reciba la atención adecuada a su patología.

De manera que, inicialmente la mujer deja entrever la no percepción de la dificultad en el acceso al sistema sanitario, al problematizar la situación e intentar desnaturalizar sus planteos con un argumento más vinculado a la cotidianeidad puede advertir una nueva realidad, parece ampliarse su poder de captación y respuesta a la cuestión, y a través del diálogo y explicación de su situación concreta parece prolongar sus intereses y preocupaciones. Todo lo que manifiesta indicios de una conciencia sanitaria ingenua, pero que comienza a transitivarse.

Por otro lado se pudo advertir en varias mujeres un silencio y mutismo profundo que las conducía a responder sólo afirmativa y negativamente lo que podría ejemplificar lo que Freire llama *cultura del silencio*, se trataba de mujeres que no podían emitir su voz ni mirarnos a los ojos al conversar, denotando un escaso nivel de conciencia acerca

---

<sup>111</sup> Este interrogante que quizás pueda ser juzgado como inducido o capcioso, intenta seguir los lineamientos freireanos de preguntas que describan realidades concretas para los vecinos o habitantes de sectores marginales, escuchando desde los agentes externos a las personas entrevistadas sin ratificar ideas y versiones de hechos y situaciones acode al interés investigador. En este sentido creemos oportuno transcribir el siguiente fragmento de un intercambio de Freire: "Me acuerdo que en 1980 cuando volví aquí asesore a un grupo de jóvenes que trabajaban en una favela; les pedí que grabasen todas las reuniones con los grupos y trabajasen las grabaciones para la reunión de evaluación. Así yo escuchaba la grabación de la reunión que habían tenido y hacia la discusión teórica en torno a la grabación. Un día trajeron una grabación, y en un determinado momento uno de ellos preguntaba a los favelados y ahí yo le pido que desconecte el grabador; les digo que quiero aprovechar para hacer una reflexión con ellos antes de oír la respuesta, sobre el problema del lenguaje de clase. En primer lugar esa pregunta es de clase; "¿qué es la favela?" es una pregunta intelectual. El pueblo no está muy interesado en la definición de la esencia de ser, está más interesado en la descripción concreta, material del hacer y del ser, y más del hacer. Ahora voy a decirles cual fue la respuesta: "en la favela nosotros no tenemos agua"; y esa fue exactamente la respuesta (Freire, 2000:81).

de su propia situación sanitaria. Estos casos hicieron que lo que inicialmente definimos como entrevista semiestructurada, en la práctica fuese un cuestionario pautado con respuestas preestablecidas, lo que no constituía el propósito de nuestro trabajo.

### **b) Conciencia sanitaria ingenua transitiva**

A lo largo del proceso mediante el cual emerge del silencio la transitividad ingenua de la conciencia, su construcción de capacidades se amplía y gracias a ello los hombres comienzan a incrementar su percepción, comienzan a ser capaces de visualizar lo que hasta entonces no distinguían.

Cuando una sociedad cerrada comienza a "romperse", el silencio se manifiesta como el producto de una sociedad que debe y puede transformarse, que origina una etapa de transición histórica a la que corresponde otro nivel de conciencia "la transitividad ingenua", Vogliotti plantea:

"Este proceso evolutivo puede explicarse gracias a los cambios estructurales que van generándose en la sociedad; como la de la transitividad ingenua es una transición, a veces se entremezcla con la semiintransitividad y es tan ingenua como ésta, sin embargo la diferencia está en su disposición a captar el *origen de su ambigüedad* en las condiciones objetivas de la sociedad, se comienza a desnaturalizar lo social, a significarlo como lo construido por el hombre, los sujetos comienzan a compartir más, comienzan a descentrarse" (Vogliotti, 2001:225. La cursiva se encuentra en la fuente consultada).

La conciencia ingenua transitiva se caracteriza por la simplicidad en la interpretación de los problemas, por la subestimación del hombre común, por una inclinación al gregarismo, por la impermeabilidad a la investigación, por la fragilidad en la argumentación, por la práctica no del diálogo sino de la polémica, y por las explicaciones mágicas. Aspectos que se advierten en el siguiente fragmento de entrevista realizada a una de las vecinas:

Entrevistadora: ¿pensás que todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder a la salud?

María Del Carmen: (silencio)

E: por ejemplo el hijo de un concejal y un chico del barrio ¿tienen las mismas posibilidades de atenderse?

MC: y no, es muy distinto, por el hecho del dinero ellos pueden acceder a lugares que uno no puede acceder por la falta de ese dinero, yo por ejemplo el mío tiene problemas de bronquios y él realmente tendría que tener un tratamiento con los aerosoles y todo eso, pero esas cosas son caras y no tenemos mutual ni nada que te lo cubra, alergistas que no pasen por mutual tampoco hay...todo por falta de dinero... (María Del Carmen, 45 años).

La escueta explicación de la mujer del porqué no todos accedemos al sistema de salud de igual manera da cuenta de una conciencia transitiva ingenua, la que se

manifiesta en una naturalización de la crítica situación en salud que vive nuestro país, en una simplicidad en la interpretación de la misma, en cierta fragilidad argumentativa al explicar y concluir solo con la frase “todo por falta de dinero”.

No obstante es esta última afirmación la que le permite a la mujer reconocer implícitamente una desigual distribución del dinero, avanzando a una conciencia transitiva, aunque esta afirmación no es atribuida por la entrevistada a cuestiones del orden político y económico, lo que la ubica en un plano de ingenuidad y naturalidad de la situación.

En el proceso de transición el carácter estático de la “sociedad cerrada” abre camino a un dinamismo en las dimensiones de la vida social. Las contradicciones salen a la superficie, provocando conflictos en los cuales la conciencia popular deviene exigente, cuestión que puede manifestarse en el siguiente fragmento:

Entrevistadora: ¿pensás que todas las personas tienen las mismas posibilidades de atenderse en salud?

Marisel: sí, que se yo, (silencio)...

E: ¿te parece que tienen las mismas posibilidades de atenderse el hijo de un intendente que los chicos del barrio?

M: no, no eso no, pero bueno, nosotros acá en el barrio dicen sos pobre y somos todos iguales, nos atienden a todos así no más, mi hermana sin ir más lejos la atienden en el hospital así no más, un día lo llevamos al nene de ella morado y la médica nos dijo que teníamos que esperar porque el médico de guardia no estaba, y le hicimos un escándalo, después vino una Dra. gorda que nos denunció porque dice que la maltratamos porque mi hermana le dijo “a mí me llamas un médico porque te voy a matar, atendelo vos” y ella le dijo “yo no lo voy a atender porque no estoy de guardia” y mi hermana le dijo “¿qué querés que se me muera el chico?” vos vieras como estaba, después hasta que vino el médico ya lo habíamos avivado un poco...

E: ¿vos pensás que si lo hubieran llevado a otro lugar lo habrían atendido más rápido?

M: si yo pienso que si lo hubiéramos llevado a una clínica lo atendían ahí no más, porque yo las he llevado a las nenas y me han atendido rapidísimo... (Marisel, 27 años).

En este fragmento se advierte cómo la entrevistada inicia su respuesta a nuestro planteamiento de manera inocente, o quizás un tanto desinteresada, que cambia totalmente a través de la re-interrogación vinculada a las posibilidades de acceso de acuerdo al nivel social de los usuarios del sistema de salud, planteamiento más concreto de la situación que le permite tomar conciencia de la misma, elaborar y ofrecer un argumento más preciso, existencial y vivencial en tono a una experiencia propia.

Si bien su nivel de fundamentación es frágil y débil, la entrevistada puede reconocer expresamente una desigual posibilidad en el acceso a los servicios de atención sanitaria, evidenciándose en sus palabras contradicciones sociales que salen a la superficie por lo percibido por ella.

En esta fase transicional da lugar a acciones que apuntan a una transformación de la sociedad. En este sentido nuestro proyecto está mediatizado por la idea de transformación que pretende como condición básica su coherencia y compromiso utilizando todos los medios para facilitar en las personas el pasaje de una conciencia ingenua a una conciencia crítica en salud. Aspectos y manifestaciones de conciencia transitiva se manifiestan en las siguientes entrevistas:

Entrevistadora: bueno Mara, ¿pensás que todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder y atenderse en salud?

Mara: y no, por ejemplo la gente de bajos recursos tienen que ir directamente al hospital, pero por ejemplo mi hermano que tiene mutual la atención que tiene es bárbara, en Buenos Aires, en Córdoba, quizá allá es mejor que acá, pero si va al hospital no le dan "bola", no pero para ir la gente de bajos recursos la única opción que tiene es el hospital o juntar para ir a una clínica, que no puede, es como una salud de mala calidad porque por ejemplo la gente que tiene una muela mal no se la puede arreglar porque no tiene entonces directamente "sacamela" y se quedan sin dientes a los 20 años y eso se ve..." (Mara, 23 años).

Entrevistadora: ¿vos crees que todas las personas tienen posibilidades en la atención de salud?

Natalia: no, no yo creo que los que pueden acceder son los que tienen, pero los que no tienen no pueden acceder en nada, o sea, las cosas parecen que están hechas para los que sí tienen cuando tendría que ser al revés...

E: aja...

N: si hoy día le dan créditos y préstamos a los que sí tienen y en la salud también pasa, acceden los que tienen, necesitan más los que no tienen que los que tienen, necesitan cosas más graves, operaciones para los chicos....un montón de cosas...

E: ¿y qué pasa con el que no tiene?

N: y el que no tiene, tiene que salir buscar ayuda... que se yo, por ahí lo vas dejando pasar y pasar...." (Natalia, 23 años).

Entrevistadora: ¿pensás que todas las personas tienen la misma posibilidad de acceder a la salud?

Iliana: (silencio)... y si hablamos de lugares públicos como el Centro de Salud o el dispensario, sí, pero si ya necesitamos una atención más compleja, no, no porque yo como ser tengo que hacerme una tomografía y para hacérmela o tengo que pagar o primero voy a tener que hacer mil trámites para que me den turno de acá a cinco meses, que tranquilamente dentro de cinco meses o me puedo curar o me puedo morir, me entendés, no necesitamos la atención a tanto tiempo, porque si buscamos a un médico es porque lo necesitamos lo más antes posible, entonces ahí es uno cuando se da cuenta que el pobre, tiene que recurrir a lugares pobres, y no puede tener una enfermedad compleja como la mía porque sino o pagas o pagas, o reventate cinco seis meses hasta que te den un turno...

E: si ahí se advierte claramente que no es igual para todos...

I: ¡no es igual para todos!

E: el derecho esta pero la realidad es otra...

I: pero claro es un privilegio de algunos, el que tiene plata se hace atender en una clínica o en un instituto privado, donde te atienden de diez te tienen con aire, te tienen con calefactor, estas calentita, estas cómoda, en una silla con almudonsitos, y vos vas al Centro de Salud y tenés una tabla y tenés que estar horas ahí haga frío, truene, tenés que estar ahí, entendés pero si necesitás algo más complejo tenés que buscar la forma de conseguir la plata..." (Iliana, 25 años).

Los fragmentos seleccionados dan cuenta de un tipo de conciencia que advierte un problema o crisis en salud. Si bien el primero señala el problema de la salud y la pobreza en el país, continúa manteniéndose ingenuo al no denunciar las causas que generan situaciones de injusticia en salud, lo que podríamos llamar conciencia ingenua transitiva en salud.

Las narrativas que se suceden se vincularían a un nivel de conciencia sanitaria transitiva crítica o potencial de crítica, ya que las entrevistadas presentan argumentos más sólidos y consistentes que los expresados anteriormente, denotando seguridad en su argumentación, manifiesta en el enojo por el reconocimiento de la desigualdad en las oportunidades de acceso a los servicios de atención de la salud, mostrando mayor profundidad en la interpretación y análisis del problema, lo que se evidencia en la práctica del diálogo.

### **c) Conciencia sanitaria crítica**

El paso de un nivel de conciencia semiintransitivo o transitivo ingenuo a la construcción de una conciencia crítica colectiva se origina en un proceso de praxis, acción y reflexión. Todo proyecto revolucionario es "acción cultural" en proceso de convertirse en "revolución cultural". Y este proceso de cambio solo es posible a través de un conocimiento crítico y reflexivo (Vogliotti, 2001).

En virtud de estas consideraciones las entrevistas realizadas a las mujeres de la comunidad barrial Hipódromo nos devuelven indicios de un nivel de conciencia sanitaria que se encuentra en un estado de transitividad crítica o bien potencial de crítica; como analizábamos en el apartado anterior. En este sentido, no hallamos ejemplos claros de una conciencia sanitaria crítica propiamente dicha, sino mujeres ávidas de iniciar procesos socioeducativos orientados a la promoción de dicha conciencia a través de conocimientos críticos y reflexivos.

Vogliotti (2001) entiende que la concienciación aparece como un proyecto conjunto que implica superar un estado de conciencia semiintransitivo o transitivo ingenuo, implicando además la inserción crítica de la persona concienciada en una realidad liberada de mitos.

De esta manera la conciencia crítica realizará la denuncia radical de estructuras



injustas y la proclamación de una nueva realidad que deben crear los hombres. Una conciencia crítica sólo es posible a través de la acción cultural para la libertad que ha de estar orientada al descubrimiento científico de la realidad que involucra un proceso de crítica de la ideología que sólo puede hacerse a través de las relaciones dialécticas entre “los hombres y el mundo y la comprensión crítica del modo en que esas relaciones evolucionan y condicionan a su vez la percepción que tienen los hombre de la realidad concreta” (Freire 1990:104).

Freire (1974) considera en que a la transitividad de la conciencia crítica se llega por efecto de un trabajo educativo crítico, orientado hacia la responsabilidad social y política, la crítica implica que el hombre comprenda su posición dentro de su contexto, implica su injerencia, su integración, la representación objetiva de la realidad.

A ello se pretende orientar nuestro trabajo, mediante la investigación temática y la educación popular en salud a través de los talleres comunitarios.

Nuestros propósitos se basan en la creencia de la constancia y la permanencia de los mismos, en que no podemos promover una conciencia crítica en salud de manera mecánica o irreflexiva, sino a través de un trabajo educativo crítico, continuo, paciente, dialogal, activo basado en la responsabilidad social y política, en la comprensión de la posición del hombre dentro de su contexto, promoviendo su injerencia e integración en la realidad objetiva en salud.

Desde una perspectiva sanitaria Videla (1991) adhiere a los planteos de conciencia crítica de Freire, entiende que se trata de producir una simultaneidad entre educación y cambio, donde es necesario conocer, porque el saber es una herramienta para el cambio.

La autora considera que cuando el grupo advierte que sabe y puede decirlo, también comparte lo que sabe con los otros, dentro de este saber hay conceptos acertados y otros teñidos por prejuicios o mitos, pero es el mismo grupo quien los reafirma o rectifica, de esta forma se va desarrollando una conciencia crítica, porque es autoreflexiva, que permite que las personas vean como pueden afrontar sus problemáticas en salud, dentro de ese barrio o población.

Las entrevistas analizadas dejan traslucir una conciencia crítica o potencial de crítica en salud, en una etapa transitiva que nos alienta a seguir trabajando por la consolidación y promoción de la misma en la comunidad barrial.

## **2.2 Accesibilidad a los servicios sanitarios y realidad comunitaria**

La investigación temática realizada en la comunidad barrial Hipódromo revela que entre las prioridades y necesidades en salud consideradas por las vecinas, emerge la cuestión del acceso a los servicios de salud.

Del análisis de las entrevistas surge como dimensión transversal en relación a la respuesta a la pregunta que indaga en las posibilidades de acceder a la salud. La totalidad de las entrevistas evidencian un aspecto de esta problemática emergiendo rasgos diferenciadores en la forma o tipo de acceso a la salud.

Es por ello que se la considera una dimensión conflictiva en la salud comunitaria, al tiempo que una categoría de análisis de la situación sanitaria que atraviesa la comunidad estudiada, constituyéndose su abordaje en ineludible para su comprensión.

Ferrara (1985:41) aborda la cuestión de la accesibilidad entendiendo que se trata de comprender el “grado de facilidad con que cuenta la población para usar los recursos de salud”.

Hamilton (2000) define la accesibilidad como “la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole”.

Stolkiner (2006) plantea que la accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, el mismo surge de la combinatoria entre las condiciones y representaciones de los sujetos y se evidencia la modalidad que adquiere la utilización de los servicios.

Estos autores, desde concepciones más clásicas en salud así como más contemporáneas, revelan que no se trata de una cuestión sencilla de abordar y reclaman un desglosamiento exhaustivo acerca de lo que implica el acceso a la salud.

Atendiendo a ello tres aspectos se deben tener en cuenta en la accesibilidad:

- *Los actores sociales vinculados a la accesibilidad*, son los sujetos que requieren de los sistemas de salud y los servicios que estos sistemas brindan (Stolkiner, 2006).
- *La emergencia de aspectos subjetivos que promueve la accesibilidad*, especialmente vinculados al usuario-paciente, ello se relaciona con las percepciones, representaciones y experiencias previas que los mismos hayan construido en relación a los servicios de salud.
- *Una perspectiva amplia e interrogantes sobre la accesibilidad*. Stolkiner (2006) plantea que generalmente cuando se piensa en accesibilidad se lo hace como posibilidad de ser atendidos, lo que se denominaría “accesibilidad inicial”, es

decir el ingreso al sistema, pero también hay una “accesibilidad ampliada” que es un concepto que abarca todo el proceso de atención en salud. Desde esta perspectiva algunos interrogantes que la autora considera cuando se piensa en el alcance de este constructo son: la accesibilidad ¿sólo indica el acceso al sistema?, ¿con acceder a la consulta, es suficiente?, ¿qué sucede si se accede a la consulta pero no se puede acceder a la medicación por falta de recursos económicos?

Desde una perspectiva amplia en accesibilidad que considera cinco tipos: geográfica, cultural, jurídica, económica y administrativa (Ferrara, 1985; Hamilton, 2000; Stolkiner, 2006) en lo que sigue analizaremos las representaciones acerca de las posibilidades de acceso a los servicios de salud que las vecinas de la comunidad han ofrecido a través de sus narrativas. Atendiendo a ello nuestra finalidad será realizar una interpretación detallada que permita advertir en qué modalidad de acceso a la salud esta comunidad revela dificultades.

#### **a) Accesibilidad Geográfica**

Hamilton (2000) la define como “el porcentaje de la población que puede recabar servicios locales de salud, con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales”. Este principio de accesibilidad se vincula con la distribución, la localización de los servicios y la anulación de barreras limitantes.

Ferrara (1985) entiende que esta accesibilidad se calcula por la posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud según sea la distancia que la separa y las dificultades para llegar a ellos. Esta medida se da en tiempo o en distancia entre la población y el recurso, en este sentido el acceso geográfico modificará la percepción del uso de los recursos, según sea la facilidad en el tiempo o distancia de quienes los requieran.

Considera que generalmente quienes más necesitan de los bienes y servicios sanitarios son aquellos que menos han podido elegir su destino geográfico, ya que habitan donde pueden y es justamente allí donde están muy lejos o no están, los recursos de salud:

“Los que dispusieron a su vez la ubicación geográfica de los recursos no fueron precisamente los grupos sociales que más lo necesitarían. De allí que pueda explicarse en todo el continente los *problemas de accesibilidad geográfica que padecen las clases sociales necesitadas*” (Ferrara 1985:42. La cursiva es nuestra).

El concepto de accesibilidad geográfica puede verse influido por elementos de la realidad cotidiana, como la morbilidad, la cobertura, la comodidad, la complejidad de la prestación, el recurso humano actuante, lo que puede generar una reelaboración del concepto en el marco de una estructura determinante.

En este sentido, los pacientes con cobertura económica para la salud, por obras sociales, mutuales o seguros, frecuentemente dejan de lado la proximidad geográfica a servicios de atención médica cercanos a sus domicilios o lugares de trabajo, para utilizar aquellos que forman parte del sistema al cual se encuentran afiliados. Otro factor a considerar es la comodidad que brindan los medios de comunicación, lo que se mide en tiempo y se puede identificar con la distancia, cuestión vinculada a lo económico-social.

Estos grupos sociales irán en busca del servicio imprescindible, si están en condiciones de solventarlo o recibirlo, no teniendo en cuenta tiempo y distancia, porque en este caso el valor de uso del servicio está influido por la necesidad, siempre que se cuente con posibilidad económica. Si no se cuenta con tal posibilidad, tampoco influye la accesibilidad geográfica, porque simplemente las clases sociales más necesitadas ni siquiera intentarían acceder. Lo manifiesta la siguiente expresión:

Entrevistadora: ¿qué pasó con tu nena?

Marisel: ella cuando nació a la semana se agarró meningitis, y estuvo internada y quedó con un montón de problemas, es celiaca, tiene fisurado un intestino, a ella la atiende la Dra. X, porque nadie le daba con la enfermedad que tenía hasta que fui a ella, la nena estaba desnutrida, y por lo menos ahora anda bien, y ella me mandó a Córdoba porque acá no hay nadie que trate eso, y ahora en junio le tengo que hacer una endoscopia, una biopsia...

E: ¿y qué medios tenés para ir a Córdoba?

M: ninguno...yo estoy separada de el padre de ellos y él me pasa 350 pesos por mes y yo con eso tengo que comer, los tengo que vestir, los tengo que mandar a la escuela y si se me enferman, el médico... (Marisel, 27 años).

Narrativa que expresa dificultad en el acceso por falta de condiciones para solventarlo por implicar un viaje y traslado por cuestiones de salud-enfermedad. No obstante hay casos en que el municipio intenta hacerse cargo para que estos grupos accedan gratuitamente al boleto de su viaje, lo que si bien implica un logro en el acceso, no redundará en mejoras, como en este caso:

Entrevistadora: y en relación a la salud familiar ¿hay algún miembro de tu familia con problemas de salud?

Gladis: bueno, el tema de salud pasa que mi hija la mayor nació con fisura de labio así que ella tiene tratamiento permanente en Córdoba, las primeras cirugías se las hicieron en Buenos Aires, seis lleva, y ahora comenzó el tratamiento de ortodoncia y va a Córdoba, gracias a Dios en el Centro de Salud me están ayudando para comprar los pasajes para ella, lo que no consigo es



para mí, yo les pido que me den pero no me dan, los otros días fue sola y tiene miedo porque siempre la he acompañado yo, y ahora no me dan más porque dicen que, como tiene 20 ya puede viajar sola, y los otros días fue...y me dice "nunca más mamá me mandes sola acompañame vos o el papi" y yo le digo "hija no puedo, no tengo plata ... (Gladis, 43 años).

Al respecto Ferrara (1985:44) plantea:

"...Por encima del acceso geográfico pesa la exigencia de la cobertura que tiene el grupo social, por sus medios económicos o por las dificultades que le brinda el sistema previsional al que se encuentra adherido. En ambos casos la *accesibilidad geográfica deja paso a la inserción económico-social del grupo social demandante*" (La cursiva es nuestra).

Como variable enlazada a la accesibilidad geográfica el autor reflexiona sobre la presencia del "médico de confianza" como aquel que se ubica por encima de los tiempos y la distancias y que permite a un paciente acceder a él. Sin embargo los sistemas de seguridad social, la institucionalización de los servicios de salud, la especialización de la medicina, la dificultad económica de mantener un recurso de tal capacitación, debilitan e incluso han hecho desaparecer al "médico de cabecera o de confianza" apareciendo otras formas de atención médica unidas al incremento de la composición de inversiones de capital y de concentración del poder sanitario y la desvinculación del médico con la prioridad tiempo y distancia en casos de urgencia y enfermedad, lo que puede advertirse en estos casos:

Entrevistadora: ...por lo que me decís cuando hay problemas de salud los llevas al Centro de Salud ¿al dispensario no recurrís?

Iliana: al dispensario pocas veces, porque generalmente cuando el César se ataca del pecho o a la Marianela le sube la fiebre normalmente siempre es de noche y tengo que ir a la guardia porque el dispensario está cerrado... que eso es lo que yo veo mal porque el dispensario tendría que tener una guardia permanente, si total sí no tienen nada que hacer va a ver un timbre, si la gente va y toca timbre y si no tocan timbre es porque no pasa nada...yo te digo muchas veces me he tenido que ir con el César hasta el Centro de Salud caminando o pedir un remis fiado, porque te juro no he tenido plata...(Iliana, 25 años).

Gladis: (vinculado a la atención local en salud) muy bien...vah ... en el hospital te dicen tiene que ir al centro de salud o al dispensario, pero cuando vos vas no te llevan el apunte, y donde tenés que ir al hospital, te hacen ir como veinte veces y a veces no tenés ni dos centavos para poder moverte, te tienen como maleta de locos, así te digo, entre perder tiempo con tener que ir al centro de salud o al dispensario del barrio me voy al hospital...

Entrevistadora: ¿pensás que es necesaria mayor atención sanitaria?

G: sí, a pesar de que esta el dispensario... me parece que yo creo que habría que tener una guardia porque escuchame, de acá que te vas al hospital caminando muchas veces, por lo menos que te atiendan y que te atiendan con ganas porque te atienden con tan pocas ganas que por ahí te dan ganas de decirles algo, si ellas están trabajando gracias a los impuestos que paga el pueblo... (Gladis, 57 años).



Los planteos de las vecinas entrevistadas, concordando con el autor, permiten considerar una relativización en la accesibilidad geográfica, según la inserción del grupo social que se considera en el sistema productivo de la sociedad.

*Recapitulando:* la accesibilidad geográfica de los bienes y servicios de salud se encuentra determinada por las condiciones de pertenencia a determinada clase social.

Si bien las investigaciones disponibles (Ferrara, 1985; Hamilton, 2000; Stolkiner, 2006) señalan a la accesibilidad geográfica como una variable a tener en cuenta, ya que tiempo-distancia interceden en la posibilidad de recurrir a los servicios sanitarios, resulta ineludible considerar la estructura socio-económica en las que se desarrolla una clase social considerada.

En nuestro estudio advertimos un sector empobrecido que expresa dificultades en el plano de la accesibilidad geográfica, no sólo en lo que concierne a la realización de viajes para poder acceder a la atención de la salud, sino en distancias dentro de la propia ciudad. Si bien se dispone de un dispensario próximo, este tiene horarios preestablecidos de apertura y cierre que no siempre coinciden con las urgencias en salud que se les presentan a los vecinos, por lo que deben dirigirse al Centro de Salud Municipal o al Hospital lo que en la mayoría de los casos implica un desembolso de dinero, el que muchas veces no se dispone.

## **b) Accesibilidad Cultural**

Hamilton (2000) la define como “los hábitos y prácticas de los individuos respecto al cuidado y autocuidado de la salud y las limitaciones que estas imponen en el acceso a los servicios”.

Ferrara (1985) considera que incluye elementos de la cultura, la psicología y las relaciones sociales que involucran la conducta de los grupos frente a sus requerimientos en salud. Una gran parte de los componentes de la accesibilidad cultural se circunscriben a la relación paciente-médico. Este es un encuentro interpersonal que pone en contacto una historia individual y social de un paciente, integrante de una clase social y del médico que, del mismo modo integra otro grupo social:

“Toda relación paciente-médico es el producto de la suma de acontecimientos que le han ocurrido a la sociedad donde tiene lugar esa relación y de la cual ambas partes son constituyentes, según la modalidad que le es propia, conforme su capacidad de intervención en la producción total de esa sociedad” (Ferrara 1985:46).

La relación paciente-médico es una relación social, por lo que, cuando se la reduce a una entrevista bipersonal, a una relación diádica, estrecha y limitada a dos seres se cometen varios errores conceptuales.

En esta relación es indispensable el diálogo, cuyos componentes del discurso están dados por la precisión del vocabulario de las partes involucradas, por lo que es comprensible su condicionamiento a la estructura social a la que pertenecen los integrantes de la misma. Cuando más asimétricas son las resultantes culturales de los miembros comienza a diferenciarse la relación, que se hace difícil y hasta incomprensible.

La accesibilidad cultural se nutre también de las diferencias psicológicas que subyacen al encuentro, en éstas el médico se presenta como ejerciendo una autoridad que difícilmente está dispuesta a ceder, por su propia condición y extracción social. Por su parte, el paciente, en su circunstancia de enfermo, doliente, tiene asignada en la relación una situación de dependencia que ratifica el estado asimétrico del encuentro.

De acuerdo a Ferrara (1985) las condiciones sociales en las que han crecido las historias individuales y grupales de médicos y pacientes forjaron esas asimetrías como una forma de distribuir el poder, como una exigencia para reafirmar la situación que se expresa en la sociedad. Por múltiples mecanismos se han intentado modificar estas asimetrías, pero la situación sigue siendo igual e injusta ya que se encuentra enraizada y sometida por las realidades emergentes de las relaciones sociales, y la transformación de estas es la única posibilidad de modificar esas asimetrías.

Otro componente ligado a la accesibilidad cultural que las organizaciones profesionales señalan es la libre elección del médico. Esta aparece como dirigida a brindar argumentos para defender una eficaz relación médico-paciente que amplíe las posibilidades de accesibilidad cultural, para ello se exige que el paciente tenga libertad de seleccionar al médico y éste de aceptar la elección.

Sin embargo el autor advierte en estos planteos el mito de la medicina liberal, que defiende la doctrina de la libertad del mercado. Quienes la defienden en el campo sanitario no se preguntan con qué medios deben contar las clases excluidas, de los recursos elementales de supervivencia para poder ejercer la libre elección del médico o de los servicios de atención de la salud. Millones de seres humanos no tienen la mínima posibilidad para elegir elementos básicos para su existencia y subsistencia; más aún jamás han podido elegir a su médico.

La libertad de elección médica es un criterio de la sociedad competitiva y la medicina lucrativa que es su consecuencia y necesidad, sirve para acrecentar las diferencias sociales y está sirviendo para que la clase médica sea cada vez más un recurso disponible, con sus mejores exponentes y representantes, accesible solamente para los poderosos. Medicina mercantilizada que se ve reflejada en estos fragmentos:

Entrevistadora: ¿y te parece que la calidad de la salud es igual para todos?

Marcela: y no, mira, hay médicos, pero pasa por la profesión y la vocación de médico, porque hay, yo conozco el Dr. X, que es el mejor médico cirujano de Río Cuarto, en el Hospital te atiende de una forma y en el Neonatológico te atiende de otra forma, *en el hospital la consulta de él te demora un mes, cuando vos podés hablar con él te tiene en el consultorio quince minutos, en cambio si vos pagas la consulta al mismo Dr. en el Neonatológico te tiene una hora y media dos*, eso no es vocación, también conozco otros como el cirujano X que en el Hospital me atendió perfectamente mis hijas y en el Neonatológico me las atendió perfectamente también, me entendés, vos te das cuenta ahí la vocación del médico, las ganas de atender, vos ves en el hospital que va la gente más pobre, y yo gracias a Dios tuve la suerte de tener un tiempo mutual y en el Neonatológico me las atendió igual, ni más ni menos,

E: o sea que si tenés plata de atienden mejor y te dedican más tiempo...

M: y sí, yo también lo veo en el dispensario hay Dras. con verdadera vocación de servicio porque la tenés que tener para ir a un dispensario...porque tenés gente de todo tipo y la mayoría no te trata bien...pero viste lamentablemente es así, *si vos tenés plata conseguís que te atiendan mejor mas rápido hasta que vaya el médico a tu casa...*" (Marcela, 29 años. La cursiva es nuestra).

Mara: yo fui y hablé con el director del Hospital y le dije "mi hija necesita y una operación ya" y así me la opero pero encima me la opero mal, porque tiene unas cosas en la garganta, yo me vengo a enterar un mes después cuando la llevo al médico de la garganta, porque seguía igual, le dejó las amígdalas en vez de sacárselas, me hizo una operación a medias...

Entrevistadora: ¿y él te explico cómo era la operación?

M: no porque es un médico que es "asqueroso", *por eso no tener una mutual te perjudicas*, también es cuestión de suerte porque hay gente en el hospital que la atienden bien, y yo tengo una mala experiencia... (María, 39 años. La cursiva es nuestra).

Estos extractos de entrevistas parecen reflejar cómo las vecinas advierten en experiencias concretas y en vivencias cotidianas con los servicios de atención a la salud características de una medicina lucrativa que se manifiesta en diversas actitudes de sus profesionales.

En cuanto a la relación médico-paciente Ferrara (1985) introduce el término *vinculación inquietante*, que reside toda situación de salud-enfermedad. Aquí la búsqueda de la medicina implica ofrecer reparo a la situación opresiva que provoca la enfermedad. Ésta introduce un cambio en la vida diaria, engendra una imagen

deteriorada y herida de la persona, disminuye e inactiva al enfermo a una limitación en cotidianeidad. Impulsa a los enfermos hacia la búsqueda de quien tenga el poder para ayudarlo, comenzando así la relación paciente-médico, a través de la vinculación inquietante.

Una de las partes que sabe, que conoce, que tiene el poder de actuar, la otra que sufre, está ansiosa y asustada frente a la enfermedad, la que modifica la personalidad de quien la padece, su vínculo interno y su relación con los otros, pierde parte de su concepción como persona y como componente el grupo social del que forma parte, lo que desde la psicología se denominaría despersonalización.

De acuerdo a Ferrara (1985) es tal vez en este mecanismo de pérdida de la condición histórico-social donde se inserta fácilmente el poder médico para transformarlo en objeto, de estudio y tratamiento. Por eso es una relación asimétrica que la enfermedad ha puesto en marcha.

El médico ejerce poder, expresa la hegemonía de su grupo, dibuja su influencia y marca la fuerza que le ha concedido su sociedad. Desarrolla su jerarquía y de esa manera acentúa la represión, volcada hacia los síntomas, a las causas aparentes, llevando al enfermo a una situación de dependencia en la que es interpretado y analizado como un objeto, que ratifica la asimetría.

Otro elemento de la relación que hace a la accesibilidad cultural es la *construcción lingüística*, ésta se refiere a la formalización de la comunicación entre el paciente y el médico, que incluye aspectos como facilidades para el encuentro, la deferencia del médico y colaboradores, su cercanía o lejanía social frente a pacientes, entre otras cuestiones.

El lenguaje es el medio que sintetiza parte de las dificultades y/o encuentros dialógicos de la relación paciente-médico, al tiempo que es el vehículo representativo de la posición social y de poder que se ejerce en cada papel (Bordelois, 2009).

Ferrara (1985) se refiere a tres formas de lenguaje: el de la enfermedad, el del médico y el del paciente.

- *Lenguaje de la enfermedad*: éste se expresa a través de síntomas y signos. El discurso de la enfermedad debe ser captado por el médico como punto de partida de la anamnesis, no obstante, para ello el síntoma tiene que brindarle al paciente la posibilidad de construir un discurso más cercano posible al código del profesional, tanto para la comprensión del lenguaje hablado -por el que media la enfermedad- como por el descubrimiento del mensaje semiológico.



Se debe considerar que el lenguaje se expresa en el paciente a través de la inmediatez del dolor o la alteración, para entenderlos el facultativo debe ampliar el campo de recepción de su lenguaje y “penetrar más allá del protoplasma, los nucleolos, por encima de la corteza o el inconsciente...entender al emisor, que parece estar dibujado en el cuerpo y espíritu de quien se queja...” (Ferrara 1985:61).

El elemento a comprender en el lenguaje de la enfermedad es el código con que síntomas y signos se expresan cuando se reconoce el volumen histórico social de los emisores, cuando pueden descubrirse las estructuras causales que determinan el proceso patológico y que tiene que ver con la manera como la sociedad desarrolla su producción, realiza sus intercambios y construye las relaciones sociales cuyo lenguaje es el generador de enfermedad, lenguaje que debe ser traducido e interpretado.

Es este volumen histórico social de los emisores lo que parece reflejarse este fragmento:

Entrevistadora: ¿y cómo te enteraste de todo esto, por los dolores? (refiriéndose a que su hija podría tener pólipos renales)

Laura: eh, ...una chica amiga me comentó de que el papá de la nena mía tenía esos problemas, y todos ellos tuvieron esos problemas, así que por eso me dijeron que la tenía que hacer ver, y yo le comenté al pediatra y me dijo que sí, que con más razón que era chica la tenía que hacer ver, y más con los antecedentes porque todos ellos tuvieron cáncer, el papá, los primos, todos...por eso la hago tratar... yo la llevé por llevarla no porque le doliera, mejor prevenirle que curar después...me conviene prevenirle que el día de mañana le aparezcan, dice que puede aparecer a los 10 años, pero que ni Dios permita! Me muero... (Laura, 29 años).

El aspecto histórico social se manifiesta en la entrevistada en el propio desconocimiento que ésta posee de la historia clínica y personal del padre de su hija. De manera que los intercambios que se han construido en el marco de las relaciones sociales de la misma le han permitido adquirir un escaso conocimiento de la historia, que quizás puedan influir en el descubrimiento de las estructuras causales que determinan la patología actual de la misma.

- *Lenguaje de los médicos*: el discurso de los médicos es producto de una doble apropiación: del lenguaje de la enfermedad y del lenguaje del paciente. Sobre tales lenguajes debe actuar la concepción y práctica teórica del médico.

A partir de un concepto inicial entregado por el lenguaje del paciente y de la enfermedad, el médico con su teoría, su método, su técnica, su experiencia y sus relaciones con la estructura social, elabora el pensamiento específico del caso. El conocimiento médico transforma al síntoma y al signo, en un producto elaborado por el mecanismo de producción teórica, así llega al objeto del conocimiento científico y éste



justamente es el lenguaje de los médicos. Relacionado con ello analicemos el siguiente fragmento:

Entrevistadora: ¿y cuándo el médico te explica la enfermedad que tenés, y lo que tenés que hacer, te parece complicado, le comprendes lo que te dice?

Iliana: sí, lo único..., el me habla a mí y yo le entiendo las cosas, te digo yo tengo hasta tercer año del secundario, pero por más que tengas tercero o año completo no te especializas en medicina no podés entender nada, me entendés, entonces yo te digo "háblame claro" cosa que yo entienda...

E: ¿vos te animas a decirle que te hable claro?

I: sí. Yo quedarme con la duda nunca, menos cuando llevo los chicos al médico, porque cuando llevas los chicos al médico tenés que saber bien que te dijo el médico, lo tenés que tener claro, porque si no lo tenés claro, no podés hacer nada por los chicos.

E: y cuando te dan tratamiento ¿los seguís al pie de la letra o cuando te sentís mejor lo dejás?

I: no, yo si me dice "de esto dos frasquitos hasta que se termine" hasta que se termine se lo doy, después cuando se termina lo llevo de vuelta al médico... (Iliana, 25 años).

La entrevistada expresa la necesidad de que el médico "hable claro" y considera que las personas, aunque tengan estudios y formación, no tienen ninguna obligación de conocer la especificidad del objeto de estudio y por consiguiente del lenguaje exclusivo de la medicina.

Mientras el paciente relata sus síntomas es dueño aun de su dolencia, a partir del momento en que entrega su sintomatología comienza a ser el médico el encargado de traducir el estado, conforme razonamientos, conceptos, frases, lenguaje, que él no siempre entiende, ni como enfermo, ni como sujeto social. Analicemos cómo se manifiestan estos aspectos en el siguiente extracto de entrevista:

Entrevistadora: (...) ¿y cuando te han explicado sobre la operación, lo que te iban a hacer...? (interrumpe)

Mara: si te explican, pero cuando llegas es otra cosa, no te preparan bien, por ejemplo yo viví un trauma en la operación...

E: contame...

M: y sí, pasa que te duermen, y yo sabía que no iba a sentir pero en un momento yo me miro ahí y tenía la pierna levantada y me asuste porque no me taparon y me impresioné...

E: ¿y cómo reaccionaste?

M: me agarró como un ataque que el médico no lo controlaba, después me pusieron calmante pero seguí llorando, llorando...

E: y hubo alguien que te asistiera...

M: el anestésista creo

E: ¿pero sentís que te contuvo en esa situación o no te hicieron caso?

M: no, no me sentí contenida... (Mara, 23 años).

En este fragmento se manifiesta una paciente que ha sentido arrebatada su patología y que entiende que el médico no se ha encargado de traducirle su estado real ni la intervención quirúrgica a realizarle

En relación con esto Ferrara (1985) expone que una situación habitual en los hospitales y consultorios de nuestro país, como en los de EE.UU., Alemania, Suecia, Francia y España, es que menos de la tercera parte de los pacientes comprenden cuál es la enfermedad, la situación por la cual se los trata, o cual es el tratamiento al que se los somete y, lo que es aún peor, casi la mitad de ellos, o de los responsables de su salud, cuando son padres si se trata de niños, no seguirán las ordenes y las terapéuticas indicadas, sencillamente porque no han entendido el mensaje que encierra el lenguaje utilizado por los médicos. Cuestiones que se manifiestan en los siguientes relatos:

Entrevistadora: ¿Cuándo vas al médico comprendés lo que te explican? ¿Te lo explican claro y bien?

Laura: no, no, acá en el dispensario no, me decían un resfrío nada más, pero el otro Dr. que vio al nene mío me explico todo, de los grados de alergia, la alergia que tenía por las bajas defensas... el me explicó todo, pero en el dispensario nada, no me explicaron nada...

E: ¿y porqué pensás que pasa eso?

L: yo creo que porque es un barrio y como no pagas, en vez vos pagas y te explican todo... y te lo revisan de la punta de los pies hasta la cabeza...

E: ¿y cuándo por ejemplo en el dispensario vos sentís que no te están explicando bien vos le preguntas?

L: no, no, yo le pregunto por ejemplo cuando yo veo que no me dicen nada solo me dicen "dale esto, esto y esto" y no te dicen lo que tiene, y cuando vos preguntas te dicen es una gripe, es un cuadro viral hasta ahí, nada más que eso, no te dicen otra cosa, (Laura, 29 años).

Entrevistadora: ¿y cuándo vas al médico te queda claro lo que te explica que tenés vos o tus chicos?

Natalia: si o sea, sí, a veces te hablan en esos términos que no le entendés nada, pero yo le pregunto y es como que me lo hacen más simple para que entienda...yo le pregunto y si no se da cuenta por mi cara (risas) no pero me lo explica bien...

E: ¿y cuando tienen que seguir un tratamiento lo terminan como dice el doctor o....

N: no (risas)

E: ¿o cuando te sentís bien?

N: no, no, los chicos sí por ahí cuando los veo están bien y que corren no se los doy más (risas), en mi caso no, en eso es como que no lo tengo en cuenta, hace un año y tres meses que tuve al más chico y me tenía que hacer un papa nicolau y nunca me lo hice...y tenía que ir a los 6 meses, y lo fui dejando pasar, pasar...y al día de hoy más vale que me lo quiero hacer...(Natalia, 23 años).

Se advierte en estos fragmentos cómo el lenguaje del médico muchas veces suele ser incomprensible para los pacientes. Existe una barrera lingüística en el discurso que separa a médico de enfermo, ese lenguaje especializado aparece como un instrumento elitista que exagera aun más la distancia social existente entre ambos.

Se podría considerar la presencia de barreras psicosocioculturales y comunicacionales entre médico y paciente, muchos son los autores que han estudiado este fenómeno (Saforcada, 2001, 2002; Feldman- Stewart, Brundage, y Tishelman, 2005; Jacobs y Shepad, 2004; Murira, Lützen, Lindmark y Christensson, 2003; Hornberger, Itakura y Wilson 1997; Waitzkin, Cabrera et al. 1996; O'Hair y McNeilis, 1993) incluso que han denominado de diversas formas como: relación *inclusiva de desigualdad social* (Mendoza González, 1999), *dualidad vincular de tinte verticalista* (Emmanuelle, 1998), *choque de creencias* (Kalinsky y Arrúe 1996), entre otros.

Tal distancia y el lenguaje que la acrecienta, tienen su historia, porque paciente y médico son ahora y lo fueron antes, cuando comenzó a elaborarse el léxico médico, componentes de subculturas diferentes, de clases sociales diferentes y como tales hablan utilizando diversos lenguajes. Por otro lado el lenguaje es el vector privilegiado de una posición de clase, un instrumento de expresión de poder de cada sector, un arma disponible con potencialidad diferenciada, según sea la capacidad de poder que ejerce el grupo que la utiliza. Lo que hace que se lo vea con claridad en la relación paciente-médico, donde el discurso del médico y el del enfermo, pertenecen a situaciones diferentes (Ferrara, 1985).

En esta pertenencia a la ciencia médica los facultativos ejercen supremacía, se les debe respeto y devoción, su lenguaje, el de la ciencia, tiene la calidad de la verdad revelada, el respeto solicitado debe llegar hasta la sumisión hacia los poseedores del saber médico, lo que conduce en más de una oportunidad a que el profesional de la medicina subestime la capacidad de comprensión del paciente, lo que conlleva muchas veces a una explicación que llamaríamos "infantil" como intentando explicarle a un niño que nada sabe o nada lo comprende, o al extremo de la ausencia de explicación. Lo que se evidencia en el siguiente fragmento:

Entrevistadora:... ¿te explica bien?

Marina: no, ella explica bien, se nota... a mí me gusta que me diga "ta, ta, ta, ta" pero te explica como si fueras gente que nunca te han enseñado nada, viste, no, explica bien, porque hay personas que no entienden, yo la miro y le digo bueno si ya te entendí te dice "me entendiste que eso es así"... no, explica bien

E: ¿y para seguir un tratamiento también te explica bien?

M: sí, aparte hay gente que va y necesita que le expliquen así...

E: ¿y cuando terminas el tratamiento? ¿Cuando lo indican las indicaciones del médico o cuando vos ya te sentís bien?

M: no, es así: Ella te da por ejemplo, al Miqueas los otros días le había salido una infección, vos vas y ella te dice "este es el tratamiento las pastillas son para 20 días pero vos veni de acá a una semana para ver cómo va sino te cambio el remedio", bueno vos lo llevas y te dice "bueno, esto va bien, por más que se esté curando tráemelo de vuelta la próxima semana", cuando ella ve que no tiene nada te dice "ya está el chico no tiene nada"... (Marina, 28 años).

En otros casos los médicos aparecen como los reveladores de una verdad casi divina, y por eso incuestionable. Lo que se manifiesta en el siguiente fragmento:

Entrevistadora: ¿te parece que en los lugares a los que acudís por tu salud y la de tus hijos satisfacen tus necesidades?

Laura: en el dispensario no, y en otros lugares que he ido sí porque son cosas que no sé, yo se lo llevo al Dr. X y ahí no más sabe lo que tienen, te los ve y es como que ahí no más ya los curara, al otro día ya están re bien, así que no se que les hará, es como si fuera un brujo, que se yo... (Laura, 29 años).

En relación con ello Ferrara sostiene:

"... Semejante devoción al discurso médico, como proveniente de las fuentes cercanas al génesis, conforma una concepción de lo científico que otorga condiciones mágicas a sus cultores a quienes se los entiende como miembros de una clase que ejerce un poder legítimo, que los hace diferentes. Esa fuerza que a la vez que los identifica, los define y los diferencia de los demás, es la que los ha transformado en personajes mitológicos, marginados, distintos y por eso incomprensibles en su mensaje. Más incomprensibles cuando ellos sostienen su mensaje desde la sombra reparadora de su esotérica ciencia médica...ellos son los que dicen, dictaminan, diagnostican, condenan, absuelven; son los que poseen conocimientos e instrumentos para producir el acto profesional; son los que tienen los poderes sobre la salud-enfermedad y por eso son distintos" (Ferrara 1985:65).

Como la medicina se ve involucrada en la formación de grandes corporaciones, el avance tecnológico y la concentración de capitales utiliza al médico como un episodio más del sistema productivo, entonces el mensaje cambia de tono y el lenguaje utiliza su propia jerga, el discurso es instrumental y quienes producen el acto de la medicina usaran indistintamente el lenguaje de los médicos, el de los aparatos o el de los medicamentos, son sus instrumentos y al hacerse más instrumental el discurso se hace más irreal. Un ejemplo de este lenguaje son los medicamentos prescritos en cada caso, uniéndose el médico con el medicamento en un acto comercial. Para su distribución y consumo utilizará el médico su figura de prestigio y su lenguaje como asignador del consumo para un grupo social (Ferrara, 1985).



- *Lenguaje del Paciente*. El aprendizaje para interpretar el código de los síntomas que experimenta el paciente depende de su historia personal y social y de la información médica que en su experiencia ha logrado acumular.

De acuerdo a Ferrara (1985) todo parece estar destinado a que el paciente aprenda un código que se exteriorice en un "lenguaje educado" que entendiendo las emociones, las sensaciones y los dolores concluya en las propias manos del médico. Éste, al transmitirle su mensaje para que el paciente interprete su estado emplea un lenguaje que muestra a un ser sometido, humilde y resignado ante el poder del médico. El siguiente fragmento parece revelar el espíritu de las palabras del autor:

Entrevistadora: y para tu atención en salud ¿también vas al dispensario?

Lidia: sí, pero mucho no me gusta la atención...

E: ¿y por qué?

L: no me he sentido cómoda como para decirle al médico... porque al médico que yo iba le preguntaba y a veces le tenía que sacar yo las palabras a él, era callado, y como uno no sabe ciertas cosas de las enfermedades...(Lidia, 34 años. La cursiva es nuestra).

En relación con ello Ferrara argumenta:

*"...La medicina transmite en clave su información y cuanto más bajo sea el nivel socioeconómico del receptor, menor será el caudal de información, primero que se dispense y segundo que se incorpore al acervo personal del grupo social del paciente... se trata de que el paciente o el grupo social que tiene más necesidad y perspectivas de modificar las condiciones que producen las dolencias sepan menos, conozcan poco e intuyan lo mínimo requerible. Esa es la complicidad homicida de la clase médica que suscribe a esta sociedad en la que crece y especula....Los profesionales que componen el saber médico, otorgan el silencio del mensaje, o la debilidad del mismo, para evitar que se opere en sus receptores, aquellos que más lo requieren, los cambios conceptuales que posibiliten transformaciones serias y profundas. Por esta complicidad, la clase médica y sus integrantes consiguen permanecer dentro de una sociedad injusta, que los utiliza como parte de su permanencia y continuidad"* (Ferrara 1985:69-70. La cursiva es nuestra).

Desde esta perspectiva, los pacientes de la clase trabajadora, aquellos que más necesidades tienen, cuentan con una interpretación y lenguaje pobre y escaso, sólo son capaces de identificar unas pocas sensaciones y en general llegan a entenderlas cuando ya es demasiado tarde para su defensa.

El mensaje de los profesionales suena extraño e incomprensible para los enfermos de tal clase social, que no consiguen en su existencia individual o como grupo histórico incorporarlo a sus esquemas interpretativos. Al mismo tiempo cuando alcanzan a explicar un síntoma suelen hacerlo en su propio lenguaje, cuyo estilo y código no es exactamente el que la clase médica emite e interpreta. Lo que se manifiesta en este fragmento:



Entrevistadora: ¿y cuando haces tratamientos por enfermedades como resfríos lo seguís al pie de la letra?

Dora: no, yo cuando ya me pongo bien lo dejo...

E: y cuando te diagnosticaron diabetes ¿el médico te explicó bien? ¿Le comprendiste?

D: no, no sé, porque mira hoy en día *me dijo "mira la diabetes, es esto lo otro, pero viste, no te explican mucho... pero yo sé que es brava porque mi hermana falleció de diabetes...*

E: ¿y no le volviste a preguntar?

D: no, lo deje ahí no más, pero más de *todo lo que me quedo claro es que me cuide en las comidas...* (Dora, 72 años. La cursiva es nuestra).

Esta mujer mayor es diagnosticada de un cuadro complejo y las explicaciones que el facultativo le ofrece resultan insuficientes y complicadas a sus posibilidades interpretativas, permaneciendo en el plano concreto de la enfermedad al expresar "mi hermana falleció de diabetes" o "me quedo claro que me cuide en las comidas". Lo que permite inferir que ella sólo ha añadido a su repertorio interpretativo la consecuencia fatal de la enfermedad y una forma sencilla, llana y humilde de prevenirla.

Ferrara (1985) destaca la importancia del lenguaje del cuerpo, ya que el mensaje de la estructura psicofísica de cada individuo se relaciona con su historia personal, y con la historia de su grupo familiar y social, así como está unido a los actos naturales, genéticos y viscerales. De manera que el lenguaje de los órganos del paciente tiene que ser interpretado como una sumatoria de componentes. A continuación, el siguiente extracto de entrevista relata una experiencia en que el lenguaje del cuerpo del paciente parece ser omitido:

Marcela: (...) sí tengo carnet, y voy al Centro de Salud únicamente a retirar los remedios cuando en el dispensario no hay y si no trato de no ir, no me gusta la atención...

Entrevistadora: ¿Por qué? ¿Cómo te atienden ahí?

M: mirá, yo no me acuerdo el nombre de la Dra. porque si no te digo hasta el numero de documento, yo tuve la nena enferma y la hice faltar al colegio, yo pensé que era una bronquitis porque generalmente la bronquitis y neumonía sube la fiebre al máximo, después baja, después vuelve a los 40 y entonces la lleve al dispensario, estaban en demolición, entonces fui al centro de salud, tenía el numero 15 y me dijeron, atiende de las 4 a las 6, tenía como 20 turnos adelantes, entonces dije pero no me la va a poder ver, y una chica que me dio el turno me dijo "sí, es muy rápida", y sí es muy rápida, *entre, no la revisó, no la "escultó", dijo "esto es una fiebre", esto es una angina dale este medicamento, listo, "pase el que sigue", y yo me quede ahí mirándola, ya te digo ni la miro, es como que ella ya tenía la receta hecha, yo estoy segura que si paraba en la puerta y preguntaba ¿Qué te medico? Estoy segura que les medicó a todas lo mismo, una moxixilina 500 y listo. No, no me gusto, yo estoy acostumbrada a la Dra. X del dispensario que te mira el oído, la nariz, los ojos, la garganta, te la "esculte", te la mide y te la pesa, y encima si tiene bichos te dice "esta nena tiene piojos" tomas ponele esto en la cabeza, está en todo, por ahí yo me acostumbre, es una Dra. que mientras te va atendiendo te va diciendo, ese nene tiene las uñas largas, las orejas sucias. En el Dispensario mucho no la*

quieren, por el hecho que ella dice "este nene tiene olor a pis"... (Marcela, 29 años. La cursiva es nuestra).

Este fragmento denota una vecina que advierte cómo el lenguaje del cuerpo que expresa enfermedad es omitido y no considerado por la doctora que la atiende al momento de hacerle un diagnóstico de la situación. La entrevistada puede contrastar este episodio de consulta médica en un lugar que no es habitual para ella, con otro lugar como lo es el dispensario de su barrio donde frecuentemente lleva a su hija, y la doctora que allí atiende se concentra en captar el lenguaje del cuerpo del paciente, el mensaje de la disposición psicofísica de cada persona que está frente suyo, considerando aspectos personales, familiares y sociales, desde una comunicación concreta, real y directa para con sus interlocutores

Coincidiendo con estos planteos, otra de las entrevistadas comenta:

Entrevistadora: ¿y tenés algún tipo de ayuda o cobertura social?

Karina: ahora que me quede sin trabajo tengo carnet blanco, mirá los nenes míos, yo estuve trabajando dos años en el Top – supermercado- y ahí tenía la mutual pero nunca los llevé, siempre fui al dispensario porque la Dra. los conoce de chicos, conoce mi nombre, mi mamá le pregunto si tenía problema de que yo teniendo mutual los siguiera llevando ahí y dijo que no, que ningún problema, o sea que la mutual prácticamente no la use... a mí me gusta la pediatra, a pesar de que a mucha gente no le gusta, justamente la semana pasada fui a sacarme una muela y escuche una mujer que se enoja con la pediatra porque le dijo que tenía la nena deshidratada y baja de peso, por ahí la gente se ofende y yo al contrario, si a mí me retan porque tengo la nena mía mal, yo voy a estar feliz de que la Dra. se preocupe realmente por la nena, pero se ve que esta señora lo tomo del otro lado, pero si vamos al caso la culpa de que la chica este con bajo peso es de los padres, no de la Dra., más que esta la atiende y la derivó de urgencia para que la atiendan en el hospital... (Karina, 32 años. La cursiva es nuestra).

Este fragmento da cuenta de otra realidad, muy similar a la de la vecina anterior, ya que ambas coinciden en que la doctora del dispensario es sincera y les sugiere o comenta todo aquello que va a resultar en beneficios para la salud de sus hijos, por lo que lo toman y consideran como una actitud de preocupación de la misma, que, en éste caso, daría tranquilidad a la mamá un señalamiento vinculado al bienestar de sus hijos; y contrastando expone el ejemplo de una vecina, que quizás por vergüenza, temor, timidez, desconfianza a la doctora, o por estar inmersa en una cultura del silencio en una conciencia intransitiva o transitiva ingenua, no puede aceptar favorablemente la sugerencia de la profesional, no puede emitir su voz o lo hace quejándose sin argumentos razonables al no poder advertir la situación, la realidad concreta de salud que atraviesa su hija.

No obstante debemos considerar que en este ejemplo ingresan cuestiones vinculadas al plano de las subjetividades, las sensibilidades o vulnerabilidades

personales, por lo que podríamos entender la ofensa que una mamá, perteneciente a un sector empobrecido puede sentir frente a un profesional de la clase médica, “poseedor del saber” y quizás al expresarlo en forma nada empática genera rechazo y hiere susceptibilidades en los pacientes, padres o madres de la comunidad estudiada.

En este sentido en el discurso del paciente, cuando se comprende la conexión de cada componente con la relación histórico-social que él experimenta, se desprende con mayor facilidad la dimensión de conceptos como dolor, ahogo, fatiga, puntada, tristeza, etc. y a la simple expresión verbal se le aproxima el sentido profundo. Vinculado a ello las siguientes entrevistadas expresaron:

Entrevistador: y cuando vas al médico ¿comprendes sus explicaciones? ¿Te quedas con dudas o le pedías que te expliquen todo?

Gladis: no, te digo más, a todos soy yo los que los llevo, cuando el doctor me dijo que mi mamá tenía demencia senil el Dr. me explicó lo que tenía, me mostró como se iba desarrollando y yo le pregunté (...) mi suegra se salvo en la segunda operación porque yo me di cuenta, *yo al médico le pregunto todo, si puede ser, si pudo ser, todo, porque vino, porque no vino...todo...* (Gladis, 57 años. La cursiva es nuestra).

Entrevistador: volviendo al chagas, ¿en los chicos de ahora se ve o antes se veía? Porque todas las personas que sabemos que tienen son más o menos grandes...

Tota: si son grandes, actualmente de ahora yo no conozco... dicen que ahora... me decía la Dra.X, porque *ella te explica muy bien estas cosas, ella tiene una boca de fuego, porque es boca sucia...pero es un amor te dice las cosas como tienen que ser, no tiene problemas la Dra., pero también así ella te explica, yo me animo a preguntarle todo porque soy yo la que lo médico a mi marido y yo la que estoy continuamente con él, entonces yo ya me he acostumbrado ....*(Tota, 56 años. La cursiva es nuestra).

Las entrevistadas manifestaron claramente interpretar, no sólo sensaciones como dolor, ahogo, fatiga, tristeza, etc. en enfermos de su familia, sino que también se comprometieron en la comprensión de la patología que éstos padecían asumiendo un rol y un discurso frente al médico, fuertemente fundamentado por la simple expresión verbal y el intercambio de palabras, información y comunicación con los profesionales de la salud. Esto les permitió aproximarse al sentido profundo los padecimientos, sus cuidados y responsabilidades como acompañantes.

*Recapitulando:* El análisis de los fragmentos de las entrevistas vinculadas a la accesibilidad cultural revelan cómo estas mujeres, muchas veces perciben una barrera entre ellas y el profesional que se manifiesta en la falta de comunicación, en los silencios profundos para con ellas, en esa verborragia cientificista e incomprensible, en la aceptación de comentarios crudos o dolorosos del profesional hacia la mamá o

paciente, en la vivencia de experiencias de abandono y vulnerabilidad en un quirófano en el cual nada sabía la paciente acerca de lo que se le iba a realizar.

Desde este tipo de accesibilidad entendemos que el profesional de la medicina debe considerar que el discurso del paciente es la mejor pista, la más eficaz para alcanzar con mayor precisión los alcances de la problemática de la salud, siempre que su lectura se efectúe desde la relación histórico-social.

### **c) Accesibilidad Jurídica**

Con la declaración de los Derechos Humanos, el derecho a la salud constituye un principio de aceptación universal que implica la obligación de garantizarlo jurídicamente. De manera que la accesibilidad jurídica significa que cada comunidad ha desarrollado un conjunto de normas legales que aseguran a la personas la posibilidad de alcanzar los recursos sanitarios existentes en su medio (Ferrara, 1985).

Las legislaciones sobre la salud ejercen interacción con el sistema social y por consecuencia su signo, tendencias y eficacia le son impuestas. El derecho y la capacidad jurídica de la sociedad son distintas según el sentido de la propiedad y con respecto a las relaciones de producción.

A la garantía universal del derecho a la salud, como condición natural para los países organizados, se vincula la desigualdad concreta que surge de dos realidades cotidianas:

- Una, relacionada a la discriminación que las leyes hacen con respecto a las posibilidades para la obtención de la atención médica,
- La otra, que se manifiesta en la diferenciación, los que no tienen medios económicos y representan a los desposeídos, aquellos que diariamente se encuentran en la imposibilidad de lograr los mínimos requisitos que la sociedad les impone para subsistir.

Si bien las estadísticas son fastidiosas, aportan interesantes datos de la realidad a nivel nacional e internacional, al respecto en Argentina aproximadamente desde la década del 80' hasta la actualidad los porcentajes manifiestan cotidianas distinciones en el campo de la salud vinculadas a las realidades de las clases desfavorecidas, haciendo denotar la paradójica declaración jurídica de la igualdad de los derechos de la salud para todos los habitantes.

Ferrara (1985) considera que esa doble distinción es una doble discriminación: una jurídica real o concreta, y otra material, la de la injusticia social diaria, expresión

causal referida al puesto que cada uno puede desempeñar en el campo de la producción social.

El error ha sido creer que los derechos universales entre los que se encuentra la salud, suponen la expresión total de la comunidad, cuando esto no es real, ya que no expresa a toda la población, sino que identifica y manifiesta la condición de la clase dirigente, los que han impuesto a toda la comunidad, las normas jurídicas y de conducta ligadas a su razón social de existir y a su desarrollo. El autor sostiene:

“Esa igualdad ante la ley para la garantía de la salud aparece francamente desvinculada de la realidad cotidiana y su enunciado es sólo, cuanto más, una aspiración de justicia, cuando no una fórmula utilizada por la sociedad competitiva para disimular en las formalidades de sus articulados y enunciaciones, la deplorable división de la riqueza social, que es, por otra parte, la base de sustentación cierta de tal sociedad” (Ferrara, 1985:78).

El autor plantea que la accesibilidad jurídica se refiere a la obtención de una medicina oportuna y de alta calidad para todos los integrantes de la comunidad, lo que es también una declaración formal que ofrece continuamente la posibilidad de comprobar su falencia.

Históricamente ha sido posible diferenciar una medicina para pobres y otra para ricos, aunque las normas jurídicas, religiosas y éticas sancionaran la igualdad de la población ante los requerimientos de salud.

Platón mucho antes del cristianismo, aprobaba con su descripción en los *Diálogos*, *Carmides* o *La Sabiduría*, una medicina distinta para hombres libres y ricos, otra para los libres y pobres y una tercera para los esclavos. Asimismo lo expresa en la *República*:

“*Cuando se enferma un carpintero pide al médico que le dé un vomitivo o una purga, o le haga una cauterización o una incisión que lo libre de su mal. Pero si el médico le prescribiera un largo régimen obligándolo a cubrirse la cabeza con gorros de lana y dándole otros remedios semejantes, le contestará de inmediato que no tiene tiempo para estar enfermo y que para él no significa ninguna ventaja vivir de esa manera, dedicándole exclusivamente a su enfermedad y abandonando el trabajo que tiene por delante; y no tardará en despedir al médico y, volviendo a su modo acostumbrado de vivir, recobrará la salud y continuará con su trabajo; o bien, si no es de constitución bastante vigorosa para vencer la enfermedad, la muerte lo libraré de sus preocupaciones. - Tal es -dijo- la medicina que mejor conviene a un hombre de esta condición. - ¿y por qué?- pregunté- ¿no es porque tiene una ocupación que debe ejercer y sin duda la cual no puede vivir? - Sin duda- contestó. -Mientras que del rico podemos decir que no tiene una ocupación determinada, cuya privación forzosa le impida seguir viviendo” (Platón, República 406 d-e 407 a. La cursiva es nuestra).*



Más adelante enuncia:

"...Pero ¿qué dices a esto Sócrates? ¿No necesita la ciudad de buenos médicos? ¿Y no serán los buenos médicos, los que han tratado a un mayor número de personas, sanas y enfermas, de igual modo que los buenos jueces son aquellos que han tenido que habérselas con toda clase de caracteres? - En efecto, estoy de acuerdo en que necesitamos de buenos médicos y de buenos jueces. Pero ¿sabes a quien tengo por tales?... Los más hábiles médicos serán los que se hayan dedicado desde una edad temprana al ejercicio de su arte, familiarizándose con el mayor número de de cuerpos y con los más enfermizos y que, no siendo ellos mismos de constitución sana, hayan sido víctimas de todas clase de enfermedades. *Porque no es, creo yo, con el cuerpo con lo que curan el cuerpo...sino con el alma, y el alma enferma, o que se enferma, no puede curar ningún mal, sea cual fuere*" (Platón, República 408 d-e. La cursiva es nuestra).

De acuerdo a Farré (1998:43) paradójicamente Platón en la *República* realiza una vinculación de la salud y la justicia, planteando que justicia es armonía y salud del alma. Mientras que injusticia es enfermedad y discordia, entiende que la vida no vale la pena de vivirse cuando el cuerpo está enfermo, mucho menos cuando está enferma el alma.

Esto nos conduce a vincular los planteos de Ferrara (1985) expresando que la accesibilidad jurídica a la salud implicaría una justicia en armonía y derivaría en salud del alma, seguramente se trataría de una accesibilidad jurídica material, entendiéndola como formalmente estipulada, contrastando con una realidad que atraviesa la denominada "injusticia social diaria", la, que según Ferrara (1985) se manifiesta en una accesibilidad jurídica real o concreta, y que implicaría, realizando un paralelismo con los planteos de Platón, injusticia y enfermedad del alma.

También el cristianismo formalmente acentuará su concepción justiciera para el tratamiento médico con la exigencia de la condición igualitaria. Pero lo cierto es que después, en el siglo XIII Arnaldo de Vilanova distinguirá, más allá de las declaraciones formales y eclesiásticas, varias formas de atender al enfermo concentradas en su idea de una medicina para ricos y otra para pobres. De acuerdo al autor, después la Revolución Francesa pondrá en carne viva la diferenciación en el tratamiento médico frente a "poderosos y menesterosos".

De esta manera la historia ha sido testigo de la persistencia de esta diferenciación injusta. Ferrara (1985) considera que se trata de la más irritante diferencia, consecuencia inevitable de la desigual posición que sus componentes tienen en el sistema productivo y lógicamente la diferencial participación en la distribución de la riqueza social. Plantea el autor:

"Los medios y recursos que tiene una comunidad para proteger y reparar su salud son parte de esa riqueza social; de allí que sea natural encontrar en la sociedad competitiva

claras diferencias en cuanto a la perspectiva de ricos y poderosos frente a la salud, con relación a los pobres, menesterosos y aun simplemente a los trabajadores. *La diferencia está en la raíz y esencia de tal sociedad competitiva. De allí la diferente accesibilidad jurídica*" (Ferrara 1985:80. La cursiva es nuestra).

Desde los comienzos del siglo XX, dado que Bismarck comienza el desarrollo del sistema de seguridad social en 1883, o antes, con las agrupaciones mutuales del medioevo, se presenta uno de los mecanismos que las comunidades han elaborado para disminuir en el campo de la salud las mencionadas diferencias económicas. Desde esta perspectiva la creación de la seguridad social en el mundo puede considerarse una necesidad del sistema productivo, o la respuesta de la sociedad competitiva a la presión ejercida por las grandes mayorías, orientada a la necesidad de garantizar la cobertura frente a riesgos sociales, especialmente frente a la enfermedad.

Si bien estos se presentan como mitigando o disminuyendo las diferencias señaladas en la existencia de la medicina para ricos y la de los pobres, no obstante, este enfoque permite comprender que las metas de la seguridad social han apuntado hacia el logro de la pronta recuperación de esa fuerza de trabajo para su plena reincorporación en el aparato productivo.

El autor plantea que con la seguridad social se buscaba un mejor acceso jurídico a los bienes y servicios sanitarios, pero es esencial no descuidar que su implantación jurídica, que aparece como una fórmula de justicia y equidad, es sólo una alternativa buscada para paliar las consecuencias de la desigualdad, sin intervenir sobre las causas generadoras de la desigualdad.

Por otro lado debe advertirse que el sistema de Seguridad Social se financia especialmente con los salarios de los trabajadores, de esta manera el sistema es parte indisoluble del trabajo del asalariado, cuyo aporte por su propia vía (salario real) o por la del empleador (salario oculto) representa la base económica de la seguridad social.

La Seguridad Social resulta parte de la institucionalización de la igualdad jurídica ante los riesgos y contingencias en que se ve enfrentado el individuo y su familia. Su existencia histórica demuestra que la accesibilidad jurídica buscada y con ello la financiación para la demanda, no ha producido cambios en los sistemas de Atención Médica, sino que por el contrario, los sistemas creados se han incluido, inteligentemente, dentro de las exigencias de los sistemas de producción dominantes en la cobertura de atención médica.

En Argentina la evolución de las Obras Sociales<sup>112</sup>, que transformó el seguro en obligatorio y universal y creó una aparente nivelación jurídica y económica frente al riesgo de enfermar, ha producido una expansión de la demanda de servicios y precisamente ese desarrollo ha evidenciado mejor las deficiencias y diferencias injustas del sistema de atención de la salud.

El sistema de seguridad social que se originó como una necesidad con la finalidad de obtener la accesibilidad jurídica para las mayorías al sistema de atención médica, advierte en la actualidad de nuestro país que ha servido para garantizar el desarrollo y la predominancia del sector privado, que sólo está interesado en lograr un incremento de sus ganancias.

Atendiendo al modelo histórico nacional de la seguridad social, Ferrara (1985) realiza una síntesis de algunos de los conceptos de esta experiencia de casi 50 años:

- Las obras sociales forman parte de una concepción revolucionaria en la búsqueda de la justicia social nacional.
- Se sostienen con el esfuerzo único de los trabajadores.
- Se plantea como socialización de la atención de la salud.
- Las obras sociales integran el Sistema Nacional de Salud, garantizando la plena participación del pueblo en su destino, en la seguridad de construir un sistema de salud igualitario de la mejor calidad, sin fines de lucro.

El autor analiza algunos indicadores de la utilización de servicios y de la calidad del Sistema de la Seguridad Social, entiende que la respuesta del beneficiario del mismo está condicionada por antecedentes y experiencias previas.

En este sentido un factor determinante es la forma de contratación de los efectores del Sistema de la Seguridad Social, al respecto considera dos de las modalidades del art. 34 de la ley 22.269 de Obras Sociales: la contratación por capitación y por prestaciones.

---

<sup>112</sup> Las obras sociales fueron para el gobierno peronista de 1945 un elemento clave de la búsqueda de consolidación del poder popular. Tanto Perón como Carrillo creen en una asociación de los tres sectores de salud: el público, el privado y el de las obras sociales. La conciliación de los intereses en pugna que significa la postura política del peronismo en ese momento, representa en su concepción sanitaria un avance para la época. Es la concepción de esa revolución paradigmática que el peronismo lanza por la conquista de la justicia social en el ámbito del tercer mundo. Carrillo encontrará los elementos para conciliar las posiciones encontradas que en el Estado competitivo neocolonial tienen los sectores en juego. Él desempeñará un papel trascendente en torno a la unidad conceptual de la política sanitaria desde el Estado Justicialista. Las obras sociales salen a cubrir un territorio que el Estado neocolonial habían dejado vacante y lo hacen desde la eficacia que puede pedírseles a las organizaciones libres del pueblo. De esta manera se busca una accesibilidad jurídica clara para los trabajadores, aunque no modifican seriamente los intereses económicos y profesionales, los poseedores de los medios de producción del campo de la salud (Ferrara, 1985: 88).

La *retribución por capitación* es aquella por la cual las Obras Sociales abonan una cuota fija por beneficiario o grupo familiar que esté bajo la responsabilidad del prestador. En otras palabras, éste cobra por el número de beneficiarios que tiene bajo su cuidado y no por enfermos atendidos o prácticas que haya realizado.

La *retribución por prestaciones*, también denominada pago por acto médico, es aquella en la cual las actividades profesionales las paga la Obra Social, conforme un valor fijado de antemano para cada una de las prestaciones que brindan.

*Recapitulando*: la accesibilidad jurídica es una de las clasificaciones en accesibilidad propuesta por los autores que se presenta como necesaria introducir en nuestro trabajo en el plano teórico y conceptual.

No obstante, en el plano empírico, en las 21 entrevistas realizadas con las mujeres de la comunidad barrial Hipódromo no hemos advertido argumentaciones, explicaciones o respuestas que aludan a cuestiones vinculadas al acceso a los sistemas de atención a la salud de acuerdo a lo que la ley, normas o derechos explicitan y establecen.

En este sentido parecería una comunidad barrial acallada, vinculada e inmersa en una cultura del silencio, un grupo de mujeres que no puede emitir su voz para reclamar justicia social y sus propios derechos en salud. Si bien ya hemos realizado un análisis vinculado a los niveles de conciencia, a rasgos generales, y vinculado a esta temática podemos inferir que nos hallamos frente a un grupo de mujeres con escasos niveles de conciencia, intransitivo o semiintransitivo acerca de su situación sanitaria, la realidad del sistema y sobre la responsabilidad en las mismas.

Se podría inferir que no reclaman lo que es justo en salud para ellas y sus familias porque desconocen la existencia de leyes y derechos establecidos para la igualdad de oportunidades en el acceso a la salud.

Consideramos que esta cuestión que se omite o que quizás se presenta como latente en las entrevistadas podría constituirse en un disparador o temática a tratar en los futuros talleres en salud orientado al tópico de "los derechos en salud".

#### **d) Accesibilidad Económica**

Se define como "posibilidad de uso de un servicio derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos" (Otero y Otero 2003, en Stolkiner 2006:58).

Ferrara (1985) sostiene que en las clases sociales los grupos humanos se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en el sistema productivo, por el papel que



sus integrantes desempeñan en la organización social y del trabajo, y por la forma y la parte que reciben en la distribución de la riqueza social disponible.

En este contexto el fenómeno sanitario es un proceso histórico social que surge de la estructura de las relaciones sociales y que obliga a descomponer por improductiva y parcializada la influencia de la condición biológica de tal proceso.

Las necesidades sanitarias son aquellas que pueden ser económicamente satisfechas. Estas deben ser definidas por dos circunstancias relacionadas: nivel de ingresos de que disponen los individuos y su puesto en las clases sociales, y calidad de los servicios disponibles. Estos conceptos permiten comprender la denominada accesibilidad económica para los bienes y servicios de la Atención Médica.

Así, la accesibilidad económica se establece por el grado de facilidad que tiene el individuo o la comunidad, en utilizar los servicios de Atención para la Salud y consumir los bienes que la producción sanitaria crea en un tiempo y en un lugar determinado, conforme la capacidad económica que poseen (Ferrara 1985:114).

Esta tiende a ser negativa cuando el individuo o la comunidad que requiere Atención no están en condiciones de solventar los gastos que la misma exige, y por el contrario, tiende a ser positiva cuando la Atención necesaria se entrega sin exigir pago alguno.

Atendiendo a ello los servicios y bienes para la Atención de la Salud deben ser abonados, por lo que otorgan una accesibilidad distinta a la población que varía en función de los costos de estos servicios y de la capacidad económica de la comunidad. Cuanto mayor es el costo de los bienes y servicios necesitados, menor será el número de miembros de la comunidad que puedan obtenerlo. Vinculado a ello, la realidad concreta en estos fragmentos de entrevistas:

Entrevistadora: ... ¿pensás que todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder a la salud?

María del Carmen: (silencio. Parece no comprender la pregunta)

E: por ejemplo el hijo de un concejal y un chico del barrio ¿tienen las mismas posibilidades de atenderse?

MC: y no, es muy distinto, *por el hecho del dinero, ellos pueden acceder a lugares que uno no puede acceder por la falta de ese dinero, yo por ejemplo el mío tiene problemas de bronquios y él realmente tendría que tener un tratamiento con los aerosoles y todo eso, pero esas cosas son caras y no tenemos mutual ni nada que te lo cubra, alergistas que no pasen por mutual tampoco hay...todo por falta de dinero...* (María del Carmen, 45 años. La cursiva es nuestra).

Entrevistadora: ¿Te parece que todos tenemos las mismas posibilidades de acceder a la salud en la actualidad?

Roxana: yo diaria que sí...



E: ¿vos pensás que se atienden de igual manera el hijo de un intendente y un chico del barrio?

R: tendría que ser así, tendría que ser así, pero lamentablemente no es así, porque lamentablemente a ella (señala su bebé que padece un soplo al corazón) *donde yo la llevo al cardiólogo si no tengo los 30 pesos no me la atienden, y si para los estudios no tenés la plata no te lo hacen (...) y es así, si no te lo atienden...* (Roxana, 30 años. La cursiva es nuestra).

Estos fragmentos manifiestan realidades concretas que revelan que la accesibilidad económica se refiere a la inserción del individuo, su familia y la comunidad, en la estructura de las relaciones de producción que distribuye a sus agentes en clases sociales en sectores diferenciados. Algunos, como la comunidad estudiada, a través de las entrevistadas expresan dificultades o inaccesibilidad a ciertas necesidades en salud por no poseer un determinado poder adquisitivo.

Entre los mecanismos que permiten hacer posible la accesibilidad económica, se encuentran las Obras Sociales y el Sistema Social que las incluye, como desarrollábamos en el apartado anterior. No obstante el autor considera que en nuestro país la Seguridad Social no ha logrado concretar la accesibilidad económica debido a las siguientes cuestiones que iremos enunciando, al tiempo que vinculando con fragmentos de entrevistas:

- La crisis económica en que se encuentra el sistema de salud que ve disminuir los ingresos de las Obras Sociales,
- Evidentes desigualdades en los recursos de las distintas obras sociales, que brindan de esta manera una Atención Médica diferenciada:

Entrevistadora: ¿y crees que todas las personas tenemos las mismas posibilidades en salud?

Laura: no...

E: ¿porqué?

L: porque por ejemplo *algunos que tienen mutual van a clínicas y los atienden bien, pero hay gente que no tienen recursos y tienen solamente el carnet blanco tienen que ir a hospitales o dispensarios y no son las mismas atenciones*, en el hospital gracias Dios hasta ahora conmigo anda bien, pero del dispensario no puedo decir lo mismo, no tiene remedios, bueno ahora el médico que está es un poquito más pasable, pero antes a mis chicos los han atendido re mal...(Laura, 29 años, La cursiva es nuestra).

Entrevistadora: ¿vos crees que todas las personas acceden y tienen posibilidades en la atención de salud?

Natalia: no, no yo creo que los que pueden acceder son los que tienen, pero los que no tienen no pueden acceder en nada, o sea, las cosas parecen que están hechas para los que sí tienen cuando tendría que ser al revés...

E: aja....

N: *si hoy día le dan créditos y préstamos a los que sí tienen y en la salud también pasa, acceden los que tienen, necesitan más los que no tienen que los que tienen, necesitan cosas más graves, operaciones para los chicos....un montón de cosas...*

E: ¿y qué pasa con el que no tiene?

N: y el que no tiene, tiene que salir buscar ayuda... que se yo, por ahí lo vas dejando pasar y pasar.... (Natalia, 23 años. La cursiva es nuestra).

Entrevistadora: (...) ¿pensás que todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder y atenderse en salud?

Mara: y no, por ejemplo *la gente de bajos recursos tienen que ir directamente al hospital, pero por ejemplo mi hermano que tiene mutual la atención que tiene es bárbara, en Buenos Aires, en Córdoba, quizá allá es mejor que acá, pero si va al hospital no le dan "bola", no pero para ir la gente de bajos recursos la única opción que tiene es el hospital o juntar para ir a una clínica, que no puede, es como una salud de mala calidad porque por ejemplo la gente que tiene una muela mal no se la puede arreglar porque no tiene, entonces directamente "sacamela" y se quedan sin dientes a los 20 años y eso se ve...*(Mara, 23 años).

Las mujeres entrevistadas, si bien no aluden a desigualdades en las distintas obras sociales, expresan desigualdad en la posesión o no de la misma.

Denuncian lo concreto que les acontece: los que tiene mutual-obra social acceden a clínicas privadas, tienen posibilidad de viajar para atenderse en lugares de mayor complejidad en materia sanitaria pudiendo acceder a lo que ellas llaman salud de calidad. Como contrapartida la gente de bajos recursos solo accede a través del carnet blanco municipal, al dispensario, centro de salud u hospital provincial, y consideran que no son las mismas atenciones, lo que entienden como una salud de mala calidad.

De esta manera advertimos cómo las Obras Sociales se encargan de una población económicamente activa y aunque exista una previsión para jubilados y pensionados, excluye personas que no tienen posibilidad de alcanzar tal accesibilidad económica:

Entrevistadora: ¿vos crees que todas las personas tienen acceso a la salud?

Marina: no todas las personas no, o sea, ponele, tienen todas las personas acceso, ponele al centro de salud o dispensario si tenes carnet blanco, hay veces que hay gente que no tiene el carnet blanco pero tampoco es millonario y esa gente no puede ir ahí, por ejemplo yo tengo mi familia en Córdoba la otra vez *vino mi hermana se agarró una gripe no me la querían atender en el dispensario si no pagaba y oh casualidad que estaba sin cinco centavos, eso para mí está mal, no me la atendieron a la chica, tuve que pedir remedios prestados, curarla yo digamos a lo loco, eso estuvo mal...*

E: ¿y por qué crees que pasa eso?

M: no, tiene razón en el sentido de que hay gente de que tiene y lo mismo van ahí a atenderse gratis...pero para la gente que viene de afuera tendrían que dar porque vienen acá y no saben

qué hacer, porque nosotros, en serio, no teníamos la plata, tuve que andar pidiendo remedio, si no vivís acá te tienen que atender... y no te atienden...

E: ¿y qué hace esa gente?

M: y si tiene plata se atiende...

E: ¿y si no tiene plata?

M: y tiene que pagar, si no tiene, bueno, no tiene... (Marina, 28 años. La cursiva es nuestra).

La entrevistada denota una situación de enojo y angustia, en la cual sintió desprotección económica para poder brindarle a su hermana una atención en salud acorde a su enfermedad. Los sistemas locales de salud le negaron la atención debido a que ella no era originaria de la ciudad, la entrevistada expresa el no tener dinero "el estar sin cinco centavos y el curarla a lo loco". Realidad susceptible de ser extendida a un número importante de vecinos de la comunidad estudiada, y a un grupo empobrecido en nuestro país que se halla totalmente excluido y marginado de la posibilidad de acceso económico a los Sistemas de Atención de la Salud.

Por otro lado no podemos omitir la consideración inicial de Otero y Otero (2003, en Stolkner 2006:58) quienes entienden que la accesibilidad económica implica la posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos. Estos autores incluyen también en su definición la posibilidad de acceder a los medicamentos, analicemos a continuación en los siguientes fragmentos:

Entrevistadora: (...) ¿y cómo tratan de prevenir el problema de la migraña de tu nene?

Estela: el nene está siendo tratado, mañana a la noche viajamos a Córdoba, o sea no nos dan los pasajes porque quieren que el nene sea tratado por una Dra. pero ella no quiere atenderlo porque el nene está con tratamiento, pero tampoco me quiere hacer una receta diciéndome que ella no me lo puede atender y porqué es el problema, sí me lo dice a mí pero no lo quiere escribir...

En.: ¿no se quiere comprometer?

Es.: no, no, no porque si ella me da eso a mí digamo se haría cargo de la parte de salud pero *ni salud ni el hospital se hace cargo, el nene hace de noviembre que tiene que tener un estudio en la cabeza y esta sin medicación...* (Estela, 32 años. La cursiva es nuestra).

Entrevistadora: ¿y frente a los tratamientos que te dan los médicos, los seguís al pie de la letra...?

Gladis: mirá, la verdad, lamento decirlo, pero yo trabajo en una huevería, gano 400 pesos, mi marido está sin trabajo, el único ingreso es lo que gano yo, semanalmente 100 pesos, así que imagináte, qué se puede comer de dieta, ir a la escuela, el micro, la fotocopia de los estudios, los apuntes (...) mi hija la mayor hace 15 días empezó a trabajar en casa de familia, yo no quería que lo haga pero ella insistió que quiere ayudar (...) *no tiene la alimentación que debe tener ella (refiriéndose a su hija) la Dra. le dió una leche especial, un yogurt con biopúritas especiales para la digestión, unas pastillas que son carísimas, valen 30, 40 pesos y yo no sé las he podido*

*comprar, las que le dan en el Centro de salud no le hacen nada, no sirven y bueno, los médicos dicen que hay que operarla que hay que ponerle una unión en el intestino que sale 1200 pesos ... (Gladis 43 años. La cursiva es nuestra).*

Entrevistadora: ¿y alguna enfermedad frecuente en tu familia?

Lidia: resfríos, yo tengo rinitis alérgica hace dos años...

E: y ¿tratas de evitarla, de prevenirla de alguna forma?

L: *y... tendría que tomar un remedio que en el primer tiempo me lo compre, y ahora ya no, yo rezo para que no me agarre fuerte...* (Lidia, 34 años. La cursiva es nuestra).

Entrevistadora: (...) ¿y ahora cómo estás?

I: *y ahora sigo tomando la medicación, que me la dan en el Centro de Salud, a partir que me dieron el Carnet blanco me empezaron a dar ahí, porque antes la compraba (...) y lo que pasa que el Dr. me pide, hay un medicamento de los que me pide que no lo puedo tomar de los que preparan en el centro de salud, el "neuryl dos" lo tengo que comprar porque dice el médico que no es lo mismo que te dan en el Centro de salud...*

E: ¿y es muy caro?

I: *cuarenta y dos pesos, a mí me compra mi mamá porque te digo la verdad a mí no me alcanza...no tengo plata...* (Iliana, 25 años. La cursiva es nuestra).

Rita: *pero bueno con la cuestión de los medicamentos estamos cubiertos, lo único que a veces pasa es que tomas 10 comprimidos para la cabeza y no te hacen nada, la muestra medica con uno te hace efecto, los que hace el centro de salud acá no hacen efecto, vos preguntáale a la gente del barrio, me dan la pastilla para la insulina y me descompone y cuando me dan la de la muestra médica me hace re bien, muchos médicos te lo dicen "hacé el esfuerzo y compratelo"* (Rita, 67 años. La cursiva es nuestra).

Entrevistadora: ¿y pensás que hay diferencia en cuanto la calidad de la salud?

Marina: *o sea, la calidad de los remedios por ejemplo los que generalmente te dan los chicos se pueden tomar un "bote" o dos "botes" de remedio y no se te curan así que vos juntas la plata y le comprás uno bueno porque uno bueno te cura el nene ahí no más, "ta" bien que te ayudan pero no le ponen todo lo que tiene que tener un remedio para que le haga bien al nene, ese es el problema, me paso a mí con la muela, me dio un calmante la doctora y me seguía doliendo, tuve que ir y comprar uno nuevo y si no tenés. No, sí nada que ver la salud si vos pagas o si no pagas... no pero está mal, eso también que tenés que hacer toda esa cola...* (Marina, 28 años. La cursiva es nuestra)

Laura: *porque yo al nene lo he llevado hasta con 40 grados de fiebre y el Dr. me da los remedios, que no son como los que dan en el dispensario, los remedios me los hace dar en COCAEM<sup>113</sup> y el al otro día ya anda re bien...así que mira vos la diferencia de los remedios que te dan en el*

<sup>113</sup> COCAEM es la Cooperadora Cristiana de Ayuda al Enfermo Necesitado, que funciona en nuestra ciudad en la calle Buenos Aires 277 (Directorio de Organizaciones sociales y comunitarias de Río Cuarto 2004/5:120).



*dispensario a los remedios buenos...los del dispensario son como agua no te dan ninguna solución...* (Laura, 29 años. La cursiva es nuestra).

Los primeros tres fragmentos describen una inaccesibilidad a los medicamentos como producto de no tener cierto poder adquisitivo que les permita obtenerlos, abandonando el proceso de atención y mantenimiento de su salud, en estos casos podríamos referirnos a una no accesibilidad económica o accesibilidad económica negativa.

Sin embargo, la cuestión se torna más compleja cuando las entrevistadas restantes hacen una denuncia común, si bien manifiestan tener acceso a los medicamentos que otorga el Centro de Salud, institución que los ofrece a través de drogas genéricas, todas coinciden en que estos remedios no curan y que tienen que hacer el esfuerzo de comprar los originales de laboratorio. Incluso más de una de las entrevistadas argumenta que el mismo Doctor que la atiende le sugiere ahorrar para poder comprar el medicamento indicado, para lograr la curación esperada.

*Recapitulando:* A partir del análisis de los fragmentos advertimos casos de accesibilidad económica negativa, evidentes en la incapacidad económica de acceder a una clínica privada, de pagar una orden de consulta, de continuar una dieta, o de acceder a un medicamento prescripto por el médico.

La realidad denunciada por varias mujeres manifiesta una incongruencia vinculada al acceso a la salud: Si bien el sistema Municipal en salud ha montado un dispositivo de cobertura social a través del denominado "carnét blanco" que otorga la posibilidad igualitaria para todos los ciudadanos que no poseen mutual o cobertura social de acceder a prestaciones médicas y a medicamentos a través de las drogas genéricas, éstos parecen no hacer el efecto esperado o bien no realizar efecto alguno.

De manera que se hace evidente el sentido paradójico: un sistema municipal que "representa" proveer salud y medicamentos de manera igualitaria, pero con unas formas que a los ojos de los vecinos parecen "engañosas".

#### **e) Accesibilidad Administrativa**

También denominada accesibilidad organizacional o burocrática, referida a la organización de turnos, horarios y recorridos dentro del sistema sanitario, preferimos entenderla como accesibilidad administrativa, vinculada a la facilidad con que la comunidad puede llegar a resolver sus requerimientos de atención de la salud en cuanto a tramitaciones o exigencias solicitadas por la administración de dichos servicios (Ferrara, 1985).



La solicitud de esos requisitos por parte de la Administración de los servicios de salud está íntimamente relacionada con las características económicas de los mismos y de igual forma, el nivel de exigencias de la estructura administrativa para otorgar esos servicios depende de las condiciones financieras con las que se efectúan tales prestaciones.

De manera que, en el sistema privado de atención médica, donde cada demanda de prácticas y servicios profesionales se corresponde con el pago de dinero en efectivo en el mismo acto, la accesibilidad administrativa resulta casi sin interferencias o dificultades. En tales circunstancias la obtención de los servicios demandados, que han de ser pagados en el mismo instante –como una simple operación de compra-venta de mercancías- suele resultar simple e inmediata, sin que se interpongan en ejecución trabas o dificultades.

Así la accesibilidad administrativa en la medicina privada resulta óptima, o sólo puede presentar algunas interferencias de tiempo o disponibilidad de recursos, “ante el pago al contado del precio del servicio, si la mercancía existe, el sistema de medicina sostenido por el lucro, no tendrá exigencias administrativas insalvables. En otras palabras, no opondrá requisitos administrativos a cumplir. Todo será facilitado” (Ferrara 1985:172).

En otras palabras, con aquel sector de la comunidad que puede satisfacer sus demandas de salud, la accesibilidad administrativa es total, sin dificultades, ni trámites que la entorpezcan. Sin embargo cuanto más se alejen de este esquema de compra-venta directa, más dificultades administrativo-burocráticas encontrará el demandante para satisfacer sus requerimientos de Atención. Lo que se manifiesta en estos fragmentos:

Entrevistador 1: ¿Qué se necesita para que te atiendan en el centro de salud o dispensario? ¿Te piden algo, un carnet?

Rita: sí el carnet blanco

Entrevistador 2: ¿Cómo es lo del carnet blanco?

R: y bueno viene la asistente social a la casa, te ve como vivís, se fijan si reunís condiciones, primero está la A, B o C, la A te cubre todo, la B te cubre los medicamentos y la C creo que te cubre medicamentos y tenés que pagar la consulta...

E1: ¿y quien define eso?

R: la asistente social, pero supongamos que va a una casa y la casa está bien limpiita, todo limpio y por ahí ven un televisor y te dice ¡no!, No te lo podemos dar...

E1: por eso, ¿los criterios los manejan una comisión de asistentes sociales?

R: claro

E2: *de acuerdo a las necesidades que ellos advierten te dan un tipo de carnet que ellos creen que es el que se ajusta a tus necesidades, y ¿te parece que evalúan bien esas necesidades?*

R: no, no, igual acá gracias a Dios lo tenemos todos, el A que te cubre todo, por lo menos en eso estamos cubiertos viste....

E2: ¿y al que no se lo dan?

R: a veces por tener la casa limpia y ordenada no te lo dan, hay gente que me dice "no podemos estar limpios" si a vos te ven limpios van y te dicen ¡no! ¡Escuchame no puede ser eso! Por ejemplo allá en la otra cuadra hay un pariente mío que tiene el carnet, ¡pero el marido tiene dos camiones! Y tienen una chata... (Rita, 67 años. La cursiva es nuestra).

Entrevistadora 1: (...) ¿y tenés carnet blanco?

Gladis: sí, pero no es el que más cubre, me lo rechazaron una vez porque malinterpretaron a mi nena, que yo había dicho que mi marido cuidaba caballos de carrera, pero una cosa es cuidar caballos de carrera y otra cosa es ser propietario, y una vez vino la asistente social y le pregunto a mi nena chica "¿tu papá, tu mamá tienen caballos de carrera?", "si tienen 10", "bueno" y se fue la asistente y lo denegó, lo puso que lo rechazaba porque teníamos caballos de carrera, después tuve que ir y me trató mal, y le dije "como quiere que venga, como le gusta que venga, toda sucia, rapastrosa, mal trazada los pelos sucios para que usted piense que sí lo necesito, a mí nunca me va a ver así, porque así sea pobre me gusta andar bien presentable dentro de todo..."

Entrevistador 2: con dignidad...

G: que quiere que viva en una ramada toda mugrientita, yo no tengo caballos de carrera y si mi nena le dijo a usted es porque nosotros les decimos "nuestros caballos", los queremos, los amamos como si fueran nuestros, pero no son de nosotros, no tenemos propiedad de caballos...nos pagan para que los cuidemos, no es que son de nosotros, entonces me lo denegó, tuve a que hacer de vuelta todo, dos años renegando hasta que me lo dieron, pero provisorio...(Gladis 43 años. La cursiva es nuestra).

Las entrevistadas dan cuenta de una situación en la que las cuestiones administrativas, burocráticas e institucionales, para la obtención de un carnet de acceso al sistema local de salud se torna compleja y difícil.

La primera nos ofrece un panorama bastante esclarecedor acerca de lo que es el proceso de obtención, los requisitos a cumplir y los tipos de carnet a los que una persona puede tener acceso, aclarando que ella y su familia poseen el que más les cubre, pero al mismo tiempo reconociendo una realidad que han atravesado muchas de sus vecinas y es el sentir que hay que estar indecente, sucio o desprolijo y su hogar en iguales condiciones para poder obtener el carnet y de esta forma el acceso al sistema local de salud.

La segunda entrevistada coincide con ésta última en la cuestión de la higiene, el orden y el aspecto que tiene que tener la familia y su vivienda. Parece enojada e irritada con un sistema que juzga como viven y que considera que para acceder a la salud pública local hay que ser "pobre, sucio o mal trazado", lo que podríamos asociar a lo que muchos profesionales locales de la salud denuncian como "un carnet para pobres" (Anexo XII).

Esta vecina también cuestiona a la asistente social responsable de otorgar o denegar el mencionado carnet, profesional que, aparentemente, al estilo fiscalizador advierte caballos de carrera en el hogar de la vecina y supone que allí son propietarios de una “decena de caballos”.

Entendemos que esta posible conjetura podría haberle sonado paradójica a la profesional: en una comunidad barrial urbano marginal, próxima al Hipódromo de la ciudad, con vecinos de un nivel social desfavorecido y económicamente empobrecidos, no sería difícil deducir (a través de la simple observación del entorno) que éstos se dedican en su gran mayoría al cuidado de estos animales para su subsistencia y que conviven con los mismos (en condiciones perjudiciales para su salud) en los patios de sus propios hogares.

Nos preocupa que profesionales del trabajo social del municipio local consideren que en una comunidad barrial urbano-marginal, como lo es la del Hipódromo, exista “un aras” y nos preguntamos acerca de la pertinencia en la formación y la tendencia para denegar u otorgar este carnet.

Por otro lado nos hallamos con otras expresiones:

Entrevistadora: (...) ¿pensás que todas las personas tienen la misma posibilidad de acceder a la salud?

Iliana: (silencio)... y si hablamos de lugares públicos como el Centro de Salud o el dispensario, sí, pero *si ya necesitamos una atención más compleja, no, no porque yo como ser tengo que hacerme una tomografía y para hacérmela o tengo que pagar o primero voy a tener que hacer mil trámites para que me den turno de acá a cinco meses, que tranquilamente dentro de cinco meses o me puedo curar o me puedo morir, me entendés, no necesitamos la atención a tanto tiempo, porque si buscamos a un médico es porque lo necesitamos lo más antes posible, entonces ahí es uno cuando se da cuenta que el pobre, tiene que recurrir a lugares pobres, y no puede tener una enfermedad compleja como la mía porque sino o pagas o pagas, o reventate cinco seis meses hasta que te den un turno...*

E: si ahí se advierte claramente que no es igual para todos...

I: ¡no es igual para todos!

E: el derecho esta pero la realidad es otra...

I: pero claro es un privilegio de algunos, el que tiene plata se hace atender en una clínica o en un instituto privado, donde te atienden de diez te tienen con aire, te tienen con calefactor, estas calentita, estas cómoda, en una silla con almudonsitos, y vos vas al Centro de Salud y tenés una tabla y tenés que estar horas ahí haga frío, truene, tenés que estar ahí, entendés pero si necesitas algo más complejo tenés que buscar la forma de conseguir la plata...(Iliana, 25 años. La cursiva es nuestra).

Esta vecina, además de manifestar un nivel de conciencia potencialmente crítico acerca de la realidad sanitaria local, expresa gráficamente las dificultades en el acceso a los servicios de salud por cuestiones administrativas.

Piensa en la posibilidad de la muerte por la inaccesibilidad administrativa, por los tramites, las horas, los días, los meses que pueden transcurrir para conseguir un turno, para que un especialista atienda, para acceder a un medicamento, para hacerse un estudio complejo; horas, días, meses o años en que una enfermedad puede avanzar mientras los tiempos de la burocracia administrativa de los servicios de atención de la salud pública en nuestro país y ciudad no son los días, meses o años de un vecino y ciudadano pobre, marginal, excluido y que además padece una enfermedad crónica y compleja.

En virtud de estas consideraciones se advierte cómo la accesibilidad administrativa es negativa en el sector público. Allí, especialmente en la Seguridad Social, se ha formado un importante aparato administrativo que rodea con una compleja red de trámites y requisitos, tanto la organización del sector, como la ejecución del acto profesional, configurándose una creciente maraña en la dirección y determinación del proceso de la Atención de la Salud que se conoce como burocratización de la medicina. Fenómeno que se ve reflejado en las siguientes experiencias:

Entrevistadora: (...) ¿y cómo es la atención de la salud con la gente que tiene plata y con la gente que tiene el carnet blanco?

Marina: *y mejor el que tiene plata, porque si no tenés plata tenés que hacer cinco mil kilos de horas, de cola ponele, o por el dentista no más, me atiende bien pero para sacarme la muela tuve que ir a las cinco de la mañana y ella empieza a atender a las ocho, si vos tenés plata vas pagas la consulta y te atiende a los cinco minutos que llegas...es una gran diferencia... no es por levantarse temprano, pero es injusto, vos ponele, que querés ir a al médico dan cinco turno solamente y te tenés que ir a las 2, 30 de la mañana al hospital y a las 7 dan el turno y a las 8 viene el médico, vos imagináte que si tenés la plata no vivís todo eso... (Marina, 28 años. La cursiva es nuestra).*

Roxana: (...) le paso a la portera de la escuela, a la Mary...que después se quejaron por la televisión, ella fue porque le había picado un bicho, *la enfermera le dijo que fuera a las 12 que a las 12 venía el médico, fue a las 12 y el médico le dijo que si no tenía turno no la iba a atender...* (Roxana, 30 años. La cursiva es nuestra).

Entrevistadora: ... ¿y en el hospital?

Laura: al "viejo" (refiriéndose al hospital más antiguo) he ido solo a atender a la nena, *me dijeron que vaya a las 12 y el médico cayó como a las tres....está bien que sea de Córdoba, pero que avisen... y ahí tenes que sacar turno un mes antes....* (Laura, 29 años. La cursiva es nuestra).

Entrevistadora: ¿y cómo esperarías que te atiendan?

María: y bien, yo necesitaría que me atiendan de manera ¡ya!, *mi hija necesita algo ya, la gastroenteróloga hace dos meses que le hizo los estudios y no me da turno, fui a fines de abril y de dio para fines de mayo y hace dos meses que la chica tiene los estudios y no la atienden, yo*

*necesito urgencia y lamentablemente no tenemos.... Y si o si en el hospital porque en esa especialidad no puedes elegir...*

E: *¿vos pensás que es necesaria mayor atención en salud?*

M: *sí, en, el Barrio, yo necesito mucho por las chicas, porque cuando uno es grande se deja, pero a mí no me gusta como atienden en el dispensario...*

E: *¿Por qué?*

M: *porque tienen muchas leyes, yo he ido a buscar la leche en un día que ellos decían que no la daban y no me la dieron y yo se que la leche queda ahí, es porque ellos se manejan así, hay muchas cosas de este dispensario que no me gusta, no entienden que uno trabaja y algunos días no pueden ir.... Se necesita que la gente y los médicos sean más "atenciosos", para ir al dentista tenes que ir a las 5 de la mañana y con los chicos no puedes ir, y te dicen "no te doy más antibiótico porque ya se tiene que sacar la muela" y si nunca conseguís un turno para la extracción, que se pongan de acuerdo... no tiene sentido (...)* (María, 39 años. La cursiva es nuestra).

Gladis: *y, es fantástico el hospital que han hecho... pero tienen que agilizar más lo que es todo trámites, hay tanta burocracia, eh, demorar tantas horas para sacar un turno para que un médico vaya, desde las 7 de la mañana he estado esperando y a las 8 supuestamente venía el médico y me he quedado esperando, esperando se hicieron las 11 y me fui a preguntar por ventanilla y me dijeron "no, avisó que no va a venir el Dr". "¿no está el médico que lo iba a reemplazar?" "no, no hay nadie", a veces me ha pasado, no quiere decir que pasa siempre, no pueden pagar los platos rotos todos, también hay grandes médicos pero otros son más irresponsables, pero bueno, el país es así, la sociedad esta, lamentablemente, no todo marcha como uno quiere, pero dentro de todo pienso que es un lindo hospital que hay que valorar lo que han hecho (...)* (Gladis, 43 años. La cursiva es nuestra).

Estos fragmentos nos permiten advertir cómo las entrevistadas consideran que conseguir un turno en el hospital o dispensario es difícil, situación que implica tener que concurrir temprano de madrugada para poder acceder a un número para luego poder sacar un turno. Luego de este proceso, coinciden en que el tiempo que transcurre entre la obtención del turno y la consulta efectiva resulta excesivo.

En la Atención de la Salud puede pensarse en la burocracia desde dos puntos de vista: uno, desde el aparato administrativo que apoya y hace posible el acto profesional y el otro desde el enfoque de la profesión médica como burocracia en sí misma.

El siglo XX entre sus características arrastra el de la organización como fuerza dominante, la burocracia y su crecimiento incesante se convierte en el fin y propiedad primordial del Estado. Ferrara (1985) considera en el proceso burocrático dos puntos de vista: uno empírico-liberal que asume a la burocracia como administración racional, y otro que advierte su peso en la sociedad moderna y analiza su capacidad operativa dentro de la distribución del poder político-social y económico de la comunidad. En este sentido plantea la necesidad de no confundir al burócrata con el dueño del poder.



Al respecto la clase médica y sus colaboradores intervienen en el proceso tendiente a legitimar el control sobre la población y favorecer a los poseedores del poder a través de la burocracia sanitaria como el expediente administrativo que utiliza para garantizar su hegemonía. El autor sostiene que tal vez en esto consista la razón del crecimiento de la burocratización del sector y las dificultades que implica para la clase trabajadora argentina.

Los dueños de esta circunstancia dependiente son los burócratas que promueven una administración asfixiante en salud, ejecutada por: médicos, técnicos, auxiliares, administrativos, gerentes, jefes contables, promotores, relacionistas, etc. Son ejecutores de un programa que la estructura determinante pone en marcha para seguir manteniendo su predominio. Situación se refleja en esta experiencia:

Entrevistadora 1: (en relación al Carnet Blanco) ¿Cómo hizo para tenerlo?

Tota: porque no tenía mutual... yo lo supe tener, pero después me lo quitaron...

Entrevistador 2:... ¿pero porque te lo quitaron?

T: me lo quitaron y no sé porqué eso nunca me lo llegaron a responder, porque la mutual nuestra, yo no me quejo porque es una mutual buena, pero más del Hospital no podemos ir, en Córdoba podemos ir a cualquier hospital pero acá solo al Hospital y el Carnet Blanco yo lo usaba para no trasladarme hasta el hospital por la "lejura" y a veces el gasto íbamos al centro de salud por el problema de la tensión que tuve, yo me iba a hacer atender con el Dr. X, muy buen médico, me estaba atendiendo con él, estaba re bien me hacía controles, la cuestión es que *un día voy y la chica que daba los turnos me dice "yo te lo voy a tener que quitar al carnet" le digo "¿Por qué?" y dice "y no porque al carnet te lo tengo que retirar porque vos tenés la mutual del hospital y tenés que ir al hospital", le digo "¡pero cómo! yo hace años que tengo el carnet blanco y a mi casa fue la asistente social, no me lo dieron por dármelo, y la mutual que tiene mi marido, vos debes saberlo mejor que yo, es una pensión, me parece que comete el error más grande que me lo retire"* (Tota 56 años. La cursiva es nuestra).

Este fragmento nos manifiesta a una señora mayor, con diversos problemas de salud que se encuentra en una situación apremiada por una administración asfixiante ejecutada por empleados que pretenden inhibirle esta posibilidad de acceso al sistema local, porque ya lo posee al sistema provincial.

Se advierte que el poder político social de la burocracia y tecnocracia médica surge del campo de las fuerzas productivas y del carácter de la división social del trabajo. De acuerdo a Ferrara (1985) sus componentes son los ejecutores asalariados del monopolio de la clase poseedora, son los intermediarios que manejan actividades sociales importantes, pero no es la generadora del poder. Tienen el monopolio de la decisión en Atención Médica, pero no en virtud de su derecho de propiedad, sino en carácter de delegación de tal derecho.

En el acto médico sus ejecutores ejercen influencias: primero al curar el médico actúa certificando y sosteniendo el poder que les otorga la representación. De esta forma la medicina constituye una parte de la estructura social, que como la ideología, la ley, la política y también la burocracia, consolidan las relaciones de producción. Luego interponen instancias, trámites, especialmente en la atención pública, transformándolos en un matorral de actividades que lleva a sus ejecutores a constituirse en un sector en continuo crecimiento, acrecentando su poder. Ejemplo de ello son las experiencias que nos comentan estas mujeres:

Roxana: ... será muy lindo el hospital pero los médicos que hay para adultos *tenés que estar más de tres horas para que te atiendan, yo fui a las tres de la tarde y eran las 10 de la noche y recién me estaba terminado de atender*, y te atienden cuando ellos quieren, y no es así porque si vos vas en un caso de urgencia no vas a estar esperando que los otros terminen de tomar mate para que te atiendan si vas por urgencia, en cambio en pediatría me los han atendido ahí no más... (Roxana, 30 años. La cursiva es nuestra).

Entrevistadora: ... ¿te parece que todas las personas tenemos las mismas posibilidades de acceder a la salud?

Dora: yo pienso que sí...

E: por ejemplo ¿te parece que aquí en la ciudad reciben la misma atención el hijo de un concejal que el hijo de un albañil del barrio?

D: no, el hijo de un concejal no se va a atender ni en el dispensario ni en la vecinal, lógico, más vale... *a uno lo hacen esperar horas, y el "otro" no alcanza a decir lo que le duele que ya está todo el batallón de médicos...sabes uno cuando, tenés que esperar y esperar y te dicen "ya va", "momentito", noooo si yo he estado horas en el hospital*, el mes pasado me dice mi hija te llevo al hospital, porque la pierna se me había hinchado...entonces tuve que ir a las 5 de la mañana a sacar turno, eran las 5 y los bancos ya estaban llenos, porque *vos llegas y sacas numero y te sentas, yo fui y saqué numerito... y empezaron a llamar, yo fui a las 5 y empezaron a atender a las 7.30 hrs. ellos dicen que empiezan a atender a las 6 pero es mentira, eran más de las siete cuando llegaron, las chicas administrativas llegan a trabajar cuando uno está esperando, y recién me atendieron a las 9 y media...* (Dora, 72 años. La cursiva es nuestra).

En relación con estos fragmentos se advierten quejas y denuncias de las vecinas respecto a la dificultad en el acceso administrativo, la complejidad de un trámite que debería, por las condiciones contextuales de enfermedad, ser contenedora y más humanizadora, se torna burocrática, al respecto el autor plantea:

"El aumento de la burocracia médica es el camino del desenvolvimiento del poder en juego de las relaciones sociales en el sistema productivo. Para mantener y acrecentar ese poder, para defender y proyectar esas relaciones sociales, la burocracia también en Atención Médica se expande superponiéndose a la sociedad a la que debería rendir cuentas, en lugar de exigírselas" (Ferrara 1985:180).

*Recapitulando:* La accesibilidad administrativa se manifiesta con mayor prevalencia y de modo negativo entre los vecinos de la comunidad barrial, lo que se manifiesta en los relatos a manera de acusaciones.

Las narrativas son gráficas y se complementan con los aportes de Ferrara (1985): horas para poder sacar un número, para poder sacar un turno, desde la madrugada esperando la consulta, trámites para concretar un estudio, supervisiones de trabajadores sociales para acceder a un carnet de cobertura, entre otras, son las situaciones relatadas por las vecinas que se unen en una voz común de denuncia de un sistema de atención médica local que se torna burocrático y no hace más que complejizar y dificultar el inmediato acceso a la salud.

Al respecto Ferrara (1985) exhorta a que el ejercicio de la Atención Médica en un ámbito social justo exige la transformación de esta tecno-burocracia médica, la necesidad de crear nuevas situaciones, nuevos lugares para que se definan procesos de comprensión e innovación que pongan en cuestión la racionalidad del orden administrativo. Se trata de abogar por la participación en el poder político y social de aquellos que demandan prestaciones de salud, participación que cuestione a la estructura instituida y exija una diferenciación de las relaciones sociales posibles, cuestione el origen de la burocracia, modificando y transformando las fuentes de su poder. Sin este cuestionamiento crítico reflexivo no será viable una la desburocratización en Salud.

### 3. Síntesis...

El capítulo desarrollado nos ha permitido adentrarnos en los problemas y situaciones de salud sentidas e identificadas en la comunidad barrial estudiada, principalmente a través de las narrativas ofrecidas por las mujeres de ésta quienes fueron las que se interesaron en participar de la experiencia. De esta manera indagamos conjuntamente en problemas y situaciones en salud y enfermedad atendiendo a dimensiones relacionadas a lo comunitario, familiar e institucional.

Ello facilitó la emergencia de dos categorías transversales a las entrevistas: niveles de conciencia que las personas de la comunidad barrial han elaborado sobre realidad sanitaria y posibilidades de acceso a los sistemas de Atención de la Salud que las mismas poseen. En este sentido hemos advertido:

En lo que concierne al análisis de los *niveles de conciencia* que las personas de la comunidad barrial han construido sobre realidad sanitaria, se advirtió la presencia

de diferentes niveles denominados intransitiva o semiintransitiva, ingenua transitiva y conciencia crítica (Freire, 1970, 1990).

Para ello realizamos consideraciones preliminares acerca de la conciencia de la realidad y sus condicionamientos históricos desde Freire, lo que nos permitió introducirnos al desarrollo de los tres niveles de conciencia e ir intercalando con expresiones de las vecinas que dan cuenta de estos distintos grados en salud.

Este análisis nos permitió indagar acerca del tipo de conciencia preponderante entre las vecinas<sup>114</sup>. Inferimos que éstas manifiestan un nivel de conciencia semiintransitivo e ingenuo transitivo. En escasos ejemplos se evidencian fundamentos y argumentos que dejan traslucir un potencial de conciencia crítica en salud en una etapa transitiva.

Lo que denota un nivel de *conciencia semiintransitivo en salud* es que algunas de las mujeres se hallan inmersas en una "cultura del silencio", en un comportamiento taciturno bajo una realidad de dependencia que les impide percibir, o lo hacen pero de manera distorsionada, la realidad y los desafíos que en materia sanitaria ésta les presenta. Ello genera que sus intereses en salud-enfermedad se constriñan a lo vital e inmediato, intentando rápidas soluciones para ellas y su familia, desde acciones concretas, aisladas e individualistas.

Lo que nos permite inferir una *transitividad de la conciencia sanitaria*, es la capacidad de las entrevistadas de visualizar la situación en salud. Si bien la interpretación a los problemas que han elaborado se caracteriza por la sencillez y la fragilidad en la argumentación, ellas han advertido el problema o conflicto y han comenzado a tratar de comprenderlo para avanzar en una posible solución.

Asimismo reconocemos un potencial de *conciencia crítica en salud* en algunas de las entrevistadas que muestran un argumento más sólido y consistente que los anteriores, denotando seguridad en su discurso que se manifiesta en el enojo, irritación y desagrado frente al reconocimiento de una desigualdad y diferenciación social de cara a las posibilidades de acceso a los servicios de atención de la salud, expresan

---

<sup>114</sup> Al respecto nos interesa precisar que, si bien en un tipo de conciencia intransitiva o semiintransitiva hemos seleccionado cuatro fragmentos representativos, y en un nivel de conciencia ingenuo transitivo cinco, este criterio no fue realizado desde una perspectiva cuantitativa en la cual llegaríamos a la mecánica conclusión "a más relatos en tal tipo de conciencia el resultado es la prevalencia de ese nivel de conciencia sanitaria en la comunidad barrial". Por el contrario consideramos que la selección de estos fragmentos no nos habilita como para rotular a una población bajo un nivel de conciencia predominante, sino que nos ofrece una aproximación acerca de cómo ellas perciben su situación en salud. Nuestra intención es sólo caracterizar las representaciones con que estas mujeres advierten la realidad que viven y atraviesan en salud, a partir de los aportes de la clasificación de niveles de conciencia en Freire.

profundidad en la interpretación y análisis del problema y una tendencia favorable al diálogo e intercambio de perspectivas.

Si bien el análisis realizado nos alienta a seguir trabajando por la promoción y consolidación de una conciencia sanitaria crítica, consideramos que no es suficiente con que los vecinos alcancen un buen nivel de conciencia sobre sus problemas, sino que además se requiere de las intervenciones del Estado (Videla, 1991).

En lo que concierne a la *accesibilidad a los servicios de salud* las entrevistas estudiadas revelan una comunidad que atraviesa una accesibilidad negativa, carente y requerida de todos sus tipos: geográfica, cultural, jurídica, económica y administrativa.

Sin embargo podría advertirse una prevalencia de experiencias en salud vinculadas a la cuestión económica y burocrática u administrativa, que hacen dificultosa, y hasta imposible el acceso a la salud. Advertimos:

En lo que respecta a la *accesibilidad geográfica*, las entrevistas realizadas y los cuatro fragmentos de experiencias seleccionados, nos advierten un grupo social con dificultades en lo que concierne a la realización de largos viajes para poder acceder a la atención de la salud, así como en distancias dentro de la ciudad, las que en muchos casos se consideran realmente extensas.

En cuanto a la *accesibilidad cultural*, si bien la veintena de entrevistas aportan relatos de experiencias vividas que están ligadas a ella, nuestra intención fue presentar aquellos quince relatos que por su nitidez vivencial pudieron graficar qué es lo que les pasa a las vecinas desde lo psicológico, social, comportamental, relacional y lingüístico, cuando pretenden acceder a la salud.

De manera que pudimos advertir que estas mujeres perciben dificultades comunicacionales y barreras psicosocioculturales (Saforcada, 2001) manifestadas a través de comportamientos que asumen diversas formas, como: ausencia de comunicación o incomunicación, mutismo del profesional, o, verborrea científicista incomprensible para las pacientes, comentarios crueles o punzantes del profesional hacia la mamá o paciente, vivencia de experiencias de desidia y vulnerabilidad en una sala de cirugía, entre otras manifestaciones (Juárez, 2009).

Respecto a la *accesibilidad jurídica* en las entrevistas no surge espontánea ni explícitamente la cuestión que garantiza el derecho a la salud. El protocolo semiestructurado preveía la indagación acerca del enunciado de "si todos los ciudadanos tenemos las mismas posibilidades de acceder a la salud" partiendo del supuesto de que las respuestas podrían estar orientadas bajo la idea de que "la salud



ha dejado de ser un derecho de todos para convertirse en un privilegio de algunos”, cuestión que nos hubiera introducido al debate de la accesibilidad jurídica.

Sin embargo no hemos hallado respuestas que aludan a cuestiones vinculadas al acceso estipulado por ley o normas instituidas. En los casos en que parece surgir o haber una concepción de la salud como derecho, ésta aparece más ligada a una cuestión del derecho como algo inalienable al ser humano, que como prescripto por leyes internacionales, nacionales, provinciales o municipales.

En este sentido parecería una comunidad aplacada que no reclama lo justo para su salud porque desconoce la existencia de leyes y derechos establecidos en salud. Lo que nos lleva a considerar que se trata de una cuestión latente en las entrevistas con los vecinos y que podría ser un disparador inicial a tratar en los talleres en salud.

En *accesibilidad económica* la totalidad de las entrevistas realizadas y los relatos más representativos seleccionados nos revelan que a la comunidad afecta una accesibilidad económica negativa, manifiesta en: la incapacidad de acceder a una clínica privada, de pagar una orden de consulta, de continuar una dieta, o de acceder a un medicamento prescripto por el médico, entre otras.

La *accesibilidad administrativa* denotada es negativa, manifiesta en el total de las entrevistas y los relatos escogidos que dejan advertir una realidad sanitaria local burocrática alarmante.

De manera que se trata de una población vulnerable en cuanto a las posibilidades de acceso a los sistemas de Atención de la Salud, carente todos sus tipos, pero que parece presentar una situación crítica en lo referido a las denuncias hacia una accesibilidad económica y administrativa negativa del sistema sanitario local.

En este capítulo hemos considerado fundamental como parte del proceso analítico e interpretativo atender a situaciones y problemas en salud expuestos por las vecinas de la comunidad y en virtud del análisis de las categorías emergentes contar con las herramientas conceptuales para realizar el “análisis situacional sanitario”, el que se presentará en el capítulo que sigue a continuación.

## Capítulo VIII

### ANÁLISIS SITUACIONAL SANITARIO DE LA COMUNIDAD BARRIAL HIPÓDROMO

*"No importa en qué sociedad estemos, en qué mundo nos encontremos, no es posible hacer ingenieros o albañiles, físicos o enfermeros, dentistas o torneros, educadores o mecánicos, agricultores o filósofos, ganaderos o biólogos, sin una comprensión de nosotros mismos en cuanto seres históricos, políticos, sociales y culturales: sin una comprensión de cómo funciona la sociedad" (Freire, 1993).*

Presentar en el capítulo precedente las percepciones de las necesidades y problemas de salud y enfermedad a nivel familiar, comunitario e institucional en las voces de las mujeres entrevistadas, el analizarlas desde las categorías emergentes, como los niveles de conciencia y las posibilidades de acceso a los servicios sanitarios, nos ofrecen datos susceptibles de ser reinterpretados a la luz de un *análisis situacional sanitario* de la comunidad barrial Hipódromo.

Entendemos por *análisis situacional* (Matus, 1996) un concepto que se distancia del de diagnóstico, frecuentemente utilizado en experiencias en salud comunitaria bajo la denominación "diagnóstico comunitario" (Conde, Leal y Schmunk, 1998) "diagnóstico de la situación" (Hausberger y Wacsman, 2000) o "diagnóstico de la situación sanitaria", entre otros. El constructo diagnóstico se vincula con planteos de la planificación tradicional, tiene un carácter técnico riguroso y omite la mediación de la apreciación situacional ya que le perturban las subjetividades.

Por el contrario el *análisis situacional* lleva a considerar de acuerdo a Matus (1996): a) el concepto de *situación* que obliga a precisar quien explica y desde qué posición lo hace en el juego social identificándose con una lectura de la realidad; b) considera que una *misma situación* puede ser explicada mediante situaciones diferentes ya que *distintos actores* del juego social participan en él con propósitos diversos; c) el análisis situacional obliga a *diferenciar explicaciones*, considerando cómo cada actor aprecia el juego social de una manera particular y actúa en él según su propia interpretación de la realidad; d) la categoría de situación permite comprender la *asimetría de las explicaciones en juego*, explicar bien es diferenciar las explicaciones de los diversos jugadores y atribuir correctamente a cada uno de ellos las explicaciones diferenciadas.

En este capítulo, con el propósito de realizar el análisis situacional sanitario presentaremos: en primer lugar las realidades en salud desde los vecinos, profesionales sanitarios que trabajan allí y equipo de investigación, intentando

recuperar los problemas y situaciones desde cada uno de ellos. En segundo lugar, en virtud de la información recabada, realizaremos la evaluación del análisis situacional sanitario para, finalmente realizar una síntesis reflexiva de lo considerado en el capítulo.

### **1. Realidades de salud desde los actores participantes**

En el siguiente apartado presentaremos las realidades en salud desde los actores involucrados en la experiencia: vecinas del lugar, profesionales sanitarios y equipo de investigación. Estas reseñas intentarán recuperar los problemas, situaciones, preocupaciones y necesidades en salud que viven, atraviesan, sufren e intentan solucionar los mismos desde ópticas propias y diversas.

#### **1.1 Problemas de salud consideradas por las vecinas de la comunidad barrial**

En capítulos anteriores se realizó un análisis interpretativo por grupos etarios diversificando en mujeres mayores, adultas y jóvenes. Como consecuencia, en lo que sigue, enunciaremos el conjunto integrado de las problemáticas que aquejan en salud a todas ellas.

Para iniciar la tarea recordamos las dos perspectivas asumidas por estas vecinas acerca de "los problemas frecuentes en salud comunitaria": una fundada en el conocimiento de lo que sucede en el barrio basada en comportamientos de cooperación y compromiso, y otra caracterizada por el desconocimiento, la preocupación centrada en uno mismo y su familia y el individualismo.

Realizada esta aclaración, se advierte que el grupo total de las mujeres coinciden en que los problemas más frecuentes en salud en los niños son: alergias, asma, problemas respiratorios, bronquitis, resfríos y gripe. Asimismo les preocupa la presencia constante de moscas e insectos producto de la basura y los animales que merodean. Las alergias y resfríos que padecen los adultos y niños son causadas por el polvo y la tierra provocada por caballos y los *studs* que hay en el barrio, que originan graves puntos infecciosos con moscas e insectos que contaminan y transmiten enfermedades.

Otra problemática que les preocupa son los casos de desnutrición y su influencia causal proveniente de lo socio-político y económico, donde la desocupación en el barrio es un ejemplo. Les alarma también patologías más comunes derivadas de la mala alimentación como dolor de estómago, vómitos, diarreas y gastroenteritis.

En lo que respecta a la higiene sanitaria barrial, comentan casos de vecinos humildes, con discapacidad, que están solos, casos de niños y jóvenes con conductas violentas y agresivas vinculadas al consumo de drogas y alcohol, casos de niños que permanecen solos en la calle.

Otra realidad sanitaria percibida por estas mujeres es lo habitacional, argumentan que la mayoría de los vecinos viven en casas muy precarias que no tienen baño, y si lo tienen es utilizado por varias personas, lo que provoca que algunos de ellos solucionen sus necesidades fisiológicas orinando en botellas, que luego arrojan en las calles y terrenos baldíos generando una amenaza de contaminación ambiental.

*Recapitulando:* Los problemas sanitarios considerados por las vecinas están vinculados a lo familiar, como casos de alergias, asma o problemas respiratorios, como así también a lo comunitario, expresando problemáticas en salud relacionadas a lo psicosocial como violencia y consumo de drogas y alcohol, el hacinamiento y su consecuencia en contaminación ambiental.

## **1.2 Problemas de salud considerados por los médicos de la comunidad barrial**

Los profesionales responsables del Dispensario N° 3 consideran que en la actualidad asisten entre 80 y 100 pacientes por día, desde los servicios de clínica, pediatría, odontología y ginecología. Sostienen que la población que predomina en acceso a sus servicios está compuesta por adultos, jóvenes y niños de clase media baja que en su gran mayoría poseen cobertura municipal, y no tienen mutual u obra social.

Los motivos de consulta usuales se vinculan a control de crecimiento y desarrollo de niños sanos, cuadros de faringitis, otitis, laringitis o neumonía. Sin embargo los profesionales se hallan preocupados por el predominio de lo que denominan "patologías sociales", en la que incluyen: cuadros de maltrato, violencia familiar, trastornos de conducta, abandono, negligencia, cuadros de adicciones a drogas y alcohol.

En este sentido no profundizan en patologías clínicas o pediátricas específicas y frecuentes en los vecinos, sino que se manifiestan preocupados por el incremento de estas enfermedades vinculadas a la influencia de lo social, patologías de tipo familiar y cuadros psicósomáticos, frente a las cuales sienten la responsabilidad de brindar algunas respuestas en la medida de lo posible. Al respecto el facultativo responsable sostiene:

"... me dicen que soy loco, seré loco... el 60% de los casos tiene que ver con esto (señala su cabeza) es lo que yo le llamo "azoteitis"...porque viene de la azotea... "azoteitis", la cantidad de gente que viene porque le duele el hombro izquierdo, la cadera derecha, la

rodilla izquierda, y vos te das cuenta que no puede ser...y aparte te dicen "ah y me estoy olvidando de esto doctor," es importantísimo esto que pasa..." (Médico Clínico del Dispensario. Anexo XI).

Coinciden en creer que es suficiente la cantidad de profesionales con que cuenta el dispensario, sin embargo la pediatra se manifiesta inquietada frente a la problemática social:

"...a veces uno se siente como muy sólo en este tipo de temas que uno no puede dar respuesta, yo no cuento con una psicóloga ni el Doctor cuenta con una psicóloga. El ve una paciente depresiva y estamos muy atados de manos para darle una respuesta, es decir más clínicos no necesitamos, más pediatras tampoco, pero por ahí sí se necesita la interdisciplina para poder abordar estos temas porque yo no soy psicóloga, entonces a veces acá me cuesta mucho, porque toda esta patología ha aumentado mucho y a veces nosotros nos vemos muy limitados, tenemos que ser el psicólogo, el sacerdote, el clínico, tenemos que dar respuesta para todos y no podemos, entonces en ese tipo de cosas me parece que sí faltan profesionales..."(Médica Pediatra del Dispensario. Anexo XI. La cursiva es nuestra).

De acuerdo a proyectos realizados los profesionales sanitarios nos comentan resultados de un diagnóstico de situación donde los vecinos expresaron que los problemas que más les afectan y preocupan son la violencia, el alcoholismo y las drogas.

*Recapitulando:* los profesionales sanitarios consideran que estos vecinos, adultos y niños presentan cuadros clínicos frecuentes sin embargo para ellos lo más preocupante son las patologías sociales que entienden están a la base de estas enfermedades.

Atendiendo a ello, y contrastando con lo expresado por las vecinas, éstas manifiestan diversos problemas en salud, sin embargo sólo una minoría se atrevió a evidenciar y denunciar ésta problemática social, el resto se ajustó a delimitar enfermedades respiratorias más frecuentes y problemas alimentarios, sin avanzar en el plano de la patología social más vinculada a la salud mental, la que también parece ser percibida por los profesionales sanitarios del lugar.

### **3.3 Problemas de salud considerados por los investigadores de la comunidad barrial**

Los datos ofrecidos en las distintas instancias de recolección nos han permitido como equipo advertir que existen en esta comunidad dificultades en salud de diversa índole.

Se evidencian cuestiones en salud comunitaria e higiene sanitaria barrial, problemas que aquejan a las familias así como vinculados a las instituciones que prestan sus servicios de atención a la salud. En lo que sigue enunciaremos estas



problemáticas desde las instancias de observación, entrevistas y encuentros de equipo de salud.

Las *observaciones* realizadas nos permiten advertir:

- Viviendas precarias, con techos de chapa, sin aberturas, con cartones y sabanas oficiando de cortinajes.
- Escasa higiene en el barrio en general como del centro comunitario en particular,
- Presencia de moscas e insectos como focos infecciosos producidos por basura próxima, alimentos y leche preparada al aire libre.
- Presencia de animales sueltos por el barrio y en los hogares.
- Altas tasas de natalidad, cantidad notable de mujeres jóvenes con bebés y niños pequeños, muchas en condiciones de soledad haciéndose cargo de toda una familia.

En los *encuentros de debate* en equipo se produjo una "lluvia de ideas" y reconocimiento de las situaciones preocupantes, las temáticas sanitarias vinculadas a ellas, tanto para su comprensión como para su promoción, las que fueron identificadas como:

- Enfermedades transmitidas por alimentos: manipulación e higiene de los mismos, cuidado y prevención de enfermedades derivadas de la mala alimentación.
- Enfermedades que transmiten los animales: zoonosis, desinfección y fumigación.
- Enfermedad de transmisión sexual: SIDA, educación sexual y planificación familiar.
- Adicciones a las drogas y alcohol.
- Desconocimiento y conciencia ingenua respecto a la existencia del derecho a la salud.
- Rol del dispensario como institución proveedora de atención sanitaria en la comunidad barrial,
- Vacunación de los niños.
- Violencia y maltrato,

*Recapitulando:* Estos son los problemas en salud que desde nuestro rol de investigadores hemos podido advertir.

Quizá la condición de agentes externos (Montero, 2006) es la que nos facilitó advertir aquello que por costumbre o naturalización han comenzado a dejar de ver, de percibir o encubrir los habitantes de la comunidad barrial.

Esta posición es la que nos confiere a los investigadores la posibilidad de contribuir en la construcción de una conciencia crítica sobre la realidad sanitaria de dicha comunidad, lugar de “extranjero conocido”, que intenta escuchar, problematizar y transformar una situación que parece arraigada en los vecinos.

## **2. Análisis situacional sanitario de la comunidad barrial Hipódromo**

En virtud de los datos obtenidos de: la recuperación descriptiva, las observaciones realizadas, las conversaciones informales, entrevistas con vecinos y profesionales sanitarios de la comunidad, encuentros de debate y reflexión en equipo y análisis de las categorías emergentes arribamos a las siguientes reflexiones:

*Observaciones realizadas:* Exponen la evidencia de viviendas precarias y humildes, escasa higiene en el barrio que se manifiesta en la presencia de focos infecciosos producto de animales sueltos y el Hipódromo cercano. Bares y lugares nocturnos aumentan nuestra preocupación sobre el consumo de drogas y alcohol.

- *Entrevistas con las vecinas:* Revelan que los cuadros habituales en niños son alergias, asma, problemas respiratorios, bronquitis, resfríos, gripe. Les inquieta la presencia de insectos producto de la presencia de caballos y los *studs* que hay en el barrio. Se alarman por casos de desnutrición y cuadros derivados de una deficiente alimentación como dolor de estómago, vómitos, diarreas y gastroenteritis. En lo que respecta a lo psico-socio-sanitario se preocupan por casos de niños y jóvenes con conductas violentas y agresivas vinculadas al consumo de drogas y alcohol, y por la cuestión relacionada a lo habitacional y el hacinamiento.
- *Entrevistas con los profesionales del dispensario:* Señalan cuadros pediátricos y clínicos habituales como faringitis, otitis, laringitis o neumonía, pero se declaran preocupados por lo que denominan “patologías sociales”, entendiendo que presiden a las enfermedades orgánicas. Las patologías que ellos denuncian son los trastornos de conducta, el abandono, la negligencia, el maltrato, la violencia familiar, el abuso, el alcohol y las adicciones a las drogas.
- *Análisis de las categorías emergentes:* Advierten sobre la preeminencia de un tipo de conciencia sanitaria semi-intransitiva o transitiva ingenua con una gran dificultad de apartarse de una conducta indiferente frente a una situación

desigual en salud para los vecinos. En lo que respecta a la accesibilidad esta se manifiesta como negativa en todos sus tipos, geográfica, cultural, jurídica, económica y administrativa, con un prevailecimiento de estas dos últimas.

*Conclusiones:* La comunidad barrial Hipódromo se halla inmersa en una situación sanitaria preocupante. Sus manifestaciones se identifican a nivel colectivo, familiar e institucional.

Paralelamente a estas circunstancias se manifiesta una la incapacidad de visualizarlas debido al predominio de un tipo de conciencia intransitiva o ingenua de sus vecinos y por un comportamiento que evidencia una tendencia a multiplicarse bajo un tipo de cultura del individualismo y el desinterés, avivado por un modelo neoliberal dominante en el contexto social actual.

Por otro lado existe una accesibilidad negativa a los servicios de atención de la salud en todos los planos, intensificándose en lo económico y burocrático.

Como resultado de la combinación de estos factores la realidad acaecida en salud en dicha comunidad no se modificaría con el sólo hecho de que los vecinos transiten a una conciencia crítica sobre sus problemas, sino que además requiere y demanda intervenciones urgentes por parte del Estado.

Atendiendo a este *análisis situacional sanitario* de la comunidad barrial estudiada se propone un trabajo educativo compartido:

- Basado en la colaboración y la comunicación dialógica,
- Que retome las cuestiones denunciadas por vecinos y profesionales de la comunidad, analice y estudie las problemáticas surgidas,
- Que de manera organizada temáticamente devuelva estas problemáticas y necesidades a la propia población a manera de “plan de educación” para iniciar una etapa de aprendizaje en común, investigadores y vecinos en “talleres de educación popular en salud”,
- Que contribuya a promover una concientización crítico-reflexiva de la realidad socio-político-económica y sanitaria barrial, tendiente a mejorar su situación.

### **3. Síntesis...**

Lo realizado en los capítulos precedentes, esto es, la recuperación descriptiva de la comunidad barrial Hipódromo a través de las representaciones de todos los actores, sus principales problemas y situaciones en salud y el análisis de las categorías emergentes, nos permitió realizar en el presente capítulo el análisis situacional

sanitario. Hemos revisado y analizado las realidades en salud desde los distintos actores participantes de la experiencia: vecinas, profesionales sanitarios que trabajan allí y equipo de investigación.

Sus narrativas nos han permitido visualizar los problemas y necesidades en salud que atraviesan. El análisis situacional nos ha revelado que la comunidad se halla inmersa en una situación en salud alarmante, manifestándose en dimensiones de lo colectivo, familiar e institucional.

Advertimos problemas y necesidades comunes, que al analizar detalladamente consideramos como prioridades: 1) Presencia de focos infecciosos procedentes de insectos, animales, basura con incidencia en la higiene barrial; 2) Mala alimentación derivada, junto con una desfavorable situación socioeconómica, de enfermedades transmitidas por alimentos, manipulación e higiene de los mismos; 3) Presencia de problemáticas psicosociales, conductas violentas, agresivas, de abandono, negligencia, maltrato, violencia familiar, abuso en relación al consumo de drogas y alcohol; 4) Enfermedades de transmisión sexual, necesidad de una educación sexual para el cuidado y planificación familiar; 5) El desconocimiento del derecho a la salud, dificultades en el acceso a los servicios de atención de la salud e incapacidad de percibir críticamente esta situación sanitaria.

Estos últimos no se tratan de tópicos expresamente contemplados por los vecinos y profesionales del dispensario de la comunidad, si bien los evidencian en sus narrativas no los exteriorizan como problemas concretos en salud. A nuestro criterio se trata de "temas bisagra" (Freire, 1970) temáticas latentes y demandantes susceptibles de consideración en un trabajo compartido de educación para la salud, por lo que los hemos consignado.

En virtud de la información recabada se organizará un plan de educación en salud de manera colaborativa entre los participantes. Lo que se desarrollará en el capítulo que sigue.

## Capítulo IX

### CONSTRUCCIÓN COMPARTIDA DEL PLAN DE TRABAJO EDUCATIVO

*"En las diferentes áreas del conocimiento todos estamos involucrados en la continua búsqueda de métodos de investigación y de intervención que garanticen el diálogo entre investigador e investigado, y entre comunidad y agentes de intervención; es decir, métodos abiertos a la participación de los sujetos de investigación y de intervención, que sea al mismo tiempo una praxis comprometida con la transformación de las relaciones de poder y de exclusión. Y, lo que es más importante, sin perder el rigor científico y el humanismo" (Montero, 2006).*

Este capítulo presentará el proceso de priorización y jerarquización de las temáticas y necesidades de la comunidad barrial desde una perspectiva colaborativa y compartida entre los actores participantes, retomando el análisis situacional sanitario desarrollado en el capítulo anterior.

En virtud de ello se organizará en tres partes: inicialmente se desarrollará el trabajo de establecimiento de prioridades en los problemas y necesidades para, seguidamente dar cuenta del proceso de construcción del plan de trabajo o "programa de educación popular en salud". Finalmente realizaremos una síntesis que nos permita retomar lo analizado.

#### **1. Priorización de necesidades y problemas de salud en la comunidad**

A partir de la elaboración del análisis situacional sanitario consignaremos los problemas y necesidades allí esbozados, pero de manera organizada atendiendo a las prioridades de los mismos.

Montero (2006) entiende que el relevo de las necesidades depende de la información que ofrezca la comunidad, considerando que: a) nadie sabe tanto de sus necesidades como quien las sufre; b) el sufrimiento ocasionado por ciertas necesidades sentidas puede otorgarles carácter de urgencia; c) aspectos ideológicos pueden impedir que se perciban otras carencias, por lo cual es necesario tratar el problema desde una perspectiva integral.

La autora se refiere a la *jerarquización de necesidades y problemas* como un proceso que supone evaluar simultáneamente lo que falta o es problemático y aquello con lo cual se cuenta para resolverlo y enfrentar tal circunstancia. Sostiene que no es suficiente identificar las necesidades y sensibilizar, sino que es ineludible jerarquizar las necesidades identificadas, a los fines de hallar una decisión previa sobre cuál de ellas comenzar a trabajar.



De igual manera, Conde, Leal y Schmunk (1998) sostienen que un *problema de salud* depende de los factores que lo condicionan y de la posibilidad de recursos para resolverlo.

Refieren a la *necesidad de los servicios de salud* como la diferencia entre la situación actual y lo que se considera como oferta aceptable. No obstante, distintas personas estiman lo que se acepta como "normal o aceptable" de manera muy diferente.

Posiblemente si se pregunta a la comunidad "que tipo de salud necesita" respondería más prestaciones, o de acuerdo a su estrato social podríamos hallarnos con respuestas como "no sé", pero al preguntar más concretamente sobre las necesidades percibidas no es raro escuchar "estabilidad laboral, accesibilidad real a los servicios de salud". Por lo que debemos atender según las autoras a dos puntos:

- Cuánta y en qué forma la comunidad requiere la información para reconocer sus necesidades, sin que sea modificada su opinión por especialistas o profesionales.
- Cuánta y qué tipo de información requiere la comunidad para reconocer las alternativas posibles en la solución de sus problemas de salud-enfermedad.

En este sentido es posible advertir casos en que las necesidades definidas por los servicios de salud no se corresponden a las percibidas por la comunidad, por lo que se deben hallar *puntos de coincidencia o necesidades comunes* (Conde, Leal y Schmunk, 1998).

Al respecto Montero (2006) se cuestiona acerca de estas posibles contradicciones entre las necesidades sentidas por la comunidad y las necesidades normativas del equipo de investigación y se pregunta "¿cómo es posible que aquello que a los ojos de un experto bien intencionado y...bien formado salta a la vista como...algo que debería poseerse...necesario para llevar una vida adecuada, no aparezca así ante quienes son sujetos de esa carencia? (Montero, 2006:100).

Frente a esta realidad como investigadores no podemos omitir que las comunidades poseen una existencia propia, poseen una identidad, una historia que existe en mucho a la llegada de los investigadores externos, y sobrevive a ellos (Montero, 2006).

En este sentido consideramos que si bien una necesidad en la comunidad es la diferencia entre la situación actual y la deseada, nos preguntamos ¿Quién resuelve cuál es la situación deseada? Como respuesta consideramos que ambos sectores, comunidad barrial e investigadores en salud deben decidir, por lo que hay que

“*profundizar la zona de coincidencia entre las necesidades sentidas por la población y las definidas profesionalmente*” (Conde, Leal y Schmunk 1998:22. La cursiva es nuestra).

En virtud de estos planteos entendemos que nuestra práctica de trabajo compartida denota haber hallado puntos de coincidencia entre: las necesidades sentidas por la población, las definidas por el equipo de salud y los profesionales sanitarios gracias un trabajo de familiarización propiciado por encuentros comunitarios, entrevistas y reuniones para discutir abiertamente los asuntos de la agenda sanitaria barrial.

A los fines de visualizar gráfica e integralmente el proceso compartido de establecer prioridades y jerarquizar necesidades y problemas en salud, se presenta una tabla que reúne los mismos desde lo denunciado por vecinos, profesionales del dispensario y equipo de investigación, tratando de considerar en ellos las valoraciones subjetivas que les otorgan desde sus propias significaciones considerando dimensiones como:

- a) la *frecuencia* de la enfermedad;
- b) la *gravedad* como la propiedad de la enfermedad para provocar mortalidad, invalidez, alta letalidad o riesgo de transmisión;
- c) la *vulnerabilidad* como la propiedad de la enfermedad de transformación frente a las medidas sanitarias posibles de ser aplicadas de acuerdo a la realidad local y global;
- d) y la *preocupación* frente a la enfermedad, que depende de la concientización de la misma (Conde, Leal y Schmunk, 1998:21).

Se considerará cada una de ellas atendiendo a apreciaciones calificativas por los actores de la investigación como baja, media o alta, como criterios que han sido estimados atendiendo a lo expresado por los mismos en las entrevistas, observaciones, encuentros de discusión, entre otros.

Consideramos que este ejercicio nos permitirá advertir aquellos puntos comunes y convergentes por los actores participantes que contribuirán a la priorización de los problemas.

**Tabla 1: Los problemas en salud para los actores de la comunidad barrial**

Sujetos sociales	Problemas	Frecuencia	Gravedad	Vulnerabilidad	Preocupación
Vecinas	Enfermedades respiratorias y psicósomáticas: alergias, asma, bronquitis, resfríos y gripe	Periódica. Prevalencia en la temporada invernal.	Media	Media	Alta
	Presencia de moscas e insectos	Periódica. Sobre todo en la temporada estival.	Media	Alta	Media
	Desnutrición y mala alimentación que resultan en cuadros de dolor de estómago, vómitos, diarreas y gastroenteritis.	Desnutrición: casos aislados. Mala alimentación: habitual.	Alta	Alta	Alta
	Niños y jóvenes con conductas violentas y agresivas vinculadas al consumo de drogas y alcohol.	Casos puntuales que parecen ir en incremento	Alta	Alta	Alta
	Viviendas precarias	Constante	Alta	Baja	Alta
Profesionales sanitarios	Cuadros pediátricos y clínicos como faringitis, otitis, laringitis o neumonía.	Habituales	Media a alta, según el caso	Alta	Normal
	Patologías sociales como: trastornos de conducta, abandono, negligencia, maltrato, violencia familiar, abuso, alcohol y adicciones a las drogas.	Alarmante y en incremento.	Alta	Media a alta	Alta
Equipo de investigación	Viviendas precarias y humildes.	Constante	Alta	Baja	Alta
	Escasa higiene en el barrio, presencia de focos infecciosos.	Constante	Alta	Alta	Alta
	Enfermedades transmitidas por alimentos, manipulación e higiene, mala alimentación.	habitual	Media o alta, de acuerdo al caso.	Alta	Alta
	Enfermedades que	Periódica	Media o alta,	Alta	Alta

transmiten los animales: "zoonosis", desinfección y fumigación.		de acuerdo al caso.		
Enfermedades de transmisión sexual, educación sexual y planificación familiar.	Casos puntuales	Alta	Media a alta	Alta
Adicciones a drogas y alcohol.	Casos puntuales	Alta	Media a alta	Alta
Desconocimiento del derecho a la salud,	Frecuente	Preocupante	Alta	Alta
Dificultades en el acceso a los servicios de atención de la salud.	Frecuente	Alta	Media	Alta
Dificultad en la percepción crítica de la situación sanitaria.	Frecuente	Alta	Media a alta	Alta

Las perspectivas de los tres actores sociales ofrecen datos que revelan la mayor de las veces problemas comunes. Si bien se ha consignado la problemática habitacional, esta no es un problema de salud en sí pero genera efectos en la salud, por lo que la hemos considerado. Advertimos de manera *prioritaria*:

1. *Presencia de focos infecciosos procedentes de insectos, animales, basura con incidencia en la higiene barrial.* Si bien es un punto no estimado por profesionales del dispensario, las vecinas y el equipo de investigación consideramos una frecuencia constante de éstos, con una gravedad media para las primeras a alta para los segundos y con una vulnerabilidad o propiedad de transformación alta o factible frente a medidas sanitarias posibles acorde a la realidad local. Siendo para ambos actores de una significativa preocupación. Es considerable que su remisión ha de tener derivaciones propicias en la prevención de cuadros respiratorios considerados como alergias, asma y bronquitis, entre otros.
2. *Mala alimentación consecuencia de una desfavorable situación socioeconómica, enfermedades transmitidas por alimentos, manipulación e higiene de los mismos y que derivan usualmente en cuadros como: dolor de estómago, vómitos, diarreas, gastroenteritis, entre otros.* Esta cuestión es considerada por las vecinas y los investigadores, ambos manifestando que es habitual, de alta gravedad, llegando en algunos casos a la deshidratación y



desnutrición. Es mucha la preocupación en torno a esta cuestión, y la posibilidad de transformación de la situación es alta dependiendo de la toma de conciencia y compromiso de los vecinos.

3. *Presencia de problemáticas psicosociales como:* conductas violentas, agresivas, de abandono, negligencia, maltrato, violencia familiar, abuso; en íntima relación al consumo de drogas y alcohol. En este punto coinciden los tres actores participantes. Con una frecuencia que parte de casos puntuales pero que va en ascenso, una alta gravedad por los corolarios que implican estas patologías, una significativa inquietud entre los vecinos, y una vulnerabilidad de transformación de la situación de media a alta, de acuerdo a la conciencia y compromiso de vecinos.

4. *Enfermedades de transmisión sexual, necesidad de una educación sexual para el cuidado y planificación familiar.* Si bien se trata de una cuestión no aludida por los vecinos ni profesionales sanitarios, nuestro equipo de investigación la percibió, no como un "problema en salud", sino como una situación a considerar en el momento de organizar los talleres en educación. La planificación familiar nos preocupa ya que son frecuentes las familias y madres jóvenes con altas tasas de natalidad. Conectado a ello es imprescindible considerar las enfermedades de transmisión sexual como el SIDA.

5. *Desconocimiento del derecho a la salud, dificultades en el acceso a los servicios de atención de la salud e incapacidad de percibir críticamente esta situación sanitaria.* No se trata de tópicos contemplados por profesionales del dispensario ni por vecinos, si bien éstos los evidencian en sus narrativas, no los presentan como problemas concretos en salud. Para nuestro equipo es un tópico recurrente y "palpable" en las entrevistas, de una considerable preocupación, susceptible de ser transformada a través de un trabajo compartido en los talleres de educación para la salud. Es por ello que la consignamos en este orden de prioridades. Paralelamente creemos que este punto nos introduce a la cuestión de las *necesidades* sentidas por la población en lo que concierne al acceso a la salud, y que, inherentemente se vincula a los derechos en salud y a la conciencia que de ellos se tiene, tópicos que se hallan de manera latente.

En este sentido Montero (2006) sostiene que existen ciertas necesidades y temáticas que no necesariamente las personas enuncian como algo a resolver, lo que



amerita un trabajo de perspicacia iniciando la tarea de acuerdo a la viabilidad, sin dejar por eso de considerar los caminos para solucionar problemas urgentes pero cuya satisfacción deberá ser exigida a los que tienen los medios y la obligación de hacerlo.

Volviendo al trabajo realizado son cinco las problemáticas que se han jerarquizado considerando las distintas perspectivas de los actores. Sin embargo la última cuestión si bien se presenta como problema, simultáneamente se muestra como necesidad de la población el acceder a la salud en todas sus formas, lo que conlleva, desde una perspectiva crítica a problematizar la necesidad cuestionando cuáles son los derechos que existen, qué le garantizan a la población y qué conciencia se tiene de los mismos.

Por otro lado, llegados a esta etapa del trabajo es importante consignar que una vez que el equipo de investigación pudo arribar a esta intelectualización de los problemas y necesidades, se retornó a la comunidad estudiada a los fines de presentar y debatir con los vecinos participantes los puntos aquí desarrollados a manera de un informe "informal" con el propósito de advertir si ellos los significaban de la manera que nosotros lo habíamos realizado.

El escrito de lo efectuado es lo que aquí hemos presentado, que en esa instancia su lectura estuvo destinada tanto a las personas de la comunidad como a las del medio académico.

Dicho encuentro nos permitió advertir que todos los actores participantes significábamos los mismos problemas relevantes. De esta manera hallamos acuerdo entre los actores involucrados. Socialmente se reconocieron los problemas por los vecinos porque éstos fueron significados y sentidos como prioritarios.

En esta etapa la información fue discutida críticamente desarrollando una "devolución sistemática del conocimiento producido" (Montero, 2006:116). Posteriormente se preguntó de manera explícita a los vecinos si estaban interesados en participar de la experiencia de educación en salud comunitaria (lo que ya se había comenzado a indagar al concluir el desarrollo de cada entrevista individual con ellos<sup>115</sup>) a lo que respondieron animadamente que sí lo estaban.

Para finalizar este parágrafo reflexionamos que la intelectualización de los problemas y necesidades se logró debido a que los vecinos pudieron reconocerlos como propios, y en este sentido entendemos que:

---

<sup>115</sup> Para profundizar en este aspecto se aconseja consultar Anexo III "Entrevistas con las vecinas de la comunidad barrial Hipódromo".

“La identificación de necesidades y de recursos para satisfacerlas tiene una función concientizadora sobre la comunidad. Tanto si se trata de necesidades sentidas como normativas, el recibir información, educación específica, discutir y ejecutar acciones respecto de las mismas supone hacer y pensar sobre lo que se hace y preguntarse para qué sirve eso, evaluar esas acciones e informaciones. Todo ese proceso tiene un carácter movilizador de la conciencia. Puede ser el inicio o la continuación, según el caso, de procesos psicosociales y sociopolíticos que no sólo produzcan transformaciones en relación con un caso concreto, sino que continúen en función de un proyecto de mayor alcance...” (Montero, 2006:117).

## **2. Proceso de construcción del plan educativo**

Priorizadas las problemáticas, se inició la instancia de construcción del plan de educación en salud. Partimos de interrogarnos ¿qué tipo de trabajo educativo queremos hacer? ¿porqué y para qué? también intentamos analizar nuestros intereses, motivaciones y los sesgos teóricos, metodológicos o políticos que podíamos tener en relación con el tema, así como preguntarnos sobre los objetivos que pretendíamos alcanzar vinculados a las problemáticas, sobre su viabilidad y sus efectos en las personas involucradas.

Intentábamos continuar una etapa derivada del análisis situacional sanitario en la cual pudiéramos pensar cómo se iba a hacer lo que se pretendía en virtud de los datos obtenidos, el análisis y organización de los mismos.

Comenzamos a introducirnos a un plano más específico y concreto que requería cuidadosas consideraciones, discusiones, reflexiones y decisiones que tomaran en cuenta no sólo lo que se quería hacer y saber, sino además cuestiones prácticas, como delimitar el tiempo del cual disponíamos para los talleres, los recursos para desarrollarlos, la selección de las técnicas para trabajar en los mismos, entre otras cuestiones.

Con el trabajo continuo que veníamos realizando desde el equipo de investigación intercambiamos conocimientos vinculados a la metodología y técnicas para emprender la tarea de los talleres, desde el lugar de la experiencia concreta vivida en comunidades o bien desde saber más académico. Intentamos trabajar en torno a la toma de conciencia de lo que pretendíamos realizar, reforzando la capacidad para escuchar a los que tenían más experiencia y algunos que provenían de la misma comunidad<sup>116</sup>.

---

<sup>116</sup> Uno de los jóvenes que realmente contribuyó al conocimiento de la comunidad barrial estudiada, por vivir allí mismo, fue “Noné”, con 26 estaba cursando el secundario nocturno, al tiempo que participaba en la militancia de la Juventud CTA. Si bien no fue parte del equipo de salud, en las oportunidades en que estuvo con nosotros en la comunidad, o instancias en que nos hallaba en las reuniones frecuentes en el

La elaboración del plan educativo en salud hacía necesarias ciertas cualidades en el equipo de acuerdo a Montero (2006) como: compromiso y sensibilización con la tarea; participación en el desempeño de la misma; comprensión de los fines, de los medios para alcanzarlos; conocimiento del tema de investigación y experiencia; coherencia y claridad; aceptación de la participación en el proyecto indicando la disponibilidad de tiempo y de acción, entre otras. Las que intentábamos asumir entre los integrantes.

Si bien ya se ha hecho mención al equipo de trabajo aquí nos detendremos para caracterizarlo mejor. El *equipo de investigación en salud se organizó* con seis integrantes, dos Psicopedagogas (24 y 25 años), un estudiante avanzado de Medicina Veterinaria (24 años), una Empleada Municipal (24 años), una estudiante avanzada de Educación Especial (24 años) y un Empleado del comedor de la UNRC (32 años). Fue este equipo quien constituyó el área en salud de la Juventud CTA o el equipo de Investigación, desde este trabajo académico.

El equipo comenzó su trabajo en el inicio de la experiencia, ya en la recuperación descriptiva, mediante observaciones y toma de entrevistas, y en los encuentros de debate acerca del análisis situacional sanitario. En lo que sigue nuestra intención es presentar cómo se sucedieron los encuentros de este equipo, las actividades realizadas, discusiones, reflexiones, preocupaciones y propuestas realizadas deteniéndonos en el *proceso de desarrollo y construcción del plan de trabajo* de educación en salud.

Al respecto para lograr una mejor planificación se elaboró un cronograma de trabajo, ya que necesitábamos deducir el tiempo que disponíamos para lograr la realización de los talleres y en ellos para lograr potenciales transformaciones o para sentar las bases para su ocurrencia (Montero, 2006).

De esta manera el cronograma de encuentros del equipo fue muy ágil, se trató de reuniones semanales y en algunos casos quincenales, generalmente los días martes<sup>117</sup>. En el primer semestre, al tiempo que se realizaron las reuniones de trabajo también participamos en actividades que se organizaban en la comunidad como ferias de ropa, festivales, distribución de volantes, entre otras. En el segundo semestre las reuniones comenzaron a alternarse ya con los talleres en salud que estaban previstos habitualmente los miércoles o viernes.

---

local de esta agrupación, se acercaba y nos comentaba e informaba diversas cuestiones vinculadas a la historia, contexto, actores y situación sanitaria de la comunidad barrial.

<sup>117</sup> Ver Anexo N° VI "Cronograma de reuniones de equipo de investigación en salud".

La quincena de reuniones efectuadas adoptó características particulares que nos permiten diferenciar y organizar el trabajo desarrollado en tres etapas:

- Una *primera etapa*, centrada en el estudio y análisis de los datos surgidos de las entrevistas y observaciones para construir el análisis situacional sanitario de la comunidad. Etapa que incluyó desde el primer hasta el quinto encuentro, y finalizó con la devolución organizada a la comunidad.
- Una *segunda etapa*, considerada de la sexta a la catorceava reunión, se vinculó a la construcción del plan de educación en salud y su paralelo desarrollo en los talleres<sup>118</sup>.
- Una *tercera y última etapa de reuniones* incluyó a la catorceava y quinceava, donde desarrollamos una instancia de valoración de la experiencia, la que implicó una especie de evaluación interna y la proyección de nuevas actividades para el próximo año<sup>119</sup>.

En lo que sigue analizaremos *la segunda etapa de reuniones* centrándonos en el proceso de construcción del plan de trabajo.

Nos apremiaba y comprometía la organización del plan educativo en salud en virtud del análisis situacional sanitario. Esta planificación suponía la delimitación de las temáticas generativas (Freire, 1970) en materia sanitaria, lo cual suponía volver a repensar los problemas jerarquizados y los aspectos de los mismos que se constituirían en objeto de intervención.

Entendíamos que esta planificación debía ser minuciosa a los fines de poder improvisar ante imprevistos que suelen presentarse en investigaciones en comunidad, por lo que consideramos como premisa que "*el diseño de la investigación acción participativa se va transformando en la acción*" algo de lo que Lewin ya hablaba a fines de los años cuarenta, anunciando la investigación-acción como necesaria y digno de ser convertida en un método científico (Montero, 2006:181).

Así, contemplábamos que el plan elaborado inicialmente sería susceptible de modificaciones, con el común acuerdo de todos los actores involucrados en la experiencia, lo que podría implicar que las decisiones tomadas originariamente pudieran ser propensas a cambios en su implementación. En este sentido asumimos la posibilidad de un margen de espontaneidad e invención, la que estaría revestida de

---

<sup>118</sup> De esta segunda etapa de reuniones se desarrollará en profundidad la experiencia socioeducativa de los talleres de educación popular en salud, en el capítulo siguiente.

<sup>119</sup> Etapa de reuniones vinculadas a la valoración de la experiencia desde una perspectiva interna o intragrupo que se desarrollará en las reflexiones finales de este trabajo.

validez ecológica<sup>120</sup> y confianza<sup>121</sup>, como dos criterios de rigor metodológico propios de la investigación cualitativa que se estaba desarrollando (Montero, 2006).

En relación con ello la participación activa de los vecinos operaba como control, generando que las decisiones que tomamos como investigadores respondieran efectivamente al interés popular.

A fines de junio se llevó a cabo la 6ª reunión del equipo con el propósito de considerar los problemas y temáticas sanitarias priorizados en el análisis situacional y en virtud de ello pensar con los recursos humanos con los que contábamos a nivel profesional, a través de contactos personales y laborales, para realizar los talleres en salud para el nuevo semestre del año.

Tratábamos de vincular los temas organizados del análisis situacional sanitario, y qué profesionales podrían vincularse con éstos para ofrecer un conocimiento especializado sobre los mismos. Todos fuimos mencionando potenciales profesionales que estarían dispuestos a participar en la experiencia. La lista era larga y hasta ambiciosa, más aun considerando que éstos no habían sido consultados por lo que no conocíamos su real interés en participar de la actividad. El listado consideró, fundamentó y organizó cronológicamente la presencia de varios profesionales. Lo que graficamos en la siguiente tabla:

---

<sup>120</sup> Recordemos que el criterio de *validez ecológica* es derivado del énfasis en la validez considerada mediante su proximidad al mundo empírico, esto indica que se está trabajando el fenómeno o hecho que se quería trabajar, es la corroboración proveniente de las personas afectadas por dichas circunstancias. Es decir se busca verificar si la investigación o intervención realizada tiene sentido en el ámbito en el cual se produce de tal manera que, para las personas involucradas, investigadores y participantes, el proceso tenga un significado. Este criterio que evalúa de acuerdo con esos significados específicos, ya que son producidos a partir de las personas participantes en una relación dialógica por la cual todas tienen el mismo derecho a participar (Montero, 2006:53-55). En este sentido, para alcanzar la validez ecológica en este trabajo se realizaron discusiones reflexivas de manera permanente con los vecinos y miembros del equipo de trabajo, que nos sirvieron para tomar decisiones y realizar interpretaciones colectivas.

<sup>121</sup> Recordemos que la *confianza* como criterio de rigor metodológico en la IAP busca garantizar la *adecuación* y la *propiedad* de los datos respecto al problema investigado. Por *adecuación* se entiende la calidad y cantidad de los datos producidos en función de esa calidad, a su vez la adecuación implica *saturación*, esto es, cuando las fuentes consultadas han producido elementos de sentido que ya no incluyen diversidad y han comenzado a repetirse, y *variación* como la capacidad del método empleado para incluir una diversidad de aspectos. En cuanto a la *propiedad* esta se refiere a la relación que existe entre la información obtenida y su correspondencia con las necesidades y exigencias de la investigación que se lleva a cabo (Montero, 2006:51-52).



**Tabla II: Profesionales necesarios pero solo potencialmente presentes en los talleres**

Profesional	El porqué de su presencia	Mes del año
Médica veterinaria	Trabajar sobre enfermedades que transmiten los animales o "zoonosis", desinfección y fumigación, por ser un barrio donde hay muchos animales, caballos, perros, gatos, pollos y gallinas.	agosto
Odontóloga	Haría prevención primaria de la salud bucal en talleres para madres y niños y se trabajaría, en caso de poder acceder a los insumos básicos, en consultorio ambulatorio para realizar prácticas básicas de prevención. Si bien no se trató de un tema muy recurrente, algunas mujeres comentaron su preocupación porque en el dispensario las prácticas de extracción eran frecuentes.	septiembre y octubre
No-docente formado en Sida	Trabajaría sobre la prevención de esta enfermedad, que si bien no surgió explícitamente, la educación sexual, y la planificación familiar eran temas priorizados en el análisis situacional sanitario.	octubre
Abogada	Creíamos atinado incluir a un profesional del derecho porque en las entrevistas, en la última pregunta si ¿todas las personas tenemos las mismas posibilidades de acceder a la salud? aparecían dudas entre el deber ser del derecho a la salud y lo que en realidad sucede.	noviembre

Con este listado creímos que el plan estaba "casi absolutamente" realizado, no contemplábamos dificultades, por lo que inmediatamente se derivó a la necesidad de fijar y definir en los talleres: objetivos a lograr, difusión entre los vecinos, tareas destinadas al logro de los objetivos, materiales para trabajar, lugar y día de realización de los mismos, lo que quedaba como una cuestión pendiente a profundizar en las reuniones venideras.

No obstante quedó esbozado un plan de trabajo en educación para la salud y un cronograma de talleres que con el tiempo reconocimos provisorio. Creemos que en esta oportunidad dejamos jugar nuestras ansiedades, abriendo un amplio margen de errores, ya que el plan de trabajo con los profesionales, temas y meses operaba como un "reaseguro ansiolítico" para el equipo.

A principios de julio se desarrolló la 7ª reunión del equipo y última en lo referente a construcción del plan de trabajo. En esta se preveía la presencia de la Médica veterinaria quien se coordinaría el primer taller, sin embargo se comunicó con nosotros para informarnos que se encontraba con dificultades para asistir a esta y a cualquier otra reunión.

A partir de esta instancia se produce un quiebre en nosotros que nos vislumbra un nuevo horizonte, un nuevo camino a seguir o a continuar. Nos comenzamos a replantear varias cuestiones internalizadas, como "¿es realmente el profesional es el

autorizado para coordinar un taller sobre una temática específica en salud?" e intentamos comprender una nueva perspectiva en la concreción de los mismos vinculada a hacernos cargo de su organización, informarnos y compartir nuestras dudas y preocupaciones con los vecinos, al mismo tiempo que a ellos se les presentaban en el desarrollo de los talleres.

Comenzamos a considerar que si pretendíamos la presencia de profesionales en temáticas específicas a tratar nos hallábamos frente al desafío de lograr motivarlos, siempre considerando especialistas comprometidos con actividades sociales y en salud, lo que resultaba crucial para nuestra experiencia.

Éstos, que podrían ser médicos, funcionarios de la salud pública, enfermeras, psicólogos, psicopedagogos, sociólogos, nutricionistas, educadores etc. debían realizar un trabajo conjunto con los vecinos y con nuestro equipo en el marco de los talleres, analizando las realidades propias de la comunidad en esos temas que permitiesen a los vecinos expresar cómo ven su relación con la realidad.

Al respecto Freire (1990: 49) analiza la cuestión de los "especialismos" y entiende que "agricultores, funcionarios de la salud pública, administradores de cooperativas y maestros de alfabetización: todos tenemos mucho que aprender de los campesinos, y si nos negamos a hacerlo, no les podemos enseñar nada".

Y parece que eso nos sucedió, profesionales que se negaron a acompañarnos en esta tarea de aprehender<sup>122</sup> junto con los vecinos, no obstante si hubiesen trabajado en los talleres poco o nada habrían aprendido de éstos, atendiendo a su actitud.

En este sentido considerábamos que cuando se intentase incorporar profesionales o especialistas en la experiencia educativa se plantearía de inicio la premisa de un trabajo colaborativo y compartido<sup>123</sup> (De la Barrera, 2002) de aprender del otro y tratar de entender el discurso de los vecinos como un paso decisivo y central

---

<sup>122</sup> Entendemos por *aprehender* a la habilidad inherente a hombres y mujeres, únicos seres que social e históricamente llegan a ser capaces de aprehender, en la medida que funcionan como sujetos críticos, epistemológicamente curiosos, que construyen el conocimiento del objeto o participan de su construcción (Freire, 1997:68).

<sup>123</sup> Al respecto De la Barrera (2002) entiende un trabajo de docencia compartida en un doble sentido: por una parte la tarea conjunta entre los docentes universitarios, por otra, el compartir con los alumnos procesos de aprendizaje en los que ellos intervienen como protagonistas activos y los docentes acompañan comprometidamente en esa tarea. Adherimos a los planteos de la autora porque utiliza el término docencia como un concepto abarcativo desde lo epistemológico, que involucra la enseñanza, el aprendizaje y la investigación; y lo de compartida alude a la posibilidad de intercambio, comunicación, interacción y construcción conjunta de los conocimientos y prácticas entre profesores entre sí y sus alumnos.

en la superación de la visión estrecha de los problemas, propia de algunos especialistas.

Finalmente decidimos planificar y llevar a cabo el primer taller nosotros mismos. Pensábamos que problematizarnos equipo de salud y comunidad barrial, sería enriquecedor para todos y daba lugar al reconocimiento del saber, el lego y el científico.

Sin analizarlo en ese momento, quizás estábamos debatiendo algo que, de acuerdo al proyecto originariamente escrito debía ser así “una educación popular en salud”, pero las matrices con las que venimos nos llevaron a pensar inicialmente en una estructura de taller basada en un tipo de educación bancaria y depositaria (Freire, 1970). Fue quizás la imposibilidad de asistir de este profesional la que nos llevó a cuestionarnos y re-orientarnos a la concepción problematizadora, liberadora y crítica de la educación (Freire, 1970) que pretende desarrollarse desde nuestro trabajo.

De manera que el esquema espiralado de la dialéctica se hizo presente en nuestro trabajo, y casi sin percibirlo “la acción-reflexión-acción” naturalmente comenzaba a desenvolverse. La acción – en la ansiosa concreción de un listado de profesionales y temáticas para desarrollar talleres- la reflexión –promovida por la negativa en algunos de ellos a participar- nuevamente la acción – al tomar la iniciativa de comenzar los talleres desde las propias dudas e incertidumbres, pero certezas de trabajar y aprender colaborativamente.

Sin embargo no descartábamos la riqueza de la presencia de un profesional comprometido, no sólo por el saber de éste, sino también desde un aspecto vinculado al compromiso del profesional con lo social, nos desafiaba poder lograr eso.

Esta situación, entre otras que se fueron sucediendo con el devenir de los talleres en el segundo semestre del año 2006 nos permitió reconocer cómo un plan de trabajo inicial en educación popular en salud, era susceptible de modificaciones permanentes, y que la presentación del mismo, era solo un esbozo, una tentativa, un plan piloto que se iría reformulando permanentemente en los talleres, encuentro tras encuentro, inquietud tras inquietud, recordando siempre la premisa de que “el diseño en la IAP se va transformando en la acción” (Montero, 2006:181).

### **3. Síntesis...**

Este capítulo ha presentado la etapa de construcción del plan de trabajo de educación en salud realizada de manera compartida investigadores y vecinos participantes.

Se trató de un proceso de vuelta a la reflexión y análisis de las entrevistas, las conversaciones informales y del análisis situacional sanitario de la comunidad. El desarrollo de estos encuentros estuvo impregnado de propuestas, debates y reflexiones. De esta manera se organizó temática y cronológicamente un plan socioeducativo en salud que aspiraba, de manera ambiciosa y hasta ingenua, a lograr la presencia de distintos especialistas para cada temática.

Una primera frustración fue la negativa de algunos de estos profesionales a participar en la experiencia, lo que modificó nuestro viraje orientativo inicial, reconociendo la importancia del compromiso que deberían poseer los especialistas para trabajar aprendiendo con la comunidad (Freire, 1990), al tiempo que reconocer la flexibilidad que deben tener los planes de trabajo siendo posible ser reestructurados a medida que se van produciendo cambios en la situación que permitan adecuar o enderezar un rumbo, partiendo siempre de claros objetivos (Montero, 2006).

En este sentido entendemos el carácter provisorio y organizativo que este plan inicial de educación en salud posee, por lo que partimos de la premisa en el desarrollo de los talleres que “el devenir de los acontecimientos, las reflexiones y valoraciones de los participantes permitirán reconocer la necesidad de modificaciones y transformaciones que afectaran a este plan inicial”.

De este modo, si el plan de educación problematizadora en salud es fruto de las interacciones de los datos surgidos desde todos los actores en la instancia de investigación temática en salud y de la contingencia de lo que suceda en el acontecer de los talleres, se trata necesariamente de una experiencia compartida en permanente construcción. Análisis del que nos ocuparemos en el capítulo que sigue.



## Capítulo X

### LA EXPERIENCIA EN ACCIÓN: PROBLEMATIZANDO LA SALUD DESDE LA EDUCACIÓN

*"Hay muchos que piensan que los habitantes de dichos barrios (villas, favelas, callampa) son marginales, inferiores e intrínsecamente malos. Les recomendamos la provechosa experiencia de discutir la situación de los barrios pobres con sus propios habitantes. Dado que algunos de estos críticos están con frecuencia sencillamente equivocados, puede que sean capaces de rectificar sus clichés míticos para asumir una actitud más científica. Tal vez así ya no tengan que decir que el analfabetismo, el alcoholismo y la delincuencia de los barrios pobres, sus enfermedades, la mortalidad infantil, las deficiencias educativas y los problemas de higiene revelan la "naturaleza inferior de sus habitantes". Puede que incluso terminen dándose cuenta de que, si existe algún mal intrínseco, éste se encuentra en las mismas estructuras, y que son estas las que deben transformarse" (Freire, 1990).*

Este capítulo presenta el proceso de intervención psicopedagógica con modalidad educativa en los talleres de educación popular en salud en la comunidad barrial Hipódromo.

Esbozado un plan socioeducativo en salud, organizado el equipo de trabajo y los vecinos participantes comenzamos a dar "rienda suelta" a la audacia que envuelve, en primer lugar la planificación de los talleres, seguidamente la convocatoria y presencia de sus participantes y ya en el seno de los mismos el trabajo de reflexión y problematización que implica una verdadera educación problematizadora y liberadora en salud.

Entendida como una educación cuya razón de ser radica en su impulso conciliador, al comenzar por la superación de la contradicción educador-educando y fundarse en la conciliación de sus polos de tal manera que ambos se hacen simultáneamente, educadores y educandos. Como situación gnoseológica implica que el objeto cognoscible es el mediatizador de sujetos cognoscentes, afirmada en la dialoguicidad y de carácter auténticamente reflexivo, es una educación que involucra un acto permanente de desvelamiento en la realidad, buscando la emersión de las conciencias de las que resulta su inserción crítica en la realidad (Freire, 1970).

Pensar en la realidad sanitaria de la comunidad barrial Hipódromo nos remite a los planteos de Martino<sup>124</sup> (2005) quien sostiene que el abandono y la falta de

---

<sup>124</sup> El Dr. Martino desarrolló su carrera como Especialista en Infectología en el Hospital Muñiz. Completó su formación y se especializó en medicina tropical y patologías regionales y como médico rural en Brasil, Nicaragua, Roma y África. Trabajó más de 17 años en el norte argentino, a partir de 1994 desarrolló un proyecto modelo en la localidad de Salta con médicos residentes y agentes sanitarios. A lo largo de su



estímulos son tan enfermos como un cuadro depresivo, lo que ha denominado “depresión ecológica de los pueblos marginados”. Es lo que se pretende evitar a través de un plan de promoción en salud en la comunidad estudiada caracterizada por condiciones de pobreza, marginalidad y exclusión.

El autor sostiene que muchas de las enfermedades propiciadas por la pobreza son prevenibles y no dependen del dinero o la accesibilidad a un centro de salud, sino que demanda la participación activa de médicos, educadores, trabajadores sociales, sanitarios y pobladores. Considera que un profesional de la salud que se acerca a estas comunidades tiene que tener un conocimiento integral que, además de tratar la enfermedad, le permita aconsejar sobre aspectos que hacen al bienestar de los pobladores.

De esta manera nuestra experiencia viene nutrida de un conocimiento construido conjuntamente en una etapa de investigación en la comunidad barrial y en virtud de las temáticas sanitarias preocupantes se realizó un análisis situacional sanitario, el que nos permitió priorizarlas de acuerdo a la información ofrecida por vecinos, profesionales y equipo de salud, lo que nos permitiría hablar de un conocimiento integral (Martino, 2005).

El autor sostiene que paralelamente al compromiso de profesionales y trabajadores sociosanitarios, los pobladores se deben comprometer, no obstante la falta de este compromiso no debe implicar una responsabilización de éstos. Todo el sistema de salud, local, municipal o provincial tiene responsabilidad, ya que todos tienen que apuntar al bienestar de la comunidad.

En virtud de estas consideraciones, en lo que sigue se desarrollará interpretativa y analíticamente la experiencia socioeducativa en salud comunitaria en los talleres. Se continuará trabajando con la sistematización de este proceso por el cual se describirán, agruparan categorías, se reflexionará e interpretará desde el esquema conceptual referencial lo acontecido en esa práctica social.

En este sentido consideramos que en la reflexión que se haga sobre la práctica, sobre los encuentros educativos, nos será posible ir recogiendo aspectos teóricos, haciendo una teoría de la propia práctica realizada o que se está realizando. Se trata de ir construyendo la teoría junto con la práctica (Barreto, 2000), camino que intentaremos recorrer como equipo de trabajo con el grupo de vecinos participantes.

Asimismo Montero (2006) considera que en la experiencia comunitaria hay un movimiento en el cual “la practica genera teoría y esa teoría genera nuevas prácticas, lo ocurre en el *proceso freireano* de reflexión sobre lo que se hace, se dice y se sabe...principio de unión entre teoría y práctica, que se traduce como *praxis*” (Montero, 2006:151. La cursiva es nuestra).

Freire (1970) considera que la praxis es reflexión y acción de los hombres sobre el mundo para transformarlo, están históricamente constituidos como seres de praxis, y en este proceso han adquirido la capacidad de transformar el mundo, de otorgarle significado. Sostiene que la praxis es fuente de conocimiento y creación al ser reflexión y acción transformadores de la realidad, de las estructuras que deben transformarse. En efecto, se trata de una acción que sólo es posible allí donde se mantiene la dialéctica objetivo-subjetivo (Freire, 1990).

Atendiendo a estos planteos organizaremos el capítulo en tres apartados: Inicialmente se presentarán algunas concepciones preliminares vinculadas a la educación problematizadora en salud y los contenidos a considerar en los talleres de acuerdo a lo emergente del análisis situacional sanitario y el plan de trabajo inicial. Seguidamente se desarrollaran los talleres atendiendo a su consecución cronológica, presentando en ellos su planificación, fundamentación, objetivos y técnicas para trabajar y ya en su praxis se realizará un análisis que permita derivar categorías esenciales de interpretación en los mismos vinculadas a los ejes problematizadores emergentes y cuestiones más significativas. Finalmente realizaremos una síntesis que nos permita recapitular lo esbozado en el capítulo.

### **1. Consideraciones preliminares sobre la educación y el educador problematizador**

Esta instancia de intervención psicopedagógica en salud comunitaria como modalidad educativa es comprendida como practica social. Aquí se torna de un carácter imprescindible el intensificar el vínculo constitutivo de la pedagogía para con la psicopedagogía, y la derivación necesaria con la educación.

Al respecto entendemos como Bambozzi (2005) que la *educación* es una práctica social que implica la existencia de una reflexión en torno a ella desde lo que se denomina *pedagogía*. Es decir, la educación es una práctica social y la pedagogía es una reflexión sobre dicha práctica<sup>125</sup>.

---

<sup>125</sup> Es necesario aclarar que no toda práctica social es una práctica educativa, ni toda reflexión sobre una práctica social es una reflexión pedagógica.

La educación es un hecho concreto, situado y considerado históricamente, cuya intencionalidad es el mejoramiento integral de la persona, de manera que lo que especifica a una práctica como educativa es su intencionalidad de mejoramiento.

La pedagogía es una reflexión, de igual manera concreta y ubicada históricamente cuya intencionalidad es construir una rama argumentativa del acto de estudiar, tal reflexión opera posibilitando que esta práctica social se oriente hacia aquella idea de mejoramiento. De manera que:

“...tanto la educación como la pedagogía tienen en común el mejoramiento integral de la persona, es decir, una intencionalidad orientada hacia un estado positivo, o... una intencionalidad formativa...educar supone formar integralmente a la persona y hacer pedagogía o reflexionar pedagógicamente, establecer una reflexión sobre las condiciones de posibilidad de una formación integral de la persona” (Bambozzi, 2005:14-15).

De esta íntima vinculación psicopedagogía, educación y pedagogía resulta la idea de “modalidad educativa de intervención psicopedagógica como práctica social”.

Entendemos esta intervención psicopedagógica como práctica social en el sentido de que es histórica y contextualizada, donde el contexto implica un entrecruzamiento de lo social y lo epistemológico, ya que lo social compromete a lo cultural, lo espacial y temporal y lo epistemológico comprende a la práctica educativa (Bambozzi, 2005).

Intentamos desarrollar una práctica social transformadora de un orden social establecido, principalmente en el ámbito sanitario, una educación en salud orientada a la apertura de una posibilidad esperanzadora a través de la toma de conciencia de una distribución sanitaria más igualitaria para todos los pobladores, concretamente de la comunidad estudiada.

Por tanto nos referiremos a una educación como práctica social liberadora problematizadora y crítica en salud y a una pedagogía del oprimido que reflexiona sobre esa práctica concreta desde el lugar del hombre inmerso en una cultura del silencio, del pobre, el segregado, el marginado que posee un velo que no le permite ver el mundo, la realidad que lo circunda en materia sanitaria, pedagogía cuya intencionalidad implica un proceso de humanización involucrando al ser más humano como sujeto individual, a partir de la integración con la comunidad, con el colectivo social.

Aquello que hace de la psicopedagogía una práctica social son: las *acciones y componentes*, como elementos constituyentes sobre los cuales se apoyarán las prácticas sociales de intervención; de modo que estas generen también, *relaciones sociales y estratégicas*.

Las acciones psicopedagógicas en salud son entendidas como praxis (Freire, 1970) por el hecho de fundarse en una acción humana que implica reflexión y acción de

los hombres sobre su realidad sanitaria para transformarla, al tiempo que es fuente de aprendizaje y conocimiento. La transformación en la salud comunitaria será posible a través de la praxis como reflexión y acción sobre la realidad sanitaria que de manera conjunta realice el equipo de salud y los vecinos participantes para la promoción de una conciencia ingenua a una crítica en salud.

Las intervenciones psicopedagógicas en salud como práctica social intentarán desplegar acciones *caracterizadas* por ser:

- *Humanas*, en su condición de establecerse en relación con otro, relaciones que los vecinos traban en el grupo y con el grupo, sean personales o impersonales, de tipo democráticas;
- *Liberadoras*, al intentar a través de la reflexión y la acción cambiar la situación en salud que viven los vecinos participantes;
- *Problematizadora*, al proponer a los vecinos su situación sociosanitaria como problema, como incidencia de su acto cognoscente, posibilitando la superación de una percepción ingenua que de ella tengan, cediendo paso a una percepción más crítica que les permita percibir su calidad de vida;
- *Críticas*, al implicar la reflexión y acción en salud,
- *Progresista*, al orientarse al descubrimiento y la revelación de lo vedado en el ámbito sanitario y la disponibilidad al cambio en éste;
- *Dialógicas*, al proporcionar a través de la comunicación el diálogo y la escucha profunda de los vecinos, el reconocimiento del porqué y del cómo de su "adherencia" a una realidad sanitaria mitificada, para que ejerzan en el trabajo socioeducativo un acto de adhesión a la praxis verdadera de transformación de una realidad sanitaria injusta donde el diálogo es la posibilidad para abrirse al pensar de los otros y no perecer en el aislamiento (Freire, 1990).
- *Políticas*, por ser acciones que se sustentan de objetivos, sueños, utopías, ideales en una ideología que aboga por una distribución sanitaria más igualitaria para todos, correspondiente a un pensamiento que pretende una distribución más justa e igualitaria de la riqueza entre las personas, y al pretender paralelamente desempeñarse como equipo de trabajo comprometido, justo y responsable, con ideales de transformación para el bienestar de los vecinos.

Estas acciones estarán nutridas de *componentes* fundamentales para llevar a cabo diversas estrategias de intervención, a los fines que de ellas surjan resultados propicios. Freire postula a lo largo de su obra diversos componentes de una acción



educativa liberadora desde una base humanista y existencialista. Por su parte Roche lo hace igualmente desde una perspectiva humanista y existencialista a través de aportes desde la psicología para la prosocialidad, concibiendo que existen múltiples acciones en la interacción humana que responden al comportamiento prosocial (Roche, 1998).

Atendiendo a los planteos de ambos autores, los componentes que propiciarán nuestras estrategias de intervención son: el escuchar, participar, integrar y colaborar.

- El *escuchar* será la disponibilidad permanente que tendrá el equipo de trabajo para la apertura al diálogo y la comprensión del otro. Desde la perspectiva freireana entendemos que escuchando bien nos prepararemos para situarnos mejor en el debate de ideas, respecto del discurso del otro, sin prejuicios y con desenvoltura. Una escucha profunda se expresará a través de actitudes y conductas metaverbales en el marco de una conversación que expresen acogida paciente pero activamente interesada en los contenidos del interlocutor (Roche, 2004).
- *El participar* será la acción compartida del equipo y de los vecinos a los fines de que éstos vayan ganando injerencia en actividades, en su realidad sanitaria y en la vida de su barrio a través de propuestas comunitarias que surjan de su iniciativa (Freire, 1970). En este participar podemos referirnos a una presencia positiva y a la unidad, donde los participantes expresaran proximidad psicológica, atención, escucha profunda, empatía, disponibilidad para el servicio, ayuda y solidaridad para con los otros, contribuyendo de esta manera a un clima psicológico de bienestar, reciprocidad y unidad en el grupo (Roche, 2004).
- *El integrar* desde la perspectiva freireana resultará de estar con los vecinos y de promover entre ellos vínculos y relaciones comunes que los involucren en una visión compartida de su realidad sanitaria.
- *El co-laborar* implicará que los sujetos se encuentren trabajando conjuntamente para la transformación de su concreta situación de salud. Freire (1970) entiende que la co-laboración es "trabajar con" como característica de la acción dialógica, sólo se da entre sujetos, y puede realizarse en la comunicación.

Esta práctica educativa en salud<sup>126</sup> se basará en el encuentro entre vecinos participantes y equipo de trabajo, su carácter humano se hallará en la afectividad,

---

<sup>126</sup> Freire (1993) plantea que la práctica educativa implica procesos, técnicas, fines, expectativas, deseos, frustraciones, la tensión permanente entre la teoría y la práctica, entre la libertad y la autoridad. El acto de enseñar y de aprender, dimensiones del proceso de conocer, forman parte de la naturaleza de la práctica educativa. Freire (1997) agrega que práctica educativa implica la existencia de sujetos, uno que al enseñar,



alegría, fines, expectativas, deseos, frustraciones y tensiones. Y en este marco se desarrollaran los procesos de enseñanzas y de aprendizajes en salud.

Esta práctica social que es la educación en salud propiciada en los talleres como una "forma de enseñar y de aprender mediante la realización de algo que se lleva a cabo conjuntamente, un aprender haciendo en grupo" (Ander-Egg, 1999:14) se orientará a una búsqueda permanente de la *unidad en la diversidad* como el camino para reconocerse como mayoría trabajando las semejanzas entre sí y no sólo las diferencias, permitiendo construir una democracia sustantiva y radical, considerando que se trata de una lucha política que implica movilización y organización de las fuerzas culturales en el sentido de la ampliación, profundización y superación de la democracia (Freire, 1990).

Asimismo entendemos que se trata de una *educación popular en salud* como una producción cooperativa en la movilización y en la organización de la comunidad para asumir la educación de adultos, de sus hijos, centrada en su carácter gnoseológico, ya que el proceso de conocer forma parte de la naturaleza misma de la educación, donde se halla la educación popular<sup>127</sup> (Freire, 1993:126). De esta manera la pedagogía como reflexión sobre la educación se ubica en un horizonte mucho más amplio al que históricamente la tenía condenada y reducida al ámbito de la escuela.

Mejía y Awad (2004) consideran que la especificidad de la educación popular<sup>128</sup> radica en ser una intervención intencionada con instrumentos dentro del mundo del saber y el conocimiento que busca el empoderamiento de sujetos y grupos excluidos, segregados o desiguales.

---

aprende, otro que, al aprender, enseña, de allí su cuño gnoseológico, la existencia de objetos, contenidos para ser enseñados y aprendidos, incluye el uso de métodos, de técnicas, de materiales, implica, a causa de su carácter directivo, objetivos, sueños utopías, ideales. De allí su politicidad, cualidad que tiene la práctica educativa de ser política, de no poder ser neutral. La práctica educativa es afectividad, alegría, capacidad científica, dominio técnico al servicio del cambio, de la permanencia del hoy. Práctica humana, quehacer docente que implica encontrarse con los alumnos con quienes se comparte esta práctica. La práctica educativa es un ejercicio constante a favor de la producción y del desarrollo de la autonomía de educadores y educandos".

<sup>127</sup> En las principales dinámicas gestadas en el continente Americano que generaron el proceso de constitución de la educación popular se hallan: la revolución cubana, la teoría de la dependencia, la teología de la liberación, la investigación acción, el protagonismo de la sociedad civil y los planteos de Freire. Al respecto Puiggrós (en Mejía y Awad, 2004:23) considera que Freire representaría la consolidación de un pensamiento latinoamericano y tercermundista que bien podría constituirse en la sexta de estas corrientes dinámicas y que retomando la idea de educación popular se convierte en pensamiento que jalona procesos sociales en América Latina, y en ciertos sectores de Asia y África, y que luego se abre más universalmente al ser leídos por autores alemanes, sajones y franceses.

<sup>128</sup> La educación popular pertenece al ámbito específico de la educación y como tal está dotada de una reflexión sobre este quehacer y sobre elementos educativos que le son propios como el conocimiento, los saberes y la socialización, entre otros. El planteamiento político y el poder de la propuesta educativa desde lo popular son los elementos que dan identidad, unidad y sentido al pensamiento y la acción de la educación popular hoy en América Latina. En este sentido la educación popular recupera una tradición impugna y construye alternativas (Mejía y Awad, 2004).

Los autores entienden lo popular en un contexto en el cual amplios sectores de la población se caracterizan por su no participación social, su exclusión y subordinación, tanto en los procesos particulares de su vida social como en los más globales de la universalidad y la modernidad. Esta exclusión se da en lo económico, político, cultural, social, de género, en lo étnico etc., y adquiere concreción en la actualidad en los fenómenos comunicativos gestados por la globalización tecnológica de final de siglo pasado.

Al plantear lo popular en un marco de comprensión desde la exclusión se afirma que hay sectores que son sistemáticamente excluidos, produciéndose un inmenso campo de segregación y dominación, con una tensión muy fuerte entre lo universal y lo local.

De acuerdo a los autores los educadores populares deben recuperar la idea de universalidad en la diferencia y no en la exclusión, afirmando que lo universal debe realizarse para todos los seres humanos a través de la vía del empoderamiento de sujetos y organizaciones, la construcción de puentes entre la cultura de expertos y la vida cotidiana y la integración e inclusión de todos los excluidos en lo nuevo universal reconstruido desde las diferencias y especificidades culturales.

La educación popular pone énfasis en los procesos gestados en los aprendizajes y se descentra de ella misma para iniciar una reflexión en torno a cuestiones como: ¿qué es la relación educativa? ¿Qué es una relación educativa en el campo de la socialización? ¿Cuál es la calidad del trabajo que se hace en nombre de la transformación? ¿Cuáles son las relaciones sociales en las cuales se realiza el acto educativo? ¿De qué manera se empoderan los actores en las relaciones sociales que se dan en un acto educativo? (Torres Ghiso, 1992 en Mejía y Awad 2004:35).

Se trata de desarrollar una acción rigurosa y bien fundamentada, utilizando instrumentos coherentes, elementos que estén presentes en toda la práctica, en todo el acto educativo tanto a través de contenidos como de instrumentos y sencillos dispositivos seleccionados, pues se opera en contextos culturales y sociales específicos, por lo que estos instrumentos y técnicas deben ser acorde a ello.

En virtud de estas consideraciones entendemos que el punto de partida de la acción educativa popular es la realidad, asumiendo su diversidad en los sujetos, los medios, las interpretaciones y las circunstancias. En este contexto cada sujeto llega a los procesos de educación popular con su propia imagen del mundo, subjetiva y colectiva, con sus estructuras y conocimientos previos como punto de partida para confrontar lo que sabe con lo que saben los demás.

En esa tensión ocurre un proceso de identificación de visiones compartidas, construyendo la diferencia a través de la clara negociación cultural, que no está exenta de resistencias individuales a lo nuevo (Mejía y Awad, 2004:49).

Y en este sentido el educador popular tiene la función central de crear, generar y producir nuevos conocimientos que implican una recreación de la vida cultural con sentido. Ello no tiene que ver con la transmisión de conocimiento sino con los procesos de construcción del conocimiento, y es ahí donde “materializa su sentido y planteamientos sobre el saber y desde el conocimiento, al abordar, como una realidad, la producción de conocimientos desde los mismos sujetos con quienes trabaja” (Mejía y Awad, 2004: 51).

Atendiendo a lo planteado hemos considerado al educador popular, pensado en él y en su papel en los talleres en salud tomamos los planteos Barreto (2000) quien lo llama trabajador o *agente social*, él que puede trabajar en los grupos, en los círculos de cultura (Freire, 1970) o talleres, junto con los vecinos participantes intercambiando sus conocimientos, partiendo de considerar que ninguno de los dos sabe todo y pueden así completar su conocimiento a través del diálogo, forma de trabajar que exige equilibrio.

El autor advierte que una preocupación frecuente que puede aparecer en el agente o trabajador social es querer contribuir al conocimiento del grupo y participar igualitariamente, sin embargo para participar el primer paso es reconocer que es diferente en un punto importante del proceso.

En otras palabras, intentar ser participantes a través de la igualdad con el educando es falso porque sólo tiene valor cuando en el trabajo grupal el agente es diferente del grupo, si fuera igual no habría ninguna contribución. Si un educador popular no se distingue del grupo, el grupo lo percibe y ya no sirve como educador, ya no es aceptado, porque no tiene ningún conocimiento que lo diferencie. Por lo que, esta diferencia dentro de los talleres de educación popular en salud debe ser asumida: “soy diferente del grupo, y sólo porque soy diferente es que soy útil, si fuese igual no tendría la menor utilidad” (Barreto, 2000).

Desde esta perspectiva consideramos cómo equipo de trabajo y educadores que es fundamental no sólo estimular a los vecinos a exponer lo que piensan sino que también nosotros mismos expongamos lo que pensamos. De manera que la relación equipo de trabajo o educadores y vecinos educandos tiene que estar mediada por un contenido que es esencial.

Pensando en la función que nos compete como educadores en salud y coordinadores de estos talleres, desde una línea más psicológica en la perspectiva de Pichón Riviere, Giffoni<sup>129</sup> (2000) plantea el concepto de operar como una intervención en la realidad y en el contexto grupal con la intención de provocar un cambio, de promover modificaciones, tanto en la forma de trabajar grupalmente como en las propias personas que están inmersas en ese contexto.

En este sentido es fundamental el movimiento inicial que el grupo realiza, de avances y retrocesos, de enfrentamiento de necesidades, lo que muchas veces puede ser una estrategia de la que el grupo se vale para llegar al desarrollo de la tarea, para realizar aquello que se propone, el objetivo en común. Otras veces puede suceder lo contrario cuando el grupo se queda, se estereotipa en un momento de confusión y no consigue superarlo, dar un paso adelante, se paraliza y no consigue dar el salto en la realización de una tarea grupal. Obstáculos y dificultades que constituyen lo implícito en el grupo, lo latente, escondido u oculto.

De manera que hay dos niveles en la tarea grupal: lo explícito que es el nivel de lo conocido, del objetivo que las personas tienen cuando llegan allí y que saben que lo van a hacer juntas, y lo implícito que involucra resistencias, dificultades, lo latente y que es necesario traerlo a la superficie para ser trabajado. Son características que definen al grupo, por lo que nos cabe como coordinadores, orientadores, educadores ayudar al grupo a desocultar esos aspectos, coincidiendo aquí con Barreto (2000) en que son funciones diferentes las del coordinador y del integrante del grupo, diferencias que son necesarias para que un grupo o talleres en educación en salud funcione.

*Recapitulando:* Hemos presentado la intervención psicopedagógica con modalidad educativa, basada en acciones humanas, liberadoras, dialógicas y políticas, como principios humanos fundamentales de la teoría freireana que se nutren de las prácticas de escuchar, participar y colaborar en las relaciones sociales, haciéndolas más dialógicas y democráticas. Ello nos ha permitido comprender a la psicopedagogía como una práctica social, quehacer humano basado en la afectividad, alegría, fines, expectativas, deseos, frustraciones y tensiones, al tiempo que basada en una intención crítica-reflexiva y problematizadora de la realidad. Asimismo hemos considerado en ella la pertinencia de una educación popular, por sus planteos acerca de la multiculturalidad, la pluralidad, las diferencias y la unidad en la diversidad.

---

<sup>129</sup> Giffoni realiza un trabajo de comparación analógica entre la función del agente social en los círculos de cultura freireanos y el del coordinador en el grupo operativo de Pichón Riviere (Giffoni, 2000 en Freire y Quiroga 2000:92-97).



De ahí repensamos en el rol de los miembros del equipo en salud, como educadores populares, coordinadores del taller y agentes sociales, de acuerdo a los diversos autores analizados. Ello nos condujo a diferenciar nuestro rol del de los vecinos entendiendo que "soy diferente del grupo, y sólo porque soy diferente es que soy útil, si fuese igual no tendría la menor utilidad" (Barreto, 2000).

## **2. La experiencia socioeducativa: desarrollo de los talleres en salud**

*"...La falta de caminos sustenta el aislamiento, la pobreza y la marginación y...no se puede integrar a los pueblos originarios si no se respeta su folclore, su antropología, sus costumbres ancestrales, su medicina autóctona. Si no se respetan sus valores étnicos no se los puede educar y al no educarlos, esta gente siempre queda marginada. Y vulnerable a toda clase de patologías que se podrían evitar sencillamente con educación sanitaria" (Martino, 2005).*

En lo que sigue presentaremos los cuatro talleres desarrollados en la comunidad barrial Hipódromo de acuerdo a los datos recogidos de la investigación temática en salud, expuesta en los capítulos precedentes.

Los talleres se fueron alternando con una segunda etapa de reuniones del equipo de investigación (de la séptima a la catorceava) las que se vincularon al desarrollo de la experiencia en sí y organización de los mismos a partir del plan de trabajo. Etapa que se retomará a continuación considerando en ellos la planificación, propósitos, técnicas a utilizar y fundamentación de los mismos.

Para introducirnos partimos de interrogamos por un doble aspecto de nuestro trabajo en este juego dialéctico hermenéutico vinculado a la empíria y a la construcción del conocimiento ¿cómo se combaten o enfrentan las enfermedades de la pobreza? y para lograrlo ¿Cómo construimos el conocimiento, el saber de lo que son las enfermedades de la pobreza?

Para dar respuesta a estos interrogantes, que aquí hemos planteado pero que vienen orientando todo el trabajo, apelamos a dos conceptos o ideas centrales: la *vigilancia y curiosidad epistemológica* (Freire, 1993,1997) y la *vigilancia epidemiológica* (Martino, 2005).

Consideramos que se trata de recuperar o mantener una vigilancia y curiosidad epistemológica, que nos permita indagar y reflexionar sobre aspectos del conocimiento vinculados a la realidad concreta y circundante, lo que nos permitirá en el plano sanitario construir un conocimiento con el pueblo a través de una vigilancia epidemiológica, que inherentemente requerirá de una vigilancia epistemológica de lo



que el pueblo construye, cómo problematiza sus necesidades en materia de salud y ahí la conjunción *vigilancia epistemológica* de la *vigilancia epidemiológica*.

Martino (2005) considera que la *vigilancia epidemiológica* no es atributo sólo del epidemiólogo o del sanitarista, también lo es del sociólogo, del antropólogo, del economista, del ingeniero sanitario, del agrimensor, del maestro, el cura del pueblo, entre otros. Todas las personas que tienen un rol en la vida comunitaria son protagonistas de la solución del problema sanitario, en este sentido, “no existe crecimiento de la población si no se implanta un proyecto con inteligencia compartida o interdisciplinario” (Martino, 2005:9).

Y en esta praxis de trabajo compartido consideramos que se produce la *vigilancia epistemológica* como componente central en la reflexión crítica sobre esa realidad sociosanitaria. Freire (1997) alude a la curiosidad epistemológica como superación de una curiosidad ingenua, que sin dejar de ser curiosidad se hace crítica y al hacerse crítica se torna en “curiosidad epistemológica, vigorizándose metódicamente en su aproximación al objeto, connota sus hallazgos de mayor exactitud” (Freire, 1997:32-33).

La curiosidad ingenua esta generalmente asociada al saber del sentido común, pero es la misma curiosidad que al hacerse crítica y acercarse cada vez más sistemáticamente rigurosa se vuelve curiosidad epistemológica, cambiando la cualidad pero no la esencia (Freire, 1997).

Rodríguez Gabarrón (en Montero, 2006) define la *vigilancia epistemológica* como:

“El cuestionamiento colectivo a la práctica y a la duda sistemática fustigando al conocimiento como producto, es vigilar y criticizar la verdad social, es legitimarla a partir de la percepción y la perspectiva del sujeto histórico como una manera de eficientar su capacidad en la acción” (Rodríguez Gabarrón, 1997 en Montero, 2006:151-153).

De acuerdo a estos planteos, una *vigilancia y curiosidad epistemológica* junto con una *vigilancia y curiosidad epidemiológica*, es que partimos en el comienzo de los talleres. No obstante se hallan inherentemente presentes desde el comienzo de nuestra investigación. *Vigilancia*, intentando rigurosidad en la tarea que realizamos y *curiosidad* o bien apertura, en el devenir de los acontecimientos y suceso, a eso nos referimos.

De acuerdo a lo desarrollado organizamos este apartado considerando: el orden cronológico en el que sucedieron los talleres y en cada uno de ellos las temáticas, objetivos, las técnicas y estrategias como metodología utilizada para su abordaje, la fundamentación de las temáticas a trabajar, y en el plano del desarrollo concreto de

los mismos aquellos fragmentos y narrativas más significativas vinculadas a los procesos de problematización, concienciación y reflexión-acción de las temáticas realizadas por los vecinos participantes y equipo de trabajo. También se intentará reconsiderar los niveles de conciencia sanitaria de los participantes, la potencialidad de transformación cognitiva, cambio conceptual o transición a una conciencia sanitaria crítica.

## **2.1 La actividad previa a los talleres**

Para la *concurrencia* e invitación de los vecinos se realizó una distribución de volantes y se apeló a la “técnica de bola de nieve” (Montero, 2006) de manera que las personas que pertenecen a un grupo dentro de una comunidad o que comparten entre sí una determinada condición (enfermedad, interés, origen étnico, ser recién llegados o miembros fundadores, por ejemplo) se encargan de traer a otra persona con esa misma característica y así sucesivamente hasta que el criterio de saturación haya sido cumplido.

Se *inició el proceso de desarrollo* de talleres con una “tasa de sensibilización” (Montero, 2006) que implicó informar a la comunidad y discutir la información recabada del análisis situacional sanitario (en virtud de la cual se planificaron los talleres de educación en salud) a fin de que el conocimiento permita a las personas reparar en que es necesario atender a determinadas carencias, hasta ese momento no percibidas como tales. Asimismo en el devenir de los talleres siempre se retomó la discusión, problematización y jerarquización de las necesidades que habíamos priorizado como temáticas a abordar.

De manera que se presentó cada temática con la posibilidad de incluir otras nuevas que pudiesen surgir de las discusiones, lo que permitió realizar una especie de examen de las necesidades “sobre la marcha” mientras los vecinos participantes señalaban cual era más importante para ellos y porqué debía ser considerada en primer lugar, de la misma manera apareció la cuestión del interés en conocer sobre determinada temática, más allá de la necesidad sentida en salud.

Martino (2005) considera que las enfermedades de la pobreza son producto no solamente de la presencia del agente productor de la enfermedad, sino de la degradación social, ya que muchas de las graves carencias son las que contribuyen al ingreso de los agentes infecciosos en poblaciones inmunológicamente deprimidas.

Morici (2005) sostiene que hace años que se escribe e investiga sobre el hambre y la desnutrición en Argentina, siempre entendiendo esta situación como paradoja,

puesto que en nuestro país se producía alimentos para 300 millones de personas. Actualmente tenemos más de 15 millones de personas en situación de pobreza, y frecuentemente suele asociarse a ésta con la enfermedad<sup>130</sup>. El progresivo aumento de las viviendas precarias, el deterioro en la infraestructura, la falta de higiene, la ausencia de una cultura de prevención y el incremento de la pobreza son factores de riesgo para una sociedad descuidada. Justamente se observa el incremento de enfermedades relacionadas con la pobreza como la tuberculosis, el mal de chagas y la lepra entre otras (Morici, 2005:19).

Neuman (2005) considera que la mala alimentación, deficiencias en la higiene y condiciones habitacionales de hacinamiento conforman una combinación ideal para el resurgir de viejas pestes. Sostiene que los números y estadísticas son alarmantes,

---

<sup>130</sup> Según la OPS el 21,4% de los argentinos no tiene acceso a servicios de agua potable; el 15% de los menores de un año no está inmunizado contra la poliomielitis y el 20% contra la difteria, pertussis y tétanos. El organismo afirma que cinco provincias se encuentran en situación de riesgo de transmisión del mal de chagas y destaca que en forma ocasional se presentan en el noroeste algunos episodios epidémicos de malaria. Desde el surgimiento del cólera en 1992 se notificaron hasta 1999 4.834 casos. El comportamiento fue estacional y epidémico en la zona del noroeste. En 1999 se notificaron un total de 11.871 nuevos casos de tuberculosis, siendo Buenos Aires la provincia más afectada. La zona endémica para lepra involucra 12 provincias y el total de casos notificados en el año 2000 fue de 364. La rabia continua siendo un problema endémico en el norte. La OPS destaca que en 1999 y 2000 un total de 81 y 69 casos de hantavirus, en la región central, andina patagónica y noroeste del país (Neuman, 2005:21). En la actualidad se reconocen desde el Ministerio de Salud de la Nación las pandemias del Dengue y de la Gripe Influenza A (H1N1). Respecto a la primera se trabajan desde campañas de prevención a los fines de evitar un nuevo brote de la enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes Aegyptis*, la erradicación de basurales a cielo abierto, la eliminación de cubiertas, como uno de los espacios donde el mosquito alberga sus huevos y larvas, especialmente con acciones concentradas en la región del Noroeste Argentino (Documento on-line: [http://www.msal.gov.ar/html/site/Noticias\\_plantilla.asp?id=1495](http://www.msal.gov.ar/html/site/Noticias_plantilla.asp?id=1495)). El último Informe emitido por el Ministerio de Salud de la Nación sobre la INFLUENZA PANDÉMICA (H1N1) expresa que en el periodo analizado (17 de mayo de 2009 hasta el 1 de agosto de 2009 -semana epidemiológica -SE- 20 a 30) se han notificado un total de 762.711 casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI). Desde la semana 21 (24 al 30 de mayo) se observa un importante incremento de la circulación viral de la Influenza pandémica (H1N1) 2009 e influenza A llegando en la semana 29 (19 al 25 de julio) a representar el 93,8 % del total de virus respiratorios circulante en los mayores de 5 años. En cambio en los menores de 5 años, esta proporción disminuye a 22%, mientras que se eleva la proporción de Virus Respiratorio Sincicial, representado un 70,6%. Se notificaron 6.384 casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) que requirieron hospitalización. Los grupos de edad más afectados con esta enfermedad grave son los menores de cinco años y los de 15 a 24 años. Por otra parte, se confirmaron 337 personas fallecidas asociadas a la influenza pandémica; y el 47 % de los casos tienen antecedentes de enfermedad crónica o algún otro factor de riesgo. Argentina se encuentra a la SE 30 (26 de julio al 1 de agosto) con: una *dispersión geográfica generalizada*, es decir, se están presentado casos en todas las provincias del país; una *tendencia decreciente* de la actividad de enfermedad respiratoria como muestra la vigilancia epidemiológica de ETI; una *intensidad elevada de actividad* de ETI, es decir aún hay una proporción de población afectada superior a lo esperado para esta época del año; un *impacto moderado en los servicios de salud*, es decir, el sistema de salud es capaz de absorber la demanda generada por la epidemia. Las provincias con mayores tasas son: Tierra del Fuego, Neuquén, Misiones, Chubut, Salta, Río Negro, La Pampa y Entre Ríos. Se han confirmado 5.710 casos. El total de casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) que requirieron hospitalización asciende a 6.384. Se han confirmado 337 defunciones en 18 provincias, mientras que 402 se encuentran en estudio de laboratorio (Informe del Ministerio de Salud de la Nación. Semana Epidemiológica N° 30. Documento on-line: <http://www.msal.gov.ar/archivos/informe-influenza-pandemica-05-08-09.pdf>)

pero lo que asusta esta vez es que no haya números, desde el año 2002 los organismos especializados (OMS, OPS) no publican estudios sobre enfermedades de la pobreza y la Nación, a pesar del crecimiento permanente de los niveles de pauperización social, no lo hace desde el 2001.

Atendiendo a estas consideraciones que no hacen más que justificar las problemáticas y necesidades observadas y expresadas en la comunidad estudiada, iniciaremos la presentación procesual de los talleres.

### **2.1.1 Taller de nutrición**

En virtud de las iniciales demandas de los vecinos trabajadores de la Copa de Leche se organizó un taller en nutrición, contando con la presencia de una especialista<sup>131</sup>.

Se trató de un taller muy debatido por el equipo, ya que: por un lado los vecinos lo demandaban por vincularse a problemas de alimentación y desnutrición (lo que nos implicaba ofrecer una información alimenticia sobre dietas difícilmente concretables en la cotidianeidad de los mismos), y por el otro los vecinos lo demandaban a los fines de informarse sobre cómo preparar adecuadamente las infusiones que se ofrecían en el centro.

Como efecto directo de la pobreza que vive Argentina en la actualidad se halla la desnutrición, problema que se agudiza cuando menor es la edad de los afectados con consecuencias sobre la maduración, talla, desproporciones físicas, sistema inmunitario, retraso madurativo, enfermedades oportunistas, diabetes, hipertensión, y enfermedades del corazón (Escudero, en Morici, 2005; Neumman, 2005).

La desnutrición, además de ser una enfermedad vinculada con la pobreza posibilita, por la disminución de las defensas, las condiciones ambientales y las carencias con las que vive la población, la aparición de enfermedades infecciosas como meningitis, tuberculosis, enfermedades respiratorias y diarreas, patología que también se agrava con enfermedades parasitarias (Martino, 2005).

La desnutrición proteico-calórica se caracteriza por afectar más a niños de primera infancia<sup>132</sup>. Los pacientes presentan abdomen prominente, diarrea crónica, piel arrugada con coloración "atigrada" debido a la carencia de complejo vitamínico B, y boqueras. Se hallan anémicos por la falta de hierro y por la diarrea crónica. Son chicos

---

<sup>131</sup> Para profundizar consultar Anexo X "Encuentro con la nutricionista y las encargadas del Centro Comunitario".

<sup>132</sup> El marasmo, la gran desnutrición universal, tanto proteico-calórica, como de otros nutrientes, se caracteriza porque los niños tienen aspecto de "viejitos", arrugados, extremadamente adelgazados, tienen todos sus órganos pequeños y mal desarrollados (Martino, 2005:10).



que no cumplen con su desarrollo psicoorgánico, lo que puede evitarse con un diagnóstico precoz y con medidas preventivas.

Respecto al tema de este primer encuentro, la nutrición, el Centro Comunitario entrega la Copa de Leche a casi 100 chicos que acuden periódicamente quizá en búsqueda de su único alimento diario, cuestión que implica una gran responsabilidad para los vecinos comprometidos con su entrega. Por ello creíamos importante comenzar desde aquí.

El contexto de su entrega es a chicos de entre cuatro y dieciséis años que acuden al Centro cuando salen del colegio. Generalmente los padres no van a buscar la leche, sólo muy pocos vecinos lo hacen. Algunos chicos la toman en el Centro y luego hacen los deberes con apoyo escolar, pero otros deben llevarla rápidamente a su hogar porque hay hermanitos menores que la esperan en su casa.

Atendiendo a estas consideraciones se le solicitó a una nutricionista que ofreciera algunos consejos sobre el trabajo de elaboración y preparación de la leche, la higiene que debe conservar el lugar y cuestiones referidas a su distribución.

Ya en el devenir del encuentro la profesional formuló preguntas como: "¿cuánta gente trabaja en la preparación de la copa de leche?, ¿A qué hora comienzan a prepararla?, ¿Cómo son las diluciones?, ¿Preparan sólo leche o les dan mate cocido por ejemplo?, ¿Les dan algo para comer a los chicos?, ¿Qué cantidad de pan se les da a los chicos? (Nutricionista, Anexo X).

Lo que, como equipo de trabajo, nos resultó un tanto invasivo, no obstante los vecinos participantes respondían interesadamente ofreciendo respuestas y exponiendo que el principal problema que advertían eran los insectos y moscas. A partir de ese planteo comenzó una dinámica más compartida, colaborativa y en aras de resolución del mencionado problema.

La profesional aconsejó prevenirlo con mosquiteros, ya que de lo contrario ello traería aparejado enfermedades principalmente a los niños, como diarreas, también sugirió realizar conjuntamente un trabajo de higiene personal en los que preparan la leche utilizando guantes y pañuelos para recogerse el cabello. La responsable de la elaboración de la leche, Rita, comentó que el resto de los colaboradores en la tarea no quieren usar guantes, pero que actualmente ha logrado, con mucho esfuerzo, que se coloquen pañuelos en la cabeza.

Luego se trató el tema de los recipientes en los cuales se lleva la leche, Rita comentó que los chicos los traen de su casa y generalmente son botellas de gaseosa, que a veces se encuentran sucias, teniendo, más de una vez que enjuagarlas con



lavandina. Aquí la nutricionista mostró una gran aprobación al accionar de Rita argumentando que la lavandina “mata todo y es muy bueno usarla”, tanto para limpiar los recipientes como la mesada y otros utensilios, siempre enjuagándola después.

Este encuentro, más orientado a los responsables de la copa de leche se trató más bien de una charla informal que de un taller, sin técnicas de trabajo ni dinámicas previamente organizadas, finalizó con una devolución de la profesional a la responsable del centro, Rita: “...ya veo que usted tiene las cosas muy claras, más que todos nosotros juntos, lo bueno sería que le pudiera transmitir al resto de los chicos que preparan la leche...” (Nutricionista, Anexo X).

### 2.1.2 Taller de zoonosis

*“Si uno es pobre, se deteriora el poder de comprar alimentos, se desnutre, o en el mejor de los casos se nutre mal...de esta forma se deteriora el sistema inmunitario y es entonces cuando aparece cualquier enfermedad oportunista” (Escudero, en Neuman 2005).*

En este contexto de pobreza viejas y nuevas enfermedades como la desnutrición, que analizábamos anteriormente, emergen sumadas a trastornos gastrointestinales, parasitosis, zoonosis, infecciones en las vías respiratorias y en la piel (lepra o sarna) ganando terreno sobre los sectores más pobres de la población infantil.

La pobreza es un flagelo que azota a más de 4000 millones de personas en el planeta<sup>133</sup> y se convierte en un factor primordial para el modo y estilo de vida que

---

<sup>133</sup> Valdés García (2005) sostiene que según un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de los 4400 millones de habitantes del mundo en desarrollo casi el 60% carece de saneamiento básico, un tercio no tiene acceso al agua limpia, la cuarta parte no tiene vivienda adecuada, ni acceso a servicios modernos de salud, 1/5 de los niños no asisten a la escuela ni pueden terminar la enseñanza primaria y alrededor de la quinta parte no tiene energías y proteínas suficientes en su dieta. En todo el mundo hay dos mil millones de personas anémicas, *la quinta parte más rica de la población mundial* consume 45% de toda la carne y el pescado, y la quinta parte más pobre menos de 4%, las tres personas más ricas tienen activos que superan el Producto Interno Bruto (PIB) combinado de los 48 países menos adelantados y otras 15 que superan el PIB total del África al sur del Sahara. Veinte países sufren la tensión por escasez de agua, una sexta parte de la superficie terrestre del mundo se ha degradado como resultado del apacentamiento excesivo y malas prácticas de cultivo; los bosques del mundo se están reduciendo; las especies silvestres se han extinguido de 50 a 100 veces. En este contexto los pobres están más expuestos al humo y a los ríos contaminados y tienen menos capacidad para protegerse. En Bangkok hasta 70 mil infantes corren el riesgo de perder cuatro o más puntos de cociente intelectual como consecuencia de las elevadas emisiones de plomo y en América Latina aproximadamente 15 millones de niños menores de dos años están expuestos a la misma situación. Estos cambios ambientales se derivan no sólo de la opulencia, sino además del aumento de la pobreza. Valdés García sostiene “somos ya casi 6.000 millones de seres humanos en el planeta, crecemos a un ritmo de 80 millones por año... Viejas enfermedades volvieron a emerger y surgen otras nuevas, cambia el clima, se calientan los mares y la atmósfera, se contaminan el aire y las aguas, se erosionan los suelos, crecen los desiertos, desaparecen los bosques, escasean las aguas... Las leyes ciegas e incontrolables del mercado, la globalización neoliberal; una economía que crece por sí y para sí...y destruye la naturaleza. Ese no puede ser el camino, o lo será sólo un período muy breve de la historia” (Valdés García, 2005:33).

determinan la salud individual y colectiva<sup>134</sup>. Por lo que se torna fundamental conocer las condiciones de vida y riesgos de estas personas a factores ambientales adversos y la vinculación con enfermedades emergentes y reemergentes.

En este caso consideramos como un taller abierto a toda la comunidad el de zoonosis atendiendo a la priorización realizada en el análisis situacional sanitario y revisada por el grupo de vecinos, quienes la colocaron en primer lugar, teniendo en cuenta los recursos disponibles del equipo de investigación, la realidad de la comunidad y acciones para transformar su realidad en relación con esta problemática.

Como equipo de salud nos llevo entre tres y cuatro reuniones organizar este taller al que llamamos "*Taller sobre enfermedades de transmisión por animales*"<sup>135</sup>.

El día miércoles 23 de agosto de 2006, a las 15 horas se llevó a cabo el mismo en el Centro Comunitario "Mami Rita". Se desarrolló en la sala destinada a las clases de apoyo escolar. Organizados en círculo alrededor de la mesa iniciamos la *presentación* utilizando la técnica de encender un fósforo y presentarse cada uno hasta que la llama del mismo se apague. Las vecinas que se aproximaron eran cerca de diez, entre algunos compañeros de la CTA que quisieron participar.

Entre olor a fósforo quemado y risas nerviosas iban surgiendo los intereses de las vecinas participantes, los que podríamos organizar en cognitivos y experienciales. Entre los intereses *cognitivos* podríamos hallar vecinas que enunciaban: para aprender de las enfermedades, el interés por las reuniones de enseñanza y aprendizaje, el escuchar la charla, saber y conocer de enfermedades, la necesidad de informarse. Entre los *experienciales* advertimos: el encuentro como un importante apoyo, una manera de prevenir útil a la sociedad, interés porque sirven para cuidar a los hijos y a los nietos. Y finalmente uno de los intereses que expreso una vecina conjuga ambos: su interés en informarse como persona y como mamá para poder colaborar en el barrio y el querer saber sobre salud y una mejor calidad de vida.

Seguidamente entre los miembros del equipo intentamos explicar los *propósitos* del taller como espacio de encuentro de intercambio de experiencias en salud, de compartir vivencias, de acompañamiento y escucha profunda.

---

<sup>134</sup> En Argentina el porcentaje de hogares bajo la línea de pobreza fue en el primer semestre del 2008 del 12% a nivel nacional. Se encontraron por encima de esta media las regiones Noreste Argentino con un 23% y Noroeste con un 20%. Un 3, 8% del total nacional de hogares esta bajo la línea de indigencia. En las regiones más afectadas esa proporción asciende al 7, 4% en el Noreste Argentino y el 5,4 en el Noroeste. En la Patagonia afecta al 2, 6% de los hogares (Datos difundidos por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). *Porcentaje de hogares bajo la línea de pobreza e indigencia según regiones. Argentina 1º semestre del 2007 y 2008.* Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud).

<sup>135</sup> Para mayor profundidad y análisis de su planificación y desarrollo consultar Anexo VII "Reuniones del equipo de salud" (11ª Reunión) y Anexo XIII "Talleres en salud comunitaria" (1º taller).

Luego iniciamos la *introducción a la temática*. El estudiante avanzado en medicina veterinaria, responsable en la coordinación de este primer taller, comenzó explicando qué se entiende por parásito y huésped. Entre los integrantes del equipo presentamos algunas medidas de control y al mencionar las zoonosis más frecuentes como toxoplasmosis, hidatidosis, lombriz solitaria, sarna y rabia, las experiencias de las vecinas comenzaron a emerger.

De esta manera iniciamos la técnica lúdica “juego parásito”<sup>136</sup>, que nos permitió reconocer la potabilidad de lo lúdico en el proceso de reconocimiento del saber popular, recreando una técnica utilizada por Videla (1991) en sus experiencias, a nuestra temática.

Pusimos sobre la mesa un cartón con la palabra “parásito” y en torno al mismo 15 imágenes, dibujos y fotografías vinculados al tema de los parásitos y las enfermedades que transmiten los animales a las personas. De esta manera se inició la dinámica del taller.

Algunas de las cuestiones que nos resultaron más significativas de este taller se vincularon a: la concienciación y problematización sobre estas enfermedades, las dinámicas interaccionales entre los vecinos a nivel de intercambio de información, y de los vecinos para con el equipo de salud.

Respecto a situaciones de *reflexión y concienciación* sobre el propio accionar como padres frente a este tipo de enfermedades, se manifestó un tipo de conciencia crítica (Freire, 1970) en fragmentos como el siguiente:

Karina elige una fotografía en la que se hallan chicos del barrio, entre los que se encuentra su hijo, abrazando todos a una perra. Cuando ve la imagen muestra la foto y todos comenzamos a reírnos, “el más educado mi hijo”. Mira bien la imagen y comenta “hay un grupo de chicos que están jugando con un perro, vos ves que lindo los chicos están en la tierra y con el perro, en este caso al perro lo conozco es un perro que se encontró, *no sabíamos si tenía todas las vacunas, que tipo de enfermedades tenía y qué puede llegar a transmitir, pero ellos no saben todo eso,*

---

<sup>136</sup>La dinámica lúdica consiste en poner en círculo 15 imágenes, dibujos o fotografías acerca del tema de los parásitos y las enfermedades que transmiten los animales a las personas alrededor de un cartón grande que dice “parásito”. Cada una de las imágenes posee características que se asocian a otros temas, relacionados con la higiene de los animales, su alimentación, el contacto con las personas, la presencia de excrementos en huertas familiares, las personas comiendo carne cruda, una madre amamantando un bebé, un perro mordiendo a un niño, un perro con sarna en la cama, un hombre haciéndose una radiografía de tórax, un hombre poniendo una vacuna a un animal, niños jugando con un perro, etc. Cada imagen posee un número del 1 al 15. Los integrantes se sientan en círculo y sacan un número de un fichero, de a uno por vez. La persona lee el número y busca la imagen que corresponde a este, describe el dibujo, ayudado por el grupo. Luego se solicita que todos opinen sobre el significado que tiene para ellos ese dibujo, tratando de expresar lo que se les ocurra en relación a sus experiencias o a la de los otros. La actividad se termina cuando ya se han trabajado todas las imágenes enumeradas. Al final se solicita al grupo que brinde sus opiniones sobre la técnica usada, si les parece o no correcta. Es importante aclararles que este juego es sólo como un ejemplo, que sería bueno construir juegos propios y proponer ideas u otras formas de trabajar en grupo.

*ellos son inocentes, entonces es ahí donde uno, como madre tiene que ver qué es lo que hace su hijo, mantener el contacto, ver con quien se relaciona, con quien esta..." (Anexo XIII, 1º Taller. Párrafo ¶5. La cursiva es nuestra).*

La vecina reconoce su lugar como madre y responsable de la situación y toma conciencia del lugar que le compete respecto a las relaciones y contactos que su hijo establece, ya sea con animales, como en este caso, o bien con personas.

Del mismo modo vinculado a la concienciación y problematización sobre las enfermedades que transmiten los animales a las personas, comenzaron a surgir en el grupo dinámicas interaccionales entre los vecinos a nivel de intercambio de información, y de ellos para con el equipo de salud. Analicemos este fragmento:

Elsa elige una fotografía en la que un hombre está alimentando a un perro hambriento. Ella dice: "parece un lobo... es un perro (muestra la imagen al grupo) yo he tenido, siempre me han gustado, gordos, lindos, a los cinco días muertos, buscaba otro se me moría, buscaba otro lo mismo y ¿sabes qué? era el parvo virus, y eso no tiene salvación si no lo agarras a tiempo se muere..."

Miembro del equipo de salud: ¿alguien más quiere opinar sobre esa imagen?

Rita: para mí ¿puede que este rabioso ese perro?...

Roxana: para mí le quiere comer la comida al hombre...

Miembro del equipo de salud: ¿y qué les sugiere la presencia de ese hombre?

Roxana: que es algo común si le saca la comida al meterle la mano en la boca, es un gesto común darle lo que uno está comiendo y dárselo al perro...

Miembro del equipo de salud: pero parece que tiene algo en la otra mano...

Silvana: sí, parece que para evitar que los chicos se contagien de algo hay que curar y mantener bien al perro, para mí el hombre le está dando algo para que el perro este sano y no transmita ninguna enfermedad. (Anexo XIII, 1º Taller. Párrafo ¶ 6).

En este fragmento parece que la vecina que inicia el diálogo no logra arribar a una visión crítica de la imagen, se queda limitada sólo al dibujo del perro y lo compara con un lobo y emprende toda una historia que ha tenido con los perros. Para poder retomar la decodificación reflexiva de la imagen uno de los miembros del equipo interviene solicitando más información por parte del resto del grupo, de esta forma se van agregando distintas visiones mas reflexivas vinculadas a la imagen y a la posible zoonosis que el animal podría transmitir a la persona, como primer supuesto provisorio que surgió.

Seguidamente más vecinos se animaron a expresar su opinión respecto a la imagen y aquí se retornó a un análisis de la misma un tanto naturalizado vinculado a prácticas frecuentes en la comunidad como darle al animal la comida que uno está comiendo. Ello operaba como un factor que impedía a las vecinas salir o emerger a un razonamiento más complejo, elaborado y crítico de la imagen, manteniéndolas en una conciencia ingenua e intransitiva de la misma.

Sin embargo, ello se logró a través de una intervención problematizadora de uno de los miembros del equipo al introducir la cuestión de “¿Qué podría ser lo que se hallaba en la otra mano de la persona?”

Esta mediación llevó a que Silvana, una de las vecinas participantes advierta que posiblemente el hombre estaba intentando darle al animal antiparasitarios para evitar enfermedades, mantener sano al perro ofreciéndole tranquilidad a los padres de que los niños no se contagiaran de nada que este padezca, asumiendo una perspectiva más reflexiva en salud desde una conciencia sanitaria crítica orientada al desvelamiento de las causas y posibles factores protectores de enfermedades, como en este caso.

En el siguiente extracto del taller se manifiesta una situación de intercambio bien femenino vinculado al rol de la mujer y el amamantamiento, situación que facilitó la comunicación entre las mismas vecinas y miembros del equipo:

Nancy elige una fotografía del pecho de una madre amamantando a su hijo.

Marcela: un parásito ves, un ser vivo que se está alimentando de otro ser vivo... (Risas)

Nancy: bueno, esto de amamantar a los hijos es algo muy lindo, algún muy hermoso para una mamá y más ahora que recomiendan más tiempo de lactancia materna porque previene de más enfermedades, no hay tanto contagio por el lado de las maderas, la leche, antes no recomendaban tanto tiempo, ahora tratan de que llegue hasta los 2 años tomando leche....

Marcela: la leche de la madre es lo mejor que hay para el bebe, por el hecho de darle la teta lo refuerza psicológicamente, sentimentalmente al bebe

Miembro del equipo 1: aparte se genera un vínculo más profundo entre la mamá y el bebe...

Miembro del equipo 2: vos Roxana y vos Silvi que están amamantando quieren comentarnos algo...

Roxana: bueno yo la vez pasada le lleve leche mía a la doctora porque yo veía que la leche mía no era gorda, y ella me decía que no importaba porque a veces el caloctio por más que fuera caloctio lo mismo la llena.

Miembro del equipo 1: el caloctio es lo más importante es lo que da más anticuerpos...

Roxana: y ella me dijo que se la siguiera dando, el pecho pero que la maderera no, ella toma el pecho a cada rato... (Risas)

Karina: yo veo mal el estar comparando las distintas leches eso está mal, por ahí hay muchos que pecan de no saber, hay que informarse más y creerle más al doctor y no al chimento del vecino.... (Anexo XIII, 1º Taller. Párrafo ¶ 9).

En el transcurso de este intercambio y de varios de los vividos en el taller fuimos reconociendo dos formas de conocimiento implicados: el saber popular<sup>137</sup> y el saber

---

<sup>137</sup> Freire (1993) considera que una preocupación de la educación popular es la que tiene que ver con la investigación epistemológica antes o concomitantemente con las prácticas docentes, principalmente en áreas campesinas, a lo que agregamos marginales y urbano marginales. Saber cómo los grupos



científico (Freire, 1993), el conocimiento lego y el conocimiento científico-académico (Saforcada, 2001), el conocimiento popular y el conocimiento científico (Montero, 2006) entre otras denominaciones. De manera que equipo de salud y vecinos participantes contribuíamos desde nuestras perspectivas aportando para producir un nuevo conocimiento en materia sociosanitaria enriquecido sobre esas bases.

No obstante, también la relación dialógica se enriqueció entre el conocimiento lego y popular ofrecido e intercambiado entre las mismas vecinas:

Silvana saca una imagen que muestra dos cuadros: un perro defecando en una huerta en medio de la verdura que está creciendo y luego una mesa servida para comer en la que se muestra esta misma verdura. Todos la ven y se ríen.

Marcela: "de la huerta a su mesa" (risas)

Silvana: ¡es la comida que uno come...!

Roxana: si es importante lavar bien la verdura para sacar todos los parásitos que hay...

Rita: si no se te mete en el hígado (Anexo XIII, 1º Taller. Párrafo ¶ 12).

Este fragmento refleja sólo intercambios comunicacionales entre vecinas. Las deducciones van surgiendo aporte tras aporte, el primer supuesto parece trágico pero es expresado con un humor irónico "de la huerta a su mesa", esto es, vegetales que son defecados en una huerta son el alimento de una mesa familiar. Seguidamente esta hipótesis se intensifica con la idea "¡es la comida que uno come...!". Todo parece calmarse y volverse más reflexivo cuando una de las vecinas sugiere lavar bien las verduras y así se estará libre de parásitos y posibles enfermedades, pero el sarcasmo reaparece con la idea trágica "si no se te mete en el hígado".

En varias de las imágenes decodificadas las vecinas se sentían identificadas con la realidad vivida cotidianamente en la comunidad barrial, por ejemplo:

Rita saca la imagen de un perro que esta como enfermo y se lame (Risas)

Rita: Este tiene pulgas, garrapatas, de todo, y se está lamiendo y se está sacando lo que tiene...

Julia: parece que se está haciendo...

Marcela: *es muy común ver así a los perros en el barrio, será que están todos enfermos....* (Anexo XIII, 1º Taller. Párrafo ¶ 15).

Y allí termina el análisis de la imagen, esta última vecina reconoce que la gran mayoría de los perros de la comunidad barrial se ven mal, aquejados o padeciendo

---

populares rurales, indígenas, o no, saben, cómo vienen organizando su saber, o su ciencia agronómica, o su medicina por ejemplo para la cual han desarrollado una clasificación ampliamente sistematizada de las plantas, de las yerbas, de los montes, de los olores, de las raíces. Y es interesante observar cómo matizan la exactitud taxonómica con promesas milagreras. Raíces cuyo té cura al mismo tiempo el cáncer y el dolor de un amor desecho; yerbas que combaten la impotencia masculina; hojas especiales para el resguardo de la parturienta, etc. En este sentido investigaciones realizadas en la década de los noventa en universidades brasileñas han demostrado la exactitud de los descubrimientos del saber popular (Freire, 1993:129).

alguna patología, lo que la lleva a interrogarse pensativamente “será que están todos enfermos....”

Los fragmentos que siguen a continuación se introducen en las temáticas de las zoonosis específicamente y en el intercambio vecinos-equipo de trabajo:

Un miembro del equipo saca una imagen que es una vinchuca sobre la piel de una persona.

Rita: otro parasito!

Elsa: es la vinchuca...

Nancy: si, “la chinche gaucha” que le dicen.

Miembro del equipo: ésta es la vinchuca que es un vector biológico, ella transporta el parásito se deposita el intestino, el intestino es el medio donde se desarrolla y cumple su ciclo, o sea crece y se reproduce, se contagia al hombre porque la vinchuca se alimenta de sangre, cuando pica produce una herida, produce picazón, y cuando pica después defeca sobre la picadura y ahí el hombre se rasca, la caca penetra en la piel y ahí se reproduce el parásito. Bueno los síntomas son diarreas, fiebre... (Anexo XIII, 1º Taller. Párrafo ¶ 17).

Miembro del equipo: ... la teniasis que es la infección producida por gusanos intestinales, hay dos tipos, la lombriz solitaria...

Elsa: es ciega, va es cerrada, usted la rompe y salen todos parásitos...

Miembro del equipo: ¿usted la vio Elsa?

Elsa: ¡sí! una sobrina mía la despidió de chiquita y sabes lo que hice, yo no la tiré, la metí en un frasco con alcohol...cerrado toda, parecía que no tenía cabeza, y cuando le eche alcohol se revienta toda... (Anexo XIII, 1º Taller. Párrafo ¶ 23).

Nancy: sí yo pensaba en mi amiga Vivian que tiene toxoplasmosis, que ella pensaba que fue un gato....pero ¿es por el gato o por un virus?

Miembro del equipo: es por un parasito que tienen todos los animales pero el huésped definitivo es el gato, una mujer lo ideal es que se haga el análisis antes de quedar embarazada, si le da positivo es como que ya esta vacunada, ya levantó anticuerpos y no corre ningún riesgos, el riesgo es cuando ya está embarazada para el bebe, porque la mama se contagia durante el embarazo....volviendo un poco, hay que tener en cuenta que los tres primeros meses es el período crítico, si ahí se infecta la mamá hay mayor pasaje de la infección hacia el feto y ahí sí puede darse un aborto espontáneo, y si no pueden quedar secuelas gravísimas...como retardo mental, convulsiones, parálisis, disminución en la visión o ceguera, trastornos en el aprendizaje, en el desarrollo humano e intelectual, por ahí a un chico le va mal en la escuela y decimos y es burro, y no es así, quizás está sufriendo esta enfermedad...

Nancy: claro Vivian me contó que apenas nació la bebe le hicieron un montón de estudios y ahora entiendo, hasta la vista le revisaron y yo le dije ¿Qué tiene que ver los ojos?, ahora entiendo... (Anexo XIII, 1º Taller. Párrafo ¶ 24).

Estos fragmentos reflejan el espíritu que se pretendía con los talleres, el intercambio del saber popular y del saber científico o académico a través del tema de las zoonosis y parasitosis, muy considerados en las entrevistas, las mujeres pudieron expresar toda su experiencia en ello por haber vivido en el campo, en situaciones cotidianas en una comunidad barrial o por tener parientes infectados.

Montero (2006) sostiene que el conocimiento, por su mismo carácter histórico, es producto de múltiples saberes, y si bien es el método donde se establece la separación entre el conocimiento científico y el conocimiento popular<sup>138</sup>, estos están mucho más relacionados de lo que los científicos como las personas sin formación científica imaginan o admiten.

Enmarcados en una relación dialógica en que ambas voces, investigadores y vecinos, se unen y discuten, opinan, preguntan y responden, disienten o concuerdan, intercambian, toman decisiones y desarrollan instrucciones en el marco de "horizontalidades en relación a la producción de conocimiento que desarrollábamos desde la investigación acción participativa" (Montero, 2006:151).

Esta relación equiparaba a ambos actores participantes ya que cada uno aportaba su conocimiento al problema investigado o a la temática que se intentaba tratar. Como investigadores introducimos conocimientos propios de nuestra ciencia, nuestras técnicas y estrategias, y los vecinos aportaban el conocimiento de su historia, de sus problemas, de los hechos vividos y de su saber tradicional.

Con respecto a la temática en sí abordada, las parasitosis son enfermedades comunes en áreas de mucha pobreza y promiscuidad social, donde el contacto con los animales es frecuente. Son lugares donde hay causas de agua natural y erosión eólica e hidráulica, lluvias que lavan el suelo y arrastran los excrementos de personas y animales con huevos de parásitos y otras bacterias, que caen en el curso de agua donde se proveen y se bañan los pobladores (Martino, 2005).

Las más comunes con las tenias, oxiuros, amebas y las giardias, que son parásitos intestinales que producen, sobre todo en los niños, desnutrición por falta de absorción intestinal porque algunos de los parásitos se apoyan sobre la mucosa intestinal e impiden que los nutrientes ingresen.

Volviendo al taller otro de los fragmentos que reflejan la dinámica intercomunicacional entre vecinos participantes y equipo es la siguiente:

---

<sup>138</sup> El hecho de que el conocimiento popular no sea reconocido ni publicitado es parte del éxito de la institucionalización de la ciencia como único saber válido, así como del proceso de ideologización derivado del mantenimiento del poder que radica en esa institucionalidad (Montero, 2006:151).

Miembro del equipo: ...la rabia cuyo vector es el perro que a través de la mordida contagia, si te muerde en el brazo es menos peligroso que en la cara porque en la cara tenes mas terminaciones nerviosas... el período de incubación es de 20 días. La rabia declarada es mortal, es decir se declara que uno tiene rabia cuando llega al sistema nervioso central, y ahí chau, pero si te ataca solo la parte muscular si te podes curar...

Rita: yo conocí a un hombre con rabia, es horrible, no lo podes tener con nada, atado con cadenas, todo, y no lo podes tener...

Miembro del equipo: bueno esos son los síntomas de la rabia declarada, te pones agresivo, excitado, taquicardia...

Roxana: ¿y si esa persona que tiene rabia te llega a morder?

Miembro del equipo: te contagia (risas) En la rabia el animal no puede tragar la saliva, es por eso que se le acumula la baba blanca. Como consejo lo importante es si te mordieron es agarrar el animal para estudiarlo, se deja en observación durante 14 días y si presenta alteraciones, cambio de ánimo brusco eso es un indicio, luego se le hace una biopsia en el cerebro y ahí te da el resultado (Anexo XIII, 1º Taller. Párrafo ¶ 25).

Martino (2005) entiende que la rabia existe en áreas ecológicas no urbanas, en nuestro país se manifiesta en Salta y en las zonas selváticas del norte. Es vehiculizada por los vampiros de sangre caliente y amplios reservorios del virus de la rabia. Por ello la rabia selvática no puede desaparecer de la tierra, pero la rabia urbana se puede prevenir con vigilancia epidemiológica y vacunación. Sin embargo apareció la rabia en perros y en gatos en zonas cercanas a las ciudades. No es específicamente una enfermedad debida a la pobreza, pero en una comunidad donde hay muchos perros, cuando el dueño no les puede dar de comer los abandona, por lo que una gran cantidad de perros vagabundos en una ciudad refleja un problema económico y sociocultural.

Por otro lado el vagabundeo de los perros y gatos los hace acercar a los reservorios que son los murciélagos que cuando quedan rabiosos, por la encefalitis se ponen violentos y atacan igual que los perros, entonces la rabia puede transferirse de la zona rural o selvática a las zonas pobladas.

Si bien ésta puede no considerarse como enfermedad de la pobreza o propiciada por la pobreza, existen factores ecológicos, sociales y económicos que sugieren que la gran masa de la población animal a la intemperie no vigilada, no vacunada, con hambruna, se torna agresiva y empieza a contactar con animales de otros medios como el rural o selvático.

*Recapitulando:* con este inicial taller se intentó transmitir la forma en que se rescataba lo que todos sabemos, cómo el integrante del equipo, estudiante veterinario, compartía información con nosotros, pero también el saber de los vecinos que por la

experiencia de haber vivido muchos años y conocer el barrio podían compartir con nosotros y corregirnos cuando incurriamos en alguna confusión desde nuestro saber.

Al finalizar el taller tratamos de reflexionar sobre lo realizado, y surgieron temas propuestos para los próximos talleres, como el tema del VIH/SIDA. De esta manera cerramos el taller comprometiéndonos a informar sobre el próximo teniendo en cuenta que la hora de la siesta es el horario más conveniente para que las mujeres puedan asistir.

Siempre desde la premisa de que salgamos de los talleres sabiendo algo más, entre todos, nadie enseña a nadie, ni nadie aprende solo. Los hombres aprenden entre sí mediatizados por el mundo (Freire, 1970) ese era el espíritu de nuestra experiencia.

### 2.1.3 Taller de VIH/SIDA

*“...Donde quiera que haya mujeres y hombres habrá siempre qué hacer, habrá siempre qué enseñar, habrá siempre qué aprender” (Freire, 1997).*

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA es una enfermedad considerada nueva o emergente desde su descripción en el verano de 1981, afecta en mayor proporción a la población económicamente activa y ha provocado más de 12 millones de defunciones. Algunos epidemiólogos han considerado que apenas nos hallamos en un 10% del curso de la epidemia, que no se cuenta con un tratamiento efectivo y la vacuna no estará disponible por lo menos hasta los próximos años.

Diariamente se infectan cerca de 16.000 personas en el mundo y se estima habiendo pasado el 2000 más de 40 millones de individuos estarán infectados. De los que se contagian cada día, 90% viven en países en desarrollo, 40% son mujeres y 50% tienen entre 15 y 24 años. Existen 8,2 millones de niños huérfanos a causa del SIDA y se supone luego del año 2000 que la cifra ascendió a 16 millones<sup>139</sup>.

En América Latina y el Caribe esta pandemia se ha afianzado entre las mujeres y adolescentes, surgió principalmente en las grandes ciudades entre varones

---

<sup>139</sup> África es el continente más afectado (63% del total de casos). Existen países con altas tasas de incidencia y prevalencia, en el centro urbano de Francitown (Botswana) 48% de las mujeres embarazadas son VIH positiva, en algunas ciudades de Zimbabwe este índice alcanza el 60%, en Uganda 2 de cada 5 adultos mueren infectados, en Namibia más de la mitad de las personas de todas las edades mueren de enfermedades relacionadas con el SIDA. Las tasa de infección por VIH entre las trabajadoras sexuales llegan a 80% en Nairobi, 55% en Abidjan y en Djibouti. En Zambia y Zimbabwe se calcula que por causa del SIDA podría triplicarse la tasa de mortalidad infantil para el 2010, en este último país durante 1998 fue de 150% el incremento y en Guyana y Kenya 100%. En Botswana, de 25 a 30% de la población de 15 a 49 años de edad se ha contagiado. Para el 2010 la esperanza de vida en Zimbabwe se habrá reducido en 25 años y en algunas partes de Uganda ya ha disminuido en 16. En Europa Central y Oriental el incremento de las drogas y de las enfermedades de transmisión sexual son factores que condicionan y favorecen la transmisión del VIH/SIDA (Valdés García, 2005).



homosexuales y bisexuales consumidores de drogas inyectables, pero a finales de la década del 80 ya la transmisión heterosexual era elevada<sup>140</sup> (Valdés García, 2005).

De acuerdo a investigaciones realizadas en Argentina los sectores socioeconómicos más bajos, y en especial, los que tienen menos instrucción están más expuestos a la transmisión de VIH, en la medida que se inician sexualmente más temprano, han incorporado el uso habitual del preservativo en menor medida, tienen niveles de desinformación mayores tanto en relación a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) como con relación al VIH/SIDA y su grado de accesibilidad al sistema de salud es menor que en otros sectores sociales. Lo que hacen de este grupo una población vulnerable.

En virtud de estas alarmantes consideraciones, de las demandas surgidas del análisis situacional sanitario y lo acordado con las vecinas participantes en el último taller, el día viernes 8 de septiembre de 2006 a las 15.00 hrs. se realizó en el Centro Comunitario el 2º encuentro en salud Comunitaria llamado "Taller de prevención del VIH/SIDA<sup>141</sup>".

Algunos de los objetivos que pensamos desde el equipo en salud respecto al taller se vinculaban con: 1) Crear un espacio para pensar, conversar, compartir conocimientos y experiencias sobre el VIH/SIDA; 2) Reflexionar e interrogarse sobre representaciones, mitos y estereotipos sociales que influyen en la prevención del VIH/SIDA; 3) Conocer qué es la enfermedad, cuáles son las vías de transmisión, las formas de prevención, las prácticas de mayor y menor riesgo, el uso correcto del preservativo, la desmitificación sobre los "grupos de riesgo"; 4) Reconocer en esta problemática además de sus componentes bio-médicos, sus aspectos sociales, económicos, políticos y vinculados al género (femenino- masculino); 5) Modificar las representaciones incorrectas sobre la prevención y la infección del VIH/SIDA; 6) Lograr una aproximación reflexiva a las concepciones científicamente aceptadas sobre la infección y transferir esos conocimientos a su vida cotidiana; 7) Lograr, a largo plazo y como finalidad de la promoción de la salud, el autocontrol de las personas

---

<sup>140</sup> Brasil es el país de nuestro continente con las tasas más elevadas; también Venezuela, Colombia y Argentina. La OPS considera que ya en el año 2000 el costo por cuidados a pacientes con SIDA en Latinoamérica excedió los 2000 millones de dólares por año. La interacción de dicha enfermedad con otras infecciones tropicales y endémicas empieza a preocupar a clínicos y epidemiólogos, el VIH ha sido asociado con un incremento de la susceptibilidad del cáncer del cuello uterino y otras localizaciones neoplásicas. Actualmente se considera que una enfermedad reemergente asociada al VIH SIDA es la Tuberculosis (Valdés García, 2005).

<sup>141</sup> Para profundizar sobre su planificación consultar en Anexo VII "Reuniones Del equipo de salud" 12º Reunión. Respecto al desarrollo del mismo consultar Anexo XIII, 2º Taller en salud Comunitaria: "Taller de prevención del VIH/SIDA".

sobre los factores determinantes en el VIH/SIDA, minimizando los factores de riesgo y potenciando los factores protectores.

Paralelamente de acuerdo a Vaudagna y Solis (2003) tratamos de favorecer acciones adoptando dos enfoques complementarios: el *enfoque del riesgo* centrado en los síntomas, en la enfermedad, su prevención y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social, y en el *enfoque de la resiliencia*, basado en la potenciación de los recursos internos y externos de las personas basados en los verdaderos escudos protectores que atenúan los efectos negativos. Las personas resilientes son aquellas que por vivir en una situación de adversidad y estar expuestos a factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente. Se trata de una capacidad humana y universal. En relación con ello es importante tener en cuenta los factores de riesgo<sup>142</sup> y los factores protectores<sup>143</sup>.

Atendiendo a estas consideraciones, en oportunidad de realizar el taller y algunas reuniones previas nuestro equipo contó con el apoyo y coordinación de un especialista en VIH/SIDA, Doctor y Director del Centro de Salud de la UNRC. Ya para el taller nos ubicamos en la sala que se utiliza para dar apoyo escolar, alrededor de la mesa.

En la presentación se agradeció la presencia de éste profesional comprometido y se expresó que como equipo se intentaba transmitir la posibilidad de aprovechar su conocimiento, de sacarnos las dudas vinculadas al VIH/SIDA, analizar nuestras creencias, vivencias y experiencias. Para presentarnos utilizamos la técnica del ovillo de lana que facilitó que los vecinos participantes se presenten y comenten sus expectativas y lancen el ovillo a otra persona que también lo hizo y tiró nuevamente hasta que todos nos presentamos.

En total éramos 14 personas, se trataba de una presencia variada, vecinas adultas y mayores participantes, jóvenes varones también vecinos participantes, estudiantes de la universidad que se habían enterado del taller, miembros de la CTA y del equipo de salud. En este sentido se diferenciaba del anterior taller donde prevalecían sólo las vecinas participantes.

---

<sup>142</sup> Los factores de riesgo son características o cualidades de una persona o comunidad unida a una elevada probabilidad de dañar la salud.

<sup>143</sup> Los factores protectores son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.

Quizás era por el amplio espectro de interés que generaba el tema del SIDA, entre los que surgieron expresiones que evidenciaban más intereses del tipo *cognitivo* como: “sacarme creencias y dudas respecto del SIDA porque no estoy bien informado”, “he venido a todos los talleres porque me interesa y me gusta estar informada además que una de mis nenas quiere saber qué es el SIDA” (vecina que se acercó a participar con su niña de 9 años), “he escuchado mucho del SIDA pero quiero conocer más ya que la enfermedad va avanzando y se va desarrollando”, “es interesante saber un poco más de lo que uno ya sabe, porque hay muchos casos de HIV en nuestra ciudad” (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria).

A nivel de interés *experiencial* sólo una de las participantes expresó “es bueno compartir experiencias entre todos”. Y hubo un solo interés que implicó a ambos *cognitivo y experiencial* y que provino del médico y coordinador del taller: “siempre que sea trabajar en prevención da muchísimo gusto porque nos permite aprender a nosotros también” (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 2).

En la introducción a la temática el facultativo planteó que cuando se habla del HIV es bueno enfocarlo desde el punto de vista de la sexualidad responsable, es decir, que las alternativas de sexualidad que cada uno elija es fruto de su libertad, convicción, moralidad, religión etc. que debe ir evitando las consecuencias negativas y que esté exenta de riesgos. Comenta que el flagelo sigue aumentando, lejos de disminuir y los que se infectan mayormente son de sexo femenino, más jóvenes, a más temprana edad empieza la infección y para la prevención hay muchos factores a tener en cuenta, no sólo la sexualidad.

El taller fue asumiendo inicialmente una dinámica particular ya que preveía realizar una técnica lúdica orientada a realizar preguntas y sacarnos dudas conjuntamente, pero gran parte de vecinos participantes comenzó a preguntar al especialista, quien muy gentilmente comenzaba a propiciar la dinámica grupal del taller, todos participaban y se intercambiaban información, al tiempo que el Dr. aclaraba dudas y explicaba la patología.

Algunos de estos interrogantes, que manifestaron interés en la temática y evidenciaron importantes conocimientos previos fueron:

Carlitos: ¿Puede llevar al suicidio?

Roxana: ¿está el HIV portador sano y el HIV enfermo? Porque el portador sano es el que uno lo lleva al virus hasta que se despierta (...) Por ejemplo dicen que no puedes compartir el mate con la persona que tiene HIV, pero si la persona que esta compartiendo con vos no está lastimada uno no se va a lastimar, pero si se llega a lastimar o tiene una carie picada uno ¿corre riesgo de contagio? (...)

Carlitos: ¿y en qué consiste el tratamiento?

Rita: ¿Cuándo la mujer esta menstruando ahí hay contagio?

Miembro del equipo 1: ¿y dónde está el virus?

Roxana: porque la duda que teníamos es pasando los últimos meses de embarazo, que la mujer se contagia de HIV la criatura nace con HIV ¿o no?

Miembro del equipo 2: ¿y una vez que uno ya tiene el virus que factores predisponen para la enfermedad?

Miembro del equipo 3: ¿y cómo es el tema de la incubación?

Carlitos: ¿Y cuáles pueden ser otras vías para contagiarse aparte de las relaciones?

¿Puede ser el compartir agujas para drogarse? (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria).

En esta dinámica de preguntas y respuestas, ya sean del profesional, compartidas y elaboradas entre todos se fueron manifestando situaciones particulares que nos permitían advertir un lenguaje del pueblo, de la comunidad barrial, un lenguaje popular:

Rita: Dr. *¿Cuándo la mujer esta menstruando ahí hay contagio?*

Dr.: si, si, y tiene pérdida de sangre...

Rita: *claro, es peligroso, y el compartir el baño...*

Dr.: y no en el baño, salvo que tenga una higiene muy deficitaria, con sangre, suciedad, pero en las condiciones normales no hay riesgo (...)

Nely: *ehhhh.... Yo conozco una mujer que largaba sangre y ensuciaba el baño y ella me decía que no.....*

Dr.: en la utilización del baño, si hay incorrecta higiene hay riesgo, pero si no, la vida es normal, no hay problema...

Nely: *ehhhh....porque ella dejaba todo manchado, una vez la bajaron del colectivo...le preguntaban qué enfermedad tenía y no decía....*

Dr.: y no se... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 7-9. La cursiva es nuestra).

Roxana: Dr. cuando uno se hace el estudio de HIV, antes yo me acuerdo que demoraba meses....

Dr.: no, ahora es más rápido, por lo menos el que hacemos nosotros que es el reactivo que nos da la gente del Rawson en menos de una semana esta...

Roxana: *el último que me hicieron fue en el embarazo de ella (señala la bebe que tiene en brazos) me pidieron DNI, fecha de nacimiento y todo, y cuando voy al ginecólogo a buscar el sobre y no encontraban y cuando lo encuentran me agarra a mí y me dio una cosa, me dio nervios, porque por ahí el mismo médico te hace una broma, una vez me lo hizo el Dr. X, me dice el Dr. saca el sobre y dice "negra no sé cómo decirte esto", se ve que estaba con ganas de joder, porque yo siempre iba y jodía con él y agarra y me dice "vos sabes que tengo el resultado del HIV acá", y yo le digo "ay Dr. no me diga", yo estaba que me moría y ahí me dice "no negra no tenes nada" y después el análisis que me dieron estaba todo bien...*

Dr.: sí, no son chistes para hacer, de todas maneras nerviosos con los resultados nos hemos puesto todos... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶10. La cursiva es nuestra).

Miembro del equipo: (saca una tarjeta y lee) "una vía de transmisión es el consumo de drogas"... y sí

Dr.: y claro... la endovenosa... y así se contagia...

Nely: *¿ehhh el cáncer es contagioso?*

Dr.: no....

Roxana: *pero al cáncer lo tenemos todos...*

Dr.: noooooooooo, el cáncer es un cambio del patrón de crecimiento de las células normales....

Roxana: ay, yo tenía entendido que todos éramos portadores del cáncer pero que llegaba un momento que el cáncer se despertaba....

Dr.: no hasta lo que yo conozco no... ay muchas cosas que no se... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶18. La cursiva es nuestra).

Estos fragmentos permiten hallar claramente en la relación dialógica el lenguaje del pueblo, el lenguaje popular y concreto de las vecinas participantes, de acuerdo a sus vivencias y experiencias.

Freire (2000) sostiene que la sintaxis, como estructura del pensamiento, es de clase social. En este sentido considera que en un proceso transformador no se intenta la reinención del lenguaje al lado de la reinención de la cultura, de la reinención de la educación.

Existen diferencias de la sintaxis entre nuestra forma de pensar y la forma del pensar popular. Lo que como profesionales deberíamos hacer es entender mejor el papel de los conceptos, ya que fueron inventados para mediar en la comprensión de lo concreto, lo que sucede en realidad es que se termina vaciando los conceptos de su concreción, cuya comprensión debería ser mediatizada por el concepto.

Al respecto el autor insiste en la necesidad de comprender la diferencia fundamental entre nuestra forma de discurso y la forma popular de hablar del mundo, mientras nosotros nos perdemos en la descripción conceptual, el pueblo describe lo real, no precisa del concepto, describe directamente lo real, y eso se iba advirtiendo claramente en el intercambio de este taller.

En el extracto que sigue se manifiesta el intercambio del saber popular, el conocimiento lego de los vecinos participantes y el saber científico del especialista que se desenvolvía en la praxis de los talleres, facilitando la relación y el intercambio dialógico e interpersonal entre las partes implicadas:



Roxana: ¿está el HIV portador sano y el HIV enfermo? Porque el portador sano es el que uno lo lleva al virus hasta que se despierta...

Dr.: exactamente

Roxana: por ejemplo dicen que no podés compartir el mate con la persona que tiene HIV, pero si la persona que esta compartiendo con vos no está lastimada uno no se va a lastimar, pero si se llega a lastimar o tiene una carie picada uno ¿corre riesgo de contagio?...

Dr.: es muy difícil, inclusive eso, salvo que este sangrando excesiva...

Roxana: ¿entonces si es una mínima cosa no hay problema? ¿Puede compartir del mismo vaso de la persona con HIV que no hay problema?

Dr.: no, no hay problema, no se corre riesgo, totalmente

Roxana: claro porque se dice que por medio de la saliva no se transmite el HIV...

Dr.: claro, como bien vos decias hay un momento en que la infección, hasta que la enfermedad se produce hay quince veinte años, una larga evolución en que la persona vive normalmente y si se detecta y empieza el tratamiento esto se puede trasladar mucho más allá, la vida de un infectado y más si hace el tratamiento prácticamente normal...

(Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 5).

Inmersos en la *dinámica del juego*<sup>144</sup>, que sin querer había comenzado antes de lo previsto "sin tanto título y técnica", resultó que la inicial práctica de curiosidad intelectual de los vecinos reflejó autenticidad y facilitó más aun la interacción lúdica que se había pensado, se trató de un devenir casi continuado en la profundización de esas temáticas. De acuerdo al taller anterior e intercambiando con los intereses de las vecinas respecto a las técnicas en los talleres se seleccionó ésta vinculada a preguntas y afirmaciones verdaderas o falsas, o situaciones problemáticas vinculadas al VIH SIDA, que funcionaban como disparadores. Éstas se dispusieron sobre la mesa en papeles que se iban seleccionando y grupalmente se tenían que resolver. Como ejemplo de la dinámica presentamos:

Roxana: (elige un papel y lo lee) "no existe una ley nacional de lucha contra el SIDA"  
(Silencio)

Miembro del equipo: la idea es pensar y ver qué sabemos nosotros para que el Dr. nos oriente

<sup>144</sup> Basados en los aportes de Vaudagna y Solís (2003) sobre técnicas lúdicas para la prevención del SIDA con adolescentes en Córdoba, recreamos su metodología para el trabajo con adultos en el proceso de reconocimiento del saber popular. Para ello nos contactamos a través de un correo electrónico con éstas profesionales que trabajan en la Fundación Egretta de Córdoba (luego de haber trabajado conjuntamente en talleres en la UNRC). Se les solicitó orientación y sugerencias sobre técnicas lúdicas creadas y utilizadas por ellas. En virtud de sus sugerencias y del material bibliográfico por ellas ofrecido se realizó la técnica lúdica "Mitos y verdades sobre el VIH/SIDA". La misma consistió en disponer sobre la mesa distintas anotaciones en papel que expresan mitos, verdades, situaciones y problemáticas vinculadas a esta enfermedad. Luego se solicitó que se vayan extrayendo estas anotaciones y que entre todos se opine sobre el significado que tiene la frase, tratando de que los participantes expresen lo que se les ocurra en relación a sus experiencias o a la de los otros. La actividad finaliza cuando ya se han trabajado todas las frases, situaciones, problemáticas e imágenes presentadas. Luego se solicita al grupo que brinde sus opiniones sobre la técnica usada, si les parece o no correcta.

Roxana: sí, creo que sí (risas) para ayudar a la gente infectada...

Gladis: claro que la ayuden con los medicamentos...

Roxana: claro, hay una parte del hospital que es especialmente para la gente que tiene HIV, para esos que los corren de las casas, los tienen ellos aparte, los ayudan mucho, yo lo he sentido...

Dr.: de todas maneras hay una ley que tiene dos o tres aspectos: uno el tratamiento gratuito para todos los pacientes, otra contempla todo lo que es la anti discriminación, por ejemplo evitar que sea despedido aquel que tiene HIV y que este trabajando, no se puede hacer el VIH para entrar a un trabajo...

Miembro del equipo: ¿a no se puede hacer si uno no quiere?

Dr.: exactamente, para hacerlo hay que hacer un consentimiento y es sin identificación, van solo las iniciales del apellido y del nombre y la fecha de nacimiento, entonces la ley no permite que puedan ser despedidos los empleados que trabajan, no se puede hacer el examen de VIH en el pre-ocupacional... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 14).

Miembro del equipo: (saca una tarjeta) "si conozco a mi pareja de hace años, no hace falta usar preservativo"...

Dr.: y ese enunciado tiene varias lecturas...

Roxana: hay que ver como uno lo tome

Dr.: claro...

Roxana: hay que ver si uno lo conoce de años, hay que ver las juntas que él tiene...

Miembro del equipo: yo creo que también pasa por el lado de la confianza... (Risas)

Rita: yo estuve 30 años casada y... (Risas)

Dr.: y son las dudas que tiene cualquier mortal, yo no estoy exento de eso, y los chicos a veces me lo plantean, porque uno hace la alternativa de una relación sexual ocasional, con alguien que no conozco, y una pareja estable, ocurre que esta esa situación en la que uno tiene que hablar de diálogo y confianza, que muchas veces se puede dar, y otras veces puede no darse y una se come "el garrón" totalmente...

Roxana: por ejemplo yo tengo una chica amiga que el marido cuando quiere se va y cuando quiere vuelve, hasta el último ella se puso firme y le dijo "no, te vas porque algún día vos podes venir con cualquier cosa y me vas a contagiar" y yo le decía "vos nunca tomaste prevención de la primera vez que él se fue" y ahora el miedo que ella tiene es cuando le agarra cualquier cosa porque uno comienza con un sífilis y termina con SIDA...

Dr.: y sí, yo creo que ese es un tema central, más y en esas idas y vueltas, ahí hay que usar preservativo sí o sí... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 16).

Finalizando el taller se propicio un espacio de intercambio informativo a nivel de organizaciones e instituciones que efectúan el análisis del VIH de manera gratuita, y la situación a nivel local:

Leandro: ¿el tema de los análisis en la universidad pública?

Dr.: nosotros en la universidad lo estamos haciendo vía convenio con el Rawson y creo que en el hospital también...

Miembro del equipo 1: ¿y puede ir cualquiera?

Dr.: y en la universidad los estudiantes...

Roxana: pero en la Maternidad va cualquiera...

Julia: ¿y en Río Cuarto es alto el porcentaje de infectados?

Dr.: si es alto, yo no tengo las cifras últimas, pero la Dra. X puede tenerlas...

Miembro del equipo 2: el jueves último en el noticiero local tocaron este tema y dijeron que en lo que va del año hay 90 infectados.... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 20).

Y el mensaje final que queremos rescatar:

*Rita: claro porque es una enfermedad que no se fija en el color de piel, ni en la billetera del enfermo, ni nada...*

*Roxana: pero mayormente uno dice si los de clase baja, pero muchas veces los de clase alta son los que más se pueden contagiar porque mayormente es que tiene plata es el que anda con la droga y es el que corre más peligro de contagiarse, porque es así...*

*Dr.: si... Tampoco es totalmente así, hoy en día la población que más preocupa son los jóvenes, que inician más precozmente la sexualidad... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 20. La cursiva es nuestra).*

#### **2.1.4 Taller de Adicciones**

A mediados de septiembre de 2006 comenzamos a reunirnos para pensar y discutir la posibilidad de llevar a cabo un taller vinculado a las adicciones, para ello nos reunimos con una psicopedagoga especialista en el tema.

En dicho encuentro se discutió la problemática de las drogas desde una lectura crítica entendiendo que se trata de un problema social y que las mismas se utilizan como herramienta del modelo neoliberal que pretende imponerse y a través de ella dominar masas, separando a la comunidad, disociando de esta forma las clases sociales. Analizamos cómo la droga se adapta a las situaciones socioeconómicas de los grupos sociales que la consumen, lo que significa que éstos consumen drogas de acuerdo a sus posibilidades.

Respecto al taller nos planteamos como *objetivos*: a) Crear un espacio para pensar, conversar, compartir conocimientos y experiencias y aprender sobre adicciones, b) Reflexionar e interrogarse sobre representaciones, mitos y estereotipos sociales que influyen en las adicciones, c) Promover la prevención a las adicciones, d) Reconocer en esta problemática componentes bio-médicos, sociales, económicos y políticos, e) Lograr una disminución de las resistencias de las personas a reconocer que es lo que está sucediendo, en la familia y en el entorno, y buscarle una solución, f) Lograr disminuir y/o evitar la parálisis de las personas frente a situaciones de adicción.

Algunas de las cuestiones que la especialista planteó como aspectos centrales a considerar sobre la temática en el taller fueron: ¿Qué es ser adicto?, distintos tipos de drogas, posibles indicadores que nos permitan advertir si una persona se droga, siempre insistiendo en que no se pretende solucionar el problema sino ofrecer herramientas para visualizar esta cuestión en la familia y en el barrio.

Atendiendo a estos planteos a finales de septiembre se llevó a cabo el 3º taller en salud comunitaria: “*Prevención de adicciones a drogas y alcohol*”. Fueron alrededor de 15 los vecinos participantes, compañeros de la agrupación y amigos interesados que se acercaron a compartir en el mismo.

En la *presentación* se planteó, como criterio de validez interna (Montero, 2006), que la temática a abordar era derivación necesaria del interés manifiesto por un representativo grupo de vecinos que así lo expresaron en un trabajo de relevamiento de datos, lo que se reafirmó con la retroalimentación producida con los vecinos participantes que nuevamente afirmación y confirmaron el interés renovadamente ya con su presencia en el taller.

La especialista propuso una técnica de presentación<sup>145</sup> para conocernos entre todos, interrelacionándonos más aun la gente del barrio, el equipo de salud, con los demás participantes invitados. Dinámica que favoreció el intercambio y disminuyó la ansiedad ante lo desconocido por develar.

Atendiendo a ciertos criterios para el desarrollo y análisis del mismo consideramos cinco aspectos a tener en cuenta: la dinámica lúdica que propicio la problematización y el intercambio inicial sobre la temática; la presencia participativa de personas que no sólo eran vecinas de la comunidad barrial, tales como miembros de la agrupación CTA que tomaban seguida y prolongadamente la palabra; la insistencia persistente de una de las vecinas en que su nieto de 14 años este presente; la posibilidad que los participantes ofrecían a la especialista para explayarse en la temática a través de cuestionamientos y ejemplos concretos y de que ella problematizara a éstos; y finalmente la insistencia de la misma en el mensaje que pretendía transmitir en el taller. Lo que analizaremos en lo que sigue.

Respecto a la *dinámica, tanto de presentación como lúdica*<sup>146</sup>, que propició la problematización y el intercambio inicial sobre la temática de las adicciones,

---

<sup>145</sup> La técnica de presentación empleada implicaba juntarse entre dos, conocerse recíprocamente y luego, en una instancia de presentación general, cada uno lo haría como si fuera el compañero que conoció, esto favorecía la interacción e intercambio entre vecinos y otros participantes.

<sup>146</sup> Basados en los aportes de Freire (1965, 1970) utilizamos la técnica de codificación de imágenes, fotografías o dibujos. Las imágenes están vinculadas a las adicciones de manera explícita e implícita,



encontramos que esta fue pertinente ya que favoreció el descentramiento y el pensar en el otro, ya sea en el vecino, el compañero y en el padecimiento de un adicto. En este sentido la cuestión de la alteridad y el descentrarse se vio inicialmente favorecida en la presentación de los participantes:

Ángela: (que trabajo con Humberto más conocido en el barrio como Noné) bueno yo me llamo Humberto... (Risas) ¿No te llamás Humberto vos?... (Risas) claro si se llama Humberto Valentín (risas) estoy haciendo el colegio, vengo a buscar la leche al centro, me gusta venir acá, nada más...

Noné: bueno yo soy Ángela (risas) tengo ¿60 no? (risas)

Ángela: ¡57!

Noné: dos hijos... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 4).

Advertimos como los participantes, han podido ubicarse en el rol de su compañero y que es lo que éste diría en una presentación grupal. Parecería que la vecina ha logrado considerar más aspectos para presentar al joven, pero no logra mantenerse en ese rol y comienza a interactuar con él desde Ángela, intentando luego regresar a la trama argumentativa de Noné, mientras que éste para presentar a su compañera, sólo se ha circunscripto a atributos concretos de su persona como edad y cantidad de hijos, sin tener en cuenta aspectos vinculados a la presencia de ella en el barrio.

Otra de las presentaciones evidenció ciertas dificultades por parte de la vecina en la comprensión de la consigna de trabajo, que se manifiesta a continuación:

Psicop.: (trabajó con una vecina) yo soy Elsa tengo 63 años... Soy de acá del barrio, vengo todas las tardes a buscar la copa de leche y me interesa el tema, no tengo este problema en mi casa pero lo veo mucho, lo veo en mucha gente y me preocupa mucho, creo que es muy triste....

Vecina: bueno yo soy *psicopedagoga*, vivo en el barrio, vengo porque me gusta, hay muchos chicos en el barrio con este problema, y me gustó venir, entonces la invito a mi amiga (señala a una amiga que la acompañó) y dijimos "vamo" un rato... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 4. La cursiva es nuestra).

Se trata de una vecina que trabajó con la especialista coordinadora del taller. Quien comienza es la psicopedagoga que se presenta como la vecina contando ciertas cuestiones que la primera le había expresado acerca de ella misma y su interés

---

estas poseen características que se asocian a otros temas, relacionados con representaciones, lo que permite advertir que es, de acuerdo al criterio de elección de los participantes ser adicto o que es el adicto. La finalidad es inferir las reacciones más significativas y menos significativas en las personas. Luego se solicita que cada uno exprese la opinión del porqué de tal o cual imagen y el significado que tiene para ellos, tratando de expresar lo que se les ocurra en relación a experiencias propias, creencias o preconcepciones. La especialista prevé orientar este proceso intercalando las creencias y argumentaciones de los participantes con su formación en el tema. Al final se solicita al grupo sus opiniones sobre la técnica usada.



en la temática de las adicciones, pero cuando el turno es de la vecina esta logra presentarse como “soy la psicopedagoga” pero continua su presentación sin poder hacer el ejercicio de la descentración como si fuera el otro y continua con su propia presentación “vivo en el barrio...” sin lograr mantenerse en la consigna propuesta, quizás por no haberla comprendido realmente o bien por no poder realizar el ejercicio cognitivo que implica el cambio de roles.

Por otro lado consideramos que quizás deberíamos haber debatido más profundamente en las reuniones de equipo acerca de la pertinencia de esta técnica de presentación, no obstante el único caso manifiesto en dificultad de comprensión fue el aquí presentado.

Ya en la dinámica lúdica se propiciaron interesantes reflexiones que desafiaban a los propios vecinos:

Noné: (elige una publicidad de cigarrillos, donde el fumador está en la cima de una montaña con una camioneta 4x4) yo siento que a un pibe de 15 años o a un “pendejo” de 14 le venden que la realidad es así, como lo muestra la propaganda y la realidad es otra, y pueden terminar así (muestra la foto de un chico preso) por conseguir eso ...

Ángela: (elige la imagen de un señor comprando en un supermercado) yo elegí esto porque hay gente que se hace adicta a las compras... (Luego muestra la otra foto que es un jugador de fútbol) y esta porque se asocia la droga muchas veces con los jugadores de fútbol...

Elsa: (la foto muestra alguien sacando dinero de la billetera en una noche de fiesta y alcohol donde la persona está fuera de control) yo elegí acá, pero no sé, parece que esta juntando plata para comprarse drogas, alcohol, no sé, bueno acá hay una botella de cerveza *Quilmes*...

Psicop.: bueno, yo elegí esta porque me pareció importante, es como una escalera, hay una botella de cerveza de la misma marca y hay una chica que tiene la cabeza cortada (no se refiere a lastimada sino que la foto termina cuando debería comenzar su rostro) sentada en una escalera, es una persona, una mujer que está sola sentada en la escalera, con la botella de cerveza al lado, y bueno creo que representa bastante lo que significa la adicción en sí, el tema de que por ahí uno no se siente completo, el no tener cabeza.... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 8).

En cuanto a la *presencia participativa y activa de personas que no eran vecinas de la comunidad barrial*, como miembros de la agrupación CTA, advertimos que si bien fue muy positiva la participación y la relación dialógica e interactiva con ellos, tomaban prolongadamente la palabra, como se manifiesta en lo que sigue:

Miembro CTA: (en la dinámica lúdica elige una foto de en la que esta Maradona) a mí me gusta esta porque está el diez ¿qué vamos hablar del Diez? (elige otra foto que es una chica con los ojos vendados) bueno, lo que me deja a mí esto es como es la juventud, lastima (refiriéndose a la foto) que no tienen tapado los ojos porque sino serian ciegos sordos y mudos, como es la juventud hoy, lamentablemente la que está adentro de la

cuestión de la dependencia de las drogas hoy más profundamente el tema de la salud y de la exclusión y más que todo cómo se acallan los jóvenes, porque yo veo que esos pibes nuestros que hoy se están drogando, que están encerrados en una pieza o están presos o muertos por la droga yo pienso que tienen muchas cosas que decir y que aportar a esta sociedad y no lo están haciendo, o no los dejan, están dependiendo de una sustancia para poder seguir viviendo, porque también está esa cuestión hasta que punto uno no piensa... porque a la hora de juzgar es fácil "el pibe porque se droga y está de joda, entonces... o se quiere hacer ver" que son los comentarios más comunes de lo que está pasando, y tenemos un grueso de nuestra juventud que no está participando en ningún espacio donde opine, decida y proponga y esa es la gran debilidad de la sociedad en que hoy estamos viviendo, porque no tenemos una juventud fuerte, con pensamiento claro, que proponga...yo quisiera saber si todos esos pibes que hoy se están drogando en realidad estarían proponiendo y organizándose con un proyecto diferente, nosotros como sociedad como lo podríamos sostener, si tenemos o si estamos como sociedad o el Estado está organizado para sostener una propuesta de la juventud que sea totalmente antagónica a la del modelo... por ahí lo que me queda es eso...que pasaría si lográramos que estos pibes más allá de que se dejen de drogar pudiesen empezar a pensar, a proponer, porque me parece que si bien lo que los mata es la droga, también lo que nos mata es no poder participar....

Rita: yo lo que creo es que hay poca comunicación hoy en día de los padres al hijo... o los hijos no escuchan a los padres o los padres no ayudan a los hijos, yo creo que debería haber más comunicación...

Elsa: yo creo lo mismo...eso es lo que pasa... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 10).

En este extracto de conversación del taller un integrante de la agrupación toma la palabra, si bien ha intervenido en varios momentos de la dinámica del taller, hemos elegido este fragmento por la consistencia conceptual e ideológica de la misma, que si bien es atinada y orientada en miras de los objetivos propuestos: el develar que sucede con los jóvenes y la responsabilidad sociopolítica del Estado; el joven comienza a hablar y las vecinas parecen no poder seguir su lógica argumentativa, sus palabras adoptan un tinte de discurso político que no son acordes a la comunicación interpersonal e interactiva que se venía entablando, y en un determinado momento una vecina logra hacer una mínima intervención, desde un plano más concreto y delimitado a su propia realidad, "la ausencia de los padres en la crianza de los hijos en la actualidad", pero se desvincula del discurso inicial promovido por el otro participante. De manera que se logra dar cuenta en este taller, y una vez más, de lo que Freire (2000) llama "diferencias de la sintaxis entre nuestra forma de pensar y la forma del pensar popular".

Asimismo podríamos considerar aquí una "distancia semántica" (Roche, 2001) considerando que el componente semántico en la comunicación conduce a un

conjunto de significados de la vivencia individual de cada persona, sus significados, su vivencia privada como una creación individual, etc. De manera que el concepto de “marco de referencia” puede considerarse como “el conjunto del sistema individual que interviene dando sentido a todo lo que se percibe y como filtro selectivo de lo percibido”. Lo que parece, opera en este extracto del taller, cuando las vecinas sólo se refieren a su experiencia concreta sin vincularse con el cuasidiscurso que ofreció previamente su interlocutor.

En este sentido de acuerdo a Roche (2000) podríamos considerar que en la comunicación gran parte de las dificultades para compartir el significado total es debida a que las palabras están muy lejos de significar la misma cosa para los interlocutores, las palabras tienen una connotación denotativa asociada a experiencias afectivas propias de cada persona, por lo que en este caso concreto podríamos referirnos a cierta distancia semántica, ya que advertimos que por parte de las vecinas no se continua en la línea de pensamiento propiciada por su antecesor, evidenciando que han logrado una somera comprensión de sus planteos.

Otra situación que caracterizó la dinámica del taller y que nos llamó la atención fue la persistente *insistencia de una de las vecinas*, la responsable del centro comunitario y dueña de la casa en que funciona el mismo, donde desarrollábamos el taller, en que su nieto de 14 años este presente y participara del mismo. Estas discusiones entre ambos fueron transversales a todo el desarrollo del encuentro suscitándose distintas escenas que entorpecían su natural devenir y continuidad, ya que el joven no estaba interesado en participar. Algunas de ellas:

Al iniciar el taller:

Ezequiel: (es el nieto mayor de Rita) ¡o no quiero irme!

Rita: ¡te quedas porque van a hablar de drogas y vos sos joven y tenés que aprender!  
(Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 3).

Ya en la dinámica de presentación al taller:

Ezequiel: (mofándose) ¡me da vergüenza! Bueno yo soy Ramiro, me dicen el pelado, soy de acá de la Juventud de la CTA, vengo a las charlas porque me gustan y nos puede pasar a cualquiera las cosas que nos dicen... ¡qué sé yo no me acuerdo más!... (Risas)

Miembro del equipo de salud: yo soy el Eze, me gusta jugar con la gomera, vivo acá en la casa voy a la escuela secundaria, me va bastante mal (risas) y me interesan estas charlas... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 4).

Avanzado el encuentro:

Ezequiel: (escucha que sus amigos juegan afuera y le gritan que salga) ¡me quiero ir!

Rita: ¡yo quiero que escuches esta charla de las drogas!... (Silencio). (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 5).

### En la dinámica del juego:

Psicop.: nos gustaría que cada uno elija una foto que le llame más la atención, que le guste y después vamos a compartir entre todos porqué eligieron esa foto que tiene que ver con las adicciones...

(Los amigos de Ezequiel golpean la ventana del salón donde estamos trabajando para que salga a jugar con la gomera, Rita se asoma y les grita ¡está ocupado! Y Ezequiel le dice: ¡deciles que ya voy!)

(Todos miramos y elegimos las fotos)

Ezequiel: ¡mirá ese! Un choro re "fumanchero"....

Rita: (elige una foto de una chica joven bailando descontrolada) bueno en esta foto esta borracha o esta drogada. (La otra imagen son dos personas adultas tomando remedios) y esta otra son dos personas que se están automedicando solas....

Psicop.: ¿y qué te pareció Rita? ¿Por qué las elegiste?

Rita: y no sé, es para mostrarles que vean que puede hacer las drogas que puede hacer el alcohol, para mi esta chica esta drogada... ¡dale Ezequiel! (pasándole el turno)

Ezequiel: bueno acá veo un mozo que esta por servir alcohol...

Rita: ¿y por qué la elegiste, a ver?

Ezequiel: ¡Qué sé yo!

Rita: ¡está sirviendo alcohol! ¿Y a vos te parece que está bien? (Como retándolo)

Ezequiel: no, no....

Rita: (tomando la dirección del taller) ¿y acá que ves?

Ezequiel: y acá veo a unos choros que han agarrado la policía, dos ladrones que pueden estar drogados o borrachos....

Rita: mostrala... mostrala... (Ordenándole)

Ezequiel: y están entre rejas

Rita: ¿te parece lindo eso?

Ezequiel: no se....

Rita: ¡cómo no vas a saber!... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 5-6).

Esta vecina es responsable de 7 nietos, entre los que se encuentra el mayor que aquí se presenta, el joven se encuentra en la etapa de la adolescencia, crucialmente vinculada al tema de las adicciones, sea al tabaco, alcohol o drogas, atendiendo a estas consideraciones podría ser razonable que su abuela pretendiese que el joven escuchase la charla a los fines preventivos, o bien porque ya pueden haberse presentado ciertos indicadores o episodios que manifiesten la tendencia a alguna de estas adicciones. Es positivo repensar que finalmente el joven, tras estos intercambios y ganas de salir a jugar a la pelota con sus amigos se quedo participando activamente del mismo, de manera que, con su presencia el abanico de edades entre los participantes se amplió aun más, lo que enriqueció el taller, ofreciendo cada uno la perspectiva propia desde su edad.



Respecto a la *posibilidad que los vecinos participantes ofrecían a la especialista para explayarse en la temática*, éstos propiciaron una dinámica muy activa, a través de cuestionamientos y ejemplos concretos que le permitían a la profesional problematizar al grupo:

Rita: tienen 10 años y ya quieren fumar porro, ya no les importa, como que los padres de hoy en día no se preocupan por los hijos, y los hijos hacen lo que quieren, hay muy poco dialogo, antes era, quizás los padres no te daban mucha charla, pero uno los respetaba y les preguntaba todo "papa, mamá puedo hacer esto..." hoy en día nada...

Psicop.: hoy en día las cosas han cambiado, tenemos que trabajar, tenemos muchísimas obligaciones, entonces se hace cada vez más difícil y nos pasamos de un extremos al otro, por ahí decía Ezequiel "pero a vos te tenían a los palos" le decía a Rita (abuela) y es cierto, en una época era así, y después se pasó a otra época donde no había ningún tipo de límite, no había palos, no había retos, no había dialogo, no se decía nada, de un extremo al otro nos fuimos, los dos extremos eran malos, en un momento los hijos le tenían miedo a los padres y entonces con una mirada no más bastaba, pero después ellos se fueron a otro extremo que no les decían nada para "dejarlos ser, dejarlos que sean libres, que elijan por ellos solos" y fue malo también. La idea es como le encontramos la vuelta para poder educar a nuestros hijos de una manera en que este tema no los ataque. A nivel nacional las políticas tienden mucho a esto, a que la gente no se eduque a que la gente no conozca o no sepa para manejarnos más fácil, cuando uno no sabe y no siente que puede participar o que puede tener proyectos, nos manejan como quieren, eso es lo que hacen a nivel política, pero nosotros desde nuestro lugar también podemos ir preparándonos para ser parte de la sociedad, para tener dialogo con nuestros hijos para poder llegar a ellos, la droga sí existe y va a seguir existiendo. Existe desde hace muchísimo tiempo, ahora es cuando el problema es más grave y se va acrecentando cada vez más. O sea cada vez se hace más grave por lo que tenemos que pensar cómo podemos prevenirlo con ellos, con los chicos más chicos.... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 10).

Vemos cómo la inquietud de la vecina y su conocimiento por la experiencia vivida propició que la especialista analizara cómo el cambio de épocas y tiempos también se ha ido manifestado en la organización y dinámica de la familia y cómo éstas asumen diversos papeles frente al flagelo de las adicciones, sin descuidar el papel del Estado y las políticas actuales que tienden a manipular a los ciudadanos frente a este tipo de problemáticas.

Otra de las situaciones que se manifestaron y propició la problematización e intercambio de información entre vecinos, equipo de salud y la especialista fue la siguiente:

Rita: el gobierno principalmente que no pone límites, tendría que haber otra ley...

Miembro del equipo de salud 1: ¿cómo cual Rita?

Rita: bueno que se yo, prohibir muchas cosas, que se yo...



Miembro del equipo de salud 1: ¿qué te gustaría prohibir Rita?

Rita: el cigarrillo, el alcohol...

Miembro del equipo de salud 1: ¡y se terminó! Pero ¿por qué?

Rita: y porque el cigarrillo hace mal... es un negocio que tendrían que prohibir...

Miembro del equipo de salud 2: pero es un negocio del Estado...

Miembro del equipo de salud 1: pero mirá que contradicción ellos planteaban la situación... me acuerdo cuando era chico una propaganda que me partía la cabeza porque era un tipo fachero que andaba en un *jeep* y subía la montaña y cuando llegaba se prendía un "Camel"... era un Dios el tipo, yo quería fumarme un *Camel* en dos minutos...

Miembro del equipo de salud 3: claro, ahí en la imagen que eligió Noné muestran un hombre súper exitoso fumando y abajo el cartel "el fumar es perjudicial para la salud"...

Rita: claro, que perversa...

Miembro del equipo de salud 1: claro, ellos nos pusieron los puchos en los bolsillos, se llenaron los bolsillos de plata y ahora sí, después de treinta años te dicen "no vos no podes fumar más en lugares cerrados", y jamás crean políticas para los grandes capitales sino para el consumidor, que en definitiva es el que pone la moneda... claro el malo ahora es el que fuma y el bueno el que no fuma, crearon esa división en la sociedad, siempre tendemos a dividir, y en ningún lado te plantean un espacio para reflexionar porqué el 40 o el 50 por ciento de la sociedad llegamos a ser adictos al tabaco.... (Silencio)

Psicop.: algo similar ocurrió con el tema del alcohol, a fines de la década del 80' la *Quilmes* quería aumentar sus ventas, como toda empresa lo que quiere es vender más, entonces la estrategia para vender más fue bajar la edad de inicio de consumo, o sea utilizan y presentan en la publicidad a la gente más joven, hoy en día están empezando a tomar alcohol, los chicos de 12, 13 años, y ganaron una población que no la tenían en cuenta y aumentaron impresionantemente sus ventas, y esto es como nos están manejando y como nosotros somos producto de todo un comercio que lo que quiere es llenar sus bolsillos y nos usan a nosotros, por eso esta bueno crear estos espacios, que podamos empezar a entender esto y a ver cómo podemos empezar a cuidarnos de todo esto, como podemos corrernos de todo esto y no creemos eso que nos dicen en la publicidad, que la chica con el mejor lomo va a ser porque fuma esa marca de cigarrillos...

O porque toma tal cerveza o porque usa tal ropa, y a eso lo tenemos que empezar desde mucho antes, desde más chiquitos... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria.

Párrafo ¶ 11-12).

Finalmente es importante destacar la insistencia de la profesional en el mensaje que pretendía transmitir en el taller. Algunos de los siguientes fragmentos lo expresan claramente:

Psicop.: (respecto al adicto en recuperación)...porque uno se encuentra de nuevo con que tiene que ponerse la mejor ropa, a qué lugares voy a ir, con que personas me voy a juntar, y es una de las cosas más difíciles, nosotros siempre apuntamos en el tratamiento a que armen un proyecto de vida, pensar qué cosas quieren lograr para su vida, y que no necesiten drogarse, *pero si uno sabe que quiere ser o hacer en su vida hay cosas como las drogas o las exigencias del sistema, como ser flaco o vestirse de tal manera, que no importan, o importan pero no tanto... no pasa a*

*ser lo más importante de nuestra vida. Es a lo que más apuntamos con el tratamiento, armar un proyecto ¿Qué quiero ser yo? Que no me vendan las propagandas, que yo pueda elegir, la droga hace eso va quitando la capacidad de elegir...* (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 15. La cursiva es nuestra).

Psicop.: ...cuando le pasa esto no lo puede ver porque estamos enneguecidos y creemos que no, porque es un mecanismo que tenemos los seres humanos de negación, pero no porque no nos queremos hacer cargo, sino porque no podemos. La cuestión es *tratar de estar cerca, de empezar a mirar a la otra persona, como ayudarlo, como ver a mi hijo, ver que le está pasando, que necesita de verdad, eh, ver que le hace falta, tratar de tener mucho diálogo, preguntarle como está como se siente, tratar de tener tiempo para estar con ellos, para mimarlos, las mamás tienen algo, que no tienen otras personas y es darse cuenta que les pasa a sus hijos*, me imagino por ejemplo Roxana (una de las vecinas presentes) que se da cuenta cuando Guadalupe quiere tomar la leche, ese instinto que tiene la mamá lo sigue teniendo, lo que pasa a veces por distintas cuestiones la mamá no está bien y no se da cuenta, se trata de no perder eso, de estar cerca, de estar...

Roxana: yo tengo el nene mío que va acá a la escuela y salen a fumar, la otra vez dice que estaban unos fumando cigarrillos raros... y yo le dije alejate de esos chicos... y vení rápido a casa, yo prefiero que lleguen muertos de hambre a comer y que no se queden por ahí dando vueltas...

Psicop.: claro, de eso se trata, de contenerlos, de charlar con ellos de los que les pasa... es ese el mensaje que hoy quiero dejar con este taller... (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 18. La cursiva es nuestra).

Y para finalizar insistimos en el mensaje de la profesional:

*"pensemos en nuestros hijos, cuidar mucho a nuestros hijos...tratar de educar en el dialogo, de hablar de las drogas, abiertamente, sin tapujos, que esto existe, que probablemente les van a ofrecer...de las consecuencias que genera esto..."* (Anexo, XIII. 2º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 18. Psicopedagoga especialista en adicciones).

### **2.1.5 Taller del derecho a la salud**

A fines de noviembre comenzamos a organizar y debatir el taller sobre el derecho a la atención a la salud. Videla (1991) plantea que, pese a acordar que la salud es un derecho social y universal básico, la atomización y descentralización no ha permitido lograr metas globales y los sectores estatal, privado y de obras sociales usaron sus propias vías, logrando la dispersión de fondos y trabajo, generando una desigualdad de las posibilidades en la asistencia médica que hace un mito de la "igualdad de oportunidades en relación a la salud".

Comes (2006) entiende que el derecho humano integra dos significados: el primero plantea que el hombre por el solo hecho de serlo tiene derechos inherentes e

inalienables, se trata de derechos morales que emanan de la condición humana. El segundo es el concepto establecido por la ley nacional como internacional.

Dentro de los derechos humanos se incluye el derecho a la atención de la salud. Este goza de un gran consenso mundial, sin embargo hay autores dentro de la filosofía del derecho que niegan la necesidad de garantizarlo. Dichos autores se inscriben en corrientes filosóficas y éticas del liberalismo más ortodoxo y lo consideran un derecho negativo derivado del derecho a la integridad física, por lo que la única obligación del Estado para esta perspectiva, debe limitarse a proteger a los ciudadanos de las acciones de los otros que pudieran dañar su salud. En la literatura bioética no existe acuerdo en cuanto al status que se le otorga al derecho a la salud.

En la Constitución Argentina el derecho a la salud no se encuentra directamente garantizado en ningún artículo, surge indirectamente en el art. 42, el 14 bis y el 75 inciso 22, especialmente este último porque da "jerarquía constitucional" a algunos tratados internacionales.

La garantía del derecho a la salud requiere del compromiso de un Estado en la definición y alcances que se le puedan atribuir, depende de los gobiernos asumir la responsabilidad en la forma, la cantidad y la calidad en que se distribuya en la población.

Partiendo de estas consideraciones, con el taller nos propusimos: a) Crear un espacio para pensar, conversar, compartir conocimientos y experiencias sobre la atención en el sector público de la salud, b) Reflexionar e interrogarse sobre representaciones, concepciones e imaginarios que los vecinos han elaborado acerca del derecho a la atención a la salud, c) Promover una conciencia sanitaria popular sobre el derecho a la salud y a la atención en salud, d) Reconocer crítica y reflexivamente qué factores socio-político-económicos y culturales obstaculizan el real cumplimiento de ese derecho que tiene el ciudadano y qué rol cumple el Estado al respecto, f) Reflexionar sobre la experiencia de los talleres realizados en el año.

Atendiendo a estos propósitos a mediados de diciembre se llevó a cabo el último taller de reflexión y cierre del ciclo sobre "El derecho a la atención de la salud". Nos encontrábamos todos los integrantes del equipo de salud pero fueron pocos los vecinos participantes, no obstante fue de destacar la presencia de la Directora de la Escuela Racedo quien enriqueció con sus aportes y experiencias y nos ofreció otra mirada de la situación en el barrio.

Apelando siempre al criterio de la validez intragrupo se explicó a los vecinos participantes que el tema a tratar no derivaba de una decisión prescriptiva sino que fue

consecuencia de los datos proporcionados a través de entrevistas y de los talleres que se fueron desarrollando.

Partiendo de esta premisa expresamos que la mejor forma de hacer valer nuestros derechos es conociéndolos, la intención era discutirlos en forma conjunta para que cada uno aporte el saber que ya tiene sobre ello y aprendamos lo que no sabemos.

Consideramos que trabajar con los decálogos de los derechos del paciente del hospital público y los derechos de la mujer en el parto (Videla, 1991) podría ser interesante para este grupo de mujeres que acuden al sector público de atención.

Para ello dispusimos sobre la mesa dos cartulinas cada una de las cuales tenían, en rojo el título "Los derechos de la mujer en el parto" y en verde "Los derechos del paciente en el hospital público". A la par, todos los derechos escritos en papelitos dispuestos hacia abajo, que cada participante iría sacando, y así se inició la dinámica lúdica. Los derechos estaban vinculados a situaciones cotidianas que viven las mujeres en el contexto hospitalario, sanitario, en una maternidad etc., y les facilitaría retrotraerse a situaciones vividas personalmente.

Entre los intercambios más significativos encontramos:

Roxana: (...) ¡y que te traten bien! Porque hay veces que te tratan mal y que tienen privilegio los de afuera la gente de la región y para mí eso está mal...

Miembro del equipo 1: no es que está mal que le den lugar a los otros sino también que le den lugar a los de acá...

Rita: claro, pero yo digo que la gente de acá que está mal o grave tiene más posibilidades de que lo atiendan ¿pero la gente de afuera?...

Roxana: si pero hay muchas veces mami, que han venido gente acá a la guardia y que nos han mandado a las casa...

Rita: *¡pero todos tenemos derecho! A la salud, todos, por más que sean de afuera, del norte, del sur, para mi todos...* (Anexo, XIII. 4º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 4. La cursiva es nuestra).

Jonathan (hijo de Roxana y nieto de Rita. Lee la tarjeta): *"El hospital es para todos, cualquier habitante tiene derecho a la atención médica, esta no es una dádiva ni un favor, es un derecho"* (...)

Roxana: *lo que pasa es que vienen de la región sacan turno y después no vienen, y los otros nos quedamos sin turno, la otra vez pasó eso con el Dr. X que empezó a llamar y no estaban y se re enojó...*

Rita: *pero está bien porque las atendió...*

Roxana: *¡si pero las otras que fueron mami!, que no consiguieron turno...*

Rita: *y bueno yo una vez fui y saque para ese médico, eran las ocho y esperé, esperé, se hicieron las once y espere y fui a preguntar y me dijeron "no si el Dr. se fue de vacaciones" no*



*solamente yo un montón de gente le pasa eso...* (Anexo, XIII. 4º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 20. La cursiva es nuestra).

Estos fragmentos dejan traslucir una paradoja, sobre todo este último, vinculado al tema de los pacientes de la ciudad y los de la zona, quienes tienen prioridad y quiénes no. También se plantea el tema de la inasistencia de los pacientes a los turnos dados, así como la inasistencia de los facultativos a atender las consultas. En este último intercambio una de las vecinas reclama que los pacientes que son de la zona sacan sus turnos y no respetan horarios, como contrapartida otra vecina le responde que ese mismo médico al que sus pacientes de la zona no han respetado en los horarios de sus turnos, los ha dejado a éstos “plantados” sin acudir a atenderlos en la consulta clínica.

Paralelamente se plantea la cuestión del derecho a la salud para todos. En este punto se advierte cómo estas mujeres expresan fragmentos sobre la construcción del derecho a la atención de la salud, propios de la realidad en que viven. Entre ellos figuran el de mujeres que lo proclaman como un derecho humano, y que contribuye a la garantía de la ciudadanía en una comunidad de iguales (Comes, 2006).

Asimismo se advierte la otra postura construida sobre el liberalismo más ortodoxo que niega la cobertura universal ya que atentarían contra la libertad de elección propia del modelo, posición que proclama más el modelo de la caridad que el de la redistribución social como mecanismo generador de igualdad desde el Estado.

Congruentemente con esta situación, los planes sociales de salud desarrollados en Argentina en los últimos diez años conllevan en sus enunciados criterios de ciudadanía plena, pero entre sus acciones se encuentran prácticas nacidas del modelo asistencialista y caritativo, donde la adjudicación de los mismos se realiza desde una lógica clientelar - pensemos en el carnet blanco en Río Cuarto-.

Estos modos de vincularse con las poblaciones pobres demarcan relaciones asimétricas entre individuos y rompen con el concepto de igualdad social. Lo que se complejiza, más si se apega al donativo en carácter de favor a cambio de votos o apoyo militante. De esta manera advertimos que este grupo de mujeres han construido teorías acerca del derecho en las que se entremezclan fragmentos de todos estos discursos en simultáneo, expresando: “el derecho a la salud tiene que ver con la cobertura universal y con la igualdad (referidos por la palabra “todos”). Sin embargo y como posición solidaria aquellos que tienen posibilidad de pagar, todo o parte de las prestaciones, deben (es justo) pagar para dejar lugar a aquellos que no tienen esta posibilidad debido a su condición de pobreza” (Comes, 2006).



Es el deseo de todas poder ocupar el lugar de quien "tiene dinero para pagar" y contribuir con la colaboración, si ésta se expresa como tal, si lo que sucede es un cobro coercitivo, estarán en desacuerdo.

La idea de que el derecho es para todos sin embargo algunos "*tienen más derecho*" (como en los fragmentos las mujeres de la misma localidad) también va de la mano de la redistribución y no constituye un deseo de desigualdades en términos sociales o de egoísmo. Las palabras utilizadas para acceder a la cobertura total de sus necesidades de salud son las de "*dar*" o "*pedir*" y estas denotan relaciones asimétricas con la institución, donde quien tiene el poder de otorgar sería la misma. Este vocabulario dejaría en evidencia la falta de ideas sobre las garantías constitucionales y las implicancias de pertenecer a una sociedad de iguales.

En este sentido podríamos creer que las vecinas argumentan la igualdad desde una perspectiva del liberalismo. Frente a ello hemos tratado de contra argumentar o promover el intercambio entre ellas mismas, en revertir estas representaciones, si lo que se desea es la construcción de una ciudadanía basada en la plena garantía de los derechos humanos y sociales con carácter de igualdad y cobertura universal (Comes, 2006).

Otro de los fragmentos significativos que hayamos plantea la reflexión sobre el derecho y la economía privada de estas familias, los gastos derivados de la salud:

Roxana: bueno (elige una tarjetita) "¿Todo paciente tiene derecho a que su curación no afecte a su economía privada? ...

(...)

Miembro del equipo 2: el derecho plantea que la curación de una enfermedad no debe afectar tu economía privada... ¿pero qué pasa?

Walter: ¡no! claro que la afecta....

Roxana: *uno que tiene que gastar en transporte, después que te dan una medicación que el Centro de Salud no la tiene, que tenés que hacer, tenes que ir y comprártela...* (Anexo, XIII. 4º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 7. La cursiva es nuestra).

Los vecinos denuncian cómo este derecho a que se respete la economía privada de la salud no es cumplido. Otro extracto plantea:

Miembro del equipo 1: "todo paciente tiene derecho a conocer el diagnóstico, tratamiento y practica que le sean instituidos en el hospital"... sí, por ahí pasa que a uno no le dicen verdaderamente la enfermedad que tiene...

Miembro del equipo 2: o lo que le van a hacer.... O lo que le hicieron...

(...)

Vivian: los subestiman...

Miembro del equipo 1: claro, lo subestiman... los tratan mal...

Miembro del equipo 3: si, yo creo que eso es una cuestión cultural, es algo que uno vive diariamente pero recién cuando lo aborda y lo lee empieza a reflexionar, digo, *uno no reflexiona todo, vos vas a un sanatorio, te ponen suero porque es normal desde chiquito te lo hacían, pero todos esos procesos uno no los reflexiona, porqué no me dicen que me hacen...*

Vivian: a mí me paso con mi esposo, el tenía una ulcera duodenal y una operación muy riesgosa con un sangrado constante.... Se hinchó todo después de la operación porque le hizo una reacción alérgica, por todo lo que le pusieron, y el médico le quería poner un antialérgico... una enfermera me explico lo que era y yo me negué a que se la pusieran... ehh yo prefería que se quedara con la reacción alérgica que tenía y no que le pusieran eso, era que se abría otra vez la operación y todo lo que le habían hecho y chau, no había más solución... entonces el médico vino y me preguntó porqué yo me había negado, me preguntó quién era yo... quien era yo para negarme... entonces yo le dije que no podía ser que la enfermera me lo había explicado, y me trató de ignorante "¡y vos que sabes, si vos no sabes nada, vos no tenes esto, no tenes lo otro!"... "yo no sabré pero yo asesina no soy" le digo, así que si vos estas sabiendo el riesgo que corre la persona, "uno en cien se salva en los casos de tu esposo" "y bueno será el uno" le dije yo, porque tiene que ser el resto... es así, pero bueno... (Anexo, XIII. 4º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 9. La cursiva es nuestra).

Advertimos cómo los vecinos se plantean la necesidad de reflexionar sobre sus propias prácticas en salud, lo que se les efectúa a sus cuerpos, que nunca se ha pensado, lo que muchas veces se ha realizado y gracias a esas reflexiones oportunamente hechas se han evitado situaciones peores.

Romina: "toda mujer tiene derecho a vivir un parto tranquilo, despierta y con pocos sobresaltos"...

Miembro del equipo 1: ¿vos sos mamá?

Romina: sí

Miembro del equipo 1: ¿y cómo viviste eso?

Romina: *el primero lo tuve a los 12 años, un poco asustada, pero bien, había 12 médicos que me asistían...*

(...)

Miembro del equipo 1: ¿y porque tantos médicos?

Romina: *era por la curiosidad que tenían de que era la más chica de todas, querían saber cómo iba a ser yo en el parto, y estuve bien... (Silencio)*

Miembro del equipo 1: ¿tuviste un parto tranquilo?

Romina: *si normal, todo bien, sin dolores, porque fue un parto sin dolor... del varón sufrí un poco más, pero de los tres tuve parto normal, yo los tenía a los médicos conmigo, querían hacer pasar a mi marido pero mi marido no quería (lo mira) tenía miedo (risas)... no, no, bien me atendieron bien...*

Miembro del equipo 1: o sea ¿vos dirías que se cumplió en tu experiencia el derecho que leíste?

Romina: sí,... (Anexo, XIII. 4º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 11. La cursiva es nuestra).

Al pensar en el derecho de un parto tranquilo y analizar los planteos de esta vecina advertimos que para ella un parto tranquilo sólo se remite a no sentir dolor más

allá de las personas que estén a su alrededor. Sin embargo consideramos que la presencia de una “docena” de facultativos puede resultar hasta una verdadera intromisión en un momento tan íntimo en la vida de una mujer. Podría pensarse que la presencia de tal número de médicos perturbaría la tranquilidad de cualquier persona, sin embargo esta vecina no asocia la presencia de tantos médicos a la ausencia de tranquilidad sino que la vincula con la ausencia de dolor.

Miembro del equipo 1: “las mujeres necesitan parir rodeadas de un clima de afecto sin agresiones ni insultos que hieran sus sentimientos ni descalifiquen su sexualidad”... (Silencio)

(...)

Roxana: si a veces te insultan...

Miembro del equipo 1: ¿alguna vez te insultaron?

Roxana: Sí, acá en la maternidad te insultan...

Romina: *si es verdad, cuando estaba por tener a la nena a mí de los nervios me agarra risa, y tenía que hacer la fuerza y no podía parar de reírme, “para de reírte”, me decía la enfermera, y yo me reía y no podía hacer la fuerza y ella agarro y me pegó una cachetada y cuando me pegó la cachetada yo la miré como para darle un bollo, hice la fuerza y salió... ella después me dijo que era para ayudarme a mí para que se me fueran los nervios, pero no sé...*

Rita: ¡se ve que no había otra solución!

Romina: y me pegó y me calme...

(...)

Roxana: *si hay muchos casos que te insultan, cuando las mujeres gritan y hacen mal la fuerza... bueno ahí las repudian de pie a cabeza....* (Anexo, XIII. 4º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 13. La cursiva es nuestra).

Vivian: (saca una tarjetita) *“Las parturientas necesitan respeto por su intimidad corporal, por su desnudez y por su sexo”... es cierto eso porque yo cuando fui a tener mi nena me pasearon por todo el pasillo, y estaba lleno de gente, deci que ni cuenta me di porque la necesidad de tener era otra...*

Directora de la escuela: si a veces no tienen respeto por eso

Roxana: acá en la maternidad es distinto, ella está en la sala de parto...

Vivian: *claro pero de la sala a la sala de parto te pasan por todo el pasillo....*

Roxana: pero en la maternidad es distinto...

Romina: no, pero en la maternidad es igual...

Roxana: no, porque si estas por parir, sacan a todos del pasillo afuera, no te dejan la gente ahí... la que está en horario de visita...

Vivian: no, pero igual estaban los chicos de limpieza, todo...

(Risas)

Roxana: pero en la maternidad es distinto, incluso te sacan en silla de ruedas y los únicos que están son las internadas... no te ven...

Vivian: pero igual tiene que ver con eso con la intimidad

Romina: si, en la maternidad a veces están los que están limpiando... (Anexo, XIII. 4º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 19. La cursiva es nuestra).

Las vecinas parecen no ponerse de acuerdo en cuanto a si esta institución respeta o no el derecho, más allá de esto parece que el respeto por la intimidad corporal, la desnudez y el sexo no se ha considerado en el caso de la vecina que comenta su propia experiencia ya que ha sido llevada de una sala a otra en condiciones de despojo de vestimentas en que ella se sintió incomoda.

Finalmente pensamos que el haber realizado este taller ha sido positivo en el sentido que les ha permitido a las vecinas descentrarse de un rol "bancario" de paciente, en las que el sistema sanitario las coloca de manera pasiva para poder pensarse en un rol más activo y saludable que les permita reconocer cuáles son sus derechos y el porqué de conocerlos, reflexionarlos, discutirlos y contrastarlos con situaciones de su vida cotidiana, dejando que estos sean abstractas palabras sin sentido para ellas a pasar a cobrar más significado en sus hábitos sanitarios.

Para finalizar nos parece interesante exponer una reflexión:

*"... me parece interesante el tema de estar tratando así aspectos y estar asesorando, porque, claro a veces que le pasa a la gente, es gente que sabe a dónde recurrir, como tiene que ir y hay gente que no, entonces me parece que inclusive el comentario así en común permite que el servicio que uno recibió sea compartido por los otros, y eso es bueno, interesante, me parece que es bueno, inclusive hay muchos temas que se podrían estar tratando...entonces me parece hay todo un abanico de cosas que se pueden trabajar incluso con la escuela para el año que viene también..."* (Directora de la escuela. Anexo, XIII. 4º Taller en Salud Comunitaria. Párrafo ¶ 23).

### 3. Síntesis...

Este capítulo ha pretendido reflejar el proceso de intervención psicopedagógica con modalidad educativa en los talleres de educación popular en salud en la comunidad barrial Hipódromo.

Para ello se presentaron inicialmente algunas concepciones preliminares e introductorias vinculadas a la educación problematizadora en salud como una educación popular (Mejía y Awad, 2004). Seguidamente sintetizamos los talleres, el desarrollo de su organización, fundamentación, objetivos y técnicas considerados para trabajar en cada uno.

Habiendo presentado y analizado cada uno de ellos, en esta instancia de cierre nos interesa reflexionar sobre:

- *La importancia de la decisión conjunta de los temas entre vecinos y miembros del equipo de salud.* Es este trabajo compartido el que nos permitió introducir el cambio, la innovación y transformación en materia de educación en salud. Esto pudo realizarse desde la concepción de la compatibilidad entre las perspectivas



crítica y constructivista (Vogliotti, 2001). Respecto de la primera, en contraposición a viejos modelos educativos basados en una concepción bancaria de la educación y en la extensión de la información (Freire, 1973) partimos de lo que cada uno proponía, desde sus intereses y saberes previos y populares, centrados en la escucha interesada, siempre mediando la concertación con los vecinos a través de la fuerza argumentativa que como profesionales poseíamos sobre la pertinencia o no de ciertos temas a trabajar. Esta situación favoreció la emergencia de una segunda perspectiva, siempre presente en nuestro trabajo educativo, la cuestión de la regulación y la negociación desde una perspectiva constructivista. Y en este sentido creemos como Vogliotti (2001) que la regulación en la relación educativa ha de estar fundada en las definiciones compartidas entre profesores y alumnos respecto a la situación de aprendizaje, ello da lugar a la negociación como el acuerdo en el establecimiento en el punto de partida de las representaciones de cada uno (marcos personales de referencia).

- *La importancia de la trayectoria histórica de los vecinos, sus ideas, concepciones, vida.* Aspectos centrales que consideramos desde el enfoque comunicativo freireano que impregna nuestro trabajo. Como mencionábamos anteriormente, es el vecino el que propone los temas, sin embargo no podemos obviar que se encuentra frente a un docente-miembro del equipo en salud, que le genera y provoca un cambio. Es en este punto que se produce la contradicción docente-discente. Aquí se trata de argumentar, con-vencer en las técnicas utilizadas y empleadas en los talleres, por ejemplo cuando ellos proponían sus propias dinámicas lúdicas y nosotros las nuestras, el trabajar con una y la otra, el negociar “quieren la técnica de preguntas, bueno pero también vamos a utilizar la de decodificación porque...” Se trataba de fundamentar la apropiación de la argumentación y el interés, se trataba de testimoniar, “un testimonio de seriedad, de disciplina en el hacer las cosas... testimonio en la honradez con que el educador realiza su tarea” (Freire, 1993:87).
- *La importancia del dialogo y la participación de investigadores y equipo.* Esta comenzó a producirse y hacerse más evidente en los talleres, a través del análisis, de la acción y reflexión colectivos. Entendimos que el proceso de concientización suponía problematizar a fin de que no se acepte como normal, lógico y cotidiano lo que es injusto e insatisfactorio en materia sanitaria para los



vecinos, con nuestro trabajo intentamos desnaturalizar aspectos afianzados por efecto de hábitos profundamente socializados, de la opresión, de la ideología y de la alienación, y desideologizar en el sentido de romper con la hegemonía de las ideas dominantes en función de las normas de opresión social (Montero, 2006).

- *La importancia del rol individuo-comunidad.* Pudimos advertir cómo a medida que los vecinos trabajaban juntos en el grupo las relaciones entre ellos y para con los miembros del equipo en salud iban creciendo, y fueron surgiendo diferentes roles. Al sentirse útiles y realizando algo que correspondía a las necesidades del grupo, las personas fueron adquiriendo una "identidad social en el marco del grupo" (Gayotto, 2000 en Freire y Quiroga 2000). En el accionar conjunto y comunitario los vecinos se arriesgan a experimentar algo diferente de su cotidianeidad "la propia acción comunitaria es un proceso en transformación, pues cada punto de llegada ya significa un nuevo punto de partida..." (Gayotto 2000 en Freire y Quiroga 2000:105).
- *La importancia del cambio conceptual en el transcurso de la experiencia.* Se trató de un componente central y decisivo en nuestra experiencia, generalmente difícil de lograr y de percibir. De cara a ello se intentó estar atentos a su presencia en las instancias de desarrollo de cada taller a través de preguntas problematizadoras, ofreciendo situaciones nuevas que perturbaban, desequilibraban y desestructuraban intelectualmente a los vecinos provocándoles "reacciones tendientes a la regulación y posterior compensación cognitiva a través de la que arriba a un equilibrio mayor, suponiendo la construcción de esquemas de conocimiento más enriquecidos" (Vogliotti, 2001:174). Estas acciones nos permitían retomar problematizadamente a lo planteado en talleres anteriores y advertir, si había habido y en qué medida, cierta *generalización*, entendida desde el constructivismo como reconstrucción de un concepto en distintos contextos. En este sentido tratamos de advertir si los aprendizajes se habían generalizado a través de manifestaciones por transformación del comportamiento social, como por ejemplo: si vemos que todos los vecinos se lavan las manos se previenen las zoonosis. Esto implicaba en nosotros tener preocupación no sólo por la incorporación de contenido e información sino por el aprendizaje generalizado a la realidad.

Asimismo es fundamental considerar que en la instancia de cierre final del ciclo de talleres se efectuó una devolución o retorno sistemático del conocimiento producido

en nuestra investigación, al grupo de trabajo, instituciones y sus representantes involucrados y a personas implicadas en él. Ello denota el carácter participativo del trabajo, otorgando seriedad y compromiso a la tarea asumida donde nuestra responsabilidad se evidencia en dicha devolución, la que será analizada en el próximo capítulo de este trabajo como instancia de valoración de la experiencia.

Finalmente queremos reflexionar sobre una frase en la que creemos y apostamos:

*“La realidad es que las personas favorecen su salud más con lo que ellas mismas hacen, que con lo que conocen sobre esta...” (Videla 1991:178), pero como plantea Freire “el saber es una herramienta para el cambio”. Se trata de una conciencia crítica en educación sanitaria que pase de la reflexión a la acción social.*



## Capítulo XI

### REFLEXIONES FINALES

*“Diego no conocía la mar. El padre, Santiago Kovadloff, lo llevó a descubrirla. Viajaron al sur. Ella, la mar, estaba más allá de los altos médanos, esperando. Cuando el niño y su padre alcanzaron por fin aquellas cumbres de arena, después de mucho caminar, la mar estalló ante sus ojos. Y fue tanta la inmensidad de la mar, y tanto su fulgor, que el niño quedó mudo de hermosura. Y cuando por fin consiguió hablar, temblando, tartamudeando le pidió a su padre: ¡ayúdame a mirar!” (Galeano, 2007).*

En esta instancia repensaremos y valoraremos el trabajo realizado. Nuestra pretensión se orienta a plantear en qué medida hemos podido avanzar con relación a los propósitos iniciales, cómo lo hemos podido hacer, cuáles fueron los obstáculos que se nos fueron presentando, cómo pudimos sortear algunos y otros no, cómo podemos valorar la experiencia realizada, qué nuevos interrogantes se nos fueron planteando y qué prospectivas puede suscitar la continuidad de esta tarea.

Atendiendo a ello organizaremos estas reflexiones finales en tres apartados: *inicialmente*, cómo aspecto nuclear, se presentarán las valoraciones de la experiencia en las voces de los sujetos participantes y algunas meta-reflexiones del equipo de trabajo, *posteriormente* realizaremos una breve recapitulación de lo desarrollado retomando los interrogantes acerca del qué, para qué y cómo del trabajo, y *finalizaremos* con unas últimas reflexiones y prospectivas.

#### 1. Valoración de la experiencia

*“yo no me niego, yo no niego la que soy, el dolor que siento cuando estoy haciendo determinada cosa, la frustración, todo eso forma parte de un proceso de integración entre las personas, la confusión, el conflicto, la dificultad, todo eso forma parte del proceso de compromiso con una acción comunitaria. Lo que va a determinar si nosotros estamos realmente logrando, junto con el grupo, desarrollar el trabajo o no, es el propio trabajo, la propia acción comunitaria. El objetivo del grupo es el comienzo y el fin de toda y cualquier acción comunitaria en desarrollo”*  
(Cunha Gayotto, 2000 en Freire y Quiroga 2000:110).

Esta valoración de la experiencia en salud realizada en la comunidad Hipódromo no intenta ser absoluta, sino integral y con intensidad exhaustiva, atendiendo a la metodología de investigación y acción empleada.

Para ello nos valdremos, -considerándolas como criterios de validez interna y externa- de las reflexiones, aportes, críticas, pensamientos y contribuciones de todos los sujetos involucrados en la experiencia.

Partimos de la pretensión de intentar recuperar las voces de los protagonistas, de los actores de la comunidad, del equipo de trabajo en salud, y de todos aquellos que de una manera u otra participaron en este "emprendimiento".

Intentaremos rescatar el significado de las reflexiones en el marco del proceso mismo de investigación-acción considerando los distintos componentes que implica la misma, que no es mera opinión, sino que involucra un entramado que conjuga saberes legos, científicos, experiencias y vivencias populares e investigativas, que se tornan de un valor insoslayable y que hacen que este proceso sea susceptible de ser pensado, re-pensado, reflexionado; todo lo que, por la misma metodología empleada, implica una vuelta en esta espiral hermenéutica de la dialéctica, de la acción a la reflexión, y con ella la valoración del trabajo efectuado.

En virtud de lo expuesto organizamos esta sección en cinco partes: *inicialmente* desarrollaremos algunas reflexiones introductorias a las valoraciones, *seguidamente* se presentará la valoración de los vecinos participantes, *luego* la de los profesionales internos y externos a la experiencia empírica, y *posteriormente* la valoración que realizaron los integrantes del equipo de investigación, para, *finalmente*, realizar algunas reconsideraciones evaluativas que destaquen la valía de la experiencia en el plano de construcción de conocimiento científico en el campo sociosanitario.

## **2.2 Concepciones preliminares a las valoraciones**

Iniciar la instancia de valoración acerca de una experiencia realizada, ya sea durante el proceso en que se desarrolla, ya sea después, supone necesariamente una idea de evaluación, concepto confuso, así como polémico y polisémico.

Son múltiples las áreas de la educación y la salud donde emerge la problemática de la "evaluación", la mayoría de las veces empleada desde paradigmas subyacentes que la consideran desde una lógica de la medición cuantitativa, como una especie de tasación; ese dar un valor numérico que la ubica en un plano en que la misma sólo se reduce a unos datos que indicarían el valor, mayor o menor, que se le otorga a una cosa que, en nuestro caso, sería a la experiencia realizada.

Contrariamente a esta perspectiva intentaremos posicionarnos en un razonamiento que se pretende más sensato y que intenta vislumbrar, a través de la



apreciación de los protagonistas, cual es el merecimiento cualitativo que le otorgan, su estimación personal, su valoración de la experiencia realizada.

El pensar en esta etapa de "evaluación" nos supuso organización, a nivel de equipo de trabajo, respecto al modo y abordaje de la misma. Habida cuenta de que todos, miembros del equipo de investigación y vecinos participantes, estuvimos implicados en la realización de la experiencia pensamos que la valoración de la misma debía realizarse de manera conjunta e integrativa.

Atendiendo a ello nos centramos en el carácter formativo de la evaluación, considerando la posibilidad de desarrollo de la capacidad de autocritica y de autoeducación (Ander-Egg, 1999). De manera que esta evaluación se efectuó valorando lo que se ha realizado o dejado de realizar, los logros y las dificultades presentadas.

Desde una perspectiva freireana resaltamos la idea de que la evaluación adquiere un carácter dialéctico atendiendo a que es un proceso por el cual los educadores, juntos, evalúan una experiencia, su desarrollo y los obstáculos con que se enfrentan, así como posibles errores y equivocaciones (Freire, 1990).

Quienes valoran la experiencia pueden examinar una actividad en curso cuando logran distanciarse de la misma, permitiendo que resulten obvias muchas cosas que no llegaban a vislumbrarse en el proceso concreto. En este sentido, para Freire (1990) más que un instrumento de fiscalización la evaluación consiste en la presentación de la actividad en tanto formulación de problemas.

En virtud de estas consideraciones realizaremos la valoración de la experiencia en las voces de todos los sujetos participantes considerándola como una instancia de apreciación cualitativa que nos ofrece la posibilidad de tomar distancia de la misma, permitiéndonos problematizarla, cuestionarla, para que así emerjan esas cuestiones del proceso concreto que permanecían como naturalizadas y que ahora se advierten.

### **2.3 Valoración de los vecinos participantes**

Para considerar las apreciaciones de los vecinos reflexionaremos en dos sentidos: por un lado consideraremos la actitud y predisposición de ellos a participar, por el otro nos introduciremos a la valoración de la experiencia efectuada por éstos desde una estimación más cuantitativa, ofrecida a través de un cuestionario orientado a extraer de manera sistemática información de importancia para nosotros, la que se irá alternando con estimaciones extraídas de contextos de intercambios con los mismos.

Respecto a *la actitud y predisposición* de las personas a participar de una experiencia y talleres es fundamental a tener en cuenta, el modo de ser de ellas mismas ya que, inexorablemente condicionan los procesos y resultados, tanto de la experiencia en desarrollo como en la particularidad de las situaciones de los talleres, lo que creemos tiene su influencia a la hora de la devolución/valoración de la experiencia realizada por los sujetos.

En relación con ello Ander- Egg (1999) plantea una especie de tipología de caracteres, la que puede resultar un tanto irónica pero gráfica y útil a nuestro fin. Considera que poco o nada se puede hacer con *personas desinteresadas*, se puede trabajar con *seguidores pasivos*, aunque el producto final no sea de calidad y bastante se logra con *colaboradores interesados*. De acuerdo a este autor los resultados son inciertos cuando de "*narcisos*" o "*estrellas*" se trata, ya que suelen ser listos y pueden aportar, pero tienen muchas dificultades para el trabajo grupal. Es evidente que la máxima posibilidad y potencialidad se da con vecinos participativos, críticos y creativos, verdaderos colaboradores interesados.

Si bien ninguno de estos "tipos" se evidencian en su estado puro en los grupos de vecinos con que hemos trabajado, advertimos que suele darse una combinación de los mismos, por lo que es fundamental advertir que el predominio o la combinación que se presentan en cada caso nos dan la pauta de actuación y de posibilidades.

Advertimos que en nuestro trabajo la amalgama que ha predominado ha sido la de seguidores pasivos y colaboradores interesados, donde por momentos primaba una y por momentos otra. Siempre la perspectiva del trabajo se hallaba presente, nadie sobresalía al estilo "*narciso o estrella*" y nadie pasaba desapercibido por su desinterés. En este sentido valoramos muy positivamente la actitud y predisposición de los vecinos que siempre tuvieron ánimo de trabajo compartido, cada uno con las vicisitudes que las realidades personales y las situaciones contextuales generan en los estados anímicos, de ahí los momentos de pasividad o de máximo interés.

En este sentido siempre hemos intentado captar cuál era la mixtura que se propiciaba en cada circunstancia y de crear conciencia de que "el derecho a participar debe ir acompañado de la obligación de aceptar las responsabilidades que entraña" (Ander-Egg 1999:103).

En lo que refiere a las *valoraciones efectuadas por los vecinos*, éstas se generaron durante todo el proceso a través de retroalimentaciones y devoluciones constantes que realizaban en el transcurso de la experiencia, no obstante se efectuó una instancia de valoración en el último taller sobre los derechos a la salud, donde,

una vez finalizado, se dejó un margen de tiempo para realizar la misma. Se trabajó centralmente en un cuestionario con formato sencillo de preguntas cerradas con opción de respuesta múltiple, y algunas otras abiertas para responder libremente, lo que nos permitió obtener información más sistemática y organizada a nuestros fines.

El cuestionario<sup>147</sup> se tomó a los diez vecinos participantes del último taller y se organizó en función de los siguientes puntos de interés: 1) concurrencia de los vecinos a los talleres; 2) tema de interés de los talleres; 3) claridad y utilidad de la información brindada, 4) apreciación de los talleres, 5) comprensión a través de técnicas lúdicas; 6) relaciones entre vecinos durante los talleres; 7) beneficio del intercambio de experiencias entre vecinos; 8) beneficio del intercambio con profesionales, 9) comunicación con los profesionales, 10) temas que proponen para futuros talleres; 11) mejora de la comunicación de información para próximos talleres, 12) modificaciones para próximos talleres; 13) opinión de los vecinos sobre el equipo de salud.

En lo que sigue efectuaremos un análisis interpretativo de las respuestas dadas por ellos:

1) Respecto a la *concurrencia de los vecinos*, se pretendía indagar del total de las personas presentes en el último taller, cuántas de ellas participaron en los anteriores. Intentábamos averiguar así el grado de continuidad que los vecinos participantes habían logrado mantener atendiendo a la asiduidad de su presencia en los mismos. De esta manera se pudo advertir que el total de los entrevistados (diez) asistieron al taller del derecho a la salud<sup>148</sup>, cuatro participaron al de zoonosis, cuatro al de VIH/SIDA y cuatro al de adicciones. A esta información podemos complementar que esas cuatro personas fueron un grupo reducido que participó con constancia y dedicación en la consecución y desarrollo de los talleres; ya desde la gestación de la experiencia en las entrevistas iniciales, algunas de estas mujeres oficiaron de informantes claves y en esta actitud participativa permanecieron durante todo el desarrollo de la misma.

2) En lo que concierne a *tema de interés de los talleres*, intentamos considerar en qué medida habíamos logrado captar las demandas sobre problemáticas de salud que las vecinas manifestaron en la instancia de investigación, ahora “devueltas” organizadamente a la comunidad en los tópicos de los talleres y si éstas continuaban siendo de relevancia para las

---

<sup>147</sup> Consultar Anexo 14: “Valoración de la experiencia por los vecinos”.

<sup>148</sup> Se debe tener en cuenta que es el que mayor número de asistentes que presenta porque allí mismo se tomó este cuestionario.



mismas. El total de las vecinas ofrecieron una respuesta afirmativa a este punto, es decir, los temas abordados eran de su total interés, lo que nos ofrece un dato positivo en relación al haber logrado captar sus intereses iniciales, luego plasmarlos en instancias un poco más formales de trabajo y, finalmente, que los mismos hayan sido validados nuevamente por ellas.

3) Con respecto a la *claridad y utilidad de la información brindada*, el total de las vecinas encuestadas reflejan que la información ofrecida en los talleres ha sido captada con transparencia y que esta les ha sido ventajosa para emplearla en sus vidas cotidianas. En el mismo tópico se indaga acerca de la valoración de la información de los talleres, en una escala de muy bueno, bueno, regular y malo. Respondiendo cuatro vecinas que aprecian con un "bueno" la información de los talleres, mientras que seis de ellas lo hacen con un "muy bueno".

4) Relacionado con las *valoraciones que las vecinas efectúan de los talleres*, inicialmente efectuamos preguntas vinculadas a cada taller con una escala de respuestas que iba de muy bueno a malo, pasando por bueno y regular; posteriormente se analizaron comparativamente las respuestas ofrecidas por ellas con relación a cómo apreciaban los diferentes talleres. El de zoonosis fue considerado como "muy bueno" por tres vecinas, una lo encontró como "bueno" y no contestaron seis. En cuanto al taller de VIH/SIDA cuatro vecinas lo consideraron como "muy bueno" mientras que seis no contestaron. Referido al taller de adicciones, tres vecinas lo consideraron como "muy bueno" y solo una como "bueno", seis no contestaron. Hasta aquí seis personas permanecen contantes en "no sabe, no contesta", inferimos que no estuvieron presentes en los mencionados encuentros. En lo que concierne al último taller sobre el *derecho a la salud*, cinco personas lo consideran como "muy bueno", cuatro como "bueno" y una no contesta. Los datos ofrecidos nos permiten realizar un análisis transversal y comparativo de todos los talleres para ver cuáles han sido mejor acogidos por los vecinos y cuales menos. El encuentro que se advierte especialmente apreciado por los vecinos, con un "muy bueno" otorgado por la mayoría es el de "el derecho a la salud", lo siguen el taller de VIH/SIDA y luego, casi a un mismo nivel, el de *zoonosis y adicciones*. Cabe recordar que un número considerable de vecinas no respondieron en relación a los tres primeros talleres porque no participaron, mientras que sí lo hicieron en el último sobre *derecho a la salud*, lo que puede

haber influenciado considerablemente en la valoración final que efectuaron del mismo.

5) Referido a las *técnicas lúdicas*, intentamos indagar en qué medida el empleo de las mismas, considerado como dinámica didáctico-pedagógica central en los talleres, había propiciado la comprensión de las temáticas en los vecinos. El total de los encuestados coincidieron en que estas técnicas favorecieron su comprensión de las temáticas abordadas.

6) Respecto a las *relaciones establecidas o mantenidas entre los vecinos* participantes en los talleres, dos personas consideraron que éstas habían sido “muy buenas”, seis las apreciaron como “buenas”, mientras que dos vecinas se abstuvieron de contestar.

7) En lo que concierne al *beneficio que supone el intercambio de experiencias* entre vecinos, al indagar advertimos que nueve de los participantes coinciden en que esta actitud de reciprocidad cooperativa a nivel de vivencias cotidianas sobre las temáticas abordadas ha resultado muy provechosa y beneficiosa, solo un participante alude que este intercambio le ha servido de poco.

8) Vinculado al *beneficio que implicó el intercambio con profesionales especialistas* en las temáticas trabajadas, la mayoría de los vecinos coinciden en que esto les ha resultado muy beneficioso. Al pretender indagar en qué aspectos se denota este beneficio se advierte que: siete de los diez vecinos expresan que se han beneficiado en conocer más sobre la especificidad del tema, cinco en que les ha permitido sacarse dudas sobre determinado tema, ocho consideran que se han sentido beneficiados en el compartir experiencias con el grupo, cuatro expresan que los beneficios han redundado en la modificación de hábitos. En este sentido muchos de ellos reconocen beneficios en todas las opciones y otros combinan algunas. En síntesis: un análisis sobre la apreciación comparativa de los vecinos sobre la participación de los profesionales nos revela que: lo que más aprecian es el compartir experiencias, lo sigue el conocer más sobre la especialidad del tema, luego sacarse dudas sobre la temática y finalmente valoran la posibilidad de modificar sus propios hábitos. Respuesta que nos alarma y nos demanda mayor compromiso para el logro de derivaciones favorables de los talleres al respecto ya que el fin primero de nuestras actividades ha sido la prevención y promoción de la salud, lo que indefectiblemente supone un cambio de hábitos antiguos y pasivos por nuevos



de mayor participación e injerencia en la propia salud y esto no es denotado en las respuestas obtenidas.

9) En lo que concierne a la *comunicación con los profesionales*, consideramos que se trataba de una cuestión central ya que, desde una perspectiva freireana nuestro trabajo ha abogado por intercambios dialógicos de plena horizontalidad, intentando recuperar las voces de todos los sujetos involucrados y evitando emitir comunicados desde perspectivas extensionistas. La participación de profesionales externos nos supuso un reto ya que pretendíamos que su implicancia se fundamentara desde una misma lógica. Es por ello que nos ha interesado indagar en este aspecto. Gratamente advertimos que siete de los diez vecinos encuestados consideran que esta comunicación ha sido "muy buena", mientras que dos la consideran como "buena" y uno no contesta.

10) En relación a los *temas que los vecinos proponen para futuros talleres*, nos interesó indagar en este aspecto pensando en la posibilidad de extender en el tiempo la experiencia en la comunidad Hipódromo, no pretendíamos conocer temas que estos vecinos particulares nos enunciaran para trabajarlos en otras comunidades, sino para establecer un sistema de retroalimentación donde de los mismos surgieran las temáticas que alimentarían los talleres subsiguientes, siempre desde la lógica investigativa de la reflexión y la acción. Al respecto los temas emergentes en orden de prioridad de acuerdo a la cantidad de personas que los consignaron fueron: la nutrición, el cáncer, la discapacidad, los derechos del niño, la educación y la sexualidad.

11) Vinculado a *aquello que mejorarían para futuros talleres*, especialmente respecto a: la comunicación de información, nueve vecinas consideraron que esta se ha presentado muy bien y que no necesita ser mejorada, mientras que un vecino sí lo considera; casi el total de los encuestados no mejorarían la presentación de temas para próximos talleres ya que entienden que así han estado bien introducidos, tampoco mejorarían las técnicas lúdicas. Ese vecino que opina que podrían mejorarse propone la evaluación de temáticas para ellos mismos en el sentido de evaluar si éstas han sido cabalmente aprendidas o no. El total de los vecinos concuerdan en que no consideran proponer ninguna otra modificación para futuros talleres.

12) En lo que concierne a la *opinión de los vecinos sobre el equipo de salud*, se ofrecieron algunas respuestas preestablecidas para opción múltiple

encontrando que seis vecinas ofrecen una opinión “muy buena” respecto al trabajo del equipo de salud, una vecina valora positivamente la organización y la claridad de la información brindada y otra valora el asesoramiento ofrecido por el equipo.

*En síntesis:* esta valoración de la experiencia nos ofrece información sobre las apreciaciones, impresiones y percepciones de los vecinos respecto a aspectos de interés para nosotros. Consideramos que estos “aspectos participativos no tradicionales –como un cuestionario en el marco de una metodología de investigación acción- pueden ser incorporados en la *construcción de los instrumentos a aplicar a fin de otorgarles una mayor validez ecológica o psicopolítica*” (Prilleltensky, 2004, en Montero, 2006:39. La cursiva es nuestra).

### **1.3 Valoración de los profesionales internos y externos a la experiencia**

*“...siempre que sea trabajar en prevención da muchísimo gusto, porque nos permite aprender a nosotros también, y también reconocer el valor de la psicopedagogía, porque está visto que desde la medicina sola no se han dado respuestas adecuadas, y en trabajo conjunto se puede...”* (Dr. responsable del taller VIH/SIDA).

A continuación se presentarán las apreciaciones de la experiencia desde la perspectiva de un trabajo colaborativo entre sujetos de diversas áreas, la participación de profesionales externos, entiéndase por ello aquellos graduados universitarios de disciplinas vinculadas a la salud y la educación que participaron de forma directa o indirecta en el trabajo desarrollado.

En la forma directa se hallan los profesionales que coordinaron los principales talleres; allí trabajaron un médico, una psicopedagoga y una nutricionista. En la forma indirecta fueron los médicos del dispensario N° 3 al que pertenece la comunidad Hipódromo y que en alguna oportunidad nos ofrecieron una retroalimentación acerca de la actividad que veníamos realizando. Asimismo, en esta categoría se encuentra la Directora de la Escuela Racedo, escuela del barrio, que participó en el último taller y que ofreció importantes apreciaciones para nuestro trabajo. En lo que sigue intentaremos presentar las impresiones y expresiones de estos profesionales.

Respecto a *profesionales que participaron en forma directa*, realizan la valoración destacando aquél aspecto que más estiman de la experiencia desde su perspectiva subjetiva.

La *nutricionista* ofrece una positiva apreciación de la pertinencia de aprovechar, en el marco de la experiencia, los recursos de la propia comunidad. Si pensamos en

su especialidad, el saber a qué remitirse, el adecuarse al contexto en que se encuentra, el no pretender ofrecer "recetas" inalcanzables para los vecinos sino el acercarse e impregnarse de su realidad, oficia como un aspecto central para trabajar en comunidad susceptible de ser valorado como oportunidad de cambio y transformación. Más aun cuando se aborda una temática tan delicada como la nutrición en sectores de pobreza.

En este sentido advertimos que la valoración de esta profesional radica en el potenciar y beneficiar los recursos propios comunitarios, se revalora la experiencia desde la posibilidad de la superación. Expresa:

*"...sí se trabaja con la prevención basada en la educación...se trata de aprovechar los recursos que tiene la comunidad de la mejor manera, por ejemplo, cuando yo realicé mis practicas en el dispensario a la gente le daban un bolsón. Les daban polenta y ellos se la daban a los perros porque no sabían prepararla, la única manera que la comían era con salsa y no sabían otra forma de usarla, por eso basado en los recursos que tengan hay que ayudarles a usarlos mejor, eso es fundamental, si tenés polenta y leche ver como enriquecer eso en nutrientes, agregarle a la polenta leche en vez de agua, son cosas que parecen tontas pero que le sirven a los niños..."* (Nutricionista. Anexo IX. La cursiva es nuestra).

Por otro lado, iniciábamos este apartado con una reflexión del *médico responsable del taller de VIH*. En la misma éste reconoce que la medicina se ha encontrado muy sola para ofrecer respuestas abarcativas e integrales en el ámbito de la promoción y prevención a la salud, y el reconocer esta situación lo ubica en una actitud favorable respecto a trabajar inter o transdisciplinariamente en pos de respuestas alternativas orientadas a cambios optimizadores en salud y calidad de vida.

Este profesional ha valorado positivamente distintos aspectos de la experiencia: en primer lugar reconoce como muy favorable la posibilidad de aprehender del saber popular, de las experiencias de la gente, al mismo tiempo que aprehender en contacto con otras disciplinas, como es el caso de la psicopedagogía, que el facultativo reconoce expresamente.

Por otro lado realiza una valoración de la dinámica lúdica empleada para desarrollar el taller con la información sobre el VIH, técnica que le fue sugerida por el equipo de salud para poder organizar y planificar el taller, expresa:

*"...a mi me gustó la técnica que planificaron para el trabajo, la voy a implementar porque te permite sacar muchas dudas y tocar varios puntos de la cuestión...creo que es importante el tema de las preguntas disparadoras porque sacan muchas dudas por ahí cuando uno empieza un tema se va, y esto te deja tocar muchos puntos..."* (Dr. responsable del taller VIH/SIDA. Anexo VII: 14º Reunión equipo de salud. La cursiva es nuestra).



Asimismo el profesional valora que la importancia de esta experiencia radica en el “compromiso social de profesionales y trabajadores, la importancia de hacer en la universidad pero aun más de hacer fuera de ella, como deber moral” (Dr. responsable del taller VIH/SIDA. Anexo VII: 14° Reunión equipo de salud).

Por su parte, la *profesional en psicopedagogía* responsable del taller de adicciones, realiza una importante apreciación de la experiencia atendiendo a los cimientos promotores de la misma en los planteos críticos de la teoría freireana. Desde allí estima favorablemente las técnicas de codificación y decodificación empleadas como dinámicas para trabajar en los grupos ya que considera que éstas facilitan y estimulan a las personas en la participación, el expresarse, comentar sus experiencias, vivencias, creencias e identificarse con otros vecinos (Anexo VII, 13° Reunión comisión en salud).

Su positiva valoración se denota en su interés de integrarlo a su propia forma de trabajo, ya que se dispuso a fusionar su técnica de imágenes y fotografías con nuestra propuesta de codificación, ambas compatibles. Consideró atinado trabajar de esta manera y propuso que entre todos busquemos imágenes vinculadas a las adicciones para crear un espacio de libertad que les permita a las personas identificarse con las opciones gráficas.

La valoración que la profesional efectúa del taller queda manifestada en el logro de los propósitos que del mismo se formula, ya que considera que este ha permitido fomentar la participación de la comunidad, crear un espacio para pensar y compartir experiencias sobre adicciones, reflexionar e interrogarse sobre representaciones, mitos y estereotipos sociales que influyen en las adicciones como el alcohol y las drogas, promover la prevención a las adicciones y reconocer a los componentes sociales, económicos y políticos en esta problemática.

En lo que respecta a las *valoraciones de profesionales que participaron de forma indirecta* hallamos:

La apreciación de la *directora de la escuela* del barrio. Fue muy auspiciosa su presencia, en el último taller de cierre de la experiencia, ya que la misma se dirigió para participar del mismo y en determinado momento de su desarrollo nos ofreció sus impresiones de las actividades, lo que para nosotros fue muy oportuno, ya que se trata de un referente de la comunidad barrial y sus palabras nos estimularon a mejorar los procesos y desarrollos venideros.

La directora valoró positivamente la instancia de realización de talleres como posibilidad de intercambio entre los vecinos, desde la experiencia y el saber popular, el

saber del que vive allí, la eventualidad de ofrecerse información entre vecinos desde las iniciativas que hay, de cómo abordar una situación, el saber a dónde remitirse o dirigirse, cómo proceder, y valorar esta información desde el saber práctico del protagonista de la realidad, al respecto comenta:

“... me parece interesante el tema de estar tratando así aspectos y estar asesorando, porque, claro a veces que le pasa a la gente, *es gente que sabe a dónde recurrir, como tiene que ir y hay gente que no, entonces me parece que inclusive el comentario así en común permite que el servicio que uno recibió sea compartido por los otros, y eso es bueno, interesante, me parece que es bueno...*” (Directora de la escuela Racedo. Anexo XIII. 4º Taller en Salud Comunitaria. La cursiva es nuestra).

Junto con la valoración que realiza, también efectúa una exhortación para quienes somos responsables de la experiencia:

“...*inclusive hay muchos temas que se podrían estar tratando, con Paula hablaba antes de empezar cosas que nosotras veíamos desde la escuela, este..., temas como que están siendo necesarios abordar, como el de la alimentación, que se están empezando a ver como necesidad, hay todo un problema de mala alimentación, pero no un problema de alimentación por falta de alimentación, sino por consumir alimentos que no son buenos para la salud, muchos problemas de obesidad con desnutrición, gente obesa pero que no está nutrida, esto se ve mucho en la escuela, entonces me parece hay todo un abanico de cosas que se pueden trabajar incluso con la escuela para el año que viene también...*” (Directora de la escuela Racedo. Anexo XIII. 4º Taller en Salud Comunitaria. La cursiva es nuestra).

Consideramos que se trata de una demanda muy positiva ya que se orienta a un trabajo compartido y mancomunado de trabajadores de la CTA, profesionales universitarios y la escuela del barrio, lo que se ofrece como una posibilidad a futuro, una prospectiva auspiciante desde la experiencia realizada.

Finalmente la valoración de los *responsables del dispensario N° 3* al que pertenece la comunidad Hipódromo, es muy positiva ya que nos ofrecen su aprobación sobre la misma y la importancia de un trabajo paralelo en promoción y prevención de la salud desde las instituciones sanitarias públicas, como es su caso, y desde iniciativas de profesionales y trabajadores, como es la nuestra.

En esta línea de trabajo mancomunado, la responsable de pediatría se concentra en el interés de evitar el fracaso y deserción escolar, considera que ese es un tema psicosociosanitario que requiere de concentración de las iniciativas de trabajos barriales en estos tiempos (Anexo XI).

*En síntesis:* todos los profesionales que de una u otra forma han participado en la experiencia, ya sea en consultorías o efectivamente en el campo, ofrecen una



mirada valorativa positiva de lo realizado, atendiendo a que todo lo que implique un beneficio y redunde en mejoras para la calidad en salud de los vecinos es bienvenido.

Asimismo cada uno, desde su especialidad, experiencias profesionales y de vida, y todo el bagaje que supone una trayectoria de formación, expone qué es lo que aprecian o estiman más del trabajo efectuado, y de esta manera se destacan distintos aspectos, cada uno de los cuáles es fundamental para el proceso desarrollado. Tales como: el valorar los recursos de la propia comunidad, el valorar las técnicas de trabajo para aproximarse a la comunidad, el apreciar la posibilidad de intercambio de información entre vecinos, el valorar la instancia de trabajo mancomunado universidad y Ong's, la posibilidad de abordar otras temáticas y el ampliar el espectro de instituciones barriales implicadas en la experiencia.

Todas estas valoraciones resultan de trascendental importancia para nuestra iniciativa y nos impulsan a un mayor compromiso y disciplina de trabajo crítico, reflexivo, de manera constante y permanente.

#### **1.4 Valoración de la experiencia por los integrantes del equipo de investigación**

A continuación reflexionaremos y valoraremos la experiencia desde la posibilidad de haber traspasado los muros del ámbito universitario para iniciar una instancia de trabajo conjunto con una institución no formal.

En este sentido la posibilidad de trabajar colaborativamente con jóvenes de la agrupación Juventud de la Central de Trabajadores Argentinos (CTA), la posibilidad de crear el área de educación en salud compatibilizando sus intereses con los nuestros fundamentados desde una perspectiva freireana, fue estupenda y beneficiosa de acuerdo a los intereses de todos los involucrados.

El sentir un compromiso compartido con una organización sin fines de lucro y no gubernamental, es precisamente la raíz de nuestro trabajo, allí radicó nuestra primera siembra, la que, con el tiempo, quizás, pueda cosecharse en las formas de trabajar y vivenciar la salud, tanto de las comunidades barriales con las que se trabaje, como del equipo de salud que perdurará en la agrupación, allí está el verdadero germen para el cambio y la transformación.

En lo que sigue, organizaremos estas apreciaciones en dos apartados: valoración de la experiencia por parte del equipo de salud y metareflexiones sobre los desempeños de integrantes del equipo.

#### 1.4.1 Valoración de la experiencia por parte del equipo de salud

Como equipo de trabajo concentramos las reuniones, catorceava y quinceava<sup>149</sup>, para desarrollar la instancia de *valoración de la experiencia a nivel intragrupo*, lo que entendíamos como una especie de evaluación interna.

Nos encontramos todos los integrantes del equipo y también contábamos con la presencia del médico que coordinó el taller de VIH/SIDA – Director de la Dirección de la salud de la UNRC-. A continuación se intentarán plasmar las impresiones, apreciaciones y percepciones que realizamos todo el equipo, en integración.

Para ello algunos tópicos de nuestra “agenda” de reflexión obligada eran: la integración miembros de la UNRC y miembros de la juventud CTA; la pertinencia de la investigación temática previa a la experiencia versus comenzar la misma sin conocimientos previos de la comunidad; el trabajo con profesionales externos; la realización de los talleres, sus limitaciones y logros percibidos; autocríticas y algunas reflexiones de cierre. En lo que sigue analizaremos los mencionados aspectos:

- a) Respecto a la *integración miembros de la UNRC y miembros de la juventud CTA*, ésta fue muy enriquecedora. Por un lado, iniciamos la relación desde la posibilidad del conocimiento mutuo de quienes componíamos el equipo, de a poco fuimos conociéndonos, respetando nuestras opiniones, los distintos saberes que la vida, los años, el trabajo o la formación académica nos ha brindado. Esto no fue tarea sencilla, pero redundó en beneficios para todos ya que dotó al grupo de un importante respeto por la diversidad. Pensamos que fue muy acertado conformar un equipo de salud desde un ámbito que puede llamarse “no formal”, por el hecho de que provenimos de distintos campos con diversidad en el bagaje de experiencias y formación, lo que hizo de la comisión un equipo “inter-campos basado en inter- cambios”.
- b) En lo que concierne a *la pertinencia de la investigación temática previa a la experiencia educativa versus comenzar la misma sin conocimientos de la comunidad*, consideramos que fue muy atinado el abordar el estudio de la comunidad anteriormente a la realización de los talleres. Cuestión que científica y académicamente, quienes proveníamos de la universidad teníamos resuelto con cierta claridad en la medida que se trataba de una fase innegable de la investigación-acción que pretendíamos realizar, no obstante esto era cuestionado por los integrantes de la agrupación, no en el sentido de poner en duda la metodología a emplear, sino por el tiempo apremiante para ofrecer

---

<sup>149</sup> Consultar Anexo VII “Reuniones del equipo de salud”.

respuestas a las necesidades inmediatas del grupo comunitario, argumentando que no se podía realizar toda una investigación de meses para finalmente ir a trabajar con los vecinos.

Posteriormente consensuamos, tras varias reuniones informativas y formativas sobre la metodología a emplear, proceder con la realización de entrevistas semiestructuradas, indagando cuestiones generales en salud, en salud comunitaria, en salud familiar, cuestiones institucionales y finalmente las posibilidades de acceso a la salud. Esto nos permitió conocer las problemáticas de la comunidad barrial en materia sanitaria y darle preferencia a estas necesidades. A partir de esta indagación realizamos un orden de prioridades en problemas y necesidades del que emergió el "plan educativo en salud" y a partir de éste se realizaron los talleres.

El reflexionar sobre este pertinente recorrido de trabajo y proceder fue valorado positivamente por los miembros de la Juventud CTA apreciando el haberlo realizado de esta forma ya que le ha conferido seriedad y pertinencia a lo realizado.

c) En relación al *trabajo con profesionales externos* destacamos los encuentros previos a la realización efectiva de los talleres, la predisposición y compromiso de los mismos para con la actividad, discutiendo siempre el sentido de las reuniones y de la misma comisión en salud, desde una perspectiva orientada a superar un modelo médico dominante, tradicionalmente basado en una concepción bancaria, depositaria y extensionista, al decir freireano, desde una educación normativa, tecnicista, centrada en un aprendizaje individual de tinte liberal.

Como alternativa desde el trabajo con estos profesionales externos, y como parte de sus propios discursos emergía la propuesta de una educación en salud liberadora, desde una perspectiva superadora basada en la problematización y la crítica reflexiva, fundamentada en una concepción participante e integral en salud, trabajando desde un modelo de educación con orientación social y cultural cuyo destino y metodología pretendían la formación para la transformación de las relaciones sociales.

En este sentido revaloramos la importancia de la dinámica de debatir y discutir con los profesionales, más que los contenidos conceptuales a considerar en los talleres, el sentido crítico-reflexivo de la actividad, que de manera permanente debe ser problematizada y cuestionada, para poder proyectar con claridad en

los objetivos que se pretendían con la experiencia, sean educativos o políticos, y así llevado al plano de la acción.

Rescatamos también las palabras del Médico quien expresó la importancia del compromiso social de profesionales y trabajadores, la importancia de hacer en la universidad, pero aun más de hacer fuera de ella, como deber moral.

d) En cuanto a los *talleres realizados* intentamos llevar a cabo un ejercicio de problematización que nos permitió rescatar las principales dificultades y los logros. En lo que respecta a las *limitaciones* consideramos que, si no se hubiesen creado un mínimo de condiciones, tanto en lo organizativo y contextual como en las formas de relaciones pedagógicas, el taller no podría haber funcionado.

Asimismo siempre creímos que quienes tenían la responsabilidad de la coordinación del taller, sean miembros del equipo como profesionales especializados externos, debían tener un adecuado dominio y conocimiento de la temática a abordar, al tiempo que poseer un mínimo *back ground* de las técnicas que exige su funcionamiento. Esta actitud operó como una intención "preventiva" para evitar caer en faltas que en esta instancia se considerarían comprometidas limitaciones de la experiencia.

Una limitación de la técnica del taller que nos hizo reflexionar fue que no todas las temáticas o disciplinas se pueden llegar a adaptar con la misma facilidad a esta modalidad pedagógica, lo que implicó una condición estimuladora para trabajar más horas y cooperativamente intentado generar estrategias y dinámicas didácticas que promovieran aprendizajes significativos en el marco de los talleres. Así por ejemplo la temática de las zoonosis, adicciones y VIH, se prestaban para distintas técnicas lúdicas y dinámicas reflexivas, mientras que el último taller del derecho a la salud nos exigió un trabajo más debatido a nivel equipo de investigación hasta hallar las líneas más pertinentes para su abordaje, propiciando que los derechos se vean reflejados o contrastados en las experiencias populares de las vecinas respecto a las temáticas que ofrecían, ello promovió la integración de un conocimiento lego y uno popular y facilitó contrastar cuestiones que se formulan en teoría y como suceden en la práctica concreta de la vida de los vecinos.

En virtud de estas consideraciones hemos podido advertir que el taller no es un sistema de enseñanza-aprendizaje que pueda aplicarse a cualquier circunstancia. Sus limitaciones se derivan de sus posibilidades concretas de



realización, en nuestro caso nos hemos visto favorecidos por su dinámica pedagógica, pero también hemos advertido algunas dificultades de su aplicación.

En lo que se refiere a los logros, destacamos:

- Haber hallado en los talleres una estrategia pedagógica y didáctica apta para promover y originar la capacidad de “aprender a aprender” en sus participantes.
- Haber podido desarrollar la capacidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos, tanto en el plano de contenidos conceptuales, como de conocimientos pedagógicos y procedimentales vinculados a nuestra formación psicopedagógica. En este sentido entendemos como Ander-Egg (1999) que el “saber hacer” revela el nivel de profesionalidad de un graduado universitario, de lo que se deduce que no es el mejor profesional el que mejor realiza formulaciones teóricas, sino quien mejor sabe utilizar los conocimientos.
- Haber puesto en acción capacidades y energías potenciales. Desde esta perspectiva creemos que hemos logrado desarrollar esa actitud que ha pretendido fomentar la iniciativa, la expresividad, el trabajo autónomo y responsable, la originalidad y la creatividad, para así poder actuar frente a problemas que se deben afrontar en situaciones concretas.
- Haber estimulado en los vecinos participantes, la capacidad de reflexionar y trabajar en grupo, fomentando un aprendizaje para la adquisición de conocimientos de manera compartida y cooperativa.

A nivel profesional un logro esencial fue promover la participación activa y responsable en la propia formación y la asunción de las tareas concretas que comporta la realización de talleres con tales características.

Asimismo, un logro que valoramos por el esfuerzo en inmersión permanente, dedicación exclusiva, responsabilidad y cuantioso tiempo que implicó, fue el registrar y sistematizar la totalidad de las actividades realizadas, propias de la acción investigativa de la que se trataba.

Para finalizar consideramos que un beneficio fundamental que nos ha significado la potencialidad del taller, por su carácter pedagógico sistémico e interdisciplinario y por su capacidad de brindar una respuesta a una realidad compleja, ha sido el de “superar en el modo de abordaje de la realidad, el paradigma de la simplicidad por el paradigma de la complejidad” (Ander-Egg



1999:99)<sup>150</sup>. Desde esta perspectiva valoramos el haber apostado por esta compleja dinámica pedagógica, siempre conduciéndonos con cautela en cuanto a posibilidades reales del taller como forma pedagógica autogestionaria, lo que implicó un mayor nivel de responsabilidad personal y de apertura hacia otros.

e) En cuanto a una instancia de *autocrítica* como equipo de trabajo, surgió la cuestión de habernos centrado y concentrado demasiado en los talleres, su organización y temáticas, y el haberle restado importancia a la actividad de difusión de los mismos. Quizás, esta falencia reside en haber confiado demasiado en algunas dinámicas que creímos efectivas en el momento, como la técnica de “bola de nieve”, el ir “boca en boca” comentando las actividades que se realizarían, y de esta manera no haber insistido desde un anuncio más intensivo y persistente. No obstante, consideramos que las actividades de repartir volantes casa por casa, en radios de cuadras preestablecidas y organizadas fue muy favorable ya que era una instancia de contacto cara a cara con las vecinas donde se les explicaba de que trataría la actividad, el tema y se pretendía generar una instancia de primer intercambio donde se interesara al vecino para que así, luego asistiera al encuentro.

Otra de las cuestiones que sometimos a autocrítica, principalmente propiciada por los jóvenes de la agrupación, fue el discutir que el trabajo del equipo de salud- comisión de salud se venía desarrollando de manera bastante cerrada e independiente del resto de las comisiones que trabajaban en la Juventud CTA. Los jóvenes reclamaban más articulación con las otras áreas y solicitaban que se transmitiera más claramente el proyecto en los plenarios y encuentros que periódicamente desarrollaban. Todos coincidimos que eso era lo más conveniente.

Fue fundamental esta instancia valorativa y apreciativa en curso ya que estos argumentos reorientaron nuestro proceso investigativo tratando de realizar dos actividades conjuntas, que inicialmente no estaban previstas, pero que permitieron no olvidar el fundamento del trabajo “reflexión y acción”. De manera que se fue extrayendo información de la población al tiempo que se comenzó a trabajar en los talleres.

---

<sup>150</sup> Inspirado en Morin (2007) Ander-Egg (1999) propone el tránsito del paradigma de la simplicidad al de la complejidad, considerando que vivimos en un mundo de “complejidad creciente y de comprensión retardada”. Coincidimos con el autor en que probablemente la realidad constituye uno de los mayores desafíos y de las mayores urgencias del pensamiento contemporáneo; por lo que en un mundo de complejidad creciente tenemos que forjar un modo de pensar esa complejidad.

Esta demanda valorativa que se presentó favorecida por los jóvenes de la agrupación, encausó nuestra propuesta reorientándonos en los carriles del paradigma de investigación elegido, coherente con nuestra propuesta freireana.

*En síntesis:* Es muy positiva la valoración que hacemos de haber trabajado conjuntamente universidad y Juventud CTA. En este sentido apostamos a superar los muros del academicismo verbalista fundamentado en culturas profesionales de la individualidad y la balcanización apostando a un trabajo mancomunado entre trabajadores e investigadores desde una cultura de colaboración y cooperación, que pretenda traspasar esta barrera, sin caer en el mero activismo ni en el verbalismo. Pensamos que si tenemos la dicha de formarnos en una universidad pública gracias a los esfuerzos del pueblo, los saberes y conocimientos recibidos deben orientarse a promover el bienestar del mismo.

#### **1.4.2. Reflexiones en desempeños: hacia una perspectiva compartida**

Este apartado aborda, con una tónica muy particular que le otorga el hecho concreto de la vivencia, una cuestión que quizás ha sido históricamente estudiada por investigadores y debatida por militantes. Otros, incluso el mismo Freire, junto a investigadores como Fals Borda, Darcy de Oliveira, Carr y Kemmis, Duke, Hall y Kassam se atrevieron a hacer causa y bandera de su vida académica y militancia, las investigaciones que realizaban de la realidad en que vivían.

Para éstos no hay enfrentamientos entre ambas perspectivas de ver el mundo, sino que se trata de puntos compatibles de vivir la realidad, se trata de una perspectiva puramente crítica que les ha permitido ubicarse en un paradigma científico conducente a transformar la realidad a partir de su desarrollo teórico y empírico, lo que implica investigación y militancia conjunta, y que, en estos casos particulares vinculó el aspecto político e ideológico en la ciencia que desarrollaban.

No obstante, distantes estamos de estos “grandes” de las Ciencias Sociales, y el desafío de esta investigación nos ha puesto a prueba de manera constante, “sacudiéndonos el piso” entre cuestiones ideológicas y epistemológicas.

Asomamos como investigadores novatos con matriz de una academia positivista, nos ha costado y aun nos cuesta sacarnos ese “saco” que por momentos se hace visible en la experiencia y en la vida. Allí brotan intimidados interrogantes acerca de ¿qué hacer con ciertos pensamientos, prejuicios, conductas...? ¿Cómo encausarlo, manifestarlo....? ¿Encubrirlo, hacerlo notar?

De comienzo no poseíamos la experiencia de la militancia ni del contacto con los vecinos del barrio, por lo que muchas veces los jóvenes de la Juventud CTA provocaron en nosotros ese desapacible sentimiento de vivir en un "frasco de mayonesa".

En oportunidades, nuestros intereses, que de principio parecían comunes, se tornaron distintos y dispersos, nosotros tratando de "guardar" ciertas pautas metodológicas y cumplir con los objetivos científicos, ellos con el apuro de abordar la crítica e inmediata realidad social sanitaria de los vecinos. Parecían colisionar análisis de la situación versus emergencia de la situación.

En este sentido, en varias de las reuniones, y sobre todo en las de la primera etapa de reconocimiento de los problemas y elaboración del plan de trabajo, hemos tenido la impresión de que los jóvenes del área salud, militantes de la agrupación, apuntaban a acciones concretas, específicas e inmediatas.

Al respecto, en una instancia en que debatíamos sobre las necesidades del barrio, como la alimentación, la higiene, entre otras, algunos de ellos coincidían en que se trataba de una necesidad urgente y que no podíamos esperar a hacer "toda una investigación" y entrevistas con la gente para abordarla, "¡las moscas invaden los lugares donde hay comida y donde se prepara leche, y hay que trabajar urgente!". Acordamos que tenían razón, pero que esa era "su" percepción del problema, teníamos que acercarnos a la percepción que la gente de la comunidad había elaborado del mismo, quizá les interese, quizá no.

Uno de éstos jóvenes argumentó que la gente no se interesa porque no conoce, no sabe que las moscas y los insectos transmiten enfermedades; a lo que el resto del grupo agregó que habría que buscar la forma de llegar a trabajar de algún modo ciertas cuestiones de higiene para que luego surjan de iniciativas del mismo barrio. Otro consideró que frente a esta realidad tenemos dos caminos: realizar actividades concretas vinculadas a la higiene sanitaria del Centro comunitario o realizar la indagación de las problemáticas para saber qué le interesa a la población, o bien realizar paralelamente ambas actividades. De manera que se expresó una opción conciliadora a los intereses de la agrupación y de la investigación.

De esta manera parecía que nos perfilábamos como dos tipos de personas en el grupo, conseguíamos distinguir entre lo que Freire (1990) denomina "personas teóricas" y "personas prácticas", considerando que las primeras se encuentran en la periferia de la acción, mientras que las segundas son las que las llevan a cabo.



Entonces teníamos en el equipo de salud a los teóricos como los académicos que proveníamos de la universidad y queríamos investigar, y a los prácticos que eran los jóvenes de la agrupación que querían actuar rápidamente proponiendo listado de necesidades que “ellos” advertían, sin investigarlas en el marco de un intercambio dialógico con la comunidad.

Y en este sentido es importante la distinción que el autor realiza entre teóricos y verbalistas, con lo cual los teóricos también serían prácticos, y eso de alguna manera nos rescataba a los investigadores porque lejos estábamos de una acción verbalista.

En este sentido Freire (1990) sostiene que lo que debería oponerse a la práctica no es la teoría, que es inseparable de aquella, tampoco se puede asimilar la teoría al verbalismo como no se puede hacer lo mismo entre práctica y activismo.

*“El verbalismo carece de acción; el activismo carece de reflexión crítica sobre la acción. No es, por lo tanto extraño que los verbalistas se refugien en su torre de marfil y desprecien a aquellos que se comprometen con la acción, al tiempo que los activistas consideran que aquellos que conceptualizan la acción son “intelectuales nocivos”, “teóricos” o “filósofos” que no hacen otra cosa que desprestigiar su trabajo” (Freire, 1990:37. La cursiva es nuestra).*

Muchas veces estas sensaciones parecían sobrevolar el ambiente de trabajo, desde los jóvenes de la agrupación como personas prácticas que en algunos de los casos rozaban el activismo y en otros el verbalismo exacerbado, y los que investigábamos provenientes de una institución de educación superior como es la universidad, personas teóricas que en más de una oportunidad caíamos en el verbalismo, temerosos de la acción en comunidad.

Esta situación estaba latente al interior del equipo de investigación en salud, los universitarios y los de la agrupación, no obstante intentamos ubicarnos conjuntamente en una postura dispuesta a aceptar la inadmisibile división entre teoría y práctica, reflexión y acción, siempre considerando que toda práctica social, más aun la educativa, implica una teoría subyacente, en la cual todos comulgábamos siempre aceptando la diversidad y con ella la escucha profunda y comprometida.

No obstante, desde nuestra actitud de investigadores en la acción, y sin embargo con la prejuiciosa alforja de persona teórica o verbalista, por parte de los jóvenes de la agrupación, aspiramos a encontrarnos como grupos, no estando dispuestos a aceptar la escisión entre teoría y práctica...entre reflexión y acción.

### 1.5 Reconsideraciones valorativas

Presentadas las valoraciones desde las voces de vecinos, profesionales internos y externos y equipo de trabajo, desde una perspectiva freireana que concibe a la evaluación como un proceso formativo de problematización e interrogamiento; en esta instancia nos concentramos en la pretensión de valorar positivamente la posibilidad de trabajar con otros ámbitos más allá del académico, y la oportunidad que ello da de contribuir a la construcción de conocimiento científico desde el campo sociosanitario y popular.

Desde esta perspectiva coincidimos con los planteos de Bachelard (1984, en Emmanuele 1998:18-19) quien considera que "la ciencia esta siempre inconclusa, la filosofía de los científicos será siempre más o menos...abierta, precaria", desde esta idea tratamos de considerar los aportes de sectores sociales populares que pueden contribuir en la conformación de un conocimiento científico menos precario, en términos de distancia con la realidad y más atinado atendiendo a las realidades que acontecen y sus contextos.

A la luz de la historia del pensamiento científico es por todos sabido que los principios del conocimiento evidencian ciertas transformaciones, al respecto afirma Bachelard "Se conoce en contra de un conocimiento anterior...es preciso saber plantear problemas", esto es, de acuerdo a Emmanuelle (1998) formular interrogantes, reclamar precisión, indagar diferencias, diversificar en vez de unificar, si no hay pregunta abierta no hay conocimiento científico. "Nada es espontáneo, todo se construye...en el terreno de las ciencias, el saber pulsa para poder interrogar mejor" (Bachelard 1984, en Emmanuele 1998:18-19).

Este animo, este espíritu indagador, cuestionador y orientado a analizar las divergencias, a evidenciar lo instituido a través de una curiosidad indagadora, de manera constante e intencional, es a lo que se ha aspirado con nuestro trabajo, atendiendo siempre no sólo a lo que concierne al plano de campo empírico, la mera experiencia concreta, sino también que nuestra pretensión inicial ha sido conocer una realidad problematizándola a través de interrogantes amplios que nos impulsaran a la construcción de un conocimiento científico en ciencias sociales.

Un conocimiento que lejos de la exigencia de la objetividad, el acabamiento y la generalidad, se concibe desde los saberes populares y se reconstruye, extendiéndose a través de un proceso espiralado que exige la dialéctica de la reflexión-acción y vuelta a la reflexión sobre el mismo, a un conocimiento susceptible de ser aprehendido no solo por las propias comunidades barriales, protagonistas y aportadoras del saber



popular, sino de las comunidades científicas, considerando un conocimiento científico construido desde la particularidad de un contexto y unas personas, en un tiempo y espacio concreto.

Paralelamente, desde esta perspectiva de construcción del conocimiento científico, en este proceso de trabajo psicoeducativo en el que hemos pretendido lograr una transformación específica, creemos en que las personas participantes se hallan autoidentificado como generadoras de la transformación, como productoras de un saber, de un conocimiento que pasará al cúmulo de un capital tanto en lo individual-personal como en lo colectivo-social.

En este sentido creemos que tal experiencia adquiere un carácter inherentemente político, “al mostrar la capacidad ciudadana para construir una sociedad, para ejercer sus derechos y cumplir con sus deberes, para hacer sentir su voz y hacer ver su acción y los productos de la misma” (Montero, 2006:23).

Consideramos que allí reside la particularidad de nuestro trabajo, no existe la posibilidad de replicar esta experiencia en iguales condiciones, sí la posibilidad de tomar y recrear algunas pautas centrales de la metodología empleada, pero siempre las personas involucradas, las realidades y contextos circundantes, los momentos históricos, sus problemáticas y necesidades, todo va a ser diferente, todo ese bagaje sociocultural va a estar impregnado de saberes propios que generaran que cada nueva experiencia que se pretenda sea distinta a otras, y allí la riqueza de lo realizado, allí la singularidad y la particularidad del conocimiento científico construido, allí la extrañeza del investigador desde su curiosidad indagadora, *allí el valor de esta experiencia...*

### **3. Recapitulación. Breve articulación de temas nucleares: el qué, para qué y cómo de nuestra experiencia**

*“Finalmente, espero no cansar al lector al volver continuamente sobre ciertos temas en diferentes capítulos o incluso en un mismo capítulo. Al fin y al cabo, ésa es mi forma de escribir sobre lo que pienso y de pensar sobre lo que hago” (Freire, 1990).*

En lo que sigue retomaremos brevemente las preguntas iniciales con las que partíamos en este trabajo, vinculadas *al qué* concentrándonos en los temas centrales del trabajo; *al para qué* donde reflexionaremos sobre los propósitos del mismo y en qué medida se han visto logrados, y finalmente *al cómo*, atendiendo a la metodología empleada para el logro de los propósitos.

- a) En relación *al qué* de nuestro trabajo intentaremos trazar algunas articulaciones entre los temas nucleares del mismo para así reconstruir su estructura a la par

que ir planteando nuevos aportes, producto de nuestras reflexiones durante el proceso.

Comenzamos este trabajo (capítulo I) desarrollando nuestra *concepción epistemológica* fundamentada en la teoría freireana, considerando que el conocimiento se construye en las relaciones del hombre con el mundo, y se perfecciona a través de la problematización crítico-reflexiva de esas situaciones. Nos introducimos en el capítulo II al *objeto de conocimiento* de la investigación, el campo de la salud, partiendo de entender que, como investigadores de las ciencias sociales, intentamos indagar la manera en que se ha configurado históricamente el escenario del conocimiento y la praxis en salud.

Ello nos condujo a desarrollar las *concepciones y prácticas científicas que históricamente se desarrollaron en salud y algunas consideraciones estructurales en el campo de la salud argentina*, entendiendo que un análisis estructural sanitario nos proveería el marco para realizar posibles imputaciones y críticas a la situación actual, al tiempo que se constituiría en la base para el anuncio de nuestra propuesta. Fundamentados principalmente en Saforcada (2002) pudimos analizar el *Sistema Total de Salud y la estructura del sistema de salud argentino*, conformada por los subsistemas: público, de Seguridad Social y privado. Asimismo indagamos en *aspectos históricos sobre la conformación del sistema sanitario argentino*, pasando por el Estado Liberal Oligárquico que sienta las bases del sistema de salud, el Estado de Bienestar que generó la transformación del sector sobre la base de la ambivalencia ya que se jerarquizó el sector público e impulsó la seguridad social, el Estado Desarrollista que propugnó la descentralización administrativa de los centros asistenciales, el Estado Burocrático Autoritario y Privatista que produjo los inicios de la devastación de la salud pública con el predominio de componentes liberales y tecnocráticos, quedando establecido que tanto la salud como el bienestar de la comunidad obedecen a la mercantilización de bienes que son sociales, el lucro es el eje de la actividad con total despreocupación por el destino de los sectores menos favorecidos. Idea que se continúa favorecida y promovida por un Estado Post-social o neoliberal, que deja de ser garante de las políticas públicas y se acopla a la economía internacional influyendo en *las políticas actuales en salud*.

Ello nos condujo a indagar en nuestro *sistema local de salud* advirtiendo un municipio que se jacta de sus programas, profesionales, centros periféricos, funcionamiento, desde una actitud impregnada por su rol político y un efector provincial que si bien expone su planes y proyectos, también realiza una mirada profunda, crítica y

reflexiva de la realidad del sistema provincial que indefectiblemente toca al municipal a la hora de poder comprender la realidad sanitaria local, caracterizada por la superposición de tareas, planes y actividades institucionales; desarticulación y desconocimiento entre ellas. Se evidencia de esta manera, de acuerdo con Saforcada (2002), una alta ineficacia debido a una abrumadora multiplicidad de actividades inútiles y carencia de interconexión entre los niveles nacional, provincial y municipal.

Posteriormente presentamos las *concepciones de salud y enfermedad vinculadas a la comunidad* fundamentados por Ferrara (1985) y finalmente analizamos la propuesta de una *posición salubrista* para el trabajo en salud (Saforcada, 2002) la cual fundamenta nuestra propuesta.

Desarrolladas las concepciones de las que partimos y el objeto de conocimiento a investigar, nos introducimos en el capítulo III al análisis del *área de conocimiento*. Definimos a la *psicopedagogía*, como un conjunto de prácticas institucionalizadas de intervención en el campo del aprendizaje, sea como prevención o como diagnóstico y tratamiento de trastornos, sea como modificación del proceso de aprendizaje escolar (Castorina, 1989). Ésta se ha ido reconstruyendo históricamente y en nuestro país basada en dos tradiciones, una en psicología y otra en ciencias de la educación.

Desarrollamos los *enfoques y modelos de intervención*, considerando un modelo médico-asistencial, uno educacional-constructivista y un enfoque comunitario, distinguiendo en éste uno crítico, funcionalista o conflictivista.

Luego relacionamos las concepciones de políticas en salud analizadas y los modelos psicopedagógicos estudiados, de lo que resultó que: una política en salud liberal se vincula a un modelo psicopedagógico médico-asistencial ambos de raigambre liberal-positivista, una política desarrollista se vincula a un modelo educacional-constructivista ambos con una visión más amplia pero continuando centrados en una visión liberal-desarrollista, y por último una política en salud participante e integral se relaciona con un enfoque psicopedagógico comunitario crítico, ambos unidos en el esfuerzo de la denuncia de una realidad social injusta, y en la lucha por la anulación de una realidad sanitaria más igualitaria para todos.

De esta manera nos ubicamos en un enfoque psicopedagógico en salud comunitaria crítico reflexivo fundamentado en la perspectiva freireana, desde el cual realizamos nuestra contribución.

En el capítulo IV desarrollamos los *presupuestos metodológicos* de nuestra investigación, analizamos las bases paradigmáticas de la investigación-acción participativa, el estado de la investigación en salud considerando críticas, desafíos y



tendencias actuales desde las Ciencias Sociales, y la investigación-acción participativa como un modelo metodológico "hecho en América Latina" (Montero, 2006). Analizamos la influencia de los orígenes de dicha metodología, advirtiendo que lo que buscaban Lewin y científicos sociales latinoamericanos como Freire y Fals Borda era producir una "ciencia robusta, eficaz en sus objetivos transformadores, en la cual teoría y práctica no se separaran sino que conformaran un cuerpo único mutuamente influyente, enriquecedor y corrector" (Montero, 2006:127).

Seguidamente presentamos la *investigación temática freireana*, recreándola en el campo de la salud proponiendo una intervención psicopedagógica con modalidad investigativa, denominada "*método de investigación temática en salud*", cuyo objeto es conocer a los hombres que viven en la comunidad, al tiempo que buscar y conocer sus problemas, preocupaciones y temas en salud, para luego poder intervenir desde una educación crítica en la cual se hará un esfuerzo común de toma de conciencia de la realidad sanitaria en la que están inmersos los sujetos.

Creímos en su pertinencia como método ya que permite el conocimiento en profundidad de la comunidad a trabajar y de sus temas en salud lo que facilitará posteriores intervenciones psicopedagógicas de educación en salud; analizamos la relación entre ambas como momentos de un mismo proceso, y planteamos una intervención psicopedagógica como modalidad educativa, desde un modelo de educación para la salud de orientación social y cultural. Allí presentamos las técnicas y estrategias metodológicas a utilizar en este proceso de investigación-educación, como, la observación participante, las entrevistas participativas y la modalidad del taller.

En la *segunda parte de esta tesis* nos abocamos a la contextualización, análisis e interpretación de la experiencia empírica con la comunidad barrial Hipódromo.

El capítulo V recupera descriptivamente el *contexto comunitario* desde la perspectiva de los vecinos, profesionales sanitarios y equipo de investigación. Ello nos permitió advertir que se trata de una comunidad urbano-marginal, de familias numerosas de estrato medio-bajo con dificultades de empleo, cuya influencia recae en la mala alimentación de adultos, jóvenes y niños.

Seguidamente nos adentramos a los *problemas y situaciones en salud* (capítulo VI) sentidas e identificadas por la comunidad a través de las narrativas ofrecidas por las mujeres. Del trabajo interpretativo de las mismas emergieron dos categorías transversales: *niveles de conciencia* que las personas han construido sobre realidad sanitaria y *posibilidades de acceso* a los sistemas de Atención de la Salud que las mismas poseen.

En lo que concierne a los *niveles de conciencia* sobre realidad sanitaria, advertimos la presencia de niveles denominados intransitiva o semiintransitiva, ingenua transitiva y conciencia crítica (Freire, 1970, 1990). Para ello realizamos algunas consideraciones acerca de la conciencia de la realidad y sus condicionamientos históricos en Freire, lo que nos permitió introducirnos al desarrollo de los tres niveles mencionados e ir intercalando con expresiones propias de las vecinas que dan cuenta de los mismos.

Al respecto inferimos que el grupo de mujeres manifiestan un nivel de conciencia semiintransitivo e ingenuo transitivo y en algunos casos se evidencia un potencial de conciencia crítica en salud. Lo que denota una *conciencia semiintransitivo en salud* es que algunas mujeres se hallan inmersas en una “cultura del silencio” (Freire, 1979, 1990), bajo un estado de dependencia que les impide ver la realidad y los desafíos que en materia sanitaria ésta les presenta. Lo que nos permite inferir una *transitividad de la conciencia sanitaria* es la capacidad de las entrevistadas de visualizar la crítica situación en salud. Si bien la interpretación a los problemas se caracteriza por la sencillez y la fragilidad, ellas advierten el problema y han avanzado en una posible solución. Asimismo reconocimos un potencial de *conciencia crítica en salud* en las mujeres que muestran un argumento consistente manifestando profundidad en el análisis del problema y una tendencia al diálogo e intercambio de perspectivas.

Referido a la *accesibilidad a los servicios de salud* las entrevistas denotan que se trata de una población vulnerable en cuanto a posibilidades de acceso que se manifiesta carente en todos sus tipos.

En la *accesibilidad geográfica* de bienes y servicios en salud, la comunidad se encuentra dependiente de las condiciones de pertenencia a una clase social media-baja, lo que implica dificultades en realización de viajes para poder acceder a la atención de la salud ya que en la mayoría de los casos implica costos de dinero que no se posee. En cuanto a la *accesibilidad cultural*, gran parte de los componentes de este tipo se ciñen a la relación paciente-médico, la mayoría de las mujeres perciben una barrera entre ellas y el profesional, que se evidencia en dificultades comunicacionales y barreras psicosocioculturales (Saforcada, 2001). En la *accesibilidad jurídica* no hemos hallado en las entrevistas argumentaciones o respuestas que aludan a cuestiones vinculadas al acceso estipulado por ley, en este sentido parecería una comunidad aplacada que no reclama lo que es justo para su salud porque desconoce la existencia de normas, leyes y derechos establecidos en salud.



En lo que concierne a la *accesibilidad económica* la totalidad de las entrevistas realizadas revelan que a la comunidad sacude una accesibilidad económica negativa, manifiesta en diversos casos. En lo que respecta a la *accesibilidad administrativa* las narrativas nos dejan ver que la realidad sanitaria local es burocrática, derivando en una accesibilidad administrativa negativa.

Seguidamente, en el capítulo VII, realizamos el *análisis situacional sanitario de la comunidad barrial Hipódromo* desde las narrativas ofrecidas por: vecinas, profesionales sanitarios que trabajan allí y equipo de investigación. Éste nos ha revelado que la comunidad se halla inmersa en una situación en salud alarmante, manifestándose en dimensiones de lo colectivo, familiar e institucional. Los problemas comunes prioritarios son: presencia de focos infecciosos, mala alimentación, presencia de problemáticas psicosociales, conductas violentas, agresivas, de abandono, negligencia, maltrato, violencia familiar, abuso en relación al consumo de drogas y alcohol, desconocimiento del derecho a la salud, dificultades en el acceso a los servicios de atención de la salud e incapacidad de percibir críticamente esta situación sanitaria.

En el capítulo VIII presentamos la etapa de *construcción del plan de trabajo de educación en salud* realizada de manera compartida investigadores y vecinos participantes, en virtud de la información provista por el análisis situacional. El curso del desarrollo de estos encuentros estuvo impregnado de propuestas, debates y reflexiones. De esta manera se organizó temática y cronológicamente un plan socioeducativo en salud.

En el capítulo IX, presentamos *la experiencia de educación problematizadora en salud* en curso, ello nos permitió reflejar el proceso de intervención psicopedagógica con modalidad educativa en los talleres en salud en la comunidad. Realizados los cuatro talleres, pudimos valorar del desarrollo de los mismos: la importancia de la decisión conjunta de los temas entre vecinos y miembros del equipo de salud, la trayectoria histórica de los vecinos, sus ideas, concepciones, vida, la importancia del dialogo y la participación de investigadores y equipo, la importancia del rol individuo-comunidad y fundamentalmente la importancia del cambio conceptual en el transcurso de la experiencia, como eje central en la promoción de la salud y de la calidad de vida, como principal propósito de nuestro trabajo, principal desafío como psicopedagogos desde un enfoque comunitario sanitario....

- b) *Acerca del para qué*: nuestra intencionalidad en este trabajo se orientó hacia la elaboración de una propuesta teórica de intervención psicopedagógica en

salud comunitaria a partir de la re-creación de la teoría crítica de Paulo Freire y el desarrollo de un proyecto en el campo empírico, fundamentados desde esta perspectiva, a los fines de enfrentar efectos de la crisis que atraviesa el sistema sanitario en el contexto local, precisamente en la comunidad barrial Hipódromo de la ciudad de Río Cuarto.

Desde un comienzo nos pareció factible esta posibilidad por la naturaleza coherente de un proyecto que pretendió atender a un *plano meramente epistemológico*, orientándonos a la elaboración de teoría y generación de conocimiento, y a un *plano empírico*, lo que implicaba el desarrollo de un trabajo de campo en el contexto local con la pretensión de resolución de problemas socio-sanitarios en la mencionada comunidad.

Fue así como pudimos recrear la teoría freireana en un contexto práctico situado, como la Comunidad Hipódromo, desde una psicopedagogía social y comunitaria. Ello nos permitió reflexionar sobre las contradicciones significadas por los vecinos en relación a su situación sanitaria y sobre posibles intervenciones orientadas a un cambio superador, de esta manera pudimos estar en condiciones de aportar elementos que podrían enriquecer el perfil profesional del psicopedagogo en el área comunitaria.

En relación con el trabajo empírico, intervenir prácticamente en la Comunidad nos permitió: conocer las problemáticas que los vecinos significaban como relevantes; describir el contexto situacional de los vecinos en relación a sus problemas de salud y enfermedad y en virtud de ello elaborar un diagnóstico de la situación sanitaria; construir de manera compartida los lineamientos que reorganizarían la experiencia educativa en salud; desarrollar colaborativamente la experiencia planeada a través de diferentes estrategias de trabajo popular como talleres de educación en salud, jornadas de reflexión, cursos con especialistas, entre otros; y finalmente valorar el trabajo realizado.

En virtud de estas consideraciones creemos que en esta instancia nos hallamos en mejores condiciones de responder afirmativamente al interrogante inicial expresado como hipótesis de este trabajo: *es posible la elaboración de una propuesta teórica de intervención psicopedagógica en salud comunitaria a partir de la re-creación de la teoría crítica de Paulo Freire; es posible de esta manera la constitución de un enfoque alternativo de intervención psicopedagógica que apunte, a través del desarrollo de un proyecto en el campo empírico, a enfrentar efectos de la crisis que atraviesa el sistema*

sanitario en el contexto local, precisamente en la comunidad barrial Hipódromo de la ciudad de Río Cuarto.

Finalmente podríamos decir que los “para qué” iniciales han podido ser alcanzados, al menos pareciera que estas reflexiones satisfacen nuestras inquietudes iniciales, no obstante y lógicamente son muchos los nuevos interrogantes emergentes en este momento y que podríamos sintetizar básicamente en: ¿Cómo podríamos re significar el marco teórico y la experiencia desarrollada en prácticas psicopedagógicas sociosanitarias futuras?

- c) *Acerca del cómo*: Hemos podido avanzar en nuestra intencionalidad gracias a un proceso que nos llevó casi tres años: análisis de las fuentes, antecedentes y estado del arte, recreación de la teoría freireana a un enfoque psicopedagógico en salud comunitaria, trabajo en el campo empírico fundamentados desde esta perspectiva y escritura del texto con la sistematización teórica de la experiencia.

Intentando siempre integrar la *dimensión comprensiva* del proceso que realizábamos, acompañado de metareflexiones constantes, y una *dimensión explicativa* subyacente a la etapa de producción del escrito y las instancias de comunicación de la experiencia en Jornadas, Congresos, Simposios y Talleres, aspirando siempre a transmitir lo más fielmente posible lo realizado. La integración de estas dimensiones, comprensiva y explicativa nos facilitó hallar relaciones sustantivas entre las fases del trabajo, su consecución, las necesidades de volver a instancias precedentes, desde un trabajo de reflexión y acción, de ida y vuelta permanente, encontrando así coherencia sustantiva entre los problemas emergentes, los conceptos y fundamentaciones de las teorías trabajadas, sea la freireana, los planteos psicopedagógicos y en salud, y permanentes interrogantes emergentes que “marcaron el rumbo de la búsqueda, la dirección de nuestro estudio” (Vogliotti, 2001: 365).

En relación con ello, una de nuestras principales preocupaciones se centró en realizar un escrito que transmitiera lo más fielmente posible la experiencia efectuada, especialmente en su fase empírica, de allí que se sistematizaran teóricamente las actividades en su totalidad, desde la grabación y posterior transcripción de cada una de las entrevistas realizadas a los vecinos, cada una de las reuniones del equipo de salud, cada una de las entrevistas a los profesionales, cada uno de los talleres. Actividad de tipiado que implicó gran cantidad de horas de trabajo, material fundamentalmente significativo para nuestra investigación ya que se constituye en un documento esencial para fundamentar, desde las narrativas textuales de los



protagonistas, las experiencias, vivencias, problemáticas, necesidades etc.; de los mismos. En este sentido el remitirse a la lectura de los anexos, donde se halla todo el cuerpo de esta documentación, es de vital complementariedad para la cabal comprensión de la lectura y estudio del proceso de este trabajo de tesis.

Por otro lado, atendiendo a nuestro plan de trabajo inicial, concluimos que, básicamente lo hemos efectivizado: en la primera etapa a partir de la lectura y análisis de fuentes bibliográficas de Paulo Freire, del campo de la psicopedagogía y de la salud pudimos comenzar la exploración del campo de trabajo, establecer los primeros contactos con la Comunidad Hipódromo, lo que nos habilitó para comenzar a identificar y construir las categorías teóricas constitutivas de la propuesta. Esto nos permitió elaborar la propuesta teórica de intervención psicopedagógica en salud comunitaria desde la perspectiva freireana, y luego nos centramos en una instancia de revisión y corrección de la misma con los directores de la tesis.

Posteriormente nos adentramos a la formulación del proyecto de trabajo de campo para el desarrollo práctico de la propuesta psicopedagógica en salud comunitaria. Y como etapa final desarrollamos el mencionado proyecto en la Comunidad Barrial Hipódromo de nuestra ciudad, concluyendo dicha etapa con el análisis y evaluación de las consecuencias del mismo de manera conjunta con los participantes.

Desconocemos si lo habremos logrado, pero deseamos que este trabajo refleje que nuestra tarea se movilizó sobre la base de un profundo interés por un problema que nos preocupaba como psicopedagogos orientados en una perspectiva social y comunitaria, un problema que advertimos en dos planos:

*En el plano de lo concreto*, la crisis sanitaria que atraviesan los sectores populares de nuestro país en la actualidad, localizándola en la ciudad de Río Cuarto, en la Comunidad Hipódromo, donde los grupos más empobrecidos aparecen como los más vulnerables. Situación que afecta a la salud física y mental de los vecinos.

*En el plano teórico el problema* emergía sobre la ausencia o falta de conocimiento elaborado con respecto a la situación que viven los vecinos y de los que ellos disponen con respecto a la misma.

En virtud de estos problemas, de estas carencias y de la falta de concientización de los sujetos implicados, como investigadores, se nos hizo ineludible indagar intersubjetivamente con los vecinos en sus representaciones, nivel de concienciación del que disponían, el conocer la problemática, para que, a través de la investigación-acción como metodología empleada, pudiésemos generar e implementar

conjuntamente, estrategias de intervención que permitan o faciliten la modificación de hábitos antiguos y pasivos en salud por nuevos de mayor participación e injerencia crítica.

*De manera que un problema se transformó en el motor de una placentera tarea de investigación... la búsqueda de soluciones desde perspectivas de trabajo colaborativas, desde la integración de saberes populares y saberes académicos, fue un regocijo constante, un vislumbrar caminos de formación y praxis futuras en esa dirección, allí estamos, hacia allí vamos...*

### **3. Últimas reflexiones y prospectivas**

En lo que sigue intentaremos ofrecer unas palabras de cierre y perspectivas a futuro que se distinguen a partir de la realización de nuestro trabajo. Para consideraremos: (a) líneas prospectivas y (b) palabras de despedida.

(a) *Prospectivas.* Pensar en líneas a futuro que se derivan de la realización de un trabajo tan complejo y arduo, como ha sido el presentado, es una tarea amena que se hermana con el espíritu esperanzado de los investigadores que trabajamos en la misma y que, desde los inicios percibíamos se hallaban latentes. Encontrándonos en la instancia de poder compartir estas prospectivas, consideramos que estas se orientan a la posibilidad de:

1. *Desarrollar futuros trabajos orientados a la intervención psicopedagógica desde enfoques socio-comunitarios, la re-creación de la teoría freireana en el ámbito de la salud y el empleo de metodologías de investigación-acción participativa.* En este sentido nuestro trabajo se constituye en un interesante antecedente. Desde el mismo permanentemente se nos ha hecho imperioso trabajar con un perfil profesional sanitario orientado a lo social, hacia la concienciación participativa y crítico reflexiva de la comunidad, la promoción de la autodeterminación, el empoderamiento y autogestión por parte de las poblaciones y vecinos. Hemos intentado proponer un enfoque socioeducativo de la salud-enfermedad como un proceso, que prospere en la cimentación de conocimientos complejos, que promueva, ya a mayor alcance, la construcción y formulación de políticas públicas para la salud, que se concentren en el impulso de la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades en la sociedad. Es por ello que entendemos alentador considerarlo como antecedente a futuros trabajos orientados a esta línea de intervención socioeducativa.



2. *La posibilidad de reutilizar los datos ofrecidos por esta investigación focalizando en alguna de las problemáticas concretas emergentes, a los fines de reinterpretarlas desde otras perspectivas de análisis.* En este sentido el trabajo realizado ofreció la posibilidad de advertir un nuevo tema de interés para los investigadores que surgió como problemática comunitaria en salud, y fue la percepción por parte de las vecinas de barreras psicosocioculturales y comunicacionales entre pacientes y médicos de la comunidad. Atendiendo a ello se retoma dicha problemática investigativa -como derivación necesaria de la presente investigación, que mas allá del interés investigador se circunscribe a una demanda de la comunidad- en el marco del trabajo de investigación para la Tesina de Suficiencia Investigadora del Doctorado en Psicología de la Comunicación Interacción Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Barcelona. Dicho trabajo basado en una metodología de Análisis de Contenido de diez de las entrevistas aquí presentadas y seleccionadas por un muestreo intencional, por ser las que más caracterizaban la problemática, permitió la emergencia de 21 categorías de análisis que a través de un proceso de analítico, interpretativo y contrastación con la Lista de Chequeo del Modelo de Comunicación de Calidad (Escotorin, 2009) derivó en una propuesta de Comunicación de Calidad Prosocial para la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente (Juárez, 2009).

3. *Contribuir a los procesos de formación de los alumnos de grado y postgrado de la carrera Licenciatura en Psicopedagogía, sea desde el plano pedagógico y didáctico en la enseñanza de asignaturas vinculadas a la salud y a la educación, al facilitarles recursos para una mejor comprensión de la intervención en contextos comunitarios y aportar elementos conceptuales para una mayor delimitación del campo de la psicopedagogía en el plano de las Ciencias Sociales.* Es sabido que la universidad pública argentina ha generado un perfil de "facultativo discapacitado" (Saforcada, 2002:185) para el desempeño de la medicina, negando a éste profesional la formación en Ciencias Sociales y Humanas, tales como la psicología, psicología comunitaria, psicosociología organizacional, sociología, antropología social y epidemiología psicosocial, disciplinas que contribuirían de manera esencial a un pertinente desempeño integral, ya sea en relación a la salud colectiva como en la atención personalizada.

Asimismo existen temas sanitarios psicosociales cualitativa y cuantitativamente álgidos en el área de la salud colectiva, que son sistemáticamente excluidos de los desarrollos nosológicos científico-técnicos y de la formación universitaria de los agentes de salud, así como de las políticas trazadas desde la atención primaria y secundaria de la salud.

Atendiendo a estos antecedentes nuestro trabajo intenta generar un impulso en la formación psicopedagógica, desde lo pedagógico, didáctico y atendiendo a componentes conceptuales en salud orientados a la integralidad, con una pretendida formación en las distintas disciplinas que componen las Ciencias Sociales y Humanas dotando al profesional de herramientas teóricas de envergadura que le permitan desempeñarse acorde y coherentemente en contextos prácticos situados.

En este sentido creemos que la convergencia disciplinar de la salud y la educación en la psicopedagogía es ineludible si se quiere comprender el anudamiento de sujeciones que se produce en el hombre real entre la biología como condición de posibilidad y las dimensiones social, desiderativa (al inconsciente) y epistémica (Emmanuele, 1998).

4. *Vinculación de las instancias de docencia e investigación y relación del ámbito académico y el popular.* Consideramos que nuestro trabajo fija un antecedente en una línea poco explorada y desarrollada en general como metodología de investigación y en el área de salud. Por lo cual podría constituir un aporte interesante para las Ciencias Médicas y Sociales, en particular para la Psicopedagogía y la Psicología. Asimismo se establece un importante antecedente que da cuenta que es posible establecer nexos y redes con las comunidades, que es posible comprometerse con ellas y trabajar mancomunadamente.

Tradicionalmente la universidad se ha preocupado por mantener criterios de rigurosidad, objetividad, seriedad en el ambiente de la investigación así como en el de la docencia, evidenciando serias dificultades para aproximarse a las clases populares, y más aun para comprometerse con ellas. Desde estas consideraciones creemos que "se trata de disminuir la distancia entre la universidad o lo que en ella se hace y las clases populares, sin pérdida de seriedad y rigor" (Freire, 1993: 184).

Se trata de una exhortación fundamental de la que nos hacemos eco los jóvenes docentes e investigadores de estas casas de altos estudios, debemos

aceptar que se trata de un reto, y como tal supone un desafío, un riesgo, donde quizás emerjan dudas, ansiedades, temores, sinsabores, sentimientos de soledad, de luchas individuales y aisladas, sentidas como pérdidas, situaciones difíciles, panoramas de inestabilidad...

Paralelamente y en el plano meramente académico la universidad debe realizar un impulso en torno a dos momentos centrales del ciclo del conocimiento (Freire, 1993): uno es el momento en el que conocemos el conocimiento existente, el ya producido, y el otro es aquel en el que producimos el nuevo conocimiento. El momento en que conocemos el conocimiento existente es preponderantemente el de la *docencia*, el de enseñar y aprender contenidos, y el otro momento es el de la producción del nuevo conocimiento, que es el de la *investigación*, momento en que hemos situado nuestra experiencia.

De esta manera emerge entre la docencia y la investigación, una relación dialéctica, toda docencia implica investigación y toda investigación implica docencia. No se vive una auténtica docencia si en su transcurso no se sucede la investigación como pregunta indagadora, como curiosidad creativa, así como, de igual manera no existe investigación en cuyo recorrido no se aprenda necesariamente porqué se conoce, y no se enseñe porqué se aprende (Freire, 1993).

Este es otro de los retos con que nos hallamos, el vivir esta relación dialéctica entre docencia e investigación, atendiendo a lo experimentado. Atravesamos necesariamente una fase inicial de docencia en la que conocimos el conocimiento existente en torno a la temática de interés, donde analizamos el conocimiento ya producido. De esta instancia emergieron preguntas indagadoras, curiosidades epistemológicas, inquietudes, incomodidades, ello nos motivo a la necesidad de producción de nuevo conocimiento, en una fase de investigación. La dialéctica resultante de esta relación nos ubica en una instancia de vuelta a la docencia. Quizás la fase prospectiva de nuestra experiencia radique, fundamentalmente, en retornar al campo docente para comenzar a trabajar, cuestionar, enseñar y aprender el conocimiento producido en la experiencia, indagarlo, desnaturalizarlo, problematizarlo, hasta que el ciclo se reproduzca nuevamente e inquiete a otros con la necesidad de producir nuevos conocimientos, cuando éstos ya no sean pertinentes a las nuevas realidades, cuando éstos ya no ofrezcan las respuestas que se buscan, será allí

donde recobren vitalidad los interrogantes del ¿porqué se conoce? ¿Para qué se conoce? ¿Por qué se enseña? ¿Porqué se aprende?...

5. *Promover el desarrollo de trabajos psicopedagógicos en contextos sociocomunitarios*, no sólo en lo referente a salud, sino también educación de adultos, programas de alfabetización, trabajo con grupos comunitarios sobre temas sociales, trabajo con comunidades nativas, apoyo escolar, orientación en aprendizaje de micro-emprendimientos, catequesis en barrios, trabajos en redes con vecinales, centros comunitarios, hospitales, centros de salud, dispensarios y todos aquellos trabajos que se consideren con la comunidad.

6. *Contribuir con las autoridades locales* en incrementar su nivel de conocimiento de la situación comunitaria, desde el aporte que puede ofrecer un informe de investigación de la zona trabajada, para así estar en condiciones de adoptar decisiones superadoras desde su gestión. Las autoridades y prioritariamente el Estado deben ejercer, en este sentido, una vigilancia epidemiológica y una educación sanitaria permanente (Martino, 2005:16) en un trabajo de detección de poblaciones y comunidades vulnerables, en riesgo, desprovistas de atención en salud, con necesidades básicas insatisfechas y donde no hay educación, erigiéndose como principal proveedor de atención primaria de la enfermedad y de la salud. A ello pretendemos contribuir con nuestro aporte abogando por "enfoques integrales de intervención" que armonicen el desarrollo económico, el desarrollo social, político y cultural y un enfoque para la salud en la sociedad, una política para la promoción de la salud y de la vida, la que tiene que articularse a una estrategia de desarrollo social (Estrada Ospina, 2006:135).

De lo contrario, el trabajar en forma aislada y parcelada en salud, construyendo un conocimiento que permanezca estanco o cercado por los muros académicos, nos conduciría a correr el riesgo de permanecer impulsando acciones marginales o, en el peor de los casos, asignándole al sector de la salud funciones que finalmente no puede cumplir por sí mismo, protagonizando finalmente, desde la academia un rol crítico-reproductivista.

7. *La posibilidad de trabajar en otros barrios, de trabajar cooperativamente con otras Organizaciones no Gubernamentales, la posibilidad de establecer contactos y redes* entre profesionales implicados en la experiencia desarrollada y otros. Estas posibilidades de enriquecer y perfeccionar el enfoque psicopedagógico en comunidad redundará principalmente en contribuciones a la



promoción de la modificación y transformación de los comportamientos sociales en salud de las poblaciones, vinculados a la forma de relacionarse con el poder y las autoridades apuntando a la toma de conciencia del propio poder, fomentando la creación y elaboración de propuestas alternativas que permitan organizar proyectos en salud propios, susceptibles de ser transferidos a otras áreas temáticas de interés ciudadano.

8. *La posibilidad de hallar intersticios en los planes de estudio y formación vigentes en la Licenciatura en Psicopedagogía que nos permitan transmitir los conocimientos producidos de la experiencia realizada.* En este sentido como equipo de trabajo hallamos la posibilidad de transmitir los saberes construidos en la cátedra de Psicología Social, a través de la posibilidad de desarrollar prácticas docentes de adscripción. Ello nos brindó la oportunidad de trabajar desde una unidad didáctica el tema de la "Psicología Comunitaria" con estudiantes de la Licenciatura en Psicopedagogía y ofrecer, de esta manera una instancia para repensar los saberes que la psicología comunitaria nos ofrece, al campo de la educación. Comenzar a repensar nuestro objeto de estudio, el sujeto en situación de aprendizaje, desde contextos sociocomunitarios. Esta oportunidad fue un verdadero reto que redundo en esperanzadores resultados provistos por *feedbacks* de estudiantes, trabajos prácticos de reflexión y debates en grupos de trabajo.

9. *La posibilidad de trabajar conjuntamente equipos docentes de cátedras diversas en pos de una idea común, como lo es el enfoque psicopedagógico en comunidad.* Esta oportunidad se brindó desde la Secretaría de Ciencia y Técnica y la Secretaría Académica de la Universidad Nacional de Río Cuarto en el marco de la Convocatoria de Proyectos de Innovación para el Mejoramiento de la Enseñanza de Grado (PIIMEG). En esta instancia se trabajó conjuntamente la Cátedra Psicología Social y Sociología de la Educación I, proponiendo una instancia de formación y práctica en comunidades barriales marginales de la ciudad de Río Cuarto desde un enfoque socioeducativo. Proyecto denominado "Prácticas socio-educativas en comunidad. Hacia un Aprendizaje Intercátedra". Aprobado y adjudicado para el período 1º de agosto de 2006 y por el término de 24 meses. Res. Rectoral N° 499/06.

*En síntesis:* son muchas las líneas que se derivan de nuestro trabajo, y quizás las lecturas realizadas por otros ofrezcan nuevas perspectivas, y cuantos más caminos se abran mejor se habrá realizado nuestra labor, más vías, más oportunidades, más



esperanzas... que esas puertas se sigan abriendo.... Que los intersticios sigan emergiendo...

(b) *Palabras de despedida...*

Ha llegado la instancia de dar cierre a este trabajo. Tarea nada sencilla la de la despedida de tan apreciado proceso, impregnado de esperanzas, deseos, sueños compartidos, pero proyecto personal también, y al fin. Proyecto que halló su germen en una inicial tesis de grado, en una tímida propuesta de trabajo psicopedagógico en comunidad desde la perspectiva freireana, y luego, unos años después ve la posibilidad de llevar esa propuesta al campo, promovidos por los saberes aprehendidos en el marco de una instancia de formación de postgrado como lo ha sido la maestría en Ciencias Sociales.

Bagaje de saberes y conocimientos transdisciplinares que nos llevaron a redimensionar y analizar nuestros intereses en psicopedagogía, salud y comunidad desde dimensiones como lo son la epistemológica, la sociológica, la histórica, la antropológica, la teoría política, la económica, las metodologías de investigación social, la comunicación, la planificación territorial, el Estado y la política, los partidos políticos y los actores sociales en Argentina.

Se trataron de cursos y seminarios que nos ofrecieron la grata posibilidad de abrir el abanico de nuestros esquemas mentales, nos obligaron a poner nuestro tema de interés en "sobre- dimensión<sup>151</sup>" al ser susceptible de repensarlo desde las diversas perspectivas, la satisfacción de haber podido reflexionar sobre la temática objeto de esta tesis en estas múltiples facetas y perspectivas nos ha permitido considerarlo integralmente, nos ha dado la posibilidad de enfocar el problema desde diversos ángulos advirtiendo así aspectos que se escapaban a nuestra contemplación y que, promovidos por los cursos, echaron luz a los mismos para poder así ser vislumbrados.

La posibilidad de trabajar la temática y sus distintos abordajes de acuerdo a los propósitos de los seminarios y cursos, fue muy óptima y beneficiosa para nosotros, ya que aprovechamos la instancia que se nos ofrecía de someter nuestros intereses, propósitos y reflexiones, a la revisión de destacados intelectuales de nuestro país que, a través de las lecturas de los trabajos, contribuían, en muchos de los casos, con interesantes devoluciones conceptuales y sugerencias que nos reorientaban y nos estimulaban a continuar con la tarea. Las fases de evaluación de nuestros escritos

---

<sup>151</sup> Entiéndase aquí, *sobre-dimensión* como la posibilidad de elevar la temática del plano corriente, en el que venía desarrollándose hasta el momento, para poder verlo y apreciarlo desde otras perspectivas. No en el sentido de la sobredimensión como sobrevaloración o estimación mayor de la temática abordada.

para los módulos fueron fructíferas retroalimentaciones que nutrieron nuestro trabajo. De ello estamos muy agradecidos al equipo docente de esta Maestría en Ciencias Sociales.

Ignoramos si este trabajo lo refleja, pero toda esta tarea se movilizó sobre la base de un profundo interés en una temática que nos preocupaba desde hace mucho tiempo en el ámbito de la salud, la educación, la psicopedagogía y las metodologías de investigación en ciencias sociales. Ello fue estimulado por profundo interés en el problema, una gran curiosidad y deseos de aprender, una necesidad de traspasar los muros universitarios y trabajar conjuntamente con organizaciones externas, estas condiciones naturales permitieron transformar una exigencia formal para la conclusión de una carrera de postgrado, en una auténtica actividad de formación.

Desde una humilde actitud esperamos haber contribuido en la construcción de futuras propuestas de intervención psicopedagógica en comunidad, contribuir con nuevos planteos a quienes estén preocupados por cuestiones prácticas de la intervención psicopedagógica y signifiquen a su quehacer con intensidad transformadora y esperanzada... es nuestro deseo...

Como dice nuestro "maestro":

*"Uno de esos sueños porqué luchar, sueño posible pero cuya concreción requiere coherencia, valor, tenacidad, sentido de justicia, fuerza para luchar, de todos y todas los que se entreguen a él, es el sueño de un mundo menos feo, en que disminuyan las desigualdades, en el que las discriminaciones de raza, sexo, de clase sean señales de vergüenza y no de afirmación orgullosa o de lamentación puramente engañosa. En el fondo es un sueño sin cuya realización la democracia de la que tanto se habla, sobre todo hoy, es una farsa" (Freire, 1992:29).*



## REFERENCIAS

- Aguilera, S. y P. Sanmartino (2007). Las orientaciones ofrecidas por la carrera de Licenciatura en Psicopedagogía en la UNRC. Una mirada desde la perspectiva de los Estudiantes. Trabajo Final de Licenciatura en Psicopedagogía. Departamento de Ciencias de la Educación. Facultad de Ciencias Humanas. UNRC.
- Aguirre, Y. y N. Vilte (2009). Taller de prevención primaria de la salud (Municipalidad de Río Cuarto). *III Seminario de Formación Profesional Proyectos Educativos en Acción "Para alfabetizar ciudadanos con-ciencia"* (Pág. 44). UNRC. UNESCO Cluster Mercosur. 13 y 14 de agosto de 2009.
- Albornoz, J. y Mora, V. (2009). Proyecto de voluntariado universitario "Apoyando al futuro". *III Seminario de Formación Profesional Proyectos Educativos en Acción "Para alfabetizar ciudadanos con-ciencia"* (Pág. 49). UNRC. UNESCO Cluster Mercosur. 13 y 14 de agosto de 2009.
- Alfaro Inzunza, J. (2008). Modelos en psicología comunitaria: comprensiones y estrategias en torno al desarrollo comunitario. (Pág.69). En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 june. Portugal.
- Ander-Egg, E. (1997). Los cuatro pilares de la educación. *Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI*. Buenos Aires. Magisterio del Río de la Plata.
- Ander-Egg, E. (1999). *El taller; Una alternativa de renovación pedagógica*. Buenos Aires. Magisterio del Río de la Plata.
- Auger, S. (2003). Salud pública y guardias hospitalarias. *En Médicos Hoy: Revista de la confederación Médica de la República Argentina* (Pág. 30). Argentina. Edit. Jezreel.
- Bambozzi, E. (2005). *Escritos pedagógicos*. Córdoba. Ediciones del Copista.
- Bianco M. I. y S. Felizzia. (2007). Significaciones sobre el cuidado de la salud de mujeres de sectores desfavorecidos. Informe de Investigación. *Programa de docentes de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Río Cuarto*. Río Cuarto. Manuscrito no publicado.
- Bobbio, N. (2009). *Aproximaciones teóricas a la práctica psicopedagógica desde una perspectiva crítica*. Trabajo Final de Licenciatura Especial en Psicopedagogía. Instituto Superior Dr. Domingo Cabred. Directora: Ana Vogliotti. Manuscrito no publicado.
- Bordelois, I. (2009). *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Buenos Aires. Libros del Zorzal.
- Bracalenti, L. y L. Lagorio (2008). Proyectos de investigación-acción como mecanismos dinamizadores de la relación universidad-medio. El caso de la agricultura urbana en Rosario. *II Congreso Nacional Producción y Reflexión sobre Educación. XII Jornadas de Producción y Reflexión sobre Educación, Entre el contexto actual y las necesidades educativas: ¿hacia dónde va la educación? ¿Hacia dónde podría ir?*. 28, 29 y 30 de mayo de 2008. UNRC (Pág. 168).

- Brenner, V; Correa, J y J. Imberti (1998). *Un viaje para recorrer. De la intolerancia a la tolerancia*. Programa UNESCO Argentina. Extraído el día 12 de marzo de 2007 desde: <http://www.unesdoc.unesco.org>
- Buendía Eisman, L.; P. Colás Bravo; y F. Henández Pina. (1998). Cáp.9: El análisis cualitativo de datos. *En: Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. Madrid. Mc.Graw-Hill.
- Carniglia, E; M. Carlosena; C. Quiroga y L. Cabral. (2005). *Directorio de Organizaciones sociales y comunitarias de Río Cuarto 2004/5*. Río Cuarto. EFUNARC.
- Castorina J.A, E. Ferreiro, M.K, de Olivero y D, Lerner. (1996). *Piaget- Vigotsky: contribuciones para replantear el debate*. Buenos Aires. Paidós.
- Castorina, J. (1989). Obstáculos epistemológicos en la constitución de la disciplina psicopedagógica. En Castorina, J.; B. Aisemberg; C. Dibar Ure; G. Palau y C. Colinvaux. *Problemas en psicología genética*. Buenos Aires. Miño y Dávila.
- Chinkes, S.; A. Lapalma; y E. Nicenboim. (1991). Psicología comunitaria en Argentina. Reconstrucción de redes e información de una práctica psicosocial. En revista *Contextos Grupales*. Año 1. N°1. (Pág.: 35-66) Argentina. Editorial Gabas.
- Coll, C. (1989). *Conocimiento psicológico y práctica educativa*. Barcelona. Barcanova.
- Coll, C. Palacios, Marchessi. (1990). Colección: *Desarrollo psicológico y educación*. Volumen II. Buenos Aires. Alianza.
- Comes, Y. (2006). *Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud en un grupo de mujeres por debajo de la línea de pobreza*. En: Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y II Encuentro de Investigadores de Psicología del MERCOSUR. Pág.31- 32. Buenos Aires.
- Conde, S; M, Leal y S, Schmunk. (1998). *Salud comunitaria. Diagnóstico-Estrategia-Participación*. Buenos Aires. Espacio.
- CONFEMEL. (2001). Conclusiones de la IV Asamblea de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe. En *Médicos Hoy. Revista de la confederación Médica de la República Argentina*. N° 29. (Pág.21-25). Argentina. Edit. Jezreel.
- Correa, C. M. (2001). Investigación y desarrollo en la industria farmacéutica. El caso argentino. Impacto de las patentes farmacéuticas. En revista *Espacios*. Vol. 22 (1). Extraído el día 25 de junio de 2007 desde: <http://www.revistaespacios.com>
- Crabay, M. (1997). Las transformaciones del Estado y su impacto en las políticas de salud. Salud mental (Argentina 1945-1985). En Crabay, M.I; C. Harrington; C. Basconzuelo; M. Ré; y R. Muñoz (1997); *Transformación del Estado en Argentina*. Río Cuarto. Ediciones del ICALA.
- Crabay, M. (2003). *La mediación como recurso valioso y saludable en contextos de cambio*. En Crabay, M. 2003 (Comp.) *Prevención y Educación II*. Área de Prevención y Riesgos Psicosociales. Río Cuarto. EFUNARC.
- Cuadernos Médico Sociales. (2000). Centro de estudios sanitarios y sociales. España.
- Dalbosco Dell'Aglio, D. (2008). *Risk and resilience in adolescents that live in contexts of social vulnerability in Brazil*. (Pág. 54) En: *International Conference on Community Psychology*.



- Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 june. Portugal.
- De La Aldea, E. (1991). El trabajo comunitario, una propuesta, un desafío. En: *Revista: Quaderns de serveis socials*. Nº 1. Barcelona.
- De la Barrera, S. (2002). *Práctica docente y pedagógica en la universidad. Fundamentos de una docencia compartida*. Río Cuarto. EFUNARC.
- Demo, P. (1985). *Sociología, una introducción crítica*. Sao Paulo. Brasil. Atlas.
- Dolso, M. y Lapezzatta, E. (2009). Prevención y asistencia de adicciones (Asociación Nazareth, Río IV). *III Seminario de Formación Profesional Proyectos Educativos en Acción "Para alfabetizar ciudadanos con-ciencia"* (Pág. 44). UNRC. UNESCO Cluster Mercosur. 13 y 14 de agosto de 2009.
- Domenech (s/f). *Políticas en salud. Diferentes perfiles a partir de los cambios de Estado*. Tomo3. Extraído el día 1 de septiembre de 2004 desde: [www/institutos/admin/ciap/tomo%203%/20noviembre201997%20domenech.htm](http://www.institutos/admin/ciap/tomo%203%/20noviembre201997%20domenech.htm).
- Elliott, J. (1991). *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid, Morata.
- Emmanuele, E. (1998). *Educación, salud, discurso pedagógico*. Novedades Educativas. Buenos Aires.
- Escalante Izeta, E.; Villanueva María, A.; Di Girolamo, A. y Cottrell, B. (2008). Salud y empoderamiento en mujeres mexicanas (Pág. 41). En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 june. Portugal.
- Escotorin, P. (2009). Cap. 4 Comunicación con calidad prosocial en comunidades educativas. En Robert Roche (Ed.) (2009). *Prosocialidad: Nuevos desafíos*. Ciudad Nueva, Buenos Aires. Manuscrito presentado para publicación.
- Estrada Ospina, V. (2006). *Salud y planificación social ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?* Buenos Aires. Espacio.
- Falavigna, G. (2003). Individuo, familia y sociedad. En: Crabay, M.I Comp. (2003) *Prevención y educación II*. Río Cuarto. EFUNARC.
- Fancin de la Juventud CTA*. (2006). Barajar y dar de nuevo. Recuperemos la dignidad desde el trabajo y la solidaridad. Año Nº 1. Río Cuarto, Córdoba.
- Feldman- Stewart, D., Brundage, M. & Tishelman. C. (2005). A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psycho-Oncology*. Vol. 14, 801–809. Extraído el 12 de noviembre de 2008 de: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
- Fernández, A. (1997). El porqué, para qué y cómo de la insistencia de la pregunta: ¿qué es la psicopedagogía? En *¿Qué es la psicopedagogía?* E. Psi. (Pág. 11-19). Buenos Aires.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*. Catálogos, Buenos Aires.
- Ferreira de Oliveira, W. & Vilela Tagliari, L. (2008). *Mental Health community promotion: Perspectives in the context of health and psychiatric reform* (Pág. 86). En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 june. Portugal.

- Ferreira de Oliveira, W. (2008). *Mental Health community promotion: using theatre and psychodramaturgy as tools for Change* (Pág. 64). En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 June. Portugal.
- FONAIME. (2000). Documento del Foro Nacional de Instituciones Médicas frente a la crisis de la salud. *En Médicos Hoy. Revista de la confederación Médica de la República Argentina*. N° 25. (Pág. 12-13). Argentina. Edit. Jezreel.
- Freire, P. (1973). *Pedagogía del Oprimido*. (1° ed. 1970). Buenos Aires, Siglo XXI.
- Freire, P. (1974). *Educación como práctica de la libertad*. (1° ed. 1965). Buenos Aires, Siglo XXI.
- Freire, P. (1975). *Acción cultural para la libertad*. Buenos Aires. Tierra Nueva.
- Freire, P. (1990). *La Naturaleza política de la educación. Cultura, poder y liberación*. Barcelona. Paidós.
- Freire, P. (1998). *¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural*. (1° ed. 1973). Buenos Aires, Siglo XXI.
- Freire, P. (1993). *Pedagogía de la esperanza*. (1° ed. 1992) México. Siglo XXI.
- Freire, P. (1995). *Política y educación*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. México. Siglo XXI.
- Freire, P. (2000). Lenguaje "culto" y lenguaje "popular". En Freire P. y A. P. de Quiroga: *El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviere*. Buenos Aires. Ediciones Cinco.
- Freire, P. (2002). *Cartas a quien pretende enseñar*. (1° ed. 1993). Buenos Aires. Siglo XXI.
- Freire, P. y Quiroga A.P. (2000). *El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichon Riviere*. Buenos Aires. Ediciones Cinco.
- Gadotti, M., M, Gomez Y L, Freire. (Comp.). (2003). *Lecciones de Paulo Freire. Cruzando Fronteras: Experiencias que se completan*. Buenos Aires. Clacso.
- Galeano, E. (2007). *El libro de los abrazos*. Buenos Aires. Catalogos.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires. Paidós.
- García Delgado. D. (1994). *Estado y Sociedad*. FLACSO. Tesis. Buenos Aires. Norma.
- Garín, H. (2000). Hospital Social. Nuevo concepto sobre el rol del hospital público. *En Médicos Hoy. Revista de la confederación Médica de la República Argentina*. N° 24. (Pág. 44-50). Edit. Jezreel. Argentina.
- Godoy Ojeda, D. y Guardiola Ramirez, C. (2008). Formando en educación comunitaria a mujeres cesantes y pobres en Chile (Pág. 56). En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 June. Portugal.
- Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. OPS. OMS. Fundación Kellogg, Autoridad sueca para el desarrollo internacional (ASDI).
- Hamilton, G. (2000) Exclusión de la protección social en salud en Argentina: tres enfoques metodológicos. *En libro: Jornadas Gino Germani*. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino

- Germani, Buenos Aires, Argentina. 2000. p. 37. Extraído el 12 de marzo de 2009 desde: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/hamilton.rtf>
- Hausberger, M y R. Wacsman. (2000). Participación de la comunidad en la problemática de la salud. Un modelo interdisciplinario de investigación-acción. En *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol.8.Nº 1. Pág. 1 a 10. *Escola de Enfermagem de Riberáo Preto. Universidade de Sao Paulo*. Brasil.
- Hornberger,J; Itakura, H. & Wilson, R.(1997). Bridging language and cultural barriers between physic-patients. *Pub.Med. A service of the National Library of medicine and the National Institutes of Health*, Nº 112, 410-417. Extraído el día 16 de marzo de 2007 desde: [www.pud.med.central.nih.gov](http://www.pud.med.central.nih.gov).
- Huertas, F. y C. Matus. (1999). *El método PES (Planificación Estratégica Situacional)*. CEREB. La Paz.
- Iglesias, R. (1997). Querido Paulo...porqué su pensamiento es liberador. En Paulo Freire Maestro. *Cuaderno de Sendas para la Educación Popular*. (Pág.3-20). Dirección de Impresiones. Secretaría de Extensión Universitaria. Universidad Nacional de San Luís.
- Informe para el establecimiento de la línea de base para el proyecto: Actividades de apoyo a la prevención y control del VIH/SIDA en Argentina. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Instituto Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.
- Jacobs, E. & Shepad, D. (2004). Overcoming language barriers in health care: cost and benefits of interpreter services. *Pub.Med. A service of the National Library of medicine and the National Institutes of Health*. Nº 94 (5), 866-9. Extraído el 16 de marzo de 2007 desde: [www.pud.med.central.nih.gov](http://www.pud.med.central.nih.gov).
- Jañez. JC. (2001). La Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) frente a la crisis argentina. En *Médicos Hoy. Revista de la confederación Médica de la República Argentina*. Nº 32. (Pág. 20). Edit. Jezreel. Argentina.
- Juárez, M.P (2005). *Aportes para la intervención psicopedagógica en proyectos comunitarios en salud. Una perspectiva freireana*. Trabajo Final de Licenciatura en Psicopedagogía. UNRC. Directora Ana Vogliotti. Manuscrito no publicado.
- Juárez, M.P (2009). *Comunicación de Calidad Prosocial desde la perspectiva del paciente en la comunidad barrial Hipódromo, Argentina*. Tesina de Suficiencia Investigadora Aprobada. Doctorado Psicología de la Comunicación: Interacción Social y Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Barcelona. Manuscrito no publicado.
- Kalinsky B. & Arrúe, W. (1996). El conflicto de creencias en la relación médico/paciente. ¿Un equívoco adrede? En B. Kalinsky & W. Arrúe, *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Kisnerman, N. (1997). La sistematización. En: *Kisnerman, N. y D. Mustieles Muñoz*.1997. *Sistematización de la práctica con grupos*. Pág.: 11-24. Buenos Aires. Lumen Hvmánitas.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el trabajo social. Una introducción desde el contruccionismo*. Buenos Aires. Lumen hvmanitas.
- Kornblit, A. y A. Méndez Diz. (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Buenos

Aires. Aique.

- Martino, O. (2005). Enfermedades de la pobreza. El médico debe ser un operario social. *En revista Médicos Hoy. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina*. Año IX. Pág. 8-16. Buenos Aires.
- Matteoda, C. (1998). Consideraciones acerca de la práctica, la formación y la investigación psicopedagógica. *Contextos de Educación Revista del Departamento de Ciencias de la Educación*. Año 1, N° 1. Río Cuarto. EFUNARC.
- Maxwell, J. (1996). *Qualitative research design. An interactive approach*. London. Sage Publications.
- Meeroff, M. (2000). Salud para la comunidad. *En Médicos Hoy. Revista de la confederación Médica de la República Argentina*. N° 23. (Pág.4-11). Argentina. Edit. Jezreel.
- Mejía M. y M. Awad (2004). *Educación popular hoy. En tiempos de globalización*. Buenos Aires. E.d.b.
- Mendoza González, B. (1999). La relación médico-paciente en pueblos indígenas: algo más que la búsqueda de la curación. *Salud Problema*. N° 7. Universidad autónoma metropolitana. México. Extraído el día 16 de marzo de 2007 desde: <http://www.xoc.aum.mx/aum/publicaciones/revistas/saludproblema/pagina/texte/sietef.pdf>
- Monereo, F, e I, Solé. (1996). *El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructivista*. Buenos Aires. Alianza.
- Montero, M. & Gonçalves de Freitas, M. (2008). *Community Clinical Psychology in Venezuela: Looking ahead* (Pág. 98). En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 june. Portugal.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires. Paidós.
- Montero, M. (2004). *Desarrollo, conceptos y procesos*.
- Montero, M. (2005). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires. Paidós.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires. Paidós.
- Montero, M. (2008). *Community psychology and politics* (Pág. 20). En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 june. Portugal.
- Monzón Gramajo, J. (2006). Entrevista a Albert Figueras: "Un problema de salud no siempre se trata con medicamentos". *Revista: el universitario. Universidad Nacional del Nordeste*. Extraído el día 16 de junio de 2006 desde: [www.eluniversitario.unne.edu.ar/2006/131/pagina/entrevista.htm](http://www.eluniversitario.unne.edu.ar/2006/131/pagina/entrevista.htm)
- Mora, E. (2002). *Acontecer Psicopedagógico. Psicopedagogía psicodramática psicoanalítica*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires. Paidós.



- Morici, P. (2005). Enfermedades de la pobreza. La situación sanitaria argentina. *En revista Médicos Hoy. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina*. Año IX. Pág. 18-23. Buenos Aires.
- Moyetta, L; M. Valle y I. Jakob. (2006). El valor de las problemáticas contextualizadas en el aprendizaje de la práctica profesional psicopedagógica. En: *Colección de cuadernillos de actualización para pensar la enseñanza universitaria*. Año 1. N° 10. (Pág.1-6). UNRC. Río Cuarto.
- Muller, M. (1994). *Aprender para ser*. Buenos Aires. Bonum.
- Municipios y Comunidades Saludables, Ministerio de Salud de la Nación. Publicado por Coordinación Operativa de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Argentina.
- Murira, N; Lützen; K, Lindmark, G. & Christensson, K. (2003). Communication Patterns between health care providers and their clients at an antenatal clinic in Zimbabwe. *Health Care for Women International*, Vol. 24, 83-92, Copyright Taylor & Francis.
- Mustieles Muñoz. (1997). Nueva guía para la sistematización de procesos grupales. En: *Kisnerman, N. y D. Mustieles Muñoz. 1997. Sistematización de la práctica con grupos*. Pág.: 35-50. Buenos Aires. Lumen Hvmánitas.
- Neumman, A. (2005). Cuando la pobreza se convierte en enfermedad. *En revista Médicos Hoy. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina*. Año IX. Pág. 20-21. Buenos Aires.
- Noticias del PROAPS. Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud (Crédito BID N° 1193/OC-AR) Gobierno de la Provincia de Córdoba. Extraído el día 25 de junio de 2007 desde: <http://www.proaps.cba.gov.ar/revista.html>
- O'Hair, D. & McNeilis, K. (1993). Advocates for the elderly patient: negotiation of patient and physician roles. En: E. Berlin Ray, *Case Studies in Health Communication* (Págs. 61-71). London: LEA.
- OMS (2004). Informe: *The World Medicines Situation*. Extraído el día 16 de junio de 2006 desde: [www.who.int/medicines/organization/par/World\\_Medicines\\_Situation.pdf](http://www.who.int/medicines/organization/par/World_Medicines_Situation.pdf)
- OMS y OPS. (2004). OPS Promueve uso de medicamentos genéricos para mejorar el acceso. Los genéricos están en la mira de Latinoamérica. En: *Boletines Fármacos*, Vol. 7, N°5. Extraído el día 16 de junio de 2006 desde: <http://www.boletinesfarmacos.org>
- Pastorino, I.C. (2006). *Críticas y tendencias en educación para la salud. Aportes a la formación del profesorado de biología*. Trabajo Final de Especialización en Docencia Universitaria. Directoras: Rivarosa, A. y M. Astudillo. UNRC. Río Cuarto. Manuscrito no publicado.
- Plan de Estudio de la Carrera Licenciatura en Psicopedagogía, correspondiente al año 1999. UNRC.
- Platón. (1998). *República*. Buenos Aires. Eudeba.
- Prilleltensky, I. (2004). Prologo al libro: *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos* (Montero, M. 2004). Buenos Aires. Paidós.
- Prilleltensky, I. (2008). *What values and psychology can do for the is-ought conundrum* (Pág. 80). En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 june. Portugal.

- Quintal de Freitas, M. F. (2008). *Community and external agents: challenges and paradoxes in the latin-american social community psychology perspective* (Pág. 57). En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 June. Portugal.
- Quiroga, A. P. (2005). *Enfoques y perspectivas en psicología social. Desarrollos a partir del pensamiento de Enrique Pichón-Rivière*. Buenos Aires. Ediciones cinco.
- Quiroga, C; M.P Juárez y A, Verhaeghe. (2006). Art. en soporte digital: *Aportes de la psicología social comunitaria a los procesos de formación psicopedagógica*. En: XII Jornadas de Investigación y II Encuentro de Investigadores de Psicología del Mercosur "Paradigmas, Métodos y Técnicas". Organizado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. ISSN 1667-6750. (Nº Pág. 569).
- Red Argentina de Municipios y comunidades saludables (2004). *Boletín Especial. Informe Anual de Gestión 2004*. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Buenos Aires, Argentina.
- Repetto, M. (1997). *Toxicología fundamental*. España. Ediciones Díaz de Santos.
- Revista *Comunicando salud. Revista de atención primaria de la salud*. Año 3. Nº 5. Pág. 9-12. PROAPS. Gobierno de la provincia de Córdoba.
- Revista *Ecovisiones* (2007). *Medicina Unani. Medicina tradicional en India*. Extraído el 30 de abril de 2007 desde: <http://www.ecovisiones.cl/tradiciones/unani.htm>
- Reyes Espejo, M.I (2008). La imagen pública de los/as psicólogos/as en Chile: aportes para la formación de profesionales (Pág. 103). En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 June. Portugal.
- Roche, R. (1998). *Psicología y educación para la prosocialidad*. Buenos Aires. Ciudad Nueva.
- Roche, R. (2001). Cap. 3: Comunicación de calidad en la pareja y en las relaciones interpersonales. En: *Psicología de pareja y de la familia. Análisis y optimización*. Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions. Barcelona.
- Rodríguez, C. (2006). La gestión de recursos humanos: desafíos en el sector salud. En *Comunicando salud. Revista de atención primaria de la salud*. Año 3. Nº 5. Pág. 9-12. PROAPS. Gobierno de la provincia de Córdoba.
- Saforcada E. y De Lellis, M. (2009). *Salud pública: una perspectiva compleja. El proceso de la vida y los sistemas humanos*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (2001). *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos Aires. Proa XXI.
- Saforcada, E. (2002). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires. Paidós.
- Salomone, D. (2009) La experiencia de construcción social a partir de microcrédito y las organizaciones sociales. (Asociación civil Granja Siquem, Río IV). *III Seminario de Formación Profesional Proyectos Educativos en Acción "Para alfabetizar ciudadanos con-ciencia"* (Pág. 53). UNRC. UNESCO Cluster Mercosur 13 y 14 de agosto de 2009.

- Saviani, D. (1983). Las teorías de la educación y el problema de la marginalidad en América Latina. En *Revista Argentina de educación*. Año II, Nº 3 (Pág. 7-29).
- Schneider, M.; Salomone, D.; Olivero, N.; Castellarini, B. y V. Macchiarola. (2008). Enseñar a pensar en un contexto de pobreza y exclusión. Hacia un proyecto educativo innovador y crítico. *II Congreso Nacional Producción y Reflexión sobre Educación. XII Jornadas de Producción y Reflexión sobre Educación, Entre el contexto actual y las necesidades educativas: ¿hacia dónde va la educación? ¿Hacia dónde podría ir?*. 28, 29 y 30 de mayo de 2008. UNRC (Pág. 55).
- Solé, I. (1999). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica*. Barcelona. ICE- Horsori.
- Sotelo. (2003). Algunas notas sobre la atención primaria de la salud. En *Médicos Hoy. Revista de la confederación Médica de la República Argentina*. Año VI. Pág. (20-21). Edit. Jezreel. Argentina.
- Stolkiner, A. (2006). La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años. En memorias de las XIII Jornadas de Investigación, Segundo encuentro de Investigadores del MERCOSUR. Tomo I. Pág.: 58-59. Buenos Aires.
- Torres, C. (1995). *Estudios freireanos*. Buenos Aires. Libros del Quirquincho.
- Valdés García, L. (2005). Pobreza y enfermedades emergentes y reemergentes. En revista *Médicos Hoy. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina*. Año IX. Pág. 24-33. Buenos Aires.
- Valle, M. y Jakob, I. (2009). Aprender a ser estudiante universitario. Aprender a ser psicopedagogo. En Prensa. Comité Editor Facultad de Ciencias Humanas. UNRC.
- Vaudagna, E y Solis, M. (2003). "*Compartiendo aprendizajes: Educación entre pares, una estrategia para abordar la educación para la salud*". Desarrollo Teórico. Mod.I: Programa educación entre pares y salud .I Edición. Cátedra de educación para la salud y de Didáctica general y especial de la biología. UNC.
- Verhaeghe, A. y C. Córdoba (2009). Programa de prevención de adicciones. Proyecto de voluntariado universitario "Apoyando al futuro". *III Seminario de Formación Profesional Proyectos Educativos en Acción "Para alfabetizar ciudadanos con-ciencia"* (Pág. 47). UNRC. UNESCO Cluster Mercosur, 13 y 14 de agosto de 2009.
- Videla, M. (1991). *Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria*. Buenos Aires. Cinco.
- Vidiella, G. (2000). *El derecho a la salud*. Buenos Aires. EUDEBA.
- Vilte, A.; Vazquez, A. e I. Jakob (2008). Alfabetizando adultos en un contexto comunitario. *II Congreso Nacional Producción y Reflexión sobre Educación. XII Jornadas de Producción y Reflexión sobre Educación, Entre el contexto actual y las necesidades educativas: ¿hacia dónde va la educación? ¿Hacia dónde podría ir?*. 28, 29 y 30 de mayo de 2008. UNRC (Pág. 107).
- Visca, J. (1997). Ámbitos de la psicopedagogía. En Boggio, R. y otros. *Perspectivas teóricas en torno al aprendizaje*. Santa Fe. Paideia.
- Vogliotti, A. (2001). *Relación educativa como instancia de conocimiento: ¿es posible la compatibilidad de las perspectivas constructivista y crítica?* Río Cuarto. EFUNARC.

- Waitzkin, H. & Cabrera, A. (1996). Patient-doctor communication in cross-national perspective. A study in Mexico. *Pub.Med. A service of the National Library of medicine and the National Institutes of Health*. Jul, 34(7), 641-71. Extraído el día 20 de abril de 2007 desde: [www.pud.med.central.nih.gov](http://www.pud.med.central.nih.gov)
- Winkler, M.I. (2008). Género y ética en Psicología Comunitaria: aportes feministas (Pág. 81). En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 june. Portugal.
- Ysaacson, N. (2008). *Educación en cárceles: sistematización de una experiencia*. Tesis de Maestría en Desarrollo y Gestión Territorial. Facultad de Ciencias Economicas. UNRC. Manuscrito no publicado.
- Zambrano, A. (2008). Desarrollo Comunitario e intervención psicosocial comunitaria: énfasis, criterios y posibilidades. (Pág. 68). En: *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities*. Conference Program. Lisboa 4-6 june. Portugal.
- Zorza, J.P (2009). La prevención a la drogadependencia en el contexto escolar. (Fundación Clínica de la Familia, IV). *III Seminario de Formación Profesional Proyectos Educativos en Acción "Para alfabetizar ciudadanos con-ciencia"* (Pág. 50). UNRC. UNESCO Cluster Mercosur. 13 y 14 de agosto de 2009.

#### PÁGINAS WEB CONSULTADAS

- Centro Latinoamericano de Psicopedagogía. Extraído el día 5 de agosto de 2009 desde: [http://centrolatinoamericanodepsicopedagogia.org/blog/index.php?Itemid=66&id=84&option=com\\_content&task=view](http://centrolatinoamericanodepsicopedagogia.org/blog/index.php?Itemid=66&id=84&option=com_content&task=view)
- Centro psicopedagógico Re-Apertura. Extraído el día 23 de febrero de 2006 desde: <http://www.reapertura.com.ar>.
- Dirección de Orientación y Apoyo Psicopedagógico Comunitario –D.O.A.P.C- Extraído el día 5 de agosto de 2009 desde: <http://doapc.mendoza.edu.ar/>
- Departamento de Extensión de la UBA. *Memoria y democracia*. La dictadura militar de 1976-1983. Extraído el día 1 de septiembre de 2004 desde: [www.cpel.uba.ar/extensión/memoria/dictadura.1976-1983.htm](http://www.cpel.uba.ar/extensión/memoria/dictadura.1976-1983.htm)
- Homeopatía. Extraído el día 30 de abril de 2007 desde <http://es.wikipedia.org>
- Medicina Ayurvédica. Extraído el día 30 de abril de 2007 desde: <http://www.psoriasi.org>
- Municipalidad de la ciudad de Río Cuarto. Extraído el día 29 de junio de 2009 desde: <http://www.riocuarto.gov.ar>
- Medicina alopática occidental. National Cancer Institute. Extraído el día 30 de abril de 2007 desde : [www.cancer.gov/español](http://www.cancer.gov/español)
- Medicina China (2004). *Revista electrónica Salud & Sociedad*. Extraído el día 30 de abril de 2007 desde: <http://www.salud.bioetica.org/medicina china.htm>



Yogadarshana. Yoga y Meditación (2007). Medicina Siddha. Extraído el 30 de abril de 2007 desde: [www.abserver.es/yogadarshana/articulos.htm](http://www.abserver.es/yogadarshana/articulos.htm)

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Programa Jefes de Hogar. Extraído el 4 de agosto de 2009 desde: <http://www.trabajo.gov.ar>

Ministerio de Salud de la Nación. Noticias 22/07/2009: "Manzur y Bibiloni acuerdan agenda de trabajo para prevenir el Dengue". Extraído el 4 de agosto de 2009 desde: [http://www.msal.gov.ar/htm/site/Noticias\\_plantilla.asp?id=1495](http://www.msal.gov.ar/htm/site/Noticias_plantilla.asp?id=1495)

Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación. Porcentaje de hogares bajo la línea de pobreza e indigencia según regiones de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Argentina 1º semestre del 2007 y 2008. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud). Extraído el 4 de agosto de 2009 desde: [http://www.msal.gov.ar/htm/Site/sala\\_situacion/PANELES/indicadores\\_socio/nacional/Pobreza.gif](http://www.msal.gov.ar/htm/Site/sala_situacion/PANELES/indicadores_socio/nacional/Pobreza.gif)

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Artículo 3º del Decreto N° 828/2006 B.O. 10/7/2006. Extraído el 6 de agosto de 2009 desde: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/default.asp>

Creación del Consejo Federal de Salud (COFESA). Ley 22373 (13 de Enero de 1981). Extraído el 4 de agosto de 2009 desde: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/cofesa-index.asp>

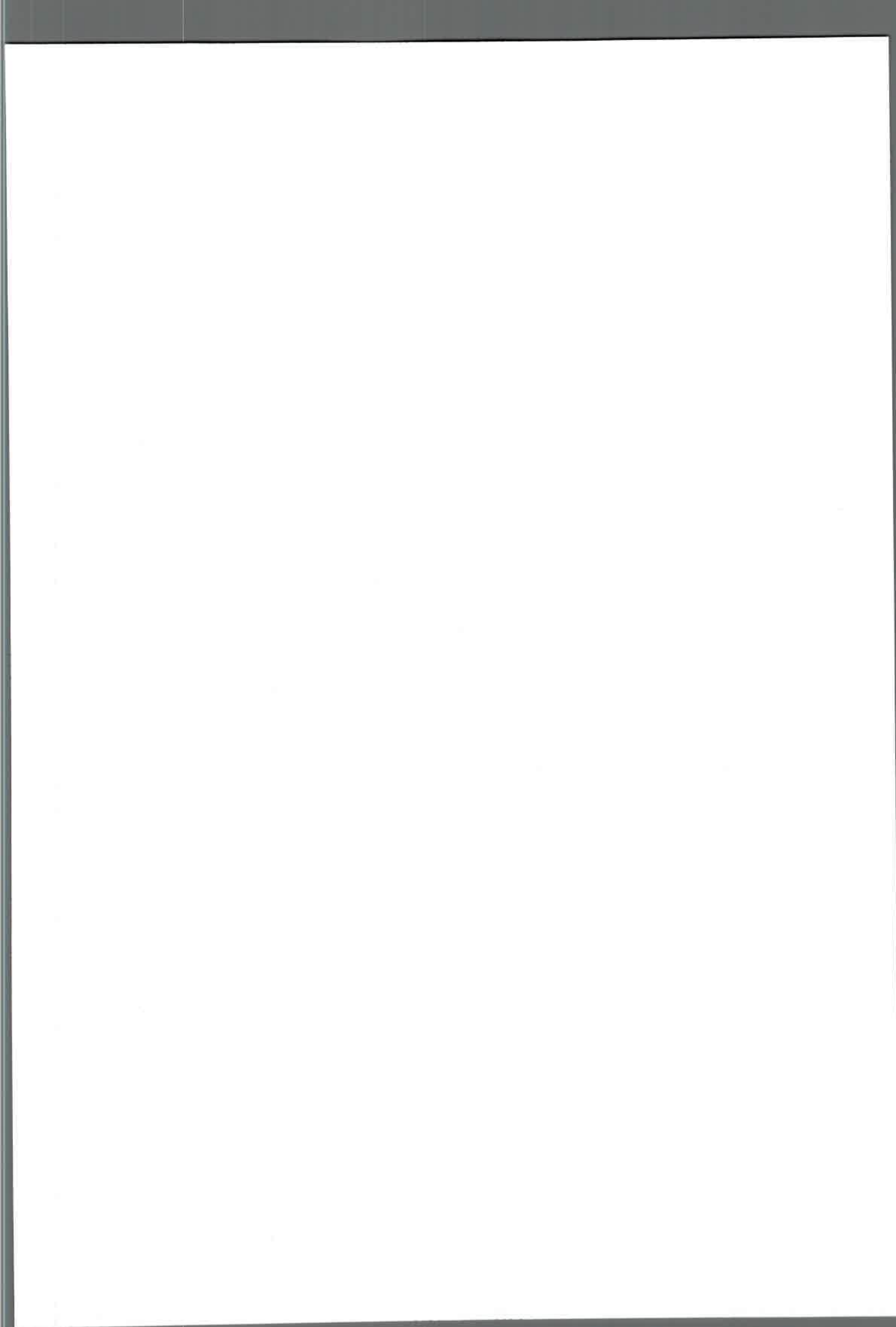
Gacetilla de Prensa. *Influenza Pandémica (H1N1) 2009*. Ministerio de Salud de la Nación. Extraído el 5 de agosto de 2009 desde: <http://www.msal.gov.ar/archivos/informe-influenza-pandemica-05-08-09.pdf>

Pág.: [www.secyt.gov.ar/planplur4/introduccion/htm](http://www.secyt.gov.ar/planplur4/introduccion/htm). Extraído el 6 de septiembre de 2004.

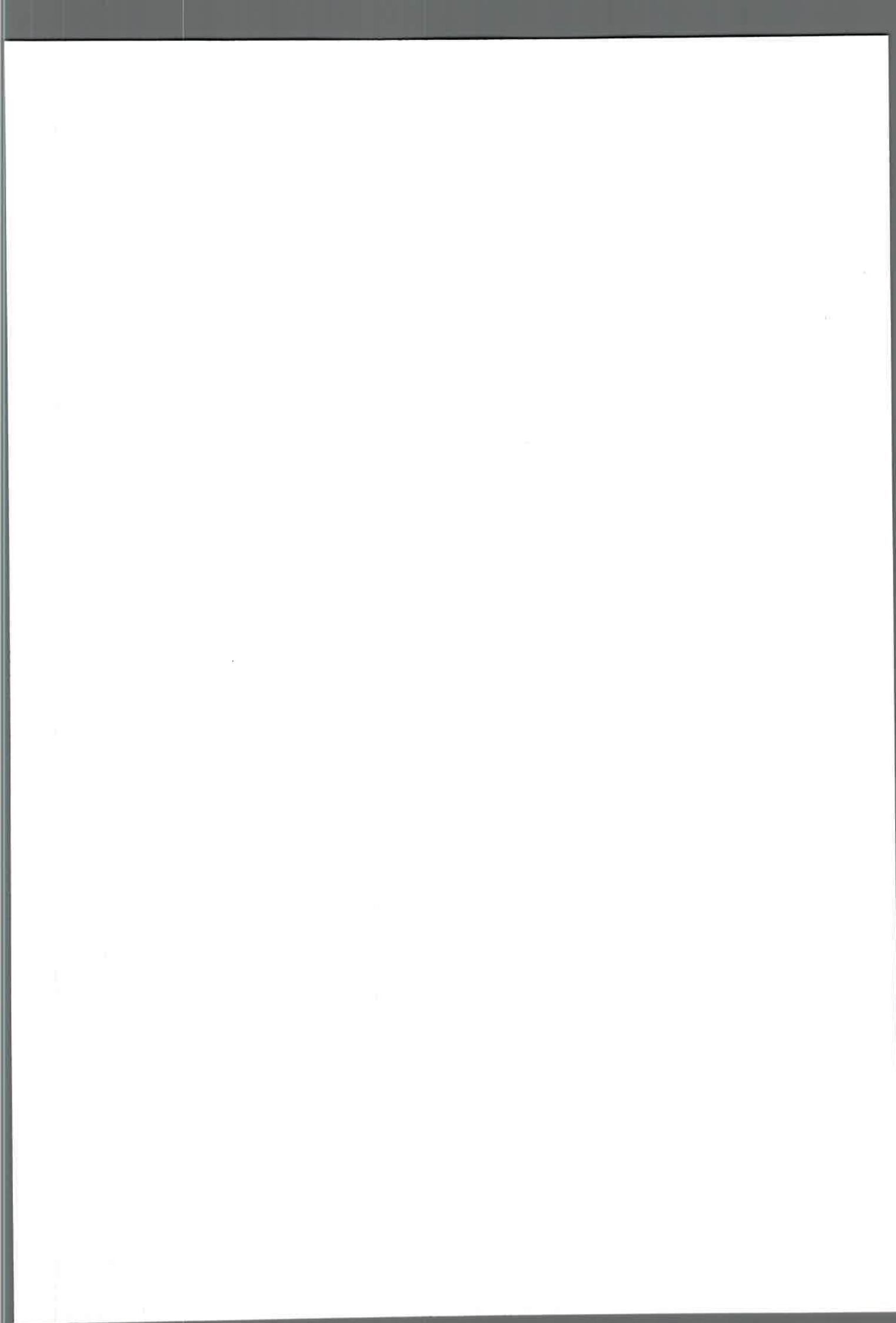
Pág.: [www.enredando.org.ar/noticias.genero.shtml?x.3569](http://www.enredando.org.ar/noticias.genero.shtml?x.3569). Extraído el 6 de septiembre de 2004.

Pág.: <http://infoleg.mecon.gov.ar/>. Extraído el 6 de septiembre de 2004.

Pág.: [www.cabred.edu.ar](http://www.cabred.edu.ar). Extraído el 11 de febrero de 2005



## ANEXOS





## INDICE ANEXOS

<b>ANEXO</b>	Mapas	3
<b>ANEXO I</b>	Diario de campo	6
<b>ANEXO II</b>	Protocolo de la entrevista semiestructurada	19
<b>ANEXO III</b>	Entrevistas con las vecinas de la comunidad barrial Hipódromo	20
<b>ANEXO IV</b>	Recuperación descriptiva de la comunidad barrial desde las vecinas	90
<b>ANEXO V</b>	La cuestión sanitaria desde las vecinas	97
<b>ANEXO VI</b>	Cronograma de reuniones del equipo de investigación en salud	104
<b>ANEXO VII</b>	Reuniones de Equipo de Salud	105
<b>ANEXO VIII</b>	Análisis de la 1º etapa de reuniones de equipo de salud (1º a 5º reunión)	137
<b>ANEXO IX</b>	Entrevista a la nutricionista	140
<b>ANEXO X</b>	Encuentro de la nutricionista y las encargadas del Centro Comunitario	145
<b>ANEXO XI</b>	Entrevista a los responsables del Dispensario N° 3	149
<b>ANEXO XII</b>	Entrevistas a responsables del sistema de salud del contexto local (instancias municipal y provincial)	156
<b>ANEXO XIII</b>	Talleres en salud comunitaria	170
<b>ANEXO XIV</b>	Gráficos de la valoración de la experiencia por los vecinos	212
<b>ANEXO XV</b>	Imágenes de la experiencia	226



## ANEXO MAPAS

### Contextualización de la muestra: La comunidad Hipódromo. Localización Geográfica



Mapa 1: Ciudad de Río Cuarto (destacada en negrita), en la provincia de Córdoba, Argentina.

Mapa 2: Ciudad de Río Cuarto.



Nota: Con el punto rojo se detalla el área de referencia del estudio.





## ANEXO I

### DIARIO DE CAMPO

#### Registro de los primeros encuentros con la comunidad barrial Hipódromo

##### 1° Encuentro con la comunidad

**Día: Miércoles 15 de febrero de 2006**

**Horas: de 17 a 19 hrs.**

Hoy se efectuó la primera visita al barrio Hipódromo y el primer contacto con el centro comunitario "Mami Rita". Fue a través de una trabajadora del centro perteneciente a la agrupación CTA (Central de los Trabajadores Argentinos) que se estableció el contacto y que oficio de presentadora, llamada Anabel. Ella nos presentó a Rita y al resto de los presentes, una de sus hijas embarazada y cuatro de sus cinco hijos, también se encontraban una trabajadora del centro que posee el plan jefas de hogar, y de manera constante se acercaban personas por distintos motivos, lo que me dio la impresión de ser un lugar bastante concurrido.

Rita estaba organizando con su hija la venta de productos de belleza por catalogo tipo "Avon", anotando lista de precios y organizando la mercadería, lo que me hizo pensar que es una mujer emprendedora. Los presentes no se incomodaron en absoluto con mi presencia, me trataron muy bien y continuaron sus actividades, los chicos se mostraban muy afectuosos y cariñosos conmigo. Anabel me mostró el lugar caracterizado por su gran humildad a nivel edilicio, me mostró la cocina donde se encontraba la leche preparada para la copa de leche y el cuarto donde se da apoyo escolar, muy organizado al estilo escolar con láminas y una biblioteca organizada temáticamente por los chicos del grupo que trabajan asiduamente. Luego fueron llegando algunos miembros de este grupo cuya actividad para la fecha era realizar una "Volanteada" en el barrio para informar a los vecinos sobre una reunión en la cual se informaría sobre el "Banco popular de la buena fe y la economía popular" se trata de un banco del pueblo que otorga microcréditos a gente en situación de desempleo y es llevado adelante por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Cuando Anabel me informó de esta actividad considere que participar en la repartición de volantes era una buena oportunidad para conocer el barrio, sus habitantes y construir una primera impresión en materia sanitaria.

La actividad implicó un buen tiempo ya que Anabel explicaba claramente y con paciencia a cada vecino que golpeábamos puerta a puerta. Nos organizamos con otros dos chicos que iban por otras cuadras. Los vecinos se manifestaban muy interesados por la oportunidad de generar un emprendimiento y de esta manera obtener dinero, otros que ya lo tenían como carpinteros, albañiles o plomeros se interesaban en renovar sus herramientas, y todos manifestaron querer ir a la reunión.

En lo que respecta a mi impresión sanitaria lo que más me impactó se vincula a la higiene, tanto del lugar, del centro comunitario y del barrio en general, allí pude observar moscas e insectos y principalmente en el centro se debió a que en la cocina estaba preparada la leche y esta no se guardó en la heladera sino que estuvo al aire libre durante toda la tarde. Por otro lado la cantidad de embarazos y de mujeres con bebés y niños pequeños también fue sorprendente.

En cuanto a la formación social, esta se caracteriza por una gran cantidad de mujeres que supera a los hombres, podemos decir que la actividad y el movimiento del barrio por esta tarde estuvo protagonizada por estos grupos femeninos, hombres adultos casi no observamos, solo niños y mujeres, lo que me dio la impresión de ser una comunidad barrial matriarcal, donde la mujer es como la fuerza del hogar.

niños y mujeres, lo que me dio la impresión de ser una comunidad barrial matriarcal, donde la mujer es como la fuerza del hogar.

Cuando le comenté a Rita sobre mi motivo allí y mi interés en conocer el barrio y de trabajar con grupos en salud se mostró muy interesada, y me dijo que el Centro está disponible para esa actividad, solo habría que concordar días y fechas. Igualmente tengo la sensación que a Rita no le quedo muy claro esto de trabajar en salud, pero con el tiempo ira comprendiendo su importancia.

En esta primera visita tengo una buena sensación del primer contacto, estoy conforme con lo realizado y con la relación establecida, cuando observaba y veía tanta pobreza y los chicos jugando en la tierra y gritando, peleando y las mujeres sin atenderlos me preguntaban ¿y yo quiero venir a hablar con ellos de salud? ¿Les importara la salud?, y con ello me arremeten los miedos, dudas y ansiedades ¿podré hacerlo?

## **2º Encuentro con la comunidad**

**Día: Miércoles 22 de febrero de 2006**

**Horas: de 18 a 20.30 hrs.**

En esta oportunidad el encuentro con el grupo comunitario fue distinto, no fui al barrio, si no que, tras el propósito de observar el grupo en distintas actividades y distintos momentos decidí acudir a la reunión que tenían con la Juventud de la CTA (Central de los trabajadores argentinos) en relación al "Banco popular de la buena fe", para lo cual la semana anterior se había realizado la volanteada de la cual participé.

La reunión, que ellos llamaban "Asamblea barrial" estaba fijada a las 19 hrs. En el colegio Tte. Racedo en la calle Trabajo y Previsión (1100) y Rioja. Yo fui con Anabel que, como parte de la comisión organizadora de la propuesta del "Banquito", como ellos lo llaman, fui una hora antes. Cuando llegamos ya había otras chicas y chicos del grupo que Anabel me presentó y que me saludaron muy bien, otros chicos se acordaban de mí por la semana anterior. Nos organizamos para empezar a acomodar, la gente del colegio facilitó el patio techado de la institución por lo que había varias sillas que dispusimos en circulo para poder ver bien a las personas, también se compraron gaseosa y masitas, teniendo en cuenta el horario de la tarde y lo que llevaría la reunión, los chicos de la organización pusieron carteles de la CTA en el salón y se trajo un pizarrón con el fin de anotar alguna duda. Anabel, Federico, Adrián y Walter serian los que hablarían porque eran los responsables de la propuesta del "banquito popular", ellos ya se habían organizado, cada uno hablaría de que es la CTA, el contexto actual, la propuesta, la metodología de la propuesta y los requisitos para poder participar.

Cerca de las 19.hs, se dispuso que dos jóvenes estuvieran en la puerta de la institución de recepcionistas y otros estaríamos más adentro en una mesa anotando los datos de las personas que ingresaban a la reunión. Junto a las chicas que hacían esta actividad pude advertir que se acercaron cerca de 30 personas, en su mayoría mujeres de distintas edades y solo tres hombres adultos.

A las 19,30, pasado el margen de espera se inicio la Asamblea, por lo que deje mi puesto en la recepción y me dirigí al salón, los chicos organizadores me pidieron que tomara nota de las preguntas de la gente, sus dudas e inquietudes, mis impresiones etc., lo que me hizo sentir cómoda y participe y por otro lado era un buen ejercicio para mi observación.



Las personas se sentaron en círculo y los organizadores, que ya lo habían previsto, se sentaron en distintas puntas del mismo para quedar más dispersos entre sí.

De esta manera se inicio la reunión, Federico comenzó con una introducción sobre la iniciativa y desde donde venia la propuesta explico que es llevada adelante por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y que ya se ha realizado en distintas provincias y departamentos de provincias a través de distintas organizaciones como parroquias, Cáritas, y en este caso por la CTA y en todos los casos ha habido una muy buena experiencia que ha llevado a perfeccionar la propuesta actual. Adrián tomo la palabra y explico que la CTA es una organización que en Río Cuarto a través de sus jóvenes hace tres años que trabaja en el Barrio Hipódromo, primero dando apoyo escolar y copa de leche en una casa particular, que luego se convertiría en el centro comunitario "Mami Rita", desde allí lo que se pretende es acompañar a la gente del barrio, dijo Adrián: "sabemos que lo ideal no es venir a dar apoyo escolar y la copa de leche, lo ideal es que los chicos hagan los deberes en su casa y tomen la merienda allí y que sus padres trabajen, pero nuestra realidad es otra, sería muy fácil para nosotros golpear puerta por puerta y entregar el bolsón de alimentos, hola, chau te veo el mes que viene, o dar estos préstamos de manera individual y que cada uno responda por uno mismo pero no es así, tratamos de fomentar desde la propuesta la cultura del trabajo, pero no el trabajo aislado, sino la solidaridad y el compañerismo en el grupo", estas palabras le dieron pie a Anabel para explicar algunas cuestiones metodológicas de la propuesta explico que se debe presentar un proyecto individual del trabajo al Banco popular de la buena fe, para lo que se debe demostrar capacidad y experiencia en el trabajo presentado, que el proyecto producirá ganancias que permitirán crecer el micro emprendimiento y devolver el préstamo al banco. Se deberá formar un grupo de cinco miembros del mismo sexo, cada uno con su proyecto, no pueden ser familiares, el grupo es la garantía de cada proyecto, y si un miembro una semana no puede pagar el grupo responde por él, las solicitudes de proyectos de cada integrante deben ser aprobados por el mismo grupo y evaluados por el equipo promotor del banco. Anabel explico que se realizaría una semana de entrenamiento con una carga horaria de una hora y media por día que les permitiría comprender el funcionamiento de la propuesta y consolidar el grupo durante cinco días corridos, se trata de comprometerse con una asistencia obligatoria a las reuniones semanales ya que allí se trataran dificultades del desarrollo del proyecto y se realizará el reembolso de los prestamos, los cuales serán de un máximo de 400 pesos por proyectos a devolver semanalmente.

Los chicos comenzaron a dar varios ejemplos prácticos y naturalmente las dudas comenzaron a surgir: ¿pero si yo soy parte de un grupo y uno de mis compañeros no paga yo tengo que pagar, si ya no se puede confiar en nadie no confio en mis familiares voy a confiar en un desconocido? Adrián le respondió que sí, que era así y que con ello se quería rescatar el valor de la palabra, la palabra como garantía "acá nadie te pide que hipoteques tu casa ni que traigas recibo de sueldo para darte el préstamo, solo la palabra y la solidaridad para generar autoempleo" a lo que Federico agregó "por eso, no se llama Banco de Boston, Banco de Galicia se llama Banco popular de la buena fe es el banco de todos, de nosotros donde la palabra es la garantía". La gente observaba desconfiaba y hasta tengo la impresión de que algunos pensaban que esto es casi imposible, un hombre cuestiono: ¿Por qué grupos del mismo sexo?, ¿Por qué no grupos mixtos? ¿Como hago yo para armar un grupo si acá solo hemos venido tres hombres? A lo que Federico respondió que la experiencia ha demostrado en otros lugares que los grupos mixtos no funcionan porque se mezclan cuestiones que nada tienen que ver con la propuesta, le sugirió que quizás si le contara a algunos vecinos o conocidos podría armar su grupo, a lo que el hombre argumentó "ya les dije que vinieran a la reunión hoy conmigo y no vinieron, es gente que no quiere trabajar". Muchos murmuraban entre sí y se seguían aclarando las dudas, los chicos explicaron que al día siguiente se haría otra reunión para aquellos que no habían podido venir, la idea era que los interesados de esta



reunión les comunicaran a otros de lo hablado allí y que el día jueves 23 se acercara más gente y escuchara la propuesta. Anabel comentó que quizás esto les parecía complicado pero que con paciencia y ganas de compartir se podría generar una buena posibilidad de autoempleo "además nosotros los promotores vamos a estar para acompañarlos semana tras semana, no se le otorga la plata y nos vemos cuando la devuelven, se trata de hacer un seguimiento de los proyectos y de la viabilidad de los mismos", parecía que la gente se tranquilizaba con ello. Walter aclaró que habría horarios de atención al público a partir de la semana próxima por cualquier duda e inquietud de 17 a 19 en el centro comunitario "Mami Rita".

De a poco la gente se fue parando y la reunión llegó a su fin, con el acuerdo de ir el día siguiente con más personas.

Ya el grupo en soledad comentó que la reunión había resultado bastante bien, que quizás faltó más gente cuando en realidad los volantes repartidos habían sido cerca de mil.

En lo que respecta a mí, tengo la sensación que una gran parte de la comunidad barrial del Hipódromo que más lo necesita no fue a la reunión, ya que cuando repartimos los volantes visitamos hogares muy carenciados a los que Anabel explicó todo muy clara y pacientemente y hoy no estaban allí, al comentarlo nos provocó un poco de tristeza porque sería una buena iniciativa para todos.

Por esto tengo la sensación de haber visto pocas caras de las conocidas el día de la volanteada, lo que me lleva a pensar "no hubo mucha concurrencia de los más necesitados a esta propuesta de salida", entonces "¿Qué va a pasar con mi propuesta?, ¿va a venir alguien a los grupos de educación en salud?".

### **3º Encuentro con la comunidad**

**Día: Lunes 6 de Marzo de 2006**

**Horas: de 16 a 17 hrs.**

En esta oportunidad me dirigí junto a Anabel al barrio con la finalidad de encontrarnos con la gente en la segunda convocatoria del "Banquito popular de la buena fe", esta reunión se realizó en el Centro Comunitario "Mami Rita" con el objetivo que los propios habitantes de la zona se interiorizaran a cerca de lo que era la propuesta, ya que a la reunión realizada en la escuela Racedo no asistieron muchos vecinos de la comunidad barrial hipódromo.

Fue así como a las 16 hrs. llegamos y nos pusimos a organizar, junto con Rita y algunos chicos del grupo las sillas en torno a un tablón. De a poco comenzó a llegar la gente quien se iba registrando en un listado. Alrededor de 10 personas llegaron y se inició la reunión. Federico, Anabel y Adrian explicaron cual era la finalidad del proyecto, en qué consistía y los requisitos básicos (aspectos ya explicados en la observación anterior). Acudieron mujeres en su totalidad, en esta oportunidad parecían estar más predispuestas que en la reunión anterior y algunas tenían ya sus proyectos encaminados, las mujeres se mostraban muy interesadas y animadas con la propuesta, por lo que se insistió en que trasmittan la información a otras personas para que el día siguiente fueran a la próxima convocatoria donde ya se podría estar pensando en algunos grupos.

Este encuentro me permitió dialogar con algunas mujeres cuestiones vinculadas a la salud. Antes de iniciar la reunión conversamos con Anabel con dos señoras una de las cuales explicaba que su interés en la reunión era el conseguir un micro crédito para construir un baño

debido a que no tenían y con sus cinco hijos se le complicaba mucho, y además uno de ellos es "enfermito". Cuando escuche su comentario le pregunté qué problemas tenía el niño y me explico que es un niño de 10 años con migraña y epilepsia manifiesta en ataques convulsivos, este problema neurológico es tratado con drogas que le generan un estado de somnolencia que le impide realizar determinadas actividades y le dificulta el aprendizaje escolar, llegando al extremo de no controlar sus necesidades fisiológicas. Me comentó que de esta ciudad lo derivaron a Córdoba donde lo ve un neurólogo y que se le complica en exceso ir hasta allá para que lo vean con frecuencia, más o menos me no dijo "tengo que hacer de todo para conseguir un pasaje a Córdoba", explicó que era el municipio la institución que le proveía los pasajes pero que no se los daban con facilidad y que en este momento estaban necesitando hacerle un estudio de sueño al niño y hasta el momento no le habían dado el pasaje.

Luego converse con la hija de Rita que la semana anterior fue mamá de su sexta hijo y la primera mujer, Guadalupe. La mujer fue asistida en la maternidad Kowalk y la niña nació con 3 kilos 200 gramos, el parto fue natural, pero el problema fue que el bebé presentó un soplo al corazón por lo que la doctora del dispensario del barrio hipódromo le sugirió hacerla ver con un cardiólogo. En un momento de la charla la mamá se para con la bebé porque tenía que hacer algo y me la da para que la tenga en brazos de manera sorpresiva -esto fue para mí una gran muestra de afecto y confianza- la tome en mis manos y al ponerle el brazo en la espalda sentí la dificultad y un pequeño silbido en su respiración, luego le comente esto a su mamá y me dijo que si que era por el "soplito".

Este encuentro me ha permitido ir ahondando en experiencias vitales que atraviesan las personas en el plano de la salud-enfermedad, la convivencia con la patología y la asistencia en el plano sanitario local, lo que me da indicios para seguir profundizando.

Otra observación es la cantidad de insectos y moscas que circundan en el lugar, creo que el motivo es la leche preparada y dejada al aire libre y, por otro lado, una bolsa de residuos al lado de la puerta de entrada al Centro, cercana a donde están todas las sillas donde conversábamos.

Finalmente tengo que admitir mi asco a los insectos, principalmente a las moscas por la mugre que transmiten. Sigo muy ansiosa respecto a este trabajo, tengo temores por su realización, me aparecen dudas vinculadas a mi capacidad profesional, a nivel manejo de la teoría crítica freireana y a nivel personal, puedo trabajar y confiar en esta gente de la que tanto se desconfía y se descrea, también tengo miedo, pero si no confié ni apuesto a ellos la situación social no se revierte. Soy un ser humano y esto es una experiencia inicial para mí.

#### **4º Encuentro con la comunidad**

**Día: Martes 7 de Marzo de 2006**

**Horas: de 16 a 17 hrs.**

En esta oportunidad nos dirigimos nuevamente al Centro Comunitario "Mami Rita" con la finalidad de seguir conociendo a sus pobladores en el marco del proceso de difusión del "Banquito popular de la buena fe". Allí acudieron 20 personas aproximadamente, algunas de las cuales no se habían presentado en las convocatorias anteriores. El grupo estaba constituido mayoritariamente por mujeres y solo dos hombres se hicieron presentes. Muchas personas se mostraron interesadas. Las dudas que surgieron fueron las frecuentemente presentadas en las reuniones anteriores. Al finalizar la reunión quedaron algunas mujeres que nos comentaron ya tener el grupo armado, y también llegó otro grupo de mujeres para anotarse ya con el grupo definitivo.

Esto nos permite advertir que luego de la primera reunión en la escuela Racedo, las “volanteadas” realizadas principalmente en el barrio Hipódromo generaron mayor interés y estimularon a sus vecinos a acerca de e informarse más sobre este nuevo proyecto, de esta manera los tres grupos que parecen haberse formado son del Barrio Hipódromo.

Esta reunión me hace reflexionar sobre la perseverancia y constancia en la tarea de trabajar con una comunidad barrial y lograr que las personas participen en procesos sociales, en mi caso de educación.

Por otro lado, a nivel personal mis ansiedades se tranquilizan un poco ya que, al comentar mi futura actividad de investigación con los chicos de la CTA estos se mostraron muy interesados y pensaron que quizá mi proyecto podría incluirse en sus actividades en salud, pienso que esto es beneficioso tanto para mí como para ellos. A mí me ayudaría mucho constituir un equipo de trabajo con algunos de estos jóvenes que hace más de dos años ya trabajan y conocen la zona comunitaria, me genera mayor confianza en la viabilidad de la propuesta, y respecto a ellos creo que el hacerse partícipes de un proyecto ya formulado es favorable porque orientaría sus prácticas en trabajo en salud al tiempo que podrían continuar con la propuesta de trabajo cuando yo ya haya finalizado mi investigación.

#### **5° Encuentro con la comunidad**

**Día: miércoles 22 de marzo de 2006**

**Horas: de 16 a 17 hrs.**

En esta oportunidad nos dirigimos con Anabel al Centro Comunitario “Mami Rita” con la finalidad de encontrarnos con otros jóvenes de la agrupación para realizar una volanteada con información sobre las clases de apoyo escolar y de esta manera seguir con las observaciones del barrio y conocimiento de sus pobladores.

En el camino para llegar al lugar recibimos el llamado de Adrián quien nos informó que la volanteada se había suspendido porque en la imprenta no habían terminado los volantes. Igualmente con mi compañera decidimos llegar ya que ella debía contactarse con una vecina para acordar una reunión de grupo del “Banquito popular” y sería para mí una nueva oportunidad de seguir conociendo el barrio y sus habitantes.

La llegada fue muy dificultosa a pie ya que, la madrugada anterior llovió alrededor de 45 milímetros en la ciudad y la calle principal que nos conduce al Centro Comunitario, Presidente Perón, era un caos, fue una verdadera odisea arribar al lugar.

Una vez allí Rita nos recibió, conversamos un rato y le comentamos que si estaba de acuerdo el día martes 28 a las 16 hrs. tendríamos una reunión con ella vinculada a la salud donde se presentaría del Área educación en salud. Rita aceptó encantada y dijo que nos esperaría.

Comentamos el próximo viaje que la CTA tiene previsto a Mar del Plata para una asamblea nacional donde Rita es una invitada central de la agrupación en Río Cuarto, nos dijo que esta sería su oportunidad de conocer el Mar y se mostró muy entusiasmada.

Mientras conversábamos puede advertir que si bien el lugar parecía más limpio que otras veces la basura estaba dispuesta muy próxima a la puerta de la vivienda y la cantidad de moscas rondando sobre ella era realmente un foco infeccioso. También se encontraban varios animales: un perro, dos cachorritos, conejos y un gatito a los que las moscas perseguían de manera constante. En un determinado momento Anabel entro al lugar y me comentó que la leche -para la copa de leche- ya estaba preparada sobre la mesada al aire libre, lo que nos orientar a pensar que eso también puede atraer a estos insectos.



Luego llegó la joven, que trabaja en el Centro a través de un plan municipal, con su bebida de dos meses, la que dejó en el exterior de la vivienda mientras ella hacía labores en el interior de la misma. Nuevamente las moscas merodeaban su cuerpito y carita.

Posteriormente Anabel debía encontrar a Lorena, una joven que trabaja en el proyecto del Banquito, para acordar una reunión. Con la finalidad de dar con su casa realizamos un recorrido observando el barrio. De esta manera pudimos advertir la problemática de las calles arruinadas y embarradas tras la tormenta vivida, las personas en sus viviendas y patios haciendo secar todo lo que se les hacía mojado, los insectos y los residuos dispersos en las calles, animales y una gran cantidad de terrenos baldíos entre casa y casa.

Nos acercamos a la vivienda de una mujer que está participando de la propuesta del banquito, la que nos consultó algunas dudas e inquietudes, situación que nos facilitó acercarnos y ver por ejemplo un patio humilde pero muy aseado y organizado, una gran cantidad de zapatillas recién lavadas y algunos pollos que se paseaban orondos por el lugar.

Posteriormente continuamos nuestro recorrido advirtiendo en algunos casos, viviendas muy mantenidas y cuidadas del tipo de clase media lindando con otras muy humildes. Así llegamos a la casa de Lorena donde nos encontramos un cuadro muy particular: un loro se había escapado y toda la familia estaba pendiente de su captura, su padre un hombre de aproximadamente 60 años al cual le han amputado una pierna debido a padecer diabetes sentado en su silla de ruedas no se perdía el espectáculo, su madre una mujer en apariencia de la misma edad, con problemas de varices y flebitis, recién levantada de la siesta se divertía con las correteadas de Rita, una de las hermanas de Lorena, de unos 17 años aproximados y una obesidad notoria para su edad, que se trepaba, corría y hasta empujaba con una caña la rama en que se encontraba el loro barranquero, que finalmente sintió el contacto, lo que lo impulsó a salir volando y desaparecer por el aire, lo que nos provocó una carcajada conjunta después de tanto sacrificio.

Entre todo este "circo" Anabel pudo acordar un encuentro con Lorena para la semana entrante y yo pude compartir unos momentos de alegría con una familia especial.

Anabel fue quien me informó de estas particularidades familiares resaltando la enorme voluntad de estos dos padres analfabetos que, desde el año pasado se han sumado, con grandes esfuerzos a los grupos de alfabetización de los jóvenes de la CTA.

Finalmente quiero rescatar el valor de este especial encuentro con el barrio, que si bien no era la actividad prevista me permitió acercarme a un grupo familiar, interiorizarme con una cuestión de interés y quizá de esparcimiento en ese momento, a la difícil situación de desempleo y exclusión que atraviesan los adultos, en este caso analfabetos y con discapacidad.

## **6º Encuentro con la comunidad**

**Día: martes 28 de marzo de 2006**

**Hora: de 16 a 17 hrs.**

Previo acuerdo del área de salud en la semana anterior, en esta oportunidad nos dirigimos al Centro Comunitario Mami Rita con la finalidad de mantener una conversación informal con ella, y solicitarle, si estaba de acuerdo, su voluntad de ser nuestra informante clave en este proceso de investigación en salud.

Paralelamente la organización tenía previsto un viaje el día siguiente (miércoles 29) para asistir al Congreso Nacional de la CTA, por lo que varios miembros del grupo no asistieron al encuentro con Rita.



Igualmente con Anabel, quien asistió al encuentro, tuvimos la oportunidad de dialogar con Rita y unas mujeres del barrio sobre algunas cuestiones en salud.

Dichas mujeres se acercaron al Centro con la finalidad de que se les informara a cerca de la propuesta del "Banquito Popular". Anabel las recibió y las invitó a pasar al a la salita donde se da apoyo escolar, para estar allí más cómodas. Yo me plegué e ingresé con ellas ya que, en ese momento, Anabel era la única responsable de la propuesta y decidí acompañarla con algunos recordatorios que serían útiles para su explicación – ya que varias de mis observaciones de la comunidad barrial trascendieron en el contexto de estas reuniones informativas.

Las mujeres eran dos señoras de aproximadamente 60 o 65 años de edad, las cuales parecían ser muy queridas por Rita, quien las recibió en su hogar – Centro- como una verdadera anfitriona.

Nos sentamos las 5 en círculo alrededor de una mesa –lo que me recordó la organización circular de los círculos de cultura freireanos- y las señoras comenzaron a preguntar. Anabel les explicó de qué se trataba el proyecto, y así iban surgiendo preguntas y comentarios entre todas

Una de las mujeres explicó que trabajaba haciendo comida para vender, pizzas, pasta frolas y pastelitos que vendía en el Río, pero necesitaba un horno pizzeria debido a que el horno de su cocina estaba funcionando mal. La mujer también argumentó que debido a que su marido estaba enfermo no la puede ayudar demasiado.

Su comentario nos dio la oportunidad de ahondar en esa cuestión sanitaria. Yo le pregunté qué enfermedad tenía su marido, a lo que respondió "de todo", en realidad –agregó- él es chagásico, padece el mal de chagas y eso te afecta el corazón, la presión el colesterol...". Frente a este comentario Rita agregó: " y esta otra también" –señalando a la otra mujer que se encontraba en frente de ella- la mujer respondió: "sí yo tengo chagas hace años, al principio hacia un tratamiento al pie de la letra, pero cuando me comencé a sentir bien deje todos los remedios y ahí empecé a empeorar, me dolía todo el cuerpo, las piernas, en especial la rodilla, me sentía cansada y transpiraba muchísimo por las noches, un día voy a la doctora, por otro problema, y le comento lo que me pasaba, me derivó urgente a un cardiólogo. Resultó que tenía las arterias tapadas, y eso era consecuencia de no hacer el correcto tratamiento del chagas". Todas la mirábamos muy sorprendidas y escuchábamos el relato atentas. La mujer continuó: "El doctor era del San Lucas, un cardiólogo que me atendió muy bien porque me ayudó y me explicó la operación, me hizo ver un video de una operación igual a la mía para que tenga idea que es lo que me iban a hacer, y ahí finalmente entendí bien de que se trataba. Mientras pasaba el video el doctor me explicaba y gracias a eso yo estuve muy tranquilo para la operación, ah, y también gracias al apoyo de una psicóloga que te prepara para la operación, eso fue muy bueno. Yo estaba re bien pero mi familia sufrió mucho, porque imagínate, yo tengo dos hijas pero casi crié yo a mis nietos". A lo que Rita agrega: "sí, esta es como yo con los nietos, ahora le tuve que decir a la Roxana –una de sus hijas- que llevara a la Guada –su nieta de un mes y medio- a la guardia del hospital porque se ahogaba, está con una flema terrible y yo creo que la tienen que aspirar. Pero se le ahogaba la nena y no hacía nada la Roxana, me la daba a mi "toma mami", me decía, yo la agarre y la di vueltas patas para abajo, ¡le metí los dedos en la boca y le saqué un montón de flema, pero estaba morada la nena!".

Rita nos comentó que es una niña muy delicada porque tiene problemas al corazón. Luego, volviendo al tema del chagas, Rita comenta: "¡pero el chagas es terrible, un hermano mío murió de chagas!".

De esta manera advierto que entre las tres señoras el chagas era un tema en salud recurrente, y que, por lo que ellas agregaron también había vecinos con la misma enfermedad.

Luego de que nos comentaron estas cuestiones, yo les comenté que pronto el grupo de jóvenes comenzaríamos a trabajar en salud en el barrio, para lo que necesitaríamos la voluntad de los vecinos para mantener conversaciones informales con nosotros, entrevistas y en algunos casos la contestación de cuestionarios. Le explicamos con nuestro propósito era conocer sus temas y preocupaciones en salud para luego trabajar con la gente en talleres educativos sobre sus propias temáticas. Les expliqué que se trataría de encuentros "así como la charla de hoy", donde comentaríamos nuestras experiencias y percepciones en salud para entre todos comprender la realidad sanitaria de la comunidad.

Las mujeres se mostraron muy interesadas con la propuesta y nos dijeron que estarían dispuestas a participar.

Personalmente creo que la situación de hoy fue un espacio de "prueba piloto" o de "entrenamiento" donde pudimos escuchar estas tres mujeres y sus historias en salud en un clima de charla ameno y tranquilo, distendido y relajado.

En este caso me dispuse a escuchar y a advertir como surgían naturalmente los relatos. Mis intervenciones para problematizar la situación fueron escasas. Sólo indagué en cuestiones en salud, sin embargo al despedirme y preguntarme sobre la situación vivida me surgió en interrogante, que quizá hubiese sido un disparador problematizador de una temática en un grupo en salud: ¿Cómo se contrae la enfermedad del chagas?, ¿En qué contextos de higiene? ¿Todos tenemos las mismas posibilidades de enfermarnos? ¿Por qué?

**(En el 7° y 8° encuentro se tomaron entrevistas)**

**9° Encuentro con la comunidad. Observación (paralelamente al transcurso de entrevistas realizadas)**

**Día: jueves 27 de abril de 2006**

**Hora: de 16 a 18 hrs.**

En esta oportunidad me dirigí al barrio con el propósito de continuar mis visitas de observación, junto con el equipo de investigación, ya que si bien hemos iniciado la etapa de las entrevistas, paralelamente es provechoso realizar visitas de observación y decodificación de la realidad de esta comunidad barrial.

Nuestro propósito de observación y de conversación informal con los vecinos, tuvo su buen correlato en una actividad propuesta por la organización "Juventud CTA" de repartir volantes invitando a los vecinos a unas actividades previstas para el 1° de Mayo Día del Trabajador.

De esta manera nos organizamos en grupos de a tres y comenzamos a recorrer la zona delimitada Aldana, Adrián y yo.

Repartimos volantes en la parte norte del barrio, a la que no había tenido posibilidad de recorrer. Así pudimos observar viviendas muy precarias, con techos de chapa y sin aberturas, con cartones y sabanas haciendo de cortinas, la presencia de animales en todo el barrio y en los hogares, ya sean perros, gatos, gallinas, pollos, caballos, y aves como canarios, loros y cotorras.

El día se encontraba cálido y despejado por lo que los vecinos estaban afuera y las mujeres aprovechaban a lavar y colgar la ropa.

Advertí la buena disposición de los vecinos a recibir el volante y a escuchar nuestra invitación, solo preguntaban sobre la actividad prevista, sin margen para desviar la conversación a otro

tema de tipo social, por lo cual personalmente me dispuse a realizar la actividad y a conversar sobre la jornada prevista.

Se trataba de una Jornada de trabajo solidario con la finalidad de continuar la construcción de un salón comunitario, las tareas planificadas a la que debíamos invitar a los vecinos eran a partir de las 9 hs. con inicio de actividades de albañilería y mate cocido, a las 13. hs. locro popular, a partir de las 15 hs. juegos para niños y a las 16. hs. mates y torta fritas y el cierre a las 17 hs. con músicos en vivo.

Los vecinos parecían interesados y preguntaban sobre el salón, si sería de todo el barrio y si lo podrían usar. Infero un dejo de sospecha por parte de los vecinos de que el salón sea de uso exclusivo por parte de los dueños del terreno donde se lo está construyendo, pero Adrián explica que será de uso de todo el barrio, frente a lo que la gente se anima e interesa.

Al estar en compañía, o cerca entre nosotros, en algunas casas nos separábamos y cada uno mantenía conversaciones individuales con los vecinos, pero estábamos próximos así me acerqué a dos hombres que conversaban, uno de ellos parado al lado de su auto que era remis y el otro un hombre mayor ambos se interesaron por la actividad, sobre todo por el locro previsto, después se acercó Adrián y a él le preguntaron si habría "algún vinito", a lo que respondió que más que tomar un vinito se trataba de acercarse al centro y compartir entre los vecinos un día de trabajo juntos en solidaridad. Los hombres quedaron conformes con esto y dijeron que se "acercarían".

Luego deje volantes en una casa en la que había albañiles trabajando en el techo, al ver que dejé el volante a la dueña, esperaron que cerrara la puerta y me llamaron preguntándome de que se trataba, les expliqué que se estaba construyendo el salón comunitario del Centro Mami Rita y que su ayuda sería importante, ya que conocían el oficio, además el "locro popular los ayudaría a retomar fuerzas para seguir el trabajo" estos sonrieron, me aleje y continuaron en su labor.

Las mujeres adoptaban una actitud de más desconfianza para con mi presencia, me miraban como sospechosa-extranjera y mientras las invitaba explicándoles las actividades a realizar, no me miraban sino que leían el folleto, esta actitud la tubo la mayoría de mujeres adultas con que traté. También conversé con chicas adolescentes las cuales se interesaban mucho sobre todo lo de "músicos en vivo" y, más que leer el folleto, escuchaban lo que les decía. En algunos hogares me atendieron niños a los que les tuve que entregar el folleto y pedirles que se lo den a sus padres, igualmente les comente que habría actividades de juegos para ellos, como fútbol, saltar la soga, gallito ciego, búsqueda del tesoro etc. y me miraban fascinados, yendo corriendo a decirles a su papás. Algo similar sucedía cuando entregaba el volante a una mamá y los chicos estaban escuchando, cuando les comentaba que habría juegos se inquietaban y preguntaban "¿vamos mañana?".

Nuevamente me llama la atención la escasa presencia masculina en el barrio, solo me encontré con hombres en las situaciones mencionadas, vi que Adrián conversó con un grupo de varones adolescentes a los que invitó a la murga, y nada más. Es muy evidente el predominio en cantidad de las mujeres en esta comunidad barrial.

Algo que también me llamó la atención, es que, se llega a una cuadra que parece que marcara el límite con otro barrio, ya que hay casas recientemente construidas con diseño rustico o moderno, con autos nuevos estacionados, césped sembrado y plantas bien mantenidas, esto contrasta con la realidad de la cuadra de enfrente que evidencia la carencia y la pobreza de sus habitantes. De esta forma queda delimitada una zona, no sé si sigue perteneciendo al Barrio Hipódromo, muy posiblemente sí, pero la realidad advértida y evidente y contrastante.



## 10º Encuentro con la Comunidad. Observación en una Jornada de Recreación

**Día: 1 de mayo de 2006 (Día del Trabajador)**

**Hora: de 14 a 18 hs.**

En esta fecha tuve la posibilidad de observar a la comunidad en una jornada de recreación de tipo festiva conmemorando el día del trabajador. La organización Juventud CTA había previsto una Jornada solidaria con la finalidad de continuar la construcción del salón en el Centro Comunitario "Mami Rita".

Las actividades se iniciaron a las 9hs. con el inicio de las actividades de albañilería, a las 13 hs. el gran locro popular, a las 15 hs. juego y actividades de recreación para niños, a las 16 hs. mates con torta fritas y a las 17 hs. el cierre con músicos en vivo.

Con la actividad prevista, e, iluminada por la teoría freireana en sus planteos sobre investigación temática, la que postula observar a la comunidad en distintos momentos del día, distintos días de la semana, en sus jornadas de descanso y recreación, esta era una buena oportunidad y no la podía perder. De esta manera, deje el feriado de lado, compartí con mi familia el mediodía y a las 14. hs me dirigí al Barrio Hipódromo ansiosa por lo que esperaba encontrar.

El día nos favorecía ya que estaba completamente despejado con sol pleno, y fresco a la sombra.

Al llegar allí las actividades de recreación infantil se habían iniciado, me atrevo a decir que la cantidad de niños era próxima a cincuenta.

En el Centro Comunitario los adultos continuaban asiendo sobremesa conversando sobre lo realizado y la realidad actual, las mujeres juntaban los platos y encendían el mechero para calentar el agua y lavar los platos.

Estaban presenten jóvenes de la agrupación, algunos invitados por ellos, Rita, y sus dos hijas, y una gran cantidad de vecinos concurrentes. Por lo comentado el locro había salido "muy bueno" todos comieron y algunos hasta dos porciones, otros aprovecharon la abundancia y se llevaron unas porciones a su casa para "tirar en la semana".

Pude advertir que en la mañana se había avanzado bastante en las actividades de albañilería, al punto de que el salón estaba casi todo levantado. Algunos jóvenes con Rita trabajaban el suelo preparándolo para hacer huerta, y otros habían construido las verjas separadoras.

Luego de conversar un rato con algunos vecinos, me dirigí a "campito de en frente" donde las chicas de la agrupación trabajaban en la recreación infantil, me sume y las ayudé un poco con esta "extenuante actividad".

Trabajando con los niños puede advertir, sobre todo en los varones, comportamientos violentos manifiestos en juegos, en actividades deportivas como el fútbol, y todo aquello que implicaba contacto corporal y roses, en más de una oportunidad hubo que separar a los chicos y hasta las organizadoras de los juegos "sufrimos" los golpes en la cara y en el cuerpo, de estos pequeños "descontrolados".

Las nenas realizaban un juego más tranquilo y femenino, como cantar canciones de "Floricienta" o cantantes de moda, bailar y prepararse para la murga.

De esta manera los juegos que inicialmente pretendían unir a los niños, se fueron orientando a la organización por género

Más tarde algunos jóvenes de la agrupación se acercaron con tambores y redoblantes tocando fuerte, frente a lo que los chicos se "enloquecieron" ya que, en el barrio, esta próximo iniciarse



un curso de "Murga" para adolescentes y niños que quieran bailar y aprender a tocar instrumentos, con toda esta expectativa los chicos estaban felices.

Así las cosas, se organizó una vuelta a la manzana cantando y bailando todos los chicos al son de la murga.

Este recorrido nos permitió hacer un sondeo de la actitud de los vecinos para con la actividad que se estaba realizando en el Centro Comunitario.

Muchos sonreían y miraban interesados, otros bailaban animando a sus hijos que iban en la caravana, otros al ver que nos acercábamos entraban rápido a su casa para no cruzarnos, otros en cambio se quedaban mirando serios sin ningún tipo de gesto, pero, lo que más me impactó en algunas casas, fueron niños que miraban desde dentro del enrejado que dividía con la calle, con carita de deseo de "querer estar allí".

Pensando en nuestra actividad en salud, estos comportamientos me hicieron reflexionar sobre las posibles respuestas de las personas a la hora de conformarse los grupos de educación en salud, y eso me atemorizó un poco, por ahora depende de nosotros hacer la investigación temática y el relevamiento de datos para analizar la situación sanitaria de la comunidad, y después también va a depender de nosotros la convocatoria, pero va a ser más difícil que la gente se acerque, por eso creo que es muy importante esta instancia de las entrevistas personales para conocer a las personas y transmitirles la propuesta.

El cierre de las actividades fue en el Centro Comunitario, donde, mientras tomábamos mate cosido con tortas fritas hechas por una vecina, todos sentados en el gran tablón, el cantante invitado comenzó con su repertorio y guitarra en mano, muchos se sumaron a tararear las canciones más conocidas otros hasta a acompañarlo en su canto para finalizar con un ferviente aplauso del público.

Una Joven de la agrupación dijo unas palabras para cerrar el evento que se comprometían con el trabajo y el ejemplo en el día del trabajador, después todos a coro empezaron a pedirle a Rita "¡que hable, que hable!", después de tanta insistencia hablo y dijo: "yo quiero decirle gracias a los chicos que nos vienen a ayudar y quiero decirle a todos –refiriéndose a los vecinos- que el Fede –uno de los jóvenes responsables de la Juventud CTA- no se queda con la plata del banquito, esa plata es para nosotros los que trabajamos –infiero que se refiere a la propuesta del banco popular de la buena fe, que desde el Ministerio de Desarrollo Social envía sus fondos- " Estas palabras creo que sorprendieron a todos, porque no venían a la ocasión pero quizá tengan que ver con una cuestión latente entre vecinos que participan y que no participan de la propuesta del Banquito Popular.

Creo que el haber compartido esta jornada ha sido muy enriquecedor para mi investigación ya que puede acercarme a vecinos desconocidos, y más a los conocidos, tener contacto con sus actividades e intereses y registrar algunas imágenes de la jornada con la cámara fotográfica, decodificando así algunas "situaciones existenciales" de los vecinos.

## **11º Encuentro con la Comunidad. Observación en una Jornada especial**

**“Entrega de micro créditos en el marco del proyecto “Banco Popular De La Buena Fe”**

**Día: 20 de mayo**

**Hora: de 14 a 18 hs.**

En el día de la fecha me dirigí al centro comunitario con la finalidad de presenciar la entrega de los primeros créditos que el proyecto del Banco Popular realizaría. Aprovechando que casi todas las mujeres presentas ya se habían entrevistado y que había potenciales entrevistados lleve mi cámara fotográfica para registrar ese momento tan esperado y especial para este grupo y así también poder registrar en imágenes los rostros de esas personas que expresan cuestiones que figuran sólo por escrito en mi investigación.

Mi finalidad era poder conocer un poco más a la comunidad en una ocasión distinta y especial de los encuentros que tenemos en la cotidianeidad de la semana y al tiempo registrar con mi maquina la situación.

Llegamos temprano con Anabel, y como ya es sabido, ¡a colaborar se ha dicho!, la reunión se haría en el futuro salón, del cual solo se han levantado las paredes, para lo cual Rita nos pidió que la ayudásemos a limpiar con palas y rastrillos, lo que implicaba casi desmalezar, rápidamente el lugar donde seria la reunión. Realizada la tarea dispusimos un tablón con sillas detrás y todo en circulo sillas y bancos para que los participantes del proyecto tomaran asiento.

Con otras chicas de la agrupación preparamos café caliente, ya que la el día estaba bastante fresco, con unas masitas.

Poco a poco la gente de los grupos fue llegando y comenzaba a intercambiar experiencias y comentarios del proceso previo al otorgamiento de los créditos, todos se veían eufóricos y sonrientes.

Las mujeres se habían “producido” todas, desde las más jóvenes hasta las mujeres mayores, se habían pintado y lucían prendas distintas a las del uso cotidiano, que seguro suelen utilizar en eventos festivos como lo era este.

También llegaron personalidades invitadas para la ocasión como el Secretario General de la CTA en Río Cuarto y los representantes de la Granja Siquem, quienes ya venían trabajando con el proyecto desde hace un tiempo y habían confiado en la Juventud CTA para que lo llevara adelante.

Luego de palabras iniciales de estas personalidades se inició con la entrega de los micro créditos, la entrega del sobre con el dinero, la firma correspondiente del solicitante, y la foto que simbolizaba el momento, Algunas de las cuales fueron sacadas por mí.

Entregados todos los créditos, se brindó con cerveza y en la casa de “Mami Rita” empezó a sonar quarteto para todos aquellos que querían seguir festejando este logro vinculado a la dignidad, al trabajo y a la solidaridad.

## ANEXO II

### PROTOCOLO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EN SALUD PARA VECINOS DE LA COMUNIDAD BARRIAL HIPÓDROMO

#### *I. Cuestiones Generales*

1. ¿Cuánto hace que vive en el barrio? ¿Cómo se compone su grupo familiar? ¿Quiénes viven en la casa?

#### *II. Cuestiones en Salud Comunitaria*

2. ¿Cómo es el barrio?
3. ¿Qué problemas advierte en él?
4. ¿Observa alguna situación, problema o necesidad en salud en el barrio? ¿Cuáles?
5. ¿Qué enfermedades son frecuentes en él?

#### *III. Cuestiones en salud Familiar*

6. ¿Ha tenido usted o algún miembro de su familia problemas de salud? ¿Cuál/ Cuales?
7. ¿Qué enfermedades son frecuentes en su familia?
8. ¿Cómo podrían evitarse? ¿qué se podría hacer?
9. Cuando el médico le dice lo que tiene ¿Usted le entiende? (En caso que la respuesta sea no) ¿Qué hace usted? ¿Por qué no le pregunta? ¿Qué hace con el tratamiento que el médico le indica? ¿lo cumple totalmente? (en caso de que la respuesta sea no) ¿Hasta cuándo? ¿Hasta que dice que está curado o hasta que usted comienza a sentirse bien?

#### *IV. Cuestiones Institucionales en Salud*

10. Frente a problemas de salud ¿Qué hace? ¿A quién recurre?
11. ¿Cómo lo atienden allí? ¿satisfacen sus necesidades en salud?
12. ¿Cómo esperaría que lo atiendan en esos lugares?
13. ¿Piensa que es necesaria mayor atención sanitaria? ¿Por qué? ¿De qué tipo?
14. En este momento ¿todas las personas acceden a los centros sanitarios? ¿Por qué?

### ANEXO III

#### ENTREVISTAS CON LAS VECINAS DE LA COMUNIDAD BARRIAL HIPÓDROMO

##### Entrevista N° 1

Entrevistada: Rita (informante clave)

Entrevistadores: Paula (E1), Anabel (E2), Adrián (E3), Ramiro (E4).

Día: martes 4 de abril de 2006

Horas: de 16 a 18 hrs.

El día de la fecha nos dirigimos con el equipo de trabajo al Centro Comunitario para realizar la entrevista a Rita a quien ya habíamos preguntado sobre su voluntad de ser informante clave a lo que aceptó muy dispuesta.

Esperamos unos 20 minutos e iniciamos la entrevista que grabamos, gracias a la aprobación de Rita. Nos dispusimos alrededor de una mesa rectangular tipo tablón que es donde los chicos toman la copa de leche. E3 introduce en el tema y le explica:

E3: El tema es más o menos así, es una comisión nueva que armamos y va a estar orientada a salud, es como si fuera el área de apoyo escolar, la copa de leche o el ropero.

E1: Te acordás Rita, se semana pasada cuando vinieron las mujeres por el banquito que comenzamos a hablar del chagas que yo les comenté que sería una buena oportunidad comenzar a tratar los temas en salud.

Rita: ¿y viste ahora en la escuela lo que van a hacer? Desde el jardín de infantes quieren comenzar a hablar del sexo...

E1: ¿y qué te parece?

R: estaría bueno pero me parece que son muy chiquititos...

E1: y... tendríamos que saber cómo lo abordan, como lo tratan...

R: no se

E1: y... empezaran con cosas básicas... (Frente a la cara de susto y preocupación de Rita) no tengas miedo

E3: (propone algún tema específico para iniciar la reunión)

E1: (le extendiendo la guía para la entrevista realizada previamente, estoy incomoda para realizarla porque al llegar uno de los nietos de Rita me dio en brazos a la pequeña Guadalupe de 1 mes de edad, por lo que se la entregó a su mamá Roxana, que se encuentra por ahí dando vueltas) Se trata de algo general en salud, porque queremos empezar a conocer las necesidades del barrio, de la gente, que enfermedades son frecuentes...

E3: ¿lo vamos a destinar a lo barrial o acá? (retomando una discusión de los equipos de investigación en salud, que a mi entender ya quedaba resuelta se realizaría un trabajo paralelo Centro-Comunidad)

E4: empezamos acá y después seguimos con las entrevistas a la comunidad

E1: claro comenzamos acá porque pensamos que vos desde tu lugar en el centro nos podés brindar información importante, además ¿Cuánto hace que vivís en el barrio?



E4: y veinte años pero no conozco mucho (atajándose de lo que podría venir en la entrevista, con temor)

E1: si conoces mucho, nos referimos a lo que vos vivís...

E3: ¿Cuál es nuestra idea Rita? Nuestra idea para comenzar a trabajar en salud no es hacer un taller o una actividad sin antes conocer al pueblo, es como cuando hacemos cualquier otra actividad que necesitamos hacer un relevamiento de que es lo que necesita la gente y lo que nosotros queremos hacer ahora es un trabajo de investigación para llegar concretamente a cuatro cinco o seis puntos que hoy el Centro Comunitario y el Barrio está teniendo en cuestiones de salud y después cuando tengamos esos puntos va a haber prioridades sobre ellos, no vamos a poder abordar los seis juntos ni uno en particular, creo que lo correcto sería formar una lista de prioridades y así los iríamos abordando, obviamente que en ese proceso también va a haber un proceso de formación para nosotros porque ponele que se diga que el problema más grande que tiene hoy el barrio es chagas... te puedo decir algo muy general, pero realmente qué como lo abordas no lo sé....

E1: los temas en salud pueden ser cualquiera, también va a incidir lo que nosotros veamos que le sucede a la gente... vamos a hacer las entrevistas con el barrio pero comenzamos con vos porque estas en el Centro y porque sos nuestra informante clave...

E4: aparte por el lugar que implica el Centro, acá vienen todos los chicos, acá toman la leche...

E3: tenemos que empezar por acá...

E1: además es el lugar que concentra la gente....

R: claro.... (pensativa)

E3: yo lo que quería proponer es que la próxima reunión sea con la Rita y todas las chicas que trabajan en la copa (se nota la insistencia de la gente que trabaja en la agrupación por realizar cuestiones concretas e inmediatas, todavía no iniciábamos la entrevista propiamente dicha con Rita y ya estaba proponiendo una nueva reunión) con las compañeras que están trabajando y ellas son las que están manipulando directamente los alimentos ....bueno retomando un poco la entrevista ¿Cuánto hace que vivís en el barrio?

R: y veinte años...

E1: siempre en la misma casa...

R: si acá, "perate" que pueden ser 19

E1: ¿y como estaba compuesta tu familia?

R: yo mi marido y los cuatro chicos

E1: la Roxana?...

R: la Karina, el Daniel y el José Luís

E1: y ahora en este momento quienes viven...

R: bueno empiezo... jaja! Yo con mis dos hijas y mis nietos, La Karina tiene dos hijos el Esteban y la Jessica, la Roxana tiene seis de todas las edades (no los nombra)

E1: Rita y a nivel el barrio, vos como lo ves.... Ves necesidades

R: eh, sí, veo necesidades de alimentación si

E1: ¿Cómo los ves a los chicos?

R: ¿Cómo los veo? ¿Qué chicos?

E1: del barrio.... (En ese momento entra un joven del barrio que participa en la agrupación de los jóvenes de la CTA al que llaman "Noné" y se interrumpe la conversación con Rita)

R: (retoma) yo lo veo porque acá cada vez vienen más chicos a la "copa" –de leche-

E3: o sea que la necesidad primaria que vos identificas Rita, es de de los chicos y sus alimentos

R: para todos, para los grandes también...

E1: y donde ves básicamente eso ¿en el peso?

R: en general... (Sin aclarar demasiado)

E4: ...y las familias con muchos hijos...

E1: familias numerosas...

R: ¡y sí! Muchos chicos y los padres se separan

E1: y vos eso lo sabes porque lo charlas con las vecinas, ¿te lo plantean o no se habla de eso?

R: ¡no sí! Si los otros días vino una señora pidiendo por favor que le diera la leche y el pan porque no tenía nada, después vino otra pidiendo que le diera mercadería porque la había dejado el marido con cuatro chicos, hacia como un mes que los tenía a fideo blanco y arroz, te imaginas?

E3: si esa es otra cuestión Rita por ahí porque tenes muchos años viviendo en el barrio no ves como que las familias de antes vivían en la unión... hoy se separan.... que las mujeres quedan más solas con los hijos que antes...

R: siiiiiiiiii!

E3: antes como que la familia se sostenía más

R: ¡sí sí! No ahora...

E2: es muy difícil que se mantenga el núcleo de la familia unida, siguen pero con las mujeres a la cabeza

E1: claro es bien "matriarcal" madres y mujeres se hacen cargo de las familias

R: ¡sí! Claro

E1: y los hombres del barrio ¿que hacen?

R: y acá los del Hipódromo salen con el carrito...

E3: si y también mayormente yo veo que la mayoría de los hombres están adheridos al Hipódromo, en todo este entorno se ven las caballerizas....

R: y muchos albañiles...

E1: yo pregunto porque cuando realizamos la volanteada no vimos hombres, si vimos hombres ancianos o jóvenes pero no adultos, todas mujeres nos atendían...

R: sí, sí, hay varias mujeres así sin hombres...

E1: ¿a cargo de la familia?

R: y sí...

E1: ¿son mujeres abandonadas?

R: sí que se quedan con los chicos...

E3: y vos Rita con la cuestión que hay tantos chicos acá en la casa, ¿como haces cuando se enferman? ¿Recurrís al dispensario? (introduciéndose al apartado de cuestiones en salud familiar)

R: sí, sí

E3: ¿cuál es la enfermedad que más se siente?

R: yo en este momento estoy viendo que mucha enfermedad de las vías respiratorias pero también he escuchado muchos que están desnutridos...

E1: ¡ah sí!

R: si lo he escuchado en el dispensario y la "dotora" si no van cuando ella los cita los viene a buscar...

E3: ¿a sí? ¿Y te parece bien eso?

R: ¡síiiiiiiiiii! Yendo más lejos la Jessica (una de sus nietas) llego al punto de que estaba desnutrida no digamos que era porque ella no tenia que comer, no quería comer, y bueno la "dotora" allá me decía tal día me la traes,

E3: ¿vos dirías que hay buena atención?

R: sí, sí, la "dotora" esa sí...

E1: ¿Qué doctora es?

R: la Dra. X

E4: ¿pareciera que hay buena atención y buena voluntad?

R: sí, sí ella ya ha venido acá a mi casa, se preocupa mucho por los chicos y ha notado que hay muchos casos de desnutrición en el barrio...

E4: ¿y en general el resto de la gente del barrio va al dispensario? ¿Lo usa?

R: sí, sí

E4: ¿y da abasto eso? (refiriéndose al dispensario)

R: ¿que si es basta con eso? ¡No, no! (se acerca Roxana que ha estado escuchando desde la casa lo que hablamos y le dice algo en secreto a Rita para que aporte y comente en la entrevista)

E1: (la veo y le digo) ¡habla Roxana!

R: no que dice que los médicos al no tener la paga, porque no se les paga y se dice que se están por ir...

E1: ¿los del dispensario?

Roxana: (que se anima a hablar) no hay ginecólogo, no hay médico clínico y se está por ir la pediatra y la dentista....

R: dice que se quieren ir todos....

E1: ¿pero se queda vacío?

Roxana: queda vacío

E1: ¿lo cierran?

Roxana: y si no llega a haber arreglo...porque no le pagan, no le pagan dice la pediatra que a ella le sale más caro pagarle a una niñera de lo que ella gana por ir a trabajar...

R: no pero con el dispensario solo no hacemos nada...

E1: y la gente del barrio cuando tiene problemas ¿va al dispensario o también va a otros lugares?

R: y van al hospital, al Centro de Salud, porque imaginate a veces el dispensario no da abasto y la "dotor" te dice "andate hasta el centro de salud" y además que no se puede, esperas como medio día ahí

E1: y ¿en el Centro de Salud como los atienden los profesionales?

R: no bien, y la dentista también... a veces son un poco lentos...

E1: ¿Por qué?

R: llega una persona descompuesta y le dice "dotor por favor atiéndame" y te dice "vení mañana"

Roxana: eso le paso a la portera de la escuela, a la Mary...que después se quejaron por la televisión, ella fue porque le había picado un bicho, la enfermera le dijo que fuera a las 12 que a las 12 venia el médico, fue a las 12 y el médico le dijo que si no tenia turno no la iba a atender...

R: ¡no, no te atienden!.....

E1: ¿y esto donde sucedió?

R: acá en el dispensario

E1: o sea que hay de todo tipo de médicos...

Roxana: si esta el pediatra, la dentista, asistente social...

E1: y que trabajo hace el asistente social ¿los visita?

R: no a "las casa" no ha venido, es una jovencita que va los martes y jueves...

E1: ¿a vos te parece que se necesita más atención?

R: sí, sí, con una sola pediatra no va, porque ella atiende hasta las 12, 12.30 y se va después a la tarde tenes que correr al hospital o al centro de salud...

E1: ¿y en el barrio no hay alguna enfermera? ¿Alguien a quien acudir rápido si sucede algo?

E4: alguien que tome la presión por ejemplo....

R: no, no hay

E1: ¿no hay una curandera...?

R: sí acá dicen que hay una que cura el empacho (lo dice como burlándose de eso, como si no se curara realmente de esa forma)

E1: ¿y lo cura?

R: no se para mi noooo.....

E3: si es verdad lo curan mi abuela curó toda la vida el empacho

R: si el empacho puede ser, pero otras cosas.....

Roxana: (que escucha como de afuera se mete) si la mami cura esas cosas (refiriéndose a Rita)

E1: ¿ah vos tenés esas estrategias?



Roxana: acá el de la esquina, el papa del Lalo cuando esta atacado del higado viene....

R: ¡callate!

Roxana: para que la mami lo cure....

R: ¡no! ¡Pero no soy curandera! (como enojada)

E1: bueno pero ayudas a que la gente se cure

R: (tratando de volver al tema) no pero enfermeras en el barrio no hay.... Yo pongo inyecciones...

(La interrumpe Noné que estaba de "oyente" en la punta de la mesa")

Noné: no pero en salud no hay nada....

E4: y el dispensario, en el tema medicamentos...

R: y más o menos, si no tiene ahí te mandan al Centro de salud

E3: ¿y en el Centro de salud te dan?

R: sí, sí los medicamentos sí pero a veces vas al dispensario y no tiene ni siquiera para darte para un dolor de cabeza, a lo mejor estas descompuesta y no lo tienen...

E3: ¿Qué vos sepas Rita, que hagan acá en el barrio, charlas así o talleres, de información, o que hayan pasado dando un volante o un afiche que hayas visto en algún negocio, charlas de por ejemplo nutrición, higiene, hepatitis, enfermedades?

R: no, nada

E1: ¿y vos pensás que eso puede ser importante?

R: sí, sí...

E1: ¿y qué temas podrían ser importantes?

R: la alimentación....

E1: ¿y en la familia alguien tiene algún problema de salud? bueno en este momento la Guada (que es la nieta de un mes que nació con un soplo al corazón)

R: el Eze, el Yoni...

E1: ¿Qué tienen?

R: el Yoni tiene púrpura... es una enfermedad muy rara que se le revientan los vasos sanguíneos...

E3: en realidad la enfermedad tiene mucha mutaciones, la púrpura tiene muchas clases, alguna te revienta los vasos sanguíneos otra te afecta la piel y así...

E1: ¿y el nene puede hacer una vida normal?

R: digamos que ahora sí, pero él estuvo al borde de la muerte, porque esta enfermedad había pocos casos que se conocían, el se deformó todo...

E1: ¿a qué edad le sucedió? ¿Cómo lo contrajo?

R: a los cuatro, dicen que puede haber sido una comida, un medicamento o un resfrío, no se sabe todavía porque nadie ha logrado saber, es como una reacción alérgica que brota para afuera y brota para adentro, es como que el organismo creo más bacterias y defensas que en vez de defenderlo, lo ataca...

E1: ¿y en la actualidad toma alguna medicación?

R: no, no, pero no puede comer ni frutilla, ni pescado, ni cosas que contengan un producto que viene en la gaseosa... no y cuando yo lo lleve a Córdoba el "dotor" me dijo si la droga hace efecto vamos a seguir adelante, sino, no se puede hacer nada, porque eso revienta, eran hematomas que reventaban por dentro y el nene iba de cuerpo sangre, la rodillas se le hinchaban, los testículos, pero ahora no se sabe si puede haber quedado estéril....pero bueno la medicación le hizo bien. El Eze tenía asma, eso se ve mucho en el barrio, chicos alérgicos y asmáticos y no hay médicos...

E1: ¿de esa especialidad?

R: sí se necesita urgente, porque acá a los míos los tenía a los siete con tratamiento de vacuna... para colmo cada caso es distinto porque al yoni, al Matías y a la Jessica y al Esteban, le ponían gammaglobulina y otro componente para levantarle las defensas porque estaban todos con defensas bajas. Por eso yo digo los chicos de acá del barrio están todos con defensas bajas porque no están bien alimentados, le falta el alimento. Lo más importante que hay en este momento en el barrio es la enfermedad de los bronquios, la alergia y la alimentación, pero acá no hay alergista, ni es el dispensario, ni en el centro de salud ni en ningún lado.

E3: ¿Qué se necesita para que te atiendan en el centro de salud o dispensario? ¿Te piden algo, un carnet?

R: sí el carnet blanco

E1: ¿Cómo es lo del carnet blanco?

R: y bueno viene la asistente social a la casa, te ve como vivís, se fijan si reunís condiciones, primero está la A, B o C, la A te cubre todo, la B te cubre los medicamentos y la C creo que te cubre medicamentos y tenes que pagar la consulta...

E3: ¿y quien define eso?

R: la asistente social, pero supongamos que va a una casa y la casa está bien limpiita, todo limpio y por ahí ven un televisor y te dice ¡no!, No te lo podemos dar...

E3: por eso, ¿los criterios los manejan una comisión de asistentes sociales?

R: claro

E1: de acuerdo a las necesidades que ellos advierten te dan un tipo de carnet que ellos creen que es el que se ajusta tus necesidades, y ¿te parece que evalúan bien esas necesidades?

R: no, no, igual acá gracias a Dios lo tenemos todos, el A que te cubre todo, por lo menos en eso estamos cubiertos viste....

E1: ¿y al que no se lo dan?

R: a veces por tener la casa limpia y ordenada no te lo dan, hay gente que me dice "no podemos estar limpios" si a vos te ven limpios van y te dicen ¡no! ¡Escuchame no puede ser eso! Por ejemplo allá en la otra cuadra hay un pariente mío que tiene el carnet, ¡pero el marido tiene dos camiones! Y tienen una chata...

E1: ¿y como hizo?

E3: igual eso no nos interesa....de trabajar en salud vamos a terminar trabajando en la DGI... (Risas)

R: ¡no! ¡Pero escuchame!

E3: me gustaría también discutir, no sé cómo ves Rita vos, el tema de la salud como asistencia, la cuestión de que cada uno necesitamos, por ser humanos la calidad de la salud, ¿vos como la vez? O sea ¿la salud es para todos? ¿Es una obligación o es algo que nosotros tenemos que laburar y pagarlo si no, no te corresponde?

R: yo pienso que la necesitamos todos....

E3: ¿pero la tenemos todos?

R: y no la tenemos todos...

E3: ¿Por qué no la tenemos todos?

R: bueno, yo en mi caso, ya te digo a mí siempre me han atendido hay otra gente que se queja porque....

E3: sí te atienden pero.....

E1: te atienden pero vos pensas que ¿atienden a todo el mundo igual?

E3: por ejemplo ¿pensas que si el Yoni tiene un problema de salud recibe la misma atención que el hijo de promoción social de la Municipalidad?

R: y no, pero eso es así en todos lados, porque va uno que dice "yo conozco a la enfermera y te dice vení pasa", eso pasa en todos lados

E3: me parece que el tema de la salud está muy relacionado, mira lo que hablamos problemas de alimentación, hay muchas separaciones, chicos con desnutrición y de ahí terminamos en que unas mujeres que no viven en el barrio fijan los criterios en salud, no es la propia gente del barrio la que establece los criterios de quien necesita tal cual cuestión en salud, entonces vos decís siempre lo mismo, personas que no se comprometen verdaderamente con las cuestiones después son las que definen nuestras necesidades dentro de la salud, creo que el primer tema sería reconocer que es algo injusto, porque el tema de la salud es una necesidad primaria dependiendo de una cuestión económica, no se puede fijar un criterio desde la técnica que establezca quien queda dentro y quien queda fuera, primero habría que discutir porque hay chicos desnutridos antes de pensar en cómo se los va a atender,

R: jeso!

E3: hay que preguntarse porque están los niños de nuestra ciudad corriendo detrás de la necesidad de los alimentos y a la par de eso vienen las enfermedades porque si los chicos estuvieran bien alimentados se enfermarían como cualquier chico, pero no tendrían esa tendencia constante de enfermarse....

E4: eso también se vincula con el tema de las madres y el cuidado en los embarazos...

R: también, acá hay madres que fuman, y delante de los chicos también, como podes fumar delante de una criatura, las madres en ese sentido el médico del dispensario lleva el control de las madres embarazadas, hace análisis controla y después de haber tenido familia si no se presentan a hacer el control las va a buscar...

E3: mi opinión es que no deja de ser hipócrita la situación porque vos venís yo te controlo y me preocupo en que vos cumplas las reglas que se necesitan para que un embarazo llegue bien a término, pero ahora las necesidades y esa demanda quien las toma, yo te puedo decir "portate bien Paula durante el embarazo como esto, tomá este medicamento, dormí esta cantidad de horas, no hagas esfuerzos" pero cuál es la realidad de Paula para cumplir ese tipo de reglas y normas... si bien están teóricamente hay que discutir cuál es la política que se necesita en la cuestión de salud, necesitamos un medicamento y un médico que nos diga como tenemos que hacer o necesitamos un seguimiento verdadero en las cuestiones de salud....

E1: claro si por ejemplo tenes hepatitis alguien te explique porque tenes hepatitis, que es la hepatitis, no simplemente que te diga toma esto come esto, ¡chau andate a tu casa!

E3: hay una herramienta que en salud no se tiene mucho en cuenta que es la formativa y la informativa

E1: que es la prevención y atención primaria...

E3: y la atención de estas instituciones es que un día vas a esperar cuarenta turnos, el otro día no vas a ir y le vas a preguntar a la vecina que puedes tomar, esa es la realidad...

R: lo más importante sería el tema de la alimentación y la presencia de un alergista, el tema de las moscas es constante...

E1: ¿y qué pasa con la fumigación?

R: fumigan pero más o menos... (Comienzan a llegar los chicos del colegio e interrumpen

E1: respecto al barrio ¿Cómo es?

R: ahora es tranquilo tiempo atrás no... por ahí se escuchan ruidos...

Noné: a veces se arma pero la gente del barrio se respeta...

R: acá se descontroló un poco cuando vino el "Gula" pero como en todo barrio hay un personaje, acá hay un bar "la barraca II" que van hombres y mujeres, se escucha de noche, pero uno dice de este barrio pero más allá atrás del cementerio me han contado las mujeres que es bravísimo....

E3: entonces la semana que viene podríamos tener una reunión con las chicas que preparan la copa de leche y los encargados Noné y Ariel, vos Rita y nosotros, con la finalidad de ampliar esta reunión a todos los compañeros y avanzar como prioridad a una charla con la nutricionista sobre higiene y el tema de los insumos de la copa de leche, yo puedo hablar con una nutricionista que conozco de la Universidad, proponerlo discutirlo y ver el porqué, primero hablamos con la gente de la copa y después planteamos lo de la nutricionista....

R: sí pero la nutricionista te da para la comida la higiene todo eso,

E1: la profesional tiene que conocer la realidad del barrio y del centro....

E3: y en base a ello armar la charla...

R: si ella va a venir y me va a decir, pero yo en mi casa cuido las cuestiones de limpieza, pero acá hacemos un guiso comemos guiso, ella va a venir y me va a decir que coma pollo que coma verdura que coma bife, pero que voy a comer si no lo tengo...

E3: nosotros no queremos que la mujer venga y te diga que tenes que comer vos... que dieta tenes que hacer, nos va a dar lineamientos...

R: a bueno, porque ya sabemos a qué acá en el barrio estamos mal alimentados...

E3: lo importante es centrarnos en la cuestión de higiene que no implica plata, y puede llegarnos a todos, también cosas tales como guardar la carnes, cuánto dura una leche abierta, en ese sentido, apuntar ahí, el sentido es que la profesional nos ayude a ver como os tenemos que cuidar nosotros y el lugar en que estamos como centro comunitario que alimenta el barrio

R: yo a veces les digo a las chicas que limpiemos un poco más

E3: está bien, pero a lo mejor si nos lo dice un profesional le hacemos más caso... bueno ¿quedamos así?



E1: nos encargamos de avisarle al resto de la gente para el martes próximo esa reunión más general.... Y vemos que sale

R: pero bueno con la cuestión de los medicamentos estamos cubiertos, lo único que a veces pasa es que tomas 10 comprimidos para la cabeza y no te hacen nada, la muestra medica con uno te hace efecto, los que hace el centro de salud acá no hacen efecto, vos preguntá a la gente del barrio, me dan la pastilla para la insulina y me descompone y cuando me dan la de la muestra médica me hace re bien, muchos médicos te lo dicen "hace el esfuerzo y compratelo"

E3: bueno entonces el martes a las cuatro nos encontramos acá.

## **Entrevista N° 2**

**Entrevistada: Tota      Edad: 56 años**

**Entrevistadores: Paula (E1) y Ramiro (E2)**

**Día: martes 11 de abril de 2006**

**Hrs: de 16 a 17.30 hrs.**

Cuando arribe al Centro Comunitario me recibió Rita (Informante clave) muy angustiada y entre lloriqueos porque había comprado un vidrio muy costoso para poner en la ventana y cuando lo fue a buscar para los chicos de la agrupación se lo colocaran, estaba roto. Al poco tiempo llegó, Ramiro -compañero de equipo- y decidimos tomarle la entrevista a Tota, una vecina que estaba visitando a Rita.

E1: bueno Tota, a nosotros nos interesaría conocer algunos rasgos generales de la gente que vive en el barrio y sus cuestiones en salud, para ello te queremos hacer unas preguntitas....

Tota: (me mira intrigada)

E1: ¿cuánto hace que vivís en el barrio?

T: treinta y cuatro años

E1: ¿siempre en la misma casa?

T: siempre en el mismo lugar

E1: ¿cómo se compone tu grupo familiar?

T: mis cuatro hijos y mi esposo....

E1: ¿viven todos juntos?

T: no, no tengo tres hijos casados....en este momento estoy viviendo yo mi marido y mi hija soltera...

E1: ¿Cómo es el barrio?

T: (silencio) y más o menos...

E1: ¿advertís problemas?

T: y sí como en todos lados... problemas hay si la verdad que acá sí, hay familias con muchos hijos, muchos hijos...

E1: ¿te parece un problema?

T: y yo pienso que si porque donde hay muchos hijos, bue, ya saben los problemas que se acarrear...

E1: ¿Cómo qué?...

T: y supongamos a veces por falta de trabajo, a veces lo padres no pueden darle lo que necesitan a los chicos, eso es importante... cuando yo tuve mis hijos era otra época, ahora es más difícil porque yo veo el caso de mis hijas que tiene ya cuatro, y les cuesta...

E1: ¿y ves algún problema concretamente en salud, alguna situación...? Algo que sea sobresaliente.... Como alimentación.....

T: y sí yo pienso que eso es una cosa indispensable hay algunas casas que los necesitan, es necesaria...

E2: ¿son los menos las personas que la necesitan? (refiriéndose a alimentación)

T: no yo pienso que hay mucha gente que lo necesita, yo para mi ver en este sector hacen falta muchas cosas y hay muy muchos chicos...

E1: ¿y cómo ves a los chicos?

T: y no se no he prestado mucha atención...

E2: y los padres de esos chicos ¿están juntos o están separados?

T: si hay casos, que a lo mejor están solas con un montón de hijos, o está el matrimonio pero no es lo suficiente...

E1: se hará más difícil cuando esta la mujer sola...

T: más vale que sí... más difícil hoy día cuesta muy mucho...

E1: ¿sabes de alguna enfermedad que sea frecuente entre vecinos? Te acordás los otros días por ejemplo cuando charlábamos del chagas eran como cuatro los vecinos que lo padecían...

T: (silencio)

Rita: (que escucha silenciosa la entrevista de su amiga, se entromete y comenta mirándola a Tota) las alergias, hay muchos chicos alérgicos, el tema de la bronquitis y las vías respiratorias...

T: (asiente) sí, sí, las vías respiratorias...

E2: ¿eso puede ser porque está cerca el Hipódromo?

T: y también eso puede ser, estamos rodeados por esos *stud* que puede tener que ver, en el verano tenemos el problema grande en todo el barrio que es las moscas...

E1: si eso se ve ¿para vos eso es un problema importante?

T: y... yo pienso que sí porque las moscas es un insecto muy sucio....

R: pero ahora últimamente hay moscas...

T: yo desde que vivo ahí toda la vida existió...

E1: ¿y no fumigan con frecuencia?

R y T: (a coro) ¡no, no!

R: una vez al año pasan

E1: ¿con que puede estar asociado que vengan tantas moscas?

T: yo no sé... yo la verdad que no sé...

E1: ¿los animales... la basura cerca...?

T: (silencio)... y si, puede ser...

E1: bueno, a nivel familiar ¿has tenido vos o alguien de tu familia problemas de salud?

T: si desde años con mi marido, el problema de él empezó con problemas el corazón, tubo el primer ataque y estuvo en terapia y después siguieron con los estudios y lo derivaron a Córdoba y le hicieron estudios más importantes, igual acá estaba el Doctor Wagner, en ese tiempo estaba el Sanatorio Argentino y le había hecho hacer un estudio, nos fuimos a Córdoba, y el estudio de acá le da un chagas crónico, acá solo lo trataban por problemas al corazón...

E1: ¿y no se sabe cuánto tiempo hace que lo tenía?

T: no eso no se sabe porque dicen que la vinchuca, yo te digo por lo que a mí me explicaron los médicos, esto el único hospital que hace tratamiento por el chagas es el Hospital Rawson de Córdoba, es el único hospital ahí hay centro asistencial al chagastico y mal de los rastros que había antes, bueno, y la Dra. Sosa Nieto que es la especialista en eso, es la que lo trata a mi marido y un cardiólogo...

E1: ¿cada cuanto?

T: todos los meses o sino mes por medio...

E1: y el ¿Cómo sigue el tratamiento?

T: y al pie de la letra porque el chagas no tiene cura....pero acarrea muchísimas cosas. Tiene el problema de que te agranda el corazón, las paredes del corazón son más gruesas de lo normal, te acarrea problemas similar a la diabetes, porque también es diabético, bueno y mi marido el problema que le descubren el Córdoba junto el mal de chagas es la mala circulación de las arterias del corazón, entonces allá le hicieron un cambio de medicamentos y siguió, después tuvo cuatro ataques más, distanciados, al año, año y pico. En este año que paso en septiembre tubo otro ataque y estuvo en terapia...

E1: ¿y cuántos ataque ha tenido?

T: cinco

R: y.... el chagas es así...

T: el Dr. Dice o se dan estos ataques ahora y a lo mejor nunca más o como a lo mejor el antes al año y dos meses un ataque... ahora hace cinco años porque en el 2001 tubo cinco operaciones, tubo cuatro en veintiún día...

E1: ¿todas al corazón?

T: no... por un apéndice que le dejaron pasar se le hizo peritonitis y se le complico

E2: ¿acá paso eso?

T: si en el hospital viejo... bueno y le lleve con un dolor en el costado y análisis de urgencia y recién el análisis lo tubo a la tarde, más tarde que esta hora, bueno dice lo vamos a internar porque es un apendicitis, el ya no sabía cómo estar en la cama, fueron, mis hijos se pelearon un poco con los médicos y lo pasaron a cirugía...

E1: y en la actualidad tu marido ¿en qué estado esta?

T: no, no, el anda bien, está lleno de tratamientos

E1: y tu salud ¿no has tenido enfermedades?

T: no, mi problema es que yo he sido asmática cuando era chica hasta que tuve mi primer hijo que ahora tiene 35 años, sufría de asma y después nada, tanto medicamento tanta cosa... pero hay temporadas así como que hace calor que me siento que me falta el aire, pero no me dan los ataques, ¡gracias a Dios! Que me daban antes...

E1: ¿y tus hijos?

T: no los chicos cosas pasajeras, alérgicos,

E2: volviendo al chagas, ¿en los chicos de ahora se ve o antes se veía? Porque todas las personas que sabemos que tienen son más o menos grandes...

T: si son grandes, actualmente de ahora yo no conozco... dicen que ahora... me decía la Dra. Sosa Nieto, porque ella te explica muy bien estas cosas, ella tiene una boca de fuego, porque es boca sucia...pero es un amor te dice las cosas como tienen que ser, no tiene problemas la Dra., pero también así ella te explica, yo me animo a preguntarle todo porque soy yo la que lo medico a mi marido y yo la que estoy continuamente con él, entonces yo ya me he acostumbrado, bueno y ella me explicaba, que dice que el chagas viene, tanto puede ser que aquí en la ciudad "aiga" la vinchuca, como también en el campo, ellos han sido del campo, nacidos y criados en el campo y dice que puede ser, a lo mejor, que de chiquitito o nació o de chiquitito la vinchuca se sentó en alguna parte, no es que te pique, te hace la caca y cuando vos te rascas esa suciedad se penetra adentro y ahí entra el virus....

E1: ah, y la paja de los ranchos también las atrae...

R: justamente techo de paja y pisos de barro...

T: pero mi marido vino a descubrirlo de grande...en el 90 y algo, se descubrió por los ataques s que le agarraban acá le decían que no que eran problemas al corazón entonces un día dijimos vamos a hacer un intento de ir a Córdoba. Vamos a preguntar, preguntando a uno a otro, para hacer una cosa más exacta, como no va a haber en algún lado un especialista en esto, porque acá no hay y bueno nos dijeron que en el Hospital Rawson, yo llamé al hospital y me dijeron que estaba la especialista de chagas...

E1: ¿te sentiste contenida por esta profesional?

T: sí, sí, le cambio toda la medicación, siguió con los medicamentos que le dio ella bien claro nos dijo "esta enfermedad no se cura pero con tratamiento se mantiene",

E2: ¿y han visto vinchucas acá o nos han visto nunca?

T: no yo no

E2: ¿pero saben cómo es el bicho?

T: si porque la Dra. tiene un póster en el consultorio...

R: tiene una manchita roja

E2: a bueno, pero ustedes si la ven ¿la identifica?

T: claro

R: sí porque es marroncito y tiene como manchitas

E1: Tota, y cuando tenés problemas frecuentes en salud que no son tan graves como los que contabas ¿a quién recurrís?

T: y nosotros nos manejamos con el hospital...

E1: ¿y el dispensario del barrio?



T: sí, a veces, yo con mi marido tanto no porque sus problemas son más delicados, pero prefiero el hospital 'porque tiene PROFE y la mutual esa atiende dentro del hospital...

E1: ¿carnet blanco no tienen ustedes?

T: no, no tenemos porque tenemos PROFE

E1: y en el hospital ¿Cómo te atienden?

T: no, bien, bien, yo mentiría si me quejo...

E2: ¿y las demoras...?

T: no, no, cuando mi marido tubo esas cinco operaciones las tubo en el hospital viejo y yo estoy muy agradecida...

R: en el hospital viejo atendían mejor.....

T: no pero en el nuevo también, yo no me quejo, lo que pasa es que ahora tienen más demandas de gente, porque como ahora es un hospital nuevo lindo van muchos con mutuales, antes no porque aquel era fiero, porque era esto, porque era lo otro.... Yo le digo siempre a los médicos les estoy muy agradecida...

E2: ¿y usted no ve por ahí que no dan abasto?

T: sí, sí, porque es una demanda terrible, pero acá en el hospital nuevo mi marido tiene todos los médicos ahí, la especialista de diabetes acá, el gastroenterólogo, el de mal de Parkinson, porque también tiene mal de Parkinson por la misma diabetes, porque la diabetes es como es chagas te va complicando todo el organismo...

E1: ¿Qué edad tiene tu marido?

T: 68. El tiene problemas de riñones mal de Parkinson en el brazo derecho, y bueno, el tiene que estar medicado, para el corazón, le pongo tres insulinas por día, el es insulino dependiente y se las pongo yo, mientras él ha estado internado he aprendido de todo...

E1: ¿Cuántos años de casada?

T: 39, yo cuando a mi marido le hicieron tantas operaciones en el 2001 yo pase de todo y aprendí muchísimas cosas, vos hace de cuánta que yo tenía un bebe, tenía que bañarlo, cambiarlo, y de ahí aprendí de todo, los médicos me enseñaron a mí como ponerme los guantes, como desinfectarme, como lavarlo a él,

E1: qué bueno que lo veas así y que no te "bajones"

T: no, si pero después llego un momento que me bajonie, cuando él se mejoro me dio un ataque de tensión, pero dice es Dr. Que es por todo por lo que yo había pasado, yo puse mucha fuerza de voluntad para sacarle adelante a él...así que he pasado de todo, gracias a Dios que está y está bien... con tratamiento, pero bien, porque él tiene fuerza de voluntad terrible...

E1: volviendo al tema del barrio ¿vos pensás que en el barrio es necesaria más atención sanitaria?

T: en el dispensario sí haría falta, a las seis de la tarde ya te cierran, muchos años atrás yo me acuerdo que a la noche estaba abierto, había guardia, después un buen día lo sacaron, ahora solo hasta las seis de la tarde cerrado y tenés que disparar para un caso de urgencia al centro de salud y a veces uno no tiene ni para el colectivo ¿Qué haces?.. Tenés que ir antes de las 6 de la mañana para que te den turno...

R: si no el médico no te atiende...

T: si no conseguiste turno no te atienden...

E1: entonces... ¿a vos te parece que todos tenemos las mismas oportunidades en salud?

T: (sin comprender la pregunta) y yo pienso que debe ser general lo que te digo del dispensario  
Yo al dispensario también lo ocupó mucho...

E1: ¿pero la gente en general tenemos las mismas posibilidades de atención sanitaria?

R: (demostrando que ya sabía a lo que nos referimos) de derechos....

T: si, la verdad que puede haber casos de gente que le cueste, pero yo ya ahí no sé, este sí a lo mejor quiero decirte que también, hay un medico clínico que no me convence...

E2: ¿y respecto al Carnet Blanco, sabes algo de cómo es?

T: si, no, no, mi hija por lo menos lo tiene...

E1: ¿Cómo hizo para tenerlo?

T: porque no tenía mutual... yo lo supe tener, pero después me lo quitaron...

R: ahí está, ¿pero porque te lo quitaron?

T: me lo quitaron y no sé porque eso nunca me lo llegaron a responder, porque la mutual nuestra yo no me quejo porque es una mutual buena, pero más del Hospital no podemos ir, en Córdoba podemos ir a cualquier hospital pero acá solo al Hospital y el Carnet Blanco yo lo usaba para no trasladarme hasta el hospital por la "lejura" y a veces el gasto íbamos al centro de salud por el problema de la tensión que tuve, yo me iba a hacer atender con el Dr. Mendoza, muy buen médico, me estaba atendiendo con él estaba re bien me había controles, la cuestión es que un día voy y la chica que daba los turnos me dice "yo te lo voy a tener que quitar al carnet" le digo "¿Por qué?" y dice "y no porque al carnet te lo tengo que retirar porque vos tenés la mutual del hospital y tenés que ir al hospital", le digo "pero como yo hace años que tengo el carnet blanco y a mi casa fue la asistente social, no me lo dieron por dármele, y la mutual que tiene mi marido, vos debes saberlo mejor que yo, es una pensión, me parece que comete el error más grande que me lo retire"

E1: y esa persona que cargo tenía para quitarte el carnet

T: una chica que está en la oficina 15 es una empleada, que ahí no más me agarró me lo quito, y yo le dije "no me lo podes quitar de un día para el otro" y me dijo "no, yo ya te lo retiro", bueno le dije yo voy a ir a hablar con alguien acá porque esto no puede ser, todavía medio que me enoje y le conteste, "vos me retiras el carnet a mí porque yo tengo una triste mutual pero te puedo asegurar que acá viene gente con autos cero Km. que yo las he visto que se bajan en la puerta del Centro de Salud y hasta alarmas tiene los autos y le quitan ¿qué? A uno que no tiene, y me dice "y bueno pero yo tengo orden de retirárselo"...

E1: y vos después ¿fuiste y hablaste con alguien?

T: no sí, sí fui y me mandaron a volver a hablar con la chica que si no lo había tirado que me lo devuelva porque cuando ellas lo retiran después lo tiran, pero por ahí lo dejan... y fui y ya no estaba más...

E2: ¿todos tienen el mismo carnet blanco?

T: yo creo que hay distintos, A, B, C, yo con el carnet igual pagaba, me hacia atender con el ginecólogo por la menopausia y cada vez que iba pagaba 5 pesos...

R: para que te den el carnet tenés que estar mugriento,

E2: y respecto al barrio ¿para vos es tranquilo?

R: yo decía que era tranquilo las otras noches asaltaron un remisero...

T: ahora es tranquilo pero años atrás era terrible, a mí nunca me robaron pero a mi hermana tres veces en pleno día hará dos años, estaba la vecina, es como que alguien estaba cuidando, la vecina se creía que era mi cuñado, cuando se asoma por la ventana ve a uno , el rengo que dice que está preso...

E2: ¿vos al tema de la delincuencia lo asocias con algo en particular o se ve favorecida por las drogas y el alcoholismo?

T: yo pienso que sí, no lo veo pero se sienten comentarios, del alcoholismo si, a la esquina de mi casa hay un bar "la armonía" se llama pero no tiene nada de armonía, esta justo en mi cuadra

R: ahí hay de todo

T: cuando no se pegan tiros se pegan puñaladas, disparan por mi pasaje, una vez se metieron en el jardín de mi casa, ahí es viva la pepa todo el día a cualquier horas, encima el tipo que tiene el bar. Se presta para todo,

R: ¿es el Mario el que tiene el bar?

T: no..... El Calolo ese... bueno, y resulta que se habían peleado, me levanto miro por la hendija de la ventana y estaban peleando el tal Caloso y un Godoy que viven por acá y se corrían, uno lo apuñalo a otro...

E2: y la policía viene...

T: viene cuando ya se termina todo, el tipo termino en mi comedor y me lo lleno de sangre para colmo siempre vienen de otros barrios... la policía antes venia a cada rato en vez de ahora no...yo no sé qué haría para que sacaran ese bar, hay de todo un poco, los sábados y domingos hay autos y chatas nuevas...

R: dicen que ahí se jugaba a la timba,

T: y también hay mujeres que vemos cuando madrugamos para ir al hospital...

E1: ¿por dónde queda esto?

T: ahí no más de mi casa en el pasaje Villegas... pero antes el barrio era tranquilo hubo una temporada brava pero ahora parece tranquilo...

R: a uno le d bronco que esos chicos que ha visto crecer ahora te vengan a arruinar la vida, una vez se mataron acá fuera, y a dos cuadras un hermano mato a otro...

E2: ¿y qué opinión tenés del Centro Comunitario?

T: yo pienso que está bien, que todo lo que se haga está bien para el barrio...

R: tendríamos que terminar el salón...

E1: para eso lo vecinos se tendrían con organizar...

T: Claro, claro

E1: bueno Tota gracias por tu tiempo y tus aportes

T: de nada...

E1: ya te vamos a avisar cuando se organicen los grupos en salud

T: bueno.

**Entrevista N° 3**

**Entrevistada: Marina**

**Edad: 28 años**

**Entrevistadora: Anabel (E1)**

**Día: 4 de mayo de 2005**

**Hrs: 11 hrs.**

E1: ¿hace cuanto tiempo vivís en el barrio?

M: 6 años más o menos...

E1: ¿Cómo está formada tu familia?

M: mi marido, mi hijo y yo

E1: ¿Cómo ves al barrio? ¿Cómo te parece que es?

M: ¿se puede no responder? ¡Horrible!

E1: ¿por qué?

M: va no es feo, es esta cuadra,

E1: ¿pero porqué horrible?

M: son medios choros algunos, en esta cuadra sí y en el barrio también, no es un barrio tranquilo...

E1: ¿Qué problemas ves en el barrio?

M: ¿problemas? ¿En qué sentido?

E1: lo que a vos te parece...

M: y eso, que son más bien eso, gente que tiene poca educación "digamo". Porque "ponele" se drogan mucho, y si vos te fijas es que más se droga es el menos educado, o andan robando también...

E1: ¿y es gente grande, gente chica?

M: no los jóvenes...

E1: ¿y vos a eso lo ves?

M: Sí..., siempre los veo...

Otra chica que quedaba de la reunión anterior: yo hace poco vi uno...

M: yo siempre veo, cuando viene a mi casa la Lore ve todo

E1: ¿andán por la calle?

M: si andan por la calle por la vereda... arriba del techo con las bolsitas, parecen que estuviesen mamados que se hubieran tomado todo, pero no están drogados...

E1: ¿y qué edades tienen?

M: y quince años para arriba

E1: ¿ves algún problema o necesidad en salud en el barrio?

M: no porque está el dispensario cerquita, cuando se enferma alguno lo llevamos rápido allá...



E1: ¿y qué enfermedades conoces que sean frecuentes acá en el barrio?

M: ¿Qué sean contagiosas?

E1: sí, las que vos conozcas y por lo que hablas con los vecinos...

M: no no, no hay así enfermedades, las comunes, que vos te resfrías y a los chicos le agarra el estómago, esas cosas pero no, epidemias no...

E1: sobre tu familia ¿tuviste vos o algún miembro de tu familia problemas en salud? ¿Cuáles?

M: no ningún problema, el nene no sé si tengo que llevarlo porque me parece que tiene alergias...

E1: ¿porqué?

M: cada vez que cambia el tiempo se me enferma, pero nosotros que sepamos bien no...

E1: ¿Por qué pensás que es una alergia?

M: porque comienza a resfriarse, le agarra como un resfrío,

E1: y a ¿Dónde lo llevas?

M: ah, sí hay que decir la verdad la Dra. del dispensario no sirve, prefiero ir al centro de salud, porque no es muy buena para atender a los chicos...

E1: ¿porqué?

M: ponele, vos le llevas para hacerle el control a las siete de la mañana, eso está mal para mí porque hace mucho frío y vos lo sacas sano al chico de tu casa y vuelve enfermo, a mí me paso y está mal...

E1: ¿y sacas turno a esa hora tan temprano?

M: no sacas turno un día antes si no hay turnos a la mañana también, pero atiende de siete a nueve, en esas dos horas vos tenés que ir, pero es la hora más fría para los chicos, así que yo prefiero llevarlo al Centro de Salud, aparte no me gusta como atiende a los chicos...

E1: entonces cuando se enferman preferís llevarlos al Centro de Salud ¿y cómo te atienden ahí?

M: yo lo llevo siempre a la misma doctora y siempre le pega bien a lo que tiene...

E1: y cuando te dice que enfermedades tiene el Miqueas –su hijo- o el Jorge –su marido-, te explica la enfermedad ¿le entendés?, ¿te explica bien?

M: si explica bien y.... entiendo bien...

E1: si pero no es entender ¿te explica bien?

M: no ella explica bien, se nota... a mí me gusta que me diga "ta, ta, ta, ta" pero te explica como si fueras gente que nunca te han enseñado nada, viste no explica bien, porque hay personas que no entienden, yo la miro y le digo bueno si ya te entendí te dice "me entendiste que eso es así"... no explica bien

E1: ¿y para seguir un tratamiento también te explica bien?

M: sí, aparate hay gente que va y necesita que le expliquen así...

E1: ¿y cuando terminas el tratamiento? ¿Cuándo lo indican las indicaciones del médico o cuando vos ya te sentís bien?

M: no, es así: Ella te da por ejemplo, al Miqueas los otros días le había salido una infección, vos vas y ella te dice "este es el tratamiento las pastillas son para 20 días pero vos vení de acá a una semana para ver cómo va sino te cambio el remedio", bueno vos lo llevas y te dice "bueno, esto va bien, por más que se esté curando traemelo de vuelta la próxima semana", cuando ella ve que no tiene nada te dice "ya está el chico no tiene nada"...

E1: ¿y vos respetas eso de volver?

M: sí, sí

E1: vos me decías de una infección que le agarró a Miqueas ¿Cómo fue eso?

M: le agarró una infección en la piel, habíamos ido al río y se ve que se golpeo con una piedra y el agua que le toco la herida tenía gérmenes, son como hongos...

E1: ¿y ahora está bien?

M: sí fue en el verano

E1: ¿y qué enfermedades son frecuentes en tu familia?

M: ¿nosotros? Un resfrío, gripe, mal de la muela...

E1: ¿y para la muela a donde fuiste?

M: al dispensario, porque ahí sí, me gusta la doctora para los dientes del dispensario, atiende bien es simpática y de paso te pone toda la anestesia que necesites...

E1: ¿Cómo crees que se podrían evitar estas enfermedades de resfrío, infecciones...?

M: y el resfrío es difícil evitarlo, o sea, es difícil porque uno tienen que ir y venir sí o sí, y uno no puede salir con la casa encima, las infecciones le pueden pasar a cualquiera eso lo tiene que tratar otra gente porque es el agua la que viene contaminada...

E1: ¿Qué profesionales hay en el dispensario?

M: el médico clínico, la pediatra, la Dra. de los dientes, ginecólogo no hay...

Otra chica: ¿no hay?

M: no renunció

E1: ¿y vos ibas ahí de la ginecóloga?

M: si iba ahí

E1: ¿y al centro de salud para que vas?

M: para Miqueas...

E1: ¿Cómo esperarías que te traten en el dispensario?

M: y bien, por más que sea, por más que uno no pague te tienen que atender bien, para eso le paga la municipalidad, el gobierno vah!

E1: entonces, ¿te parece que ahí satisfacen tus necesidades en salud?

M: sí, salvo la pediatra...

E1: ¿pensás que es necesaria mayor atención en salud en el barrio?

M: no está bien, vah, calculo que está bien, hay otros lugares, en el centro vecinal hay otros médicos tenes que pagar dos pesos...

E1: ahora para terminar ¿vos crees que todas las personas tienen acceso a la salud?

M: no todas las personas no, o sea, ponele, tienen todas las personas acceso, ponele al centro de salud o dispensario si tenes carnet blanco, hay veces que hay gente que no tiene el carnet blanco pero tampoco es millonario y esa gente no puede ir ahí, por ejemplo yo tengo mi familia en Córdoba la otra vez vino mi hermana se agarró una gripe no me la querían atender en el dispensario si no pagaba y oh casualidad que estaba sin cinco centavos, eso para mí está mal, no me la atendieron a la chica, tuve que pedir remedios prestados, curarla yo digamos a lo loco, eso estuvo mal...

E1: ¿y por qué crees que pasa eso?

M: no, tiene razón en el sentido de que hay gente de que tiene y lo mismo van ahí a atenderse gratis...pero para la gente que viene de afuera tendrían que dar porque viven acá y no saben qué hacer, porque nosotros, en serio, no teníamos la plata, tuve que andar pidiendo remedio, si no vivís acá te tienen que atender... y no te atienden...

E1: ¿y qué hace esa gente?

M: y si tiene plata se atiende...

E1: ¿y si no tiene plata?

M: y tiene que pagar, si no tiene, bueno, no tiene...

E1: ¿y cómo es la atención de la salud con la gente que tiene plata y con la gente que tiene el carnet blanco?

M: y mejor el que tiene plata, porque si no tenés plata tenés que hacer cinco mil kilos de horas, de cola ponele, o por el dentista no más, me atiende bien pero para sacarme la muela tuve que ir a las cinco de la mañana y ella empieza a atender a las ocho, si vos tenés plata vas pagas la consulta y te atiende a los cinco minutos que llegas...es una gran diferencia...

E1: ¿y pensás que hay diferencia en cuanto la calidad de la salud?

M: o sea, la calidad de los remedios por ejemplo los que generalmente te dan los chicos se pueden tomar un "bote" o dos "botes" de remedio y no se te curan así que vos juntas la plata y le comprás uno bueno porque uno bueno te cura el nene ahí no más, ta bien que te ayudan pero no le ponen todo lo que tiene que tener un remedio para que le haga bien al nene, ese es el problema, me paso a mí con la muela, me dio un calmante la doctora y me seguía doliendo, tuve que ir y comprar uno nuevo y si no tenés. No sí, nada que ve la salud si vos pagas o si no pagas... no pero está mal, eso también que tenes que hacer toda esa cola...

E1: levantarte temprano...

M: no es por levantarse temprano, pero es injusto, vos "ponele", que querés ir a al médico dan cinco turno solamente y te tenes que ir a las 2, 30 de la mañana al hospital y a las 7 dan el turno y a las 8 viene el médico, vos imagináte que si tenés la plata no vivís todo eso...

E1: ¿y para ir terminando en general problemas en salud en el barrio?

M: el problema en salud del barrio es que se drogan

E1: bueno muchas gracias

**Entrevista N°:4**

**Entrevistada: Sonia**

**Edad: 29 años**

**Entrevistadora: Anabel (E1)**

**Día: sábado 6 de mayo de 2006**

**Hora: 16:30 hs.**

E1: ¿Hace cuanto que vivís en el barrio?

Sonia: Hace 5 años, antes vivía en un campo y me vine a vivir directamente acá con dos hijas. Cuando vine a Río Cuarto me junte con mi marido actual y con él tengo dos hijas.

E1: y ¿Cómo se compone el grupo familiar?

S: Vivo en la casa con mi marido y 4 hijas

E1: ¿Cómo es el barrio?

S: No se..... bueno, a veces tranquilo, solidario, si necesitas algo te ayudan algunos vecinos.

E1: ¿Qué problemas ves en él?

S: Y...problemas...por ejemplo con los perros sueltos, molestan a la gente, rompen la basura y dejan una mugre... a mí me molesta mucho eso... los perros, la otra vuelta un perro mato a unos gatos recién nacidos y estaban todos los gatos con sangre... eso es un problema para mí y para mis hijas, por las infecciones.

E1: ¿Observas alguna situación o necesidad en salud en el barrio? ¿Cuáles?

S: (silencio) no... Creo que no hay problemas de salud... porque está el dispensario y si le pasa algo a los hijos lo llevas allá.

E1: ¿Qué enfermedades son frecuentes?

S: No se.... no me entere de nada... deben ser resfrío, gripe, pero la verdad no sé.

E1: ¿Has tenido vos o algún miembro de su familia problemas de salud? ¿Cuáles?

S: Si, yo tuve un tumor uterino y me operaron en el hospital hace tiempo.... y mis hijas alergias... por el cambio del tiempo y se curan con medicamentos que le dan en el dispensario o en el San Lucas.

E1: ¿Cómo pensás que podrían evitarse esas enfermedades?

S: Y con vacunas, información, higiene, alimentación.

E1: Cuando el médico le dice lo que tenes que hacer ¿entendes lo que te explica?

S: Si, me explica bien, me dice que es lo que tiene mi hija y yo entiendo.

E1: ¿Qué haces con el tratamiento que el médico te indica?

S: Trato de cumplir todo lo que dice el médico por más que ya se curaron mis hijas, por ejemplo si se le paso el resfrío, la gripe y tienen que seguir con el medicamento, siguen tomando.

E1: ¿A quién recurrís frente a los problemas de Salud?

S: Voy al dispensario o al San Lucas, porque en el San Lucas hay más médicos y te atienden mejor.

E1: ¿Cómo te atienden en estos lugares? ¿Satisfacen tus necesidades en salud?



S: Si, personalmente siempre que fui me atienden bien en los dos lugares y me dicen que tiene mi hija y que tengo que hacer.

E1: ¿Pensás que es necesaria mayor atención sanitaria?

S: Si y más en los lugares públicos... porque si

E1: ¿pensás que todas las personas acceden a los centros sanitarios? ¿Por qué?

S: Ahora sí, puedes ir a los lugares públicos pero si tenes mutual te atienden mejor que si vas a un dispensario. Hay diferencias por ejemplo en el hospital hay mala atención, no se preocupan, no explican, te dan los medicamentos que quieren, tenes que hacer muchas horas de espera hasta que te atienden, en cambio en una clínica te atienden más rápido, te hacen estudios, te dan otro trato....

E1: buenos Sonia, gracias por tu tiempo...

S: de nada...

#### **Entrevista N° 5**

**Entrevistada: María                      Edad: 39 años**

**Entrevistadora: Anabel (E1)**

**Día: 12 de mayo de 2006**

**Hora: 16.30**

E1: ¿cuántos años hace que vivís en el barrio?

María: tres años y medio...

E1: ¿y donde vivías antes?

M: en Villa Dalcar

E1: ¿y cómo está formada tu familia?

M: y tengo mis tres hijas, mi marido y yo...

E1: ¿Qué edades tienen las nenas?

M: virginia tiene 8, Maira tiene 5, Rebeca 3.

E1: ¿contáme como ves el bario?

M: ¿el barrio cómo es? (silencio) digamo regular...

E1: ¿Por qué?

M: porque hay gente mala en el barrio y eso perjudica a nuestro barrio, hay gente buena también...

E1: ¿y en qué sentido decís mala?

M: y los ladrones que viven al lado nuestro, estamos rodeados por ladrones, porque vos a veces tomas un remis y no quieren venir, o uno va a otro barrio y hablan de este barrio y a uno le duele porque es el barrio de uno, y vos por más que lo defiendas el barrio esta así...ahora parece que está más calmo... a mi me duele porque yo soy nativa de este barrio, yo nací acá y

por más que me case y me fui a otro barrio, viste que lo de uno es de uno...antes era bueno el barrio pero ahora hace unos años que está mal..

E1: y me decías que hay gente buena y ¿en que lo ves?

M: y la gente de antes, porque ahora los jóvenes, las nuevas generaciones son los que están mal, los vecinos de antes son gente buena, trabajadora, si bien no nos visitamos son gente como nosotros...

E1: ¿y qué problemas ves en el barrio?

M: que hay mucha gente vaga, muchos jóvenes que perjudican...vagos porque no trabajan, vos ves que van y vienen, de 18 y 20 años, me refiero a la juventud...y la gente de mi edad la veo más responsable.. Que se ve que trabajan, con su familia, es como la generación de los chicos jóvenes que es lamentable, eso para mí es un problema, y uno tiene hijos y no quieren que sean así...

E1: ¿ves algún problema de salud en el barrio?

M: no, de salud.... (Silencio) no veo

E1: ¿y qué enfermedades son frecuentes que conozcas por los vecinos o que te pacen a vos?

M: no, no sé decirte...

E1: con respecto a tu familia ¿alguien ha tenido problemas de salud? ¿Cuáles?

M: ¿actualmente o que paso?

E1: las dos cosas que me quieras contar...

M: que paso lo más grande fue mi papá, porque sufría y tenía muchos problemas de tensión, del corazón, ya hace 5 años que murió mi papa, mi mama también tiene problemas de salud, vive acá en la otra cuadra, y yo tengo mis hijas que se enferman si bien no son problemas graves, la más grande tiene varios problemitas...

E1: ¿Cómo cuáles?

M: de respiración, no respira bien, tubo adenoides, también tiene el problema que no va de cuerpo, entonces se le hacen bolos fecales y esta con tratamiento, no son problemas graves pero los tiene desde que nació, pero recién ahora lo estamos tratando...

E1: ¿recién ahora...?

M: y hace tiempo que lo tiene lo que pasa es que yo no le daba importancia hasta que se le hacen las bolas, cada cinco, seis días no va de cuerpo ella y si no va le tengo que hacer las enemas... o sea eso para mí es un problema porque yo sufro también...ella es la más grande, las otras también, Maira sabe tener gastroenteritis, no sube de peso y a mí me preocupa,

E1: ¿Por qué no sube de peso?

M: porque siempre se agarra eso, y ella ya es flaquita, y cuando come mucho le hace mal...pero ahora hace un tiempo que esta mejor...estos son los problemas en salud frecuentes... y ando mucho por causa de esos problemas...

E1: ¿y donde las atendes?

M: y a la más grande en el hospital, tenemos médico en el hospital y el año pasado la operaron de adenoides... fue la única operación que tubo

E1: ¿Cómo crees que podrían evitarse las enfermedades que me nombraste?

M: y Virginia con su problema que no va de cuerpo es por la mala alimentación, no porque uno la alimente mal, es porque lo que ella quiere comer lo que le hace mal, y no te come la verdura, le gusta todo lo que le seca, la carne, el asado la empanadas, y eso no le hace bien, la verdura es más sana...

E1: ¿y son de comer verdura?

M: y ahora estamos tratando, hoy le hice verdura le mezcle la acelga con el puré y no me lo comió... no sé cómo hacerlo

Otras chicas de la reunión: en canelones, torrijas....

M: si el problema es que ella tiene que comer verduras, frutas, yogurt y agua que ella no es de tomar agua, que es indispensable, o sea que no ayuda al problema de ella, y la Maira es muy de la golosina, y no te come otra cosa, aparte que come poquito...

E1: y enfermedades ¿vos y tu marido?

M: no...

E1: ¿y frente a los problemas en salud a donde recurrís?

M: y yo voy al dispensario nº 5 de Villa Dalcar, al de acá no, y al hospital...

E1: ¿y cómo te atienden?

M: en el dispensario bien, pero en el hospital maso, al hospital voy al gastroenterólogo y al médico de la nariz..., los médicos son los que no te atienden muy bien...

E1: ¿y cómo esperarías que te atiendan?

M: y bien, yo necesitaría que me atiendan de manera ¡ya!, mi hija necesita algo ya, la gastroenteróloga hace dos meses que le hizo los estudios y no me da turno para abril fui a fines de abril y de dio para fines de mayo y hace dos meses que la chica tiene los estudios y no la atienden, yo necesito urgencia y lamentablemente no tenemos.... Y si o si en el hospital porque en esa especialidad no puedes elegir...

E1: ¿y cuándo vas al médico te explican bien, quedas con dudas o entiendes las indicaciones?

M: no, te explican...

E1: ¿y cuando están en tratamiento como siguen los pasos?

M: hacemos todo lo que dice el médico pero el problema es la comida, hacen el tratamiento a medias porque toman el medicamento pero la dieta cuesta respetarla porque las nenas no hacen caso...

E1: ¿terminan el tratamiento cuando el médico dice o cuando las nenas se sienten bien?

M: cuando el médico lo dice...

E1: ¿vos pensás que es necesaria mayor atención en salud?

M: sí, en, el Barrio, yo necesito mucho por las chicas, porque cuando uno es grande se deja, pero a mí no me gusta como atienden en el dispensario...

E1: ¿Por qué?

M: porque tienen muchas leyes, yo he ido a buscar la leche en un día que ellos decían que no la daban y no me la dieron y yo se que la leche queda ahí, es porque ellos se manejan así, hay muchas cosas de este dispensario que no me gusta, no entienden que uno trabaja y algunos días no pueden ir.... Se necesita que la gente y los médicos sean más "atenciosos", para ir al

dentista tenés que ir a las 5 de la mañana y con los chicos no podés ir, y te dicen “no te doy más antibiótico porque ya se tiene que sacar la muela” y si nunca conseguís un turno para la extracción, que se pongan de acuerdo... no tiene sentido, en el hospital también está mal porque te piden todos los materiales para el dentista, anestesia... y que se yo..., también a veces te dicen que está roto el aparato y te la derivan a Córdoba, yo me fui para allá y la Dra. me dijo no esto se atiende allá, y te tienen así, yo fui y hablé con el director del Hospital y le dije “mi hija necesita y una operación ya” y así me la opero pero encima me la opero mal, porque tiene unas cosas en la garganta, yo me vengo a enterar un mes después cuando la llevo al médico de la garganta, porque seguía igual, le dejó las amígdalas en vez de sacárselas, me hizo una operación a medias...

E1: ¿y el te explico cómo era la operación?

M: no porque es un médico que es asqueroso, por eso no tener una mutual te perjudica, también es cuestión de suerte porque hay gente en el hospital que la atienden bien, y yo tengo una mala experiencia...

E1: bueno la última... Mari y terminamos ¿vos crees que todas las personas tienen acceso a la salud?

M: sí, todas, vos decís al ¿Centro de salud?

E1: no a la salud en general

M: a no, no todos tienen acceso, si fuera una ley tendría que ser todas las personas pero no, porque si vos vas a una clínica tenés que pagar no es que te van a atender...nunca he probado ir una clínica sin plata pero no creo que me atiendan, tenés que tener plata, no sé en un caso especial....

E1: ¿y te parece que va a haber diferencia en la calidad entre las personas que pueden ir a esas clínicas y los que van al dispensario u hospital como vos?

M: sí, en la atención, yo a la nena la lleve a un consultorio de odontología y ahí no mas la dentista le dijo que le iba hacer placas para ver que tiene y en el dispensario la dentista nunca me dijo que le iba a hacer una placa, y la diferencia está en que pagué 15 pesos...

E1: claro, bueno María muchas gracias por tu tiempo...

M: de nada...

#### **Entrevista N°:6**

**Entrevistada: Marcela**

**Edad: 29 años**

**Entrevistadora: Paula (E)**

**Día: 16 de mayo de 2006**

**Hora: de 14.30 a 16.30 hrs.**

E: ¿Cuánto hace que vivís en el barrio?

Marcela: 19 años...

E: ¿vivís con tus viejos?

M: sí...



E: ¿y cómo está compuesto tu grupo familiar?

M: está compuesto por mis cuatro hijas., mi marido, mi hermana menor y mi papá...

E: ¡todas nenas! (risas) ¿y el barrio cómo es?

M: el barrio es lindo...

E: ¿advertís problemas?

M: pienso en robos, pero los robos que se han hecho han sido puntuales en una o dos casas que ya resulta ya hasta raro, siempre es la misma familia la que se queja de los robos, es raro, porque tiene dos perros malísimos, con paredón alto y alambre de pua...la señora tiene problemas de depresión y por ahí lo inventa...pero sino no se siente... sino los sábados que juegan los hombres al fútbol en un campito y después de jugar se toman sus cervezas y vinos escuchando la "mona" al mango, pero más que eso no...

E: y a nivel de salud ¿advertís algo?

M: y.... el dispensario es muy bueno mis hijas han tenido problemas pero las han atendido muy bien...

E: ¿y qué tipo de problema han tenido tus hijas?

M: las nenas son alérgicas, pulmonares, casi todas, ellas comenzaron con bronquitis y se les hacia una neumonía crónica en menos de una semana, no alcanzaban a medicarlas que ya las tenían que internar, pero tienen bajas defensas, la Dra.X vivía cambiándome los medicamentos y tratamientos y el año pasado experimentó, por decirlo así, con mis cuatro hijas disparitos de salutamol y budesonide, son todos broncodilatadores y anduvieron re bien, ni se resfriaron, eso es problema de las bajas defensas que ellas tienen en los pulmoncitos, pero de ahí en más ningún problema...

E: ¿y qué edades tienen las nenas?

M: 6, 7, 9 y 10 años....

E: todas seguiditas... ¿y tu marido?...

M: lo que él tiene es hereditario, tiene pólipos...

E: ¿y vos?

M: y yo sacando mi migraña otra cosa no...

E: ¿conoces alguna forma de evitar o controlar esas alergias de las nenas?

M: si no existía forma de controlarlo con los disparos, iban a ver de vacunarlas, una vacuna que por lo general no te la cubre el Centro d salud porque es un vacuna muy cara, pero gracias a Dios anduvieron perfecto y en lo que va del año no se han enfermado...

E: ¿y para atenderte en el Centro del Salud tenes carnet blanco?

M: si tengo carnet, y voy al Centro de Salud únicamente a retirar los remedios cuando en el dispensario no hay y si no trato de no ir, no me gusta la atención...

E: ¿Por qué? ¿Cómo te atienden ahí?

M: mirá, yo no me acuerdo el nombre de la Dra. porque si no te digo hasta el numero de documento, yo tuve la nena enferma y la hice faltar al colegio, yo pensé que era una bronquitis porque generalmente la bronquitis y neumonía sube la fiebre al máximo, después baja, después vuelve a los 40 y entonces la lleve al dispensario, estaban en demolición, entonces fui al centro de salud, tenía el numero 15 y me dijeron, atiende de las 4 a las 6, tenía como 20

turnos adelantes, entonces dije pero no me la va a poder ver, y una chica que me dio el turno me dijo "sí, es muy rápida", y sí es muy rápida, entre, no la revisó, no la "escultó", dijo esto es una fiebre, esto es una angina dale este medicamento, listo, "pase el que sigue", y yo me quede ahí mirándola, ya te digo ni la miro, es como que ella ya tenía la receta echa, yo estoy segura que si paraba en la puerta y preguntaba ¿Qué te medico? Estoy segura que les medico a todas lo mismo, una moxilina 500 y listo. No, no me gusto, yo estoy acostumbrada a la Dra. X del dispensario que te mira el oído, la nariz, los ojos, la garganta, te la "esculte", te la mide y te la pesa, y encima si tiene bichos te dice "esta nena tiene piojos" tomas ponele esto en la cabeza, está en todo, por ahí yo me acostumbre, es una Dra. que mientras te va atendiendo te va diciendo, ese nene tiene las uñas largas, las orejas sucias. En el Dispensario mucho no la quieren, por el hecho que ella dice "este nene tiene olor a pis"...

E: ¿y a vos que te parece eso?

M: a mí me parece perfecto, porque hay mamás que no lo entienden, que no les entra, o que no se dan cuenta, o no se quieren dar cuenta, a mi me encanta, si yo he trabajado en el hospital en limpieza y ha habido box en los que yo entraba que había mamás con olor a sangre y vos te das cuenta que estaban indispuestas y te dan ganas de decir "anda mamá lavate", me entendes, o "lava a ese nene que esta todo vomitado" y bueno y esta Dra. lo hace y hay muchas que no les gusta, pero a mí me encanta que sea así...no me molesta al contrario, yo me acuerdo la primera vez que la llevé se pone así atrás y me dice "esta nena tiene piojos", y yo me puse roja y le digo "pero tiene olor a vinagre" y me dijo "si pero con el vinagre no, dale esto, esto y esto", y yo pense después "está muy bueno", porque se preocupa, vos te das cuenta que se preocupa, porque si fuera otra, te trata como me trataron en el Centro de Salud "dale esto y listo", total tengas lo que tengas el antibiótico te viene bien...pero no se familiarizan con los pacientes...pero me gusta mucho el dispensario, en una época salía la asistente social, la enfermera y la pediatra salían a visitar el barrio, y estaba muy bueno porque detectaban viejitos solos, chiquitos desnutridos que las mamás no los llevaban, y ahí se ponía en juego todo, la pediatra, la asistente social...

E: todo, tipo equipo interdisciplinario...

M: claro eso para mí es buenísimo...

E: claro, otra cuestión, ¿Cuándo los médicos te explican algo con su lenguaje propio y específico...?

M: (me corta) ¡a no! Yo pregunto, si yo no entiendo pregunto...

E: y los tratamientos por ejemplo ¿los haces hasta que el médico te dice o cuando ya comenzás a sentirte bien y cortas?

M: yo cuando se trata de mi no doy bolilla, pero con el tema de las nenas no, pobrecitas se mantenido que tragar cada remedio, viste, pero es así...

E: y vos te dejás estar...

M: ¿yo con mi salud? sí... la última vez que fui al neurólogo me dijeron que me tenía que hacer una resonancia y me dio miedo, porque mi mamá se había hecho una resonancia y me dijo que era algo muy raro, que te meten en un tubo, sentís un ruido todo el tiempo, yo por fobia no lo hice, aparte por miedo que me de algo raro...ahora lo que es a mi marido las nenas no, siempre es la prioridad... yo a mi marido lo molesto porque se tendría que haber hecho operar, los pólipos no es joda, es cáncer en los intestinos, se despertó y después no te da tiempo, han muerto varios primos, varios hermanos, murió el padre, murió la madre, o sea, y yo siempre le digo y él me recalca "y vos porque no te haces ver" y yo le digo "pero yo con mi migraña y un migral la mantengo y listo"...pero bueno...

E: Marcela... ¿piensas que es necesaria mayor atención sanitaria? ¿De qué tipo?

M: sí, ese trabajo en equipo que te contaba me parece muy bueno, porque hay muchos viejitos que no se pueden llegar al dispensario y hay muchas mamás que no se preocupan por los chicos, yo lo veo en el mismo colegio que van mis nenas y yo digo si la mamá no se ocupa alguien se tiene que ocupar y que mejor que un médico, una enfermera, aunque sea un control por mes...

E: y respecto al carnet blanco ¿Cómo lo gestionaste?

M: yo lo gestione cuando quede embarazada de mi primera nena a los 17 años, hice los trámites y me lo dieron, después fui agregando mis hijas, no recuerdo como me lo dieron...

E: ¿no fue una asistente social a tu casa?...

M: no, yo sí he pedido a cansarme que fuera una asistente social a mi casa, porque yo vivo en una pieza que me prestó mi papa de cuatro por cuatro, y he pedido ayuda hasta en colchones, los colchones me los dieron, porque los que yo tenía se habían llenado de chinches, igual los usamos tres años, se dieron colchones en el dispensario y Centro de Salud pero yo no podía conseguir, y este año fui toda una semana seguida, en el Centro de Salud y me atendió y una chica amorosa que me lo autorizó, pero no fue ninguna asistente social, fue un hombre de bromatología y dijo "si esta mama tiene chinches hasta en las paredes y necesita urgente una desinfección", entonces al otro día cayeron los de bromatología fumigaron y me mojaron todos los colchones y no sirvieron más, esa primer noche improvisamos una cama y me consiguieron para después tres colchones, porque yo tengo dos cuchetas y una cama de una plaza, y bueno después la mama de Karina me regalo otros tres más y complete todas las camitas...pero así de ir una asistente social no...

E: ¿y qué te parece el servicio del carnet blanco?

M: si yo voy y pido medicamentos, que hay muchos que dicen que no sirven, si vos ves el precio de los medicamentos y ¡por Dios! Es una bendición tan grande tener el carnet blanco, es terrible...

E: a mí me han comentado muchos vecinos que no hacen efecto esos remedios...

M: mirá las pastillas que te dan son el genérico, es lo mismo, tienen la misma droga, yo no he tenido problema, lo que pasa es que la gente se ha acostumbrado tanto al asistencialismo que mientras vos más le das más te exigen y más te piden y mas están esperando y pretendiendo....

E: bueno, ya para ir cerrando ¿te parece que todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder a la salud?

M: si, lo que pasa es que hay gente que no tiene voluntad en acceder, porque no se molesta, porque no busca, por ahí yo te digo si te moves conseguís por ejemplo si no te dan los remedios en el Centro de Salud va a Cocacen, y los conseguís...

E: ¿y te parece que la calidad de la salud es igual para todos?

M: y no, mira, hay médicos, pero pasa por la profesión y la vocación de médico, porque hay, yo conozco el Dr. X, que es el mejor médicos cirujanos de Río Cuarto, en el Hospital te atiende de una forma y en el Neonatólogo te atiende de otra forma, en el hospital la consulta de él te demora un mes, cuando vos podes hablar con él te tiene en el consultorio quince minutos, en cambio si vos pagas la consulta al mismo Dr. en el Neonatólogo te tiene una hora y media dos, eso no es vocación, también conozco otros como el cirujano X que en el Hospital me atendió perfectamente mis hijas y en el Neonatólogo me las atendió perfectamente también, me entendés, vos te das cuenta ahí la vocación del médico, las ganas de atender, vos ves en

el hospital que va la gente más pobre, y yo gracias a Dios tuve la suerte de tener un tiempo mutua y en el Neonatológico me las atendió igual, ni más ni menos,

E: o sea que si tenes plata de atienden mejor y te dedican más tiempo...

M: y sí, yo también lo veo en el dispensario hay Dras. Con verdadera vocación de servicio porque la tenes que tener para ir a un dispensario...porque tenes gente de todo tipo y la mayoría no te trata bien...pero viste lamentablemente es así, si vos tenes plata conseguís que te atiendan mejor mas rápido hasta que vaya el médico a tu casa...

E: bueno Marcela, ya estaría muchas gracias por tu tiempo...

M: no, por favor...

### **Entrevista N° 7**

**Entrevistada: Laura**

**Edad: 29 años**

**Entrevistadora: Anabel (E1)**

**Día: 16 de mayo de 2006**

**Hora: de 14.30 a 16.30 hrs.**

E1: ¿contáme hace cuanto que vivís en el barrio?

Laura: ¿en el barrio?...ehhhh yo vine al año y estuve viviendo nueve años en el Casanovas y una tía mía se fue a vivir a Huinca y yo me quede en el San Eduardo cuidándole la casa a mi tía, después vino mi tía y nos fuimos a vivir como 6 años con mis papás y después cuando me junte me vine con mi marido acá...

E1: ¿quienes viven con vos?

L: mis dos hijos mi marido y yo... cuatro

E1: ¿y qué edades tienen los chicos?

L: la nena tiene 7 y el barón tiene 4, mi marido tiene 35 y yo 29...

E1: ¿contame como es el barrio?

L: por ahí es tranquilo pero por la pendejada que hay ahí molestan, se drogan, toman, roban, no se dan cuenta de lo que hacen... son de 11, 12 años en adelante, son chicos chiquitos, pero ya hay varios que han estado presos y esos ahora están más tranquilos, pero antes era una locura, a la noche tiros...y en frente de mi casa mataron a uno una vez, a mi me gustaría ponerle rejas a las puertas y las ventanas, para más seguridad...

E1: y aparte de este ¿qué problemas ves en el barrio?

L: para mí las madres, no controlan a sus hijos, los dejan hacer y deshacer del modo que ellos quieran, yo por ejemplo vivo al lado de una familia donde los chicos son terribles, ya me han entrado varias veces al patio y me han sacado cosas, y vos les decís algo y te putean y si le decís a los padres no te dicen nada, los retan los tienen un rato y después salen de nuevo...seria un problema de la gente del barrio...

E1: ¿ves alguna situación o problema en salud en el barrio?

L: no...

E1: ¿algo que sepas por los vecinos?



L: no...no por lo menos...

E1: ¿y enfermedades...?

L: no, no, lo que pasa es que no salgo casi nunca de la casa y no me entero...lo único los otros días me enteré que una nenita que vive al lado de mi casa nunca fue vacunada ni de chiquita... de nada la vacunaron y creo que ya tiene un año, gracias a Dios no se ha enfermado de nada, pero ni una vacuna ni un control tiene, nada...después de eso no conozco...

E1: y en relación a tu familia ¿alguien ha tenido algún problema en salud?

L: eh. No, bueno el nene mío es alérgico y es bajo defensas, a él todos los años le ponen una vacuna "celoglubin" es para las defensas, desde que le hago poner esa vacuna lo tengo de 10, no se me ha enfermado nunca más...

E1: ¿y eso de las bajas defensas porque es?

L: no se, nació así...

E1: ¿tiene que ver con la alergia?

L: sí, yo a él lo hacía atender en el dispensario, desde chiquito desde que nació hasta el año y medio lo tenía enfermo y los remedios que me daban no le hacían nada, hasta que una vez le dio un pico de fiebre y le agarró una convulsión, me lo internaron en el hospital viejo y después lo hice atender con el Dr. X en un consultorio privado, que con carnet cobra 12 pesos, ahora cobra 15, él me recetó la vacuna y me le hizo hacer los estudios de la alergia, y es alérgico al cambio de clima, y la alergia le perjudicó las bajas defensas, también lo medicaron por las convulsiones, y ahora la nena mía la estoy haciendo atender por antecedentes de pólipos renal...

E1: ¿qué es?

L: cáncer de intestinos...así que la estoy haciendo tratar con la gastroenteróloga X de Córdoba...

E1: ¿vas para allá o ella viene?

L: ella viene para acá, y le hicimos los estudios y le dieron todo bien, pero como ella sufre siempre de dolores en la panza me le dio un antióxido que tiene que tomar media hora después de comer, y después le van a hacer un estudio recién a los 10 años, pero si sigue con dolores se lo van a hacer antes, son endoscopia...esas cosas...vamos a ver qué pasa... durante 6 meses la tengo que hacer controlar...

E1: y ¿Dónde atiende?

L: en el hospital nuevo....

E1: ¿y cómo te enteraste de todo esto, por los dolores?

L: eh, una chica amiga me comentó de que el papa de la nena mía tenía esos problemas, y todos ellos tuvieron esos problemas, así que por eso me dijeron que la tenía que hacer ver, y yo le comenté al pediatra y me dijo que sí, que con más razón que era chica la tenía que hacer ver, y más con los antecedentes porque todos ellos tuvieron cáncer, el papa, los primos, todos...por eso la hago tratar... yo la llevé por llevarla no porque le doliera mejor prevenirle que curar después...me conviene prevenirle que el día de mañana le aparezcan, dice que puede aparecer a los 10 años, pero que ni Dios permita! Me muero...

E1: no, pero si está controlada... ¿y enfermedades frecuentes en vos y tu marido?

L: no nada, solo ellos dos...

E1: ¿a qué lugar sabes ir cuando los chicos se enferman?

L: cuando es un resfrío así no más voy al dispensario, ya cuando es un cosa como el nene mío me lo llevo al consultorio del Dr. X, ya me paso que una vez lleve a la nena al dispensario porque le dolía el pecho y la cabeza y el médico me dijo que no era nada, la lleve al Dr. X y me dijo que tenía infección a la faringe, me le hizo hacer radiografía y me le dio remedio todo...

E1: ¿y cómo te contactaste con ese Dr.?

L: el Dr. ese me operó a mí de chica de adenoides y a la nena mía también la operó en el hospital viejo...

E1: ¿y el trato cómo es?

L: muy bueno, re buen médico, re macanudo....

E1: ¿y en el hospital?

L: al viejo he ido solo a atender a la nena, me dijeron que vaya a las 12 y el médico cayó como a las tres... está bien que sea de Córdoba, pero que avisen... y ahí tenés que sacar turno un mes antes....

E1: ¿y en el dispensario?

L: bueno te atienden bien, las enfermeras te atienden bien, el medio más o menos, bueno ahora lo cambiaron y por lo menos te lo revisa te los medica...

E1: ¿Cuándo vas al médico comprendés lo que te explican? ¿Te lo explican claro y bien?

L: no, no, acá en el dispensario no, me decían un resfrío nada más, pero el otro Dr. Que vio al nene mío me explico todo, de los grados de alergia, la alergia que tenía por las bajas defensas... el me explicó todo, pero en el dispensario nada no me explicaron nada...

E1: ¿y porqué pensás que pasa eso?

L: yo creo que por es un barrio y como no pagas, en ves vos pagas y te explican todo... y te lo revisan de la punta de los pies hasta la cabeza...

E1: ¿y cuándo por ejemplo en el dispensario vos sentís que no te están explicando bien vos le preguntas?

L: no, no, yo le pregunto por ejemplo cuando yo veo que no me dicen nada solo me dicen "dale esto, esto y esto" y no te dicen lo que tiene, y cuando vos preguntas te dicen es una gripe, es un cuadro viral hasta ahí, nada más que eso, no te dicen otra cosa,

E1: ¿y cuando te dan un tratamiento para los chicos? ¿Cómo se llaman?

L: Juana y pablo...

E1:... por ejemplo ¿cuándo Juana y pablo hacen un tratamiento lo hacen todo aunque ya se sientan bien o cuando comienzan a mejorar lo dejan?

L: no, no, no yo lo sigo por ejemplo mi nena no puede tomar gaseosas, no golosinas ni nada, así que la controla de forma estricta, si me dicen dale un mes entero el remedio se lo doy y si me dicen dáselo un mes más sigo, no, yo no le los corto...

E1: ¿te parece que en los lugares a los que acudís por tu salud y la de tus hijos satisfacen tus necesidades?

L: en el dispensario no, y en otros lugares que he ido sí porque son cosas que no sé, yo se lo llevo a Dr. este y ahí no más sabe lo que tienen, te los ve y es como que ahí no más ya los

curara, al otro día ya están re bien, así que no se que les hará, es como si fuera un brujo, que se yo...

E1- L: (risas)

L: porque yo al nene lo he llevado hasta con 40 grados de fiebre y él me da los remedios, que no son como los que dan en el dispensario, los remedios me los hace dar en COCAEM y el al otro día ya anda re bien...así que mira vos la diferencia de los remedios que te dan en el dispensario a los remedios buenos...los del dispensario son como agua no te dan ninguna solución...

E1: ¿vos pensás que es necesaria mayor atención en salud?

L: sí...

E1: ¿porqué y de qué tipo?

L: por ejemplo eh, bueno ahora los medicamentos son del Estado, de Córdoba, y ahora ya cambian, son mejores, los que dan de acá no son buenos, yo pienso en que también podría cambiar en que "aigan" buenos médicos, que sean dispuestos a atender, que no te atiendan así no más....

E1: ¿vos crees que todas las personas acceden a la atención en salud?

L: ¿cómo por ejemplo qué? ¿Más o menos?

E1: ¿si todos podemos atendernos cuando tenemos algún problema en salud?

L: yo pienso que sí, que si te cuidas mejor, y te haces atender, yo gracias a Dios nunca estuve enferma y tome remedios pero me re cuido...

E1: ¿y crees que todas las personas tenemos las mismas posibilidades en salud?

L: no...

E1: ¿por qué?

L: porque por ejemplo algunos que tienen mutual van a clínicas y los atienden bien, pero hay gente que no tienen recursos y tienen solamente el carnet blanco tienen que ir a hospitales o dispensarios y no son las mismas atenciones, en el hospital gracias Dios hasta ahora con migo anda bien, pero del dispensario no puedo decir lo mismo, no tiene remedios, bueno ahora el médico que esta es un poquito más pasable, pero antes a mis chicos los han atendido re mal...

E1: bueno Laura muchísimas gracias....

L: no ay de qué...

## **Entrevista N° 8**

**Entrevistada: Karina**

**Edad: 32 años**

**Entrevistadora: Paula (E)**

**Día: 16 de mayo de 2006**

**Hora: de 14.30 a 16.30 hrs.**

E: ¿Cómo está compuesta tu familia?

K: bueno, yo estoy viviendo en la casa de mi mamá, con mis 6 sobrinos, mi mamá, mi hermana, mis dos hijos y yo...

E: ¿y cómo ves el barrio?

K: ahora desde que yo vine a vivir está más tranquilo en el tema de la delincuencia, antes se escuchaban tiroteos, de noche no se podía salir, te robaban, pero ahora no, está bastante tranquilo, dentro de todo se puede andar...

E: ¿Cuánto hace que viniste a vivir acá?

K: yo tenía 8 años cuando vinimos a vivir acá, venimos de San Francisco, Córdoba...

E: y ¿Qué tipo de problema se advierte ahora?

K: el problema que hay acá es el problema que hay en todos lados, la falta de educación de los chicos hacia la persona mayor, la libertad que han dado a los jóvenes de hoy en día, digamos que hacen lo que quieren porque saben que nadie los puede tocar...

E: ¿y a vos te parece que esto se vincularía con cuestiones de drogas y alcohol?

K: y si hay no, no sé, nunca he visto si alguien fumara o se drogara...

E: ¿y alguna enfermedad frecuente en el barrio?

K: escuche la otra vez en el dispensario el tema de la desnutrición, y diarrea, vómitos, el refrió es muy común, se ve que por ahí nos afecta a todos, el tema de la desnutrición es falta de alimentación y la mala alimentación es falta de trabajo, y eso es falta de plata y se hace una cadena...

E: ¿has tenido, vos, tus chicos o tu familia problemas en salud?

K: por suerte no, pero mis sobrinos a uno cuando tenía tres meses lo operaron de una hernia, y otro a los 4 años tubo púrpura, y Ezequiel en ante año pasado tuvo esa que le atacó los músculos la "Guillen Barré" y siempre el Lautaro se desmaya, no se sabe bien porque, en sí los que siempre tienen más problemas son los hijos de mi hermana, los míos más que un resfrío, la más chica tenía sangrado continuo en la nariz pero la cautericé y listo...

E: ¿y las enfermedades frecuentes en la familia?

K: las alergias, los chicos de mi hermana y de mi hermano son casi todos alérgicos, y el tema de la sinusitis...

E: ¿piensas que se pueden evitar de alguna forma?

K: sí, con tratamiento temprano, ir al médico y seguir con antibióticos...

E: cuando vas al médico ¿comprendés sus explicaciones y el lenguaje en que lo hace?

K: la Dra. de las nenas te explica en un lenguaje que entiendo, te dice el nombre de la enfermedad, los síntomas y cómo se debe tratar en un lenguaje sencillo...

E: y respecto de los tratamientos ¿los cumplís hasta que el médico lo establece o hasta que comenzas a sentirte bien?

K: no hasta que el médico lo dice, los días que te dice por más que uno esté bien, eso lo sé de muchos otros lados, que vos cortás con el tratamiento, crees que estas bien y resulta que no, que no te terminaste de curar y te vuelve, o que das mal curado y después viene otra enfermedad...

E: y generalmente ¿a dónde recurrís cuando se presenta un problema de salud?



K: al dispensario, al Centro de Salud y Hospital es muy raro que vaya...

E: ¿y para tu salud?

K: también al dispensario, pero yo estoy un poco dejada es más importante la salud de los chicos...

E: ¿Cómo te atienden en el dispensario?

K: a mí me gusta nos atienden bien, cambio el ginecólogo y yo no he ido, el clínico no me convence mucho, yo fui una vez y no fui más porque me dolla la garganta y me hizo sacar toda la ropa, me reviso la espalda, una cosa así y medio que a mí no me gusta que te toqueteen tanto, me sentí invadida...

E: claro... ¿pensás que a nivel barrial es necesaria mayor atención sanitaria?

K: si, creo que andan trabajadores sociales, pero no se ven, tendrían que salir más, que ver ir decir esta basura te trae enfermedad, límpialo, o indicar como se debe limpiar el baño, con que se lavan las manos, a los chicos, tendrían que salir un poco más...

E: ¿y tenés algún tipo de ayuda o cobertura social?

K: ahora que me quede sin trabajo tengo carnet blanco, mirá los nenes míos, yo estuve trabajando dos años en el Top – supermercado- y ahí tenía la mutual pero nunca los llevé, siempre fui al dispensario porque la Dra. los conoce de chicos, conoce mi nombre, mi mamá le pregunto si tenía problema de que yo teniendo mutual los siguiera llevando ahí y dijo que no, que ningún problema, o sea que la mutual prácticamente no la use...a mí me gusta la pediatra, a pesar de que a mucha gente no le gusta, justamente la semana pasada fui a sacarme una muela y escuche una mujer que se enojo con la pediatra porque le dijo que tenía la nena deshidratada y baja de peso, por ahí la gente se ofende y yo al contrario, si a mí me retan porque tengo la nena mía mal, yo voy a estar feliz de que la Dra. se preocupe realmente por la nena, pero se ve que esta señora lo tomo del otro lado, pero si vamos al caso la culpa de que la chica este con bajo peso es de los padres, no de la Dra., más que esta la atienda y la derivó de urgencia para que la atiendan en el hospital...

E: bueno...ahora ya para terminar ¿te parece que todas las personas tiene las mismas posibilidades en salud?

K: si yo creo que si, por lo menos acá en el dispensario... sí por ahí si la gente no va es porque no quiere... (Silencio) ¿Esa era la pregunta, o no? –Insegura de la respuesta-

E: si, pero también pensando ¿si la salud es igual para todas las personas... para todas las clases sociales?

K: ¡sí! Es fundamental la salud

E: como derecho sí, todos tenemos derecho a la salud, pero capaz que no todos tenemos las mismas posibilidades de atendernos con los mejores profesionales...

K: ¿si acá en el barrio hay gente que se puede atender mejor? –tratando de comprender la pregunta-sí, si hay gente que se puede atender mejor...

E: si todos tienen las mismas posibilidades, por ejemplo si el hijo del presidente tiene las mismas posibilidades de atenderse que el hijo de doña Juana que trabaja en el mercadito...

K: a no, eso si no, en ese tema es muy polémico, porque algunos te dicen “andate a ser ver allá que el médico es mejor”, y acá el ginecólogo se fue y ahí te das cuenta que los médicos que están acá tiene poca vocación de médicos... prefieren ir a un lado donde les paguen más que venir acá y atenderte, y si en una de esa puede venir uno que no sabe tanto, tampoco sé si

será cierto que los mejores médicos son los que se pagan...yo hasta ahora no lo he comprobado, mira que con mutual los hago atender acá...

E: no claro... bueno Karina, ya estaría, gracias por tu tiempo....

K: de nada, nos vemos

### **Entrevista N° 9**

**Entrevistada: Natalia**

**Edad: 23 años**

**Entrevistadora: Anabel (E1)**

**Día: 17 de mayo de 2006**

**Hora: de 14.30 a 16.30 hrs.**

E1: contame Natalia ¿hace cuanto que vivís en el barrio?

N: en el barrio hace desde que nací

E1: ¿quienes viven en tu casa?

N: mi papá, mi mamá, mis dos hermanas, mi marido y mis 5 nenes...

E1: ¡guau que familia!

N: (risas)

E1: ¿Cómo ves al barrio?

N: en el barrio esta la gente de clase media, me gustaría que le presten más atención a la salud de los chicos, o hay muchos campitos que tendrían que contar el pasto...

E1: ¿para que haya más espacios verdes?

N: aparte por las enfermedades que ahora hay un montón de enfermedades que antes ni sabíamos...

E1: ¿por ejemplo cuales?

N: no se puede ser por infecciones, "porai" cosas que contaminan y uno no les da mucha importancia, pero son cosas que afectan a los chicos...

E1: ¿Cómo por ejemplo?

N: la suciedad, por ejemplo en un campo tiran mucha basura, o los animales muertos...pienso que no tendrían que estar directamente...

E1: ¿y quién se tendría que hacer cargo de eso?

N: y yo pienso que por empezar la vecinal y después ver, la Municipalidad a ver quién da la solución....

E1: ¿pero cuando hablas de vecinal en este barrio no hay vecinal?

N: no, pero yo creo que le corresponde a la Vecinal Roque Sáez Peña...

E1: ah, contame sobre tu familia ¿si alguien en tu familia tiene alguna enfermedad o qué enfermedades son frecuentes en tu familia?

N: mis nenes se viven enfermado del pecho, ahora no tanto pero cuando eran más chiquitos sí, el más chiquito de 1 año lo tuve internado, no así, resfríos, pero no son alérgicos a nada...hasta ahora todo bien....

E1: ¿y al más chiquito porque lo internaron?

N: y al más chiquito porque le agarró moco, flema y estaba que no podía respirar, así que deje los chicos con una vecina, lo lleve y me dijeron "no está recibiendo ni una gota de oxígeno", así que ahí no más oxígeno y todo, estuvo tres meses con unos disparos, porque no era alergia era algo que le agarró así, después los otros no, bueno tengo uno que lo tengo que llevar a la fonoaudióloga, pero nada que ver, no es por una enfermedad, es por el aprendizaje, porque le cuesta decir palabras...

E1: ¿cuántos años tiene?

N: 5 va al jardín... en su momento a los 2 años me dijeron que lo llevara que a lo mejor no escuchaba bien, pero yo veía que escuchaba bien, o sea las pruebas que me habían dicho que le hiciera, escuchaba bien...

E1: ¿ahí con quien consultaste?

N: con el pediatra, que me dijo llevalo a una guardería, paso, y bueno no lo lleve a una guardería, cuando llegue a mi casa y dije mi mamá, mi papá y me marido "no, que ya va a hablar bien", si es chiquito pero no hablaba bien, entonces este año que empezaba el jardín consulte con una pediatra cuando lo lleve al control y le dije, me dijo que lo llevara a una fonoaudióloga, y dice "yo le hago una prueba, que le cueste hablar y expresarse viene acompañado de otras cosas" a lo mejor de que yo le pegaba, o de otros problemas, que se yo, entonces me dice "es como que el está inmaduro para la edad que tiene, para los 5 años, hay cosas que tiene que saber y el no sabe porque hay cosas que un nene de 5 años tiene que saber" entonces mucha estimulación tiene porque le canto muchas canciones, le leo cuentos, entonces va a esas clases va como 8 veces al mes, pago tres pesos por cada clase....

E1: ¿a la fonoaudióloga?

N: sí, y los otros son sanos más que un resfrío otra cosa no....

E1: ¿y a la fonoaudióloga a donde ibas?

N: yo llevo al sanatorio a través de la mutual de mi marido que los chicos desde el día que nacieron la tuvieron...

E1: ¿y a donde recurren cuando se enferman?....

N: al sanatorio, va (risas) cuando no tengo plata para pagar la orden voy al Centro de Salud, y encima siempre que se enferma uno es un fin de semana...

E1: ¿y cómo te atienden ahí?

N: no bien, las veces que yo he ido bien, vah, es según, medio como que te dicen que si tienes mutual te mandan a otro lado, yo digo "yo si tengo mutual pero la verdad no tengo un mango" y me atienden lo más bien...

E1: ¿y en el sanatorio?

N: no en el sanatorio bien, la verdad no me puedo quejar...desde los 14 años que tuve el primer chico mío la conocí a la pediatra y bueno es re buena la relación...

E1: ¿y ustedes, la salud de los grandes?

N: y bueno, yo cuando tuve al más chiquito estuve con hepatitis, se me adelantó un mes el parto (risas) porque acá todos mis sobrinos estaban con hepatitis, habré tomado en un vaso de alguno, no se... ese embarazo lo llevaba re bien yo, era el único que no había tenido anemia porque en los otros sí había tenido, desde que me agarre la hepatitis es como que antes de comer algo lo lavo bien, es como que me puse más higiénica...

E1: a veces es como que tiene que pasar algo para uno darse cuenta...

N: y sí es como que me quedó eso siempre presente...

E1: el nene que nació antes es el que va a la fonoaudióloga...

N: no, no este es el más chiquito...

E1: ¿para tus cosas también vas al sanatorio?

N: sí, para mí sí, y para los chicos también, salvo las vacunas que se las pongo en el dispensario...

E1: ¿y llevas a los chicos a control?

N: sí al más chico cada tres meses y al más grande cada un año... el más chico tiene 1 año y el más grande 8...

E1: ¿y cuándo vas al médico te queda claro lo que el médico te explica que tenes vos o tus chicos?

N: sí o sea, sí, a veces te hablan en esos términos que no le entendés nada, pero yo le pregunto y es como que me lo hacen más simple para que entienda...yo le pregunto y si no se da cuenta por mi cara (risas) no pero me lo explica bien...

E1: ¿y cuando tienen que seguir un tratamiento lo terminan como dice el doctor o...?

N: no (risas)

E1: ¿o cuando te sentís bien?

N: no, no, los chicos sí por ahí cuando los veo están bien y que corren no se los doy más (risas), en mi caso no, en eso es como que no lo tengo en cuenta, hace un años y tres meses que tuve al más chico y me tenía que hacer un papa nicolau y nunca me lo hice...y tenía que ir a los 6 meses, y lo fui dejando pasar, pasar...y al día de hoy más vale que me lo quiero hacer...

E1: ¿y lo vas pasando por qué?

N: porque sí (risas) porque se me complica mucho, o sea el único ratito que tengo es a la siesta y después no los puedo dejar mucho, en casa todos trabajan...

E1: ¿pensás que es necesario que haya mayor atención en salud?

N: sí, para los chicos sobre todo, los chicos que están en la calle, de los que no se ocupan los padres, digamos que hay un grupo que se ocupe de los chicos...

E1: ¿Qué se ocupen de qué?

N: y del crecimiento, el tema de la desnutrición, la alimentación, lo que comen, sin ir más lejos los otros días el más grande me dice "yo los otros día me encontré un sanguuche en el patio del colegio y me lo comí" casi lo mato, y dice "pero sí estaba cerrado y todo", no le digo yo pero no importa, entonces es como que no les da importancia...después como que se dio cuenta...

E1: entonces te preocupa la alimentación...



N: sí....

E1: ¿vos crees que todas las personas acceden y tienen posibilidades en la atención de salud?

N: no, no yo creo que los que pueden acceder son los que tienen, pero los que no tienen no pueden acceder en nada, o sea, las cosas parecen que están hechas para los que sí tiene cuando tendría que ser al revés...

E1: aja....

N: si hoy día le dan créditos y préstamos a los que sí tienen y en la salud también pasa, acceden los que tienen, necesitan más los que no tienen que los que tienen, necesitan cosas más graves, operaciones para los chicos....un montón de cosas...

E1: ¿y qué pasa con el que no tienen?

N: y el que no tiene, tiene que salir buscar ayuda... que se yo, por ahí lo vas dejando pasar y pasar....

E1: bueno querés agregar alguna otra cosita....

N: no...

E1: bueno, muchas gracias...

#### **Entrevista N° 10**

**Entrevistada: Gladis**

**Edad: 57 años**

**Entrevistadora: Paula (E)**

**Día: 17 de mayo de 2006**

**Hora: de 14.30 a 16.30 hrs.**

E: bueno esto es una entrevista que tiene la finalidad de conocer el barrio, conocer las necesidades de la gente, para a partir de ahí trabajar en prevención...problemas de todo tipo vinculados a la salud, salud mental...como alcoholismo, drogadicción, lo que se vea, se sepa o que se escuche... después hacemos un diagnóstico de la situación que vive la comunidad y luego se comienza a trabajar en talleres, con la gente del barrio que se "prenda"... que le interese...

Gladis: es decir, la idea es mejorar la situación...

E: claro, con las herramientas mismas que cuenta la comunidad, fortalecer el saber del pueblo...

G: sí es mejorar la situación de vida...

E: claro, con buena voluntad y participación...

G: eso de los talleres es muy lindo...

E: claro, para llegar a eso empezamos por la entrevistas con los vecinos, entonces quiero que me comentés ¿cómo está compuesta tu familia y quienes viven con vos?

G: bueno, yo vivo en el barrio hace 28 años, esto era un boca de lobo, no había luz, no había nada, eh, comencé a conversar con los vecinos y pedimos el alumbrado público, es más mi marido y un vecino pusieron un foco en el medio de la calle porque había un campo con yuyos,

era bastante feo, bueno, después, mi familia se compone de mi esposo y tres hijos, uno fallecido, el nene...

E: ¿a qué edad murió?

G: a los 20 días de una cardiopatía congénita... y tengo las nenas...

E: ¿Iliana y Maricel? (ya las conozco porque saben ir al centro comunitario con frecuencia)

G: Maricel la más grande y Iliana la más chica... también vivo con mi suegra que cuando falleció su mamá se fue a vivir a mi casa... y bueno ahora están los chicos de Maricel viviendo con migo....

E: ¿y Maricel?

G: y Maricel también...

E: contame así en general como es el barrio, que problemas ves en el....

G: a lo que era antes ha mejorado un montón, es decir hay algunas cosas que, te digo yo no tengo problemas con nadie a quien le puedo dar una mano ahí estoy, yo soy enfermera auxiliar...

E: ¡hay que bueno ese dato para este trabajo!

G: ¡aha!

E: porque nos podes dar una mano impresionante...con todo tu conocimiento...

G: yo te digo trabaja en el Hospital Regional y después que falleció el nene tenía las nenas chiquitas y entre como en una depresión y con ese miedo deje de trabajar en el hospital, me dedique a las nenas con alma vida y corazón... las sobreprotegí...eh bueno...

E: ¿y en relación a los problemas que ves en el barrio?

G: eso te quería decir, acá había una gente que todos les tenían miedo, yo gracias a Dios les he tenido que poner inyecciones y nunca jamás me paso nada... te puedo llegar a decir que hasta el día de hoy nunca jamás me tocaron nada ni nos han molestado, una vez sola nos molestaron pero no era gente del barrio, es más, la persona que los echo de mi casa es un vecino que tiene antecedentes y estuvo preso y en esa oportunidad me defendió... te puedo decir que hoy camino por la calle como antes... que en la oscuridad sabía quien era por la forma de caminar... hoy en día a pesar de la inseguridad que está ocurriendo en esta argentina nuestra salimos a las dos de la mañana cuando hace calor y nunca jamás nos paso nada...

E: ¿y problemas de salud?

G: yo creo que por ejemplo hay chicas humildes, con discapacidad, algunas con retraso mental, hay una familia que tiene un chiquito que es bastante malo, especialmente tiene problemas con mi nieto...

E: ¿de qué edad?

G: 8 años, los otros días estaba esperando a otros chiquitos con un cuchillo en la calle, es una familia que se fueron a vivir a San Luís y según decían otros vecinos, no yo, allá el chiquito estaba en la noche tomaba droga, fumaba...te digo los otros días yo tuve ganas de hablar con el padre pero no, es meterse en problemas...

E: y vos que ves en el ¿conductas violentas?

G: no vos lo ves muy buenito muy buenito pero es traicionero...si te puede agarrar con un palo te pega...es más el otro día lo encontraron había desvestido a una nena, ¡yo no lo ví! Me lo contaron...de este tipo de casos no conozco otros... es decir que no no...

E: se vincularía con una problemática de salud mental...

G: si salud mental, es una lástima porque te imaginas que con el tiempo siguen...

E: ¿pero como enfermedades frecuentes?...

G: y puede ser alergia, tengo mis nenes que son alérgicos desde que han nacido, acá en el barrio hay mucha alergia, mi nieto es alérgico a las picaduras, tenes que estar con el decadron, dicen que es al cambio de tiempo... mi marido por otro lado tiene dos preinfartos, mi suegra tiene insuficiencia cardíaca, la operaron de los intestinos, y las chicas mías gracias a Dios son sanas, vah, a los 8 años a liana se le declaró una disritmia cerebral que dice que es nervios al cerebro, ella es medicada desde los 8 años...

E: ¿y qué síntomas tiene?

G: mucho dolor de cabeza, por ahí tiene ganas de llorar y no sabe porqué... este tiene pena...

E:... ¿y toman algunas medidas de prevención e higiene?

G: en casa te puedo decir que todos los días se está baldeando con lavandina porque tengo perro y gato, pajaritos todos, todas las mañanas se está baldeando...

E: y vos sos una mujer sana...

G: gracias a Dios, la única vez que me operaron fue para la cesárea del bebé que murió que peso 5 kilos, y podes creer que me ponen una penicilina y era alérgica a la penicilina, ahí lo supe porque casi parto para la otra vida... corrieron con el decadron, casi me muero...

E: y cuando vas al médico ¿comprendes sus explicaciones? ¿Te quedas con dudas o le pedías que te expliquen todo?

G: no, te digo más, a todos, soy yo los que los llevo, cuando el doctor me dijo que mi mama tenia demencia senil el Dr. me explicó lo que tenia, me mostró como se iba desarrollando y yo le pregunté... mi suegra se salvo en la segunda operación porque yo me di cuenta, yo al médico le pregunto todo, si puede ser, si pudo ser todo, porque vino, porque no vino...todo...

E: ¿y con los tratamientos los respetas al pie de la letra o de acuerdo a como te vas sintiendo? Si te sentís mejor los vas dejando...

G: no, se pone un reloj, inclusive ni para el perro ni para el gato se deja pasar el horario...

E: ¿y a donde recurren frente a los problemas de salud?

G: al Centro de salud o al Hospital...

E: y como te atienden en esos lugares...

G: muy bien...vah mira en el centro de salud los otros días a mi yerno le pico una abeja y me le tenían que poner decadron y le dijeron no "no te vamos a poner decadron porque no tenemos autorización, llegó a casa y yo le dije cómo no te van a poner un decadron, eso porque no lo quieres hacer, los mande al hospital, en el hospital le hicieron decadron y todo... en el hospital te dicen tiene que ir al centro de salud a al dispensario, pero cuando vos vas no te llevan el apunte, y donde tenes que ir al hospital, te hacen ir como veinte veces y a veces no tenes ni dos centavos para poder moverte, te tiene como maleta de locos, así te tigo, entre perder tiempo con tener que ir al centro de salud o al dispensario del barrio me voy al hospital...

E: ¿pensás que es necesaria mayor atención sanitaria?

G: sí, a pesar de que esta el dispensario, que últimamente las mujeres han andado preguntando de las vacunas de los chicos, con ese tema de prevención... me parece que yo creo que habría que tener una guardia porque escuchame, de acá que te vas al hospital caminando muchas veces, por lo menos que te atiendan y que te atienden con ganas porque te atienden con tan pocas ganas que por ahí te dan ganas de decirles algo, si ellas están trabajando gracias a los impuestos que paga el pueblo...

E: claro...

G: ellos saben con quienes están tratando, los otros días fue mi suegra, una mujer grande, y la hicieron volver porque ya habían dado los 8 turnos a mi me parece una falta de respeto, tienen que atender mejor a la gente... y respetar a quien no puede andar porque yo puedo ir al hospital dos o tres veces pero la gente grande no, mira yo no soy de pelear digo las cosas bien, pero si se las tengo que decir se las digo...

E: y ya para ir cerrando ¿piensas que todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder a la salud?

G: (silencio) mira que tendría y debería ser así de que todas las personas tengan exactamente las mismas posibilidades, por eso yo quisiera, sentime con la edad que tengo, las ambiciones que tengo, me gustaría que acá no existieran las clínicas privadas... me gustaría que existiera un hospital al que vaya la gente que tiene plata y la que no tiene plata entonces todo el mundo es bien atendido exactamente de la misma manera y sin desprecios sociales, ¿te das cuenta? Porque en un hospital si vos tenes obra social aportas al hospital, y así el hospital mejora, pero esa mejora aporta para el que no tiene...

E: por eso no son las mismas posibilidades....

G: no son las misas posibilidades, ojala algún día pudiera ver yo, antes que me muera de que realmente todos tenemos hospital, el rico y el pobre y todos vamos a ser atendidos iguales...

E: bueno muchas gracias Gladis... ¿vos estarías dispuesta a trabajar desde tu vocación de enfermera en los talleres que vamos a organizar?

G: yo no tengo ningún problema...si me necesitan saben que estoy con el "tesiometro", con los elementos...

E: eso es muy bueno, es un recurso muy valioso que tiene el barrio...

G: yo pienso que es eso, uno mí carácter y otro que la gente sabe que soy enfermera que sabe que le puedo colocar una inyección que le puedo tomar la tensión...

E: muy bueno...muchas gracias...

G: gracias a vos...



**Entrevista N° 11**

**Entrevistada: Gladis**

**Edad: 43 años**

**Entrevistadores: Paula (E1) y Ramiro (E2)**

**Día: 22 de mayo de 2006**

**Hora: de 16.00 a 17.30 hrs.**

E1: ¿Cuanto hace que vivís en el barrio?

G: y acá en el barrio del año 89, que compramos ahí en frente...

E1: ¿y qué edad tenés?

G: 43 años

E1: ¿y cómo se compone tu familia?

G: tres hijas y mi esposo

E1: ¿y cómo te parece que es el barrio?

G: es tranquilo, dentro de todo es un barrio de gente tranquila, humilde, trabajadora, mucho no conozco otros barrios pero viste como cuando le hacen fama al barrio Alberdi y vos le preguntas a la gente que vive ahí y te dicen que es tranquilo...

E1: no es lo que parece...

G: claro, por ahí pueden salir pibes así pero ahora se los han llevado presos...

E1: algún tipo de problema advertís en el barrio...

G: no, acá en la cuadra mía no, hace un tiempo atrás había una barrita de 6, 7 pibes que se juntaban en la otra esquina que ahora no los veo más, no sé porqué que por ahí apedreaban los autos, un día me rompieron el parabrisas de mi coche estacionado en mi casa, pero ahora no los veo más, una barrita de pibes de 16, 17 años...

E1: ¿y cuando hacían eso en qué estado estaban?

G: no, ahí veces se juntaban a tomar cerveza, pero esto fue en invierno así que no creo que hayan estado tomando, creo que es por maldad...

E1: y en relación a la salud ¿ves algún problema, necesidad o situación en el barrio?

G: (silencio) no, no, no, en realidad poco estoy con los vecinos, uno está ocupado en uno, pero si hay necesidades supongo que toda la gente que no tiene una mutual o los medios para ir al hospital, son necesidades que todos tenemos, pero no estoy muy empapada...

E1: ¿alguna puntual?

G: hay necesidades puntuales, lo que pasa es que uno no conoce los vecinos...

E2: los otros días Rita (encargada del centro comunitario) nos comentaba que hay muchos chicos en el barrio con problemas respiratorios...

G: ahhhh....

E1: ¿y vos tenés chicos de qué edad?

G: de 16, 19 y 20, ya son grandes...

E1: y en relación a la salud familiar ¿hay algún miembro de tu familia con problemas de salud?

G: bueno, el tema de salud pasa que mi hija la mayor nació con fisura de labio así que ella tiene tratamiento permanente en Córdoba, las primeras cirugías se las hicieron en Buenos Aires, 6 lleva, y ahora comenzó el tratamiento de ortodoncia y va a Córdoba, gracias a Dios en el Centro de Salud me están ayudando para comprar los pasajes para ella, lo que no consigo es para mí, yo les pido que me den pero no me dan, los otros días fue sola y tiene miedo porque siempre la he acompañado yo, y ahora no me dan más porque dicen que, como tiene 20 ya puede viajar sola, y los otros días se ve que un tipo subió con el micro ya en viaje y se sentó al lado de ella, que estaba dormida y cuando se despertó dice que el tipo tenía la mano en la cintura y le dijo ¡que haces tarado! y se fue para atrás, para colmo ella es una piba que es tímida, es cohibida, siempre se anda tapando la boca imagínate! Y me dice "nunca más mamá me mandes sola acompañame vos o el papi" y yo le digo "hija no puedo, no tengo plata", y el otro día se tuvo que ir sola de vuelta porque no me quisieron dar pasaje para mi...

E1: ¿y cómo le fue?

G: no bien, yo me subí al colectivo y me fije que una señora se sentó ahí al lado de ella y le pregunté si iba hasta Córdoba y me dijo que sí entonces yo le dije "me quedo tranquila porque vas acompañada de una señora"...

E1: ¿ese sería el problema central en salud de la familia?

G: y sí, es un problema que falta todavía años de tratamiento, falta una cirugía o dos más, es fisura de labio y paladar...

E1: ¿y acá en Río Cuarto no le pudieron brindar ayuda profesional?

G: la primera vez que estoy recibiendo ayuda es ahora por intermedio del Centro de Salud la Señora X me tramita la ortodoncia y las cosas que son carísimas, gracias a Dios también los pasajes para ir a Córdoba, antes me gastaba yo la poca plata que tenía...

E2: ¿y reniega mucho para conseguir los pasajes?

G: no, al Centro de Salud yo voy y me dan un papel que dice tal día la tiene que atender el médico y va y luego dice a qué día tiene que regresar, en junio, cada un mes tiene que ir, con eso yo tengo que ir dos días antes de la fecha y me dan el pasaje para ella, antes me sabían dar para acompañarla ahora no...

E1: ¿y más allá de este problema puntual hay algún otro?

G: eh sí, la más chicas sabía tener asma, después se curó está bien ahora, vive resfriada pero nada más, pero el año pasado le apareció a la más chica y la internan de urgencia pensando que era constipación por no poder ir al baño, y al hacerle la ecografía se vio que el intestino se le había rotado, y se dan cuenta que tiene un colon 4 veces más grande que lo normal y ancho como una bolsa y largo... yo empecé a orar porque la llevaban al quirófano, 8 médicos decían que había que operarla de urgencia en el hospital nuevo, así le pedí a Dios que hiciera un milagro porque no quería que le pusieran una bolsa de colostomía porque sí o sí tenían que cortar el colon sacarlo y ponerle la bolsa de colostomía, era lo que coincidían todos los médicos, y yo les decía no, no, como le van a hacer eso, me aterraba pensar que iba a salir con una bolsa de colostomía de una operación que es terrible, más a la edad de 14 años, una nena...

E1: ¿qué es la bolsa de colostomía?

G: le hacen un ano contra-natura...para colmo lo iba a tener que tener tres meses o más depende de la cicatrización del intestino, para después volverle a unir los intestinos y sacarle esa bolsa pero por experiencia que tubo mi mamá de esa operación y sufrió mucho anímicamente, se deprimió, es terrible, yo pensaba en mi hija con una bolsa de colostomía,

para colmo que ella es muy estéticamente que no quiere tener un granito, una cicatriz, si se con eso se despierta se muere, y me puse a orar y realmente Dios me respondió porque no pasó ni media hora que nos llamaron los médicos y dijeron "vengan papás" y yo me asusté y dije "¿qué paso?", y dijeron "no sabemos clínicamente que pasó, no nos explicamos", ninguno de los médicos que había ahí, no sabemos como con el aparato de endoscopia pudimos pasar por el intestino totalmente rotado y gracias a eso se sacó el aire por la cola, y le sacaron el aire y el intestino sólo se acomodó, normal, los médicos no se explican, ellos no sabían cómo pudo pasar y yo les dije "yo sí, esto es un milagro de Dios", y es un milagro, y lo creo así, puedo dar fe que fue porque yo oraba y vi la luz, una luz blanca, yo estaba con los ojos cerrados y vi la luz blanca que bajaba y después me llaman los médicos y dicen "vengan papás, no sabemos qué pasó" y yo dije "¿qué pasó? ¿La van a operar?" "no ya se volvió a acomodar el intestino, se deshinchó cuando entramos", y cuando la vi a la nena estaba sonriente, porque antes estaba desfigurada...

E1: ¿y al día de hoy como esta ella?

G: y ahí está, hay que operarla, pero yo no estoy muy convencida con eso de que hay que operarla...

E2: y no es tan urgente como en ese caso...

G: no, pero hay que mantenerla con una dieta y de acá a un tiempo hay que llevarla porque hay que hacerle una cirugía para sacarle el colon porque puede volver a pasar que se le tuerza el intestino, entonces cada tres meses la sigo llevando, le ve la Dra. X que ahora ve en estudios que la nena tiene múltiples piedras en la vesícula, piedras biliares que hay que sacarle, y me dieron turno para ahora el 17 de julio...

E1: ¿y frente a los tratamientos que te dan los médicos, los seguís al pie de la letra...?

G: mirá, la verdad, lamento decirlo, pero yo trabajo en una huería gano 400 pesos, mi marido está sin trabajo, el único ingreso es lo que gano yo semanalmente 100 pesos así que imagináte que se puede comer de dieta, ir a la escuela, el micro, la fotocopia de los estudios, los apuntes, yo me vuelvo loca, no sé más que hacer, más que vender, qué hacer para salir adelante, mi marido viajó a la Rioja para ver si le se da un trabajo, pero no le sale nada él se dedica a cuidar caballos de carrera, hace infiltraciones, por ahí le va super bien pero ahora no, y mi hija la mayor hace 15 días empezó a trabajar en casa de familia, yo no quería que lo haga pero ella insistió que quiere ayudar, y va cobrar recién en el otro mes en junio, pero estoy trabajando sola, luchando sola, con una familia, ya hace de diciembre que estoy luchando sola como Dios me ayuda, y bue, subsistimos, no tiene la alimentación que debe tener, ella la Dra. le dió una leches especial, un yogurt con biopúritas especiales para la digestión, unas pastillas que son carísimas, vales 30, 40 pesos y yo no sé las he podido comprar, las que le dan en el Centro de salud no le hacen nada, no sirven y bueno, los médicos dicen que hay que operarla que hay que ponerle una unión en el intestino que sale 1200 pesos, que se llama una cosa mecánica que hay que injertarla y no ponerle la bolsa de colostomía, pero yo la quiero convencer a ella que se opere y no hay forma, la Dra. X me dijo "no dejes que te la operen acá" así que no coinciden, dice "llevatela a Córdoba, llevatela a donde vos quieras, pero no dejes que te la toquen acá, yo tengo el mismo problema, te voy a contar una infidencia mía yo tengo el mismo problema de tu hija y hasta ahora no me he dejado operar", puede convivir con eso con pastillas para que haga la digestión, pero no dejes que te la operen acá...

E1: ¿y frente a problemas frecuentes en salud a donde recurrís?

G: yo por lo general me queda más a mano ir al centro de salud, pero cuando ya es un problema mayor voy al hospital...

E1: ¿y te sentís conforme con la atención recibida?

G: sí, que se yo, no soy una persona de ir frecuentemente al hospital, esta Dra. X es muy aplicada y me gusta, pero no tengo un médico de cabecera que nos siga a todos...

E1: Claro...bueno, y ya para ir cerrando ¿te parece que todas las personas tenemos las mismas oportunidades de acceder a la salud?

G: y, es fantástico el hospital que han hecho, es maravillosa la atención, pienso que esta bárbaro es hospital pero tienen que agilizar más lo que es todo trámites, hay tanta burocracia, eh, demorar tantas horas para sacar un turno para que un médica vaya, desde las 7 de la mañana he estado esperando y a las 8 supuestamente venía el médico y me he quedado esperando, esperando se hicieron las 11 y me fui a preguntar por ventanilla y me dijeron "no aviso que no va a venir el Dr. ¿no está el médico que lo iba a reemplazar?" "no, no hay nadie", a veces me ha pasado, no quiere decir que pasa siempre, no pueden pagar los platos rotos todos también hay grandes médicos pero otros son más irresponsables, pero bueno, el país es así, la sociedad esta, lamentablemente, no todo marcha como uno quiere, pero dentro de todo pienso que es un lindo hospital que hay que valorar lo que han hecho...

E1: ¿entonces te parece que todos tenemos las mismas oportunidades?

G: sí, sí, porque yo a veces escucho que hay gente que tiene mutual, y tienen para ir a una clínica y prefieren ir al hospital, porque son los mismos médicos que atienden en la clínica...

E1: ¿y tenés carnet blanco?

G: sí, pero no es el que más cubre, me lo rechazaron una vez porque malinterpretaron a mi nena, que yo había dicho que mi marido cuidaba caballos de carrera, pero una cosa es cuidar caballos de carrera y otra cosa es ser propietario, y una vez vino la asistente social y le pregunto a mi nena chica "¿tu papá, tu mamá tienen caballos de carrera?", "sí tienen 10", "bueno" y se fue la asistente y lo denegó, lo puso que lo rechazaba porque teníamos caballos de carrera, después tuve que ir y me trató mal, y le dije "como quiere que venga, como le gusta que venga, toda sucia, rapastrosa, mal trazada los pelos sucios para que usted piense que sí lo necesito, a mí nunca me va a ver así, porque así sea pobre me gusta andar bien presentable dentro de todo..."

E2: con dignidad...

G: que quiere que viva en una ramada toda mugrientita, yo no tengo caballos de carrera y si mi nena le dijo a usted es porque nosotros les decimos nuestros caballos, los queremos, los amamos como si fueran nuestros, pero no son de nosotros, no tenemos propiedad de caballos...nos pagan para que los cuidemos, no es que son de nosotros, entonces me lo denegó, tuve que hacer de vuelta todo, dos años renegando hasta que me lo dieron, pero provisorio...

E1:... bueno Gladis, gracias por tu tiempo, cuando comencemos con los talleres en salud nos acercamos a comunicarte...

G: sí encantada de participar...



**Entrevista N° 12**

**Entrevistada: María del Carmen**

**Edad: 45 años**

**Entrevistador: Paula (E)**

**Día: 29 de mayo de 2006**

**Hora: de 16.00 a 17.30 hrs.**

E: ¿cuánto hace que vivís en el barrio?

María del Carmen: y hace 23 años...

E: ¿cómo se compone tu familia?

MC: mi esposo y mis tres hijos varones y la nena...

E: ¿todos viven en la casa en este momento?

MC: en este momento somos 5 hay uno de los varones que está en Balcarce estudiando el secundario...

E: ¿y cómo es el barrio?

MC: el barrio es lindo.... (Silencio)

E: ¿ves algún tipo de problemática en el barrio?

MC: no...lo único es el colegio y el vocabulario de los chicos, malas palabras violencia, como le pegan cuando salen del colegio, a mí me preocupa por mi nena que esta por empezar la escuela, cuando mis hijos eran chicos no era así, y pensando que el año que viene le toca a la nena estoy pensándolo si mandarla a otro lado....

E: ¿y problemáticas en salud?

MC: bueno no, no he visto nada grave no se...

E: ¿no hay una enfermedad que sea frecuente?

MC: no, no...

E: ¿y vos y tu familia alguien tiene algún problema en salud?

MC: el único el mayor que tiene problemas de bronquios, de respiración...y el resto lo normal un resfrío, que se yo...

E: ¿y tienen alguna forma de evitarlo?

MC: mirá lo que sí tratamos de consumir vitamina C, cosas en comestibles, frutas, de esa forma...

E: ¿entonces es tu hijo el que tiene bronquitis?

MC: claro, el llega cambia el tiempo y se pone así, está tomando un remedio que le da el Dr. en el dispensario pero no es mucho...

E: ¿y cuando el Dr. le da un tratamiento lo sigue al pie de la letra o cuando se siente mejor ya lo deja?

MC: eso es lo que pasa, lo que pasa es que el ya es grande, ya tiene 23 años y uno no puede estar encima de él, él trabaja todo el día afuera y cuando mejora un poquito deja el tratamiento...

E: ¿y frente a los problemas en salud donde recurren? Me decías el dispensario....

MC: al dispensario que esta a una cuadra me gusta cómo me atienden, todas las veces que he ido no he tenido problema, siempre me han atendido y me han dado lo que necesitaba...

E: ¿y otros lugares?

MC: mirá al hospital he ido una sola vez...

E: ¿pensás que es necesaria mayor atención sanitaria?

MC: quizás la falta de interés de la gente, porque la información está, pero viste uno por ahí hace oídos sordos a lo que está escuchando, pero la información está, depende de cada uno...

E: bueno y ya para ir terminando ¿pensas que todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder a la salud?

MC: (silencio)

E: por ejemplo el hijo de un concejal y un chico del barrio ¿tienen las mismas posibilidades de atenderse?

MC: y no, es muy distinto, por el hecho del dinero ellos pueden acceder a lugares que uno no puede acceder por la falta de ese dinero, yo por ejemplo el mío tiene problemas de bronquios y él realmente tendría que tener un tratamiento con los aerosoles y todo eso, pero esas cosas son caras y no tenemos mutual ni nada que te lo cubra, alergistas que no pasen por mutual tampoco hay...todo por falta de dinero...

E: ¿y vos tenés carnet blanco?

MC: sí tengo el carnet, y ando bien, me lo dieron fácilmente hace 11 años...

E: bueno ya estaría, muchas gracias María del Carmen...

MC: bueno, por nada

### **Entrevista N° 13**

**Entrevistada: Marisel**

**Edad: 27 años**

**Entrevistadores: Paula (E1) y Ramiro (E2)**

**Día: 22 de mayo de 2006**

**Hora: de 16.00 a 17.30 hrs.**

E1: bueno Marisel ¿cuánto hace que vivís en el barrio?

Marisel: como 25 años...

E1: y ¿qué edad tenés?

M: 27, dos años tenía cuando vine a vivir...

E1: ¿cómo está compuesta tu familia?

M: y mi familia mis tres hijos y yo....

E1: ¿y estás viviendo en la casa de tu mamá? –por lo que previamente me había contado-

M: tengo los chicos en la casa de mi mamá, pero no tiene lugar, encima mi mamá vive con mi abuela y yo estoy con el nene en una pieza que me prestan, las dos nenas están con mi mamá...

E1: ¿y es lejos?

M: no, acá a la vuelta, pero en realidad estamos todo el día de mi mamá, comemos, hacemos todo ahí...

E1: y en general ¿Cómo es el barrio?

M: por lo menos yo nunca he tenido problemas...no sé si es porque me conoce todo el barrio o qué, pero es un barrio común, para nosotros que vivimos acá, pero siempre está el problemático... yo estoy conforme, salgo a cualquier hora, vengo a cualquier hora, mirá anoche tenía al nene con fiebre, y como a las dos de la mañana me fui de mi mamá a buscar remedios, le dimos, que se yo hasta que se le bajo la fiebre me volví como a las 3 y media de la mañana...

E1: y ¿ves algún problema?

M: (silencio) y por ahí gente que está como yo viviendo en una pieza...donde no tenes donde vivir...más que eso no...

E1: ¿observas alguna problemática en salud?

M: mira no, tampoco, vah, están los que tienen problemas, como todos, como mi nena...

E1: ¿qué pasó con tu nena?

M: ella cuando nació a la semana se agarró meningitis, y estuvo internada y quedó con un montón de problemas, es celiaca, tiene fisurado un intestino, a ella la atiende la Dra. X, porque nadie le daba con la enfermedad que tenía hasta que fui a ella, la nena estaba desnutrida, y por lo menos ahora anda bien, y ella me mandó a Córdoba porque acá no hay nadie que trate eso, y ahora en junio le tengo que hacer una endoscopia, una biopsia...

E1: ¿y qué medios tenés para ir a Córdoba?

M: ninguno...yo estoy separada de el padre de ellos y él me pasa 350 pesos por mes y yo con eso tengo que comer, los tengo que vestir, los tengo que mandar a la escuela...si se me enferman, el médico, pero no, tengo mutual por eso no tengo carnet blanco, por ahora, todavía el padre me da la mutual...

E1: ¿para los chicos solos es la mutual?

M: sí y para mí también, yo tengo la misma...hasta ahora no me la saco, pero el cambia de idea siempre, pero de esos 35 pesos saco para mandarla a Córdoba, imaginate que son 4 pasajes aparte la atienden el hospital privado y tengo que pagar la consulta 50 pesos cada vez que voy, y te digo la verdad a veces no junto, ahora hace cómo dos meses que no va... y con la comida ella es celíaca...

E1: ¿le tenés que preparar una comida especial?

M: si, aparte tiene intolerancia a la lactosa, no puede comer azúcar...

E1: ¿y que come?

M: todo con edulcorante, pero por ahí no puedo cuidarla con los alimentos... hacerle la dieta que tiene que hacer, si te digo que hace la dieta te miento, ahora hace 15 días que anda mal, le agarra mucha diarrea, vómitos, fiebre, el sábado estuvo con fiebre...

E2: y vos cuando tenés un problema así ¿vas al centro de salud derecho?

M: y yo la llevo a la clínica porque tengo mutual, pero por ahí también voy al centro de salud...

E1: Y ¿Cómo te atienden ahí?

M: no bien, es una clínica...

E1: ¿y problemas respiratorios, asma?

M: sí, en la familia mi sobrino César tiene asma, y yo tengo alergia, tuve siempre, pero acá en el barrio hay muchos problemas de eso...

E2: ¿por qué pensás que puede ser?

M: para mi, viste los stud, la viruta, ese olor tan fuerte, ese polvillo, viste, vos pasas y es como si se te pega en la nariz y la garganta, para mi es por eso... no se alo mejor no, pero para mí sí, yo que hace 25 años que vivo acá...si vos ves los caballos andan por la calle, está rodeado de stud...

E1: Marisel ¿pensas que todas las personas tienen las mismas posibilidades de atenderse en salud?

M: si, que se yo, (silencio)...

E1: ¿te parece que tienen las mismas posibilidades de atenderse el hijo de un intendente que los chicos del barrio?

M: no, no eso no, pero bue, nosotros acá en el barrio dicen sos pobre y somos todos iguales, nos atienden a todos así no más, mi hermana sin ir más lejos la atienden en el hospital así no más, un día lo llevamos al nene de ella morado y la médica nos dijo que teníamos que esperar porque el médico de guardia no estaba, y le hicimos un escándalo, después vino una Dra. gorda que nos denunció porque dice que la maltratamos porque mi hermana le dijo "a mí me llamás un médico porque te voy a matar, atendolo vos" y ella le dijo "yo no lo voy a atender Porque no estoy de guardia" y mi hermana le dijo "¿qué querés que se me muera el chico?" vos vieras como estaba, después hasta que vino el médico ya lo habíamos avivado un poco...

E1: ¿vos pensás que si lo hubieran llevado a otro lugar lo habrían atendido más rápido?

M: si yo pienso que si lo hubiéramos llevado a una clínica lo atendían ahí no más, porque yo las he llevado a las nenas y me han atendido rapidísimo...

-entra Gladis la mamá de Marisel a buscarla- ¿falta mucho?

E1: no ya esta porque esa era la última pregunta...

M: buenos

#### **Entrevista N°:14**

**Entrevistada: Roxana**

**Edad: 30 años**

**Entrevistadora: Paula (E)**

**Día: 29 de mayo de 2006**

**Hora: de 16.00 a 17.30 hrs.**

E: ¿cuánto hace que vivís en el barrio?

Roxana: y acá hace como 20 años que estoy acá en esta casa...



E: ¿cómo se compone tu familia? ¿Quiénes viven en la casa?

R: (risas) ahí empiezo... mi mamá, mi hermana Karina, mis sobrinos, Jessica y Esteban, los nenes míos, Ezequiel, Matías, Jonatan, Joaquín, Lautaro y Guadalupe, esta chinita sin vergüenza...

E: ¿contame como el barrio?

R: ahora está tranquilo, antes era un desastre, no podías salir ni a la calle, yo una sola vez tuve problemas con uno del barrio...

E: ¿qué pasó?

R: vinieron a decirme que me iban a "cagar a tiros" la casa, es un conocido acá en el barrio, fue una discusión que hubo un día que hubo un tiroteo que le pego a un chico a un nieto de una señora que vive acá a la vuelta, ese día me hicieron pelear con un chico amigo de años que después vino y me pidió perdón por las cosas que había dicho que se dio cuenta que no era así, que nada que ver lo que le habían dicho, y todos le decían que lo habíamos escondido acá con mi mamá...

E: ¿al chico este?

R: no al que le había pegado el tiro al otro chico, y nada que ver mirá si lo vamos a esconder aparte que ni lo hablábamos a él, y salieron a decir de que lo habíamos escondido, después no vinieron vino la madre a hacer un lío, salio mi hermana y le dijo "usted quiere gritar váyase a la calle porque acá en mi casa no viene a gritar"...pero ahora es como que está más tranquilo... de ahí después nunca más...

E: ¿y algún tipo de problema en salud en el barrio?

R: sí mucho resfrío... acá en las casa no más están todos resfriados, y asma también, el Ezequiel tiene asma y tiene alergia, y los otros también tienen alergia... acá hay una tendencia, y en barrio ha habido muchos casos de gripe... acá el Lautaro los otros días se enfermó y la mami lo llevó al dispensario y la Dra. se creyó que era principio de meningitis y no, nada que ver, pero tenía miedo...

E: ¿y aparte de estos problemas vos o los chicos que otros problemas en salud han tenido?

R: al Ezequiel el más grande se agarró el "Guillen barré" es una enfermedad que no sé muy bien como es, pero sé que ataca los músculos...lo atendió el Dr. X que decía que eran mañas del nene, lo llevaba la mami porque ella estaba a cargo...

E: ¿y vos dónde estabas?

R: no yo estaba en Rosario... y después el otro hace años atrás al Jonathan le agarró Púrpura, el tenía tres años y vos lo veías parecía el "Topo yiyo", yo estaba con el Joaquín bebe y cuando se enfermó el Jonathan la mami cuidaba una nonita, así que yo fui a cuidar a la nonita y la mami cuidaba al Jonathan, y lo dejábamos un rato al Joaquín que era un bebe buenísimo durmiendo... un día la llamo a mi mama para ver cómo estaba el Jonatan porque yo no había podido ir y me dijo "venite que se me muere", me voy a la casa donde se había criado él, la Liliana y dijimos vamos, vamos ya al hospital y nos llevó un primo... cuando llegamos mi mama me dijo no me van a dejar entrar y yo dije "que no me van a dejar entrar" en ese sentido yo soy así si me tengo que enfrentar con la policía por mis hijos yo lo voy a hacer, y cuando lo vi lo vi tan mal y le pregunté al médico por qué estaba así y me dijo "después te voy a decir", resulta que mi mama le dijo que no me dijera nada porque sabe que soy re rayada, y después la Dra. X no quería hablar con migo y yo le dije a mi mama "que no va a hablar con migo si la madre soy yo" y me mama le dijo ella va estar porque ella es la madre, después al final ella me explicó todo, y después lo llevaron a Córdoba...

E: ¿y lo que te explicaron lo comprendiste?

R: sí, me dijeron que esa enfermedad es la enfermedad del descanso, se van reventando los vasitos sanguíneos y se van formando hematomas...

E: ¿te explicó bien?

R: si aparte nosotros aviamos averiguado por Internet con la computadora con mi hermana y ahí dice que uno de los hijos de un cantante que no me acuerdo el nombre murió de eso porque le agarró un coagulo en la cabeza y ataca el sistema nervioso, es por eso que por ahí el Jonathan esta medio rayadito...alterado...el médico es muy buen médico pero lástima que se fue a San Luis...

E: ¿y con los tratamientos los seguís a rajatabla o cuando los chicos se sienten mejor cortas?

R: no yo con Guadalupe por ejemplo ella nació con insuficiencia vascular cardiaca, es delicada y el cardiólogo me dijo que tengo que darle una gotita a la mañana y uno a la noche de "dioxina" se la di así este mes y me dijo que tenía que darle dos gotas a la mañana y una a la noche, o no... al revés... una la noche y dos a la mañana, y lo sigo al pie de la letra y el mes que viene tengo que llevar de vuelta, pero que pasa tengo que tener 30 pesos para llevársela...

E: ¿con el carnet blanco?

R: si con el carnet

E: ¿y frente a los problemas en salud a donde recurrís?

R: al dispensario, por ahora me atienden bien por lo menos, el otro día me sentía mal y el médico decía que tenía cálculos en la vesícula resulta que tenía infección urinaria, pero siempre me han atendido bien lástima que se fue la ginecóloga, al Centro de salud también he ido, el hospital será muy lindo el hospital pero los médicos que hay para adultos tenes que estar más de tres horas para que te atiendan, yo fui a las tres de la tarde y eran las 10 de la noche y recién me estaba terminado de atender, y te atienden cuando ellos quieren, y no es así porque si vos vas en un caso de urgencia no vas a estar esperando que los otros terminen de tomar mate para que te atiendan si vas por urgencia en cambio en pediatría me los han atendido ahí no más...

E: Roxana ¿pensás que en el barrio es necesaria mayor atención en salud?

R: yo pienso que sí, por los chicos, la gente grande también que no tiene recursos acá hay muchos que no tienen recursos...

E: ¿Te parece que todos tenemos las mismas posibilidades de acceder a la salud en la actualidad?

R: yo diría que sí...

E: ¿vos pensás que se atienden de igual manera el hijo de un intendente y un chico del barrio?

R: tendría que ser así, tendría que ser así, pero lamentablemente no es así, porque lamentablemente a ella donde yo la llevo al cardiólogo si no tengo los 30 pesos no me la atienden, y si para los estudios no tenes la plata no te lo hacen, todos dicen es muy buen médico pero a la misma vez es un sin vergüenza de miercole, porque es como dice el dicho "por interés baila el mono"... y es así si no te lo atienden...

E: bueno Roxana muchas gracias por tu tiempo, te dejo libre...

R: bueno, chau...

**Entrevista N° 15**

**Entrevistada: Silvana**

**Edad: 24 años**

**Entrevistador: Paula (E)**

**Día: 31 de mayo de 2006**

**Hora: de 16.00 a 17.30 hrs.**

E: ¿cuánto hace que vivís en el barrio?

Silvana: desde siempre...

E: ¿desde qué naciste?

S: sí... (Silencio)

E: ¿y cómo está compuesta tu familia?

S: mi papá, mi hermana, mi sobrino y ella (señala el bebé en el cochecito)

E: ¿Cómo se llama?

S: Maira...

E: ¿y viven todos juntos?

S: sí... (Silencio)

E: ¿y cómo te parece que es el barrio?

S: ¿en qué sentido me lo decís?

E: general, lo que a vos te parezca

S: en sentido seguridad tranquilo, no he tenido problema...

E: ¿y cuestiones de violencia que hayas escuchado?

S: si he escuchado... (Silencio)

E: ¿y algún problema en salud?

S: ¿de la gente o de los chicos?

E: en general...

S: alergias, resfríos...

E: alergias porque ¿has escuchado?

S: si por el polvo la tierra

E: ¿te parece que puede ser por los caballos y los studs que hay?

S: si puede ser...

E: ¿ves alguna necesidad que tenga el barrio en salud?

S: (silencio) en el dispensario que "aiga" más médicos, y a la tarde también, porque hay solamente a la mañana....

E: ¿has tenido vos o alguien de tu familia problemas en salud?

S: no...resfríos

E: ¿y cómo tratan de evitarlos?

S: y no se puede hacer nada, esta frío y esta frío...

E: y cuando el médico les explica una enfermedad ¿le comprendes la explicación? ¿Te quedas con dudas?

S: no, yo le entiendo lo que dice...

E: ¿y cuando utiliza lenguaje específico le preguntas de nuevo?

S: si....

E: ¿y con los tratamientos los seguís hasta que se termina o cuando comenzás a sentirte mejor?

S: ya cuando me siento mejor lo dejo... (Se ríe)

E: ¿y cuando tenés problemas en salud vos o la nena a donde recurrís?

S: al dispensario...

E: ¿y cómo te atienden?

S: bien, por lo menos...

E: ¿y vos también te atendes en el dispensario?

S: si voy al ginecólogo, pero voy más por ella...hasta ahora ando bien

E: ¿te parece que en el barrio es necesaria mayor atención sanitaria?

S: si...

E: ¿de qué tipo?

S: (silencio, me mira, se distrae) ¿cómo es la pregunta?

E: claro, sí, está el dispensario pero ¿es necesario más gente preocupada por la salud del barrio?

S: y sí (silencio)

E: la ultima, ¿te parece que en la actualidad todas las personas tienen las mismas posibilidades de atenderse en salud?

S: algunas...

E: ¿algunas se atienden y otras no?

S: (afirma con la cabeza)

E: ¿y las que no pueden atenderse?

S: y van al médico a un hospital público, sino tiene que haber plata para que los atiendan... (Silencio)

E: o sea que no es igual para todos...

S: no (silencio)



E: bueno Silvana muchas gracias...

S: (silencio)

### **Entrevista Nº 16**

**Entrevistada: Lidia**

**Edad: 34 años**

**Entrevistadora: Paula (E)**

**Día: 31 de mayo de 2006**

**Hora: de 16.00 a 17.30 hrs.**

E: ¿Cuánto hace que vivís en el barrio?

Lidia: bueno ahora me mudé un poco más allá, pero desde que nací que vivo en el barrio

E: ¿cómo se compone tu grupo familiar?

L: en mi grupo familiar somos 4, mi marido que tiene 35 años, el Javier tiene 4 y la nena 7...

E: ¿viven todos juntos?

L: sí, estamos en la casa de mi suegra, ella vive adelante...pero estamos separados...

E: ¿Cómo es el barrio?

L: pasa que antes era más tranquilo ahora hay más problemas, te digo por lo que uno ve y escucha, no lo veo muy seguro...

E: ¿Por qué lo decís? ¿Te han robado, te ha sucedido algo?

L: no pero uno ve las peleas, ha habido hasta muertes en el mismo barrio, hace unos años atrás por la "Trejo y Sanabria" pasó algo, y desde ahí empecé a ver que no es tranquilo...

E: ¿Qué pasó?

L: una muerte...

E: y ahí comenzaste a ver que no era tranquilo sino que había violencia...

L: y si qué te parece...

E: y en salud ¿ves algún problema?

L: si resfríos... los nenes míos han tenido vómitos pero es porque han comido algo que les ha hecho mal...

E: ¿y eso les sucede con frecuencia?

L: no... eso paso hace 15 días atrás, pero como ella es alérgica...

E: ah... muchos chicos en el barrio son alérgicos...

L: si...

E: ¿ves alguna necesidad en el barrio en salud?

L: ... ¿cómo me decís?

E: claro si a vos te parece que se necesita algo en salud

L: no, por lo menos, yo no estoy muy en contacto con la gente del barrio, recién ahora, uno cuando es joven no se relaciona tanto...

E: ¿y vos o algún miembro de tu familia han estado enfermos?

L: si mi marido ha estado internado, y por esa causa no ha podido trabajar, recién ahora ha comenzado por necesidad...

E: ¿y qué enfermedad tiene?

L: en el oído...

E: ¿una infección en el oído?

L: sí, dice que le ha quedado de hacer una resonancia magnética, y al no tener cierta cantidad de plata no podemos...

E: y tienen el carnet blanco...

L: sí pero no cubre...

E: ¿y alguna enfermedad frecuente en tu familia?

L: resfríos, yo tengo rinitis alérgica hace dos años...

E: y ¿tratas de evitarla, de prevenirla de alguna forma?

L: y... tendría que tomar un remedio que en el primer tiempo me lo compre, y ahora ya no, yo rezo para que no me agarre fuerte...

E: y cuando vas al médico con el lenguaje específico que utilizan ¿comprendes lo que te explica? ¿Si no entiendes lo que te explica le vuelves a preguntar?

L: sí a veces sí...

E: ¿y otras te quedas con las dudas?

L: bueno yo me acostumbre a la pediatra del dispensario que me explica todo, desde chiquitos que nacieron los chicos los llevo ahí...

E: ¿y cómo te atienden ahí?

L: y bien, por lo menos...

E: ¿estás conforme?

L: bueno, no sé, que se yo, yo voy saco tuno y espero...

E: y para tu atención en alud ¿también vas al dispensario?

L: sí, pero mucho no me gusta la atención...

E: ¿y por qué?

L: no me he sentido cómoda como para decirle al médico... porque al médico que yo iba le preguntaba y a veces le tenía que sacar yo las palabras a él, era callado, y como uno no sabe ciertas cosas de las enfermedades...

E: Entonces ¿pensás que es necesaria más atención sanitaria, más atención en salud en el barrio?

L: me parece que sí...

E: ¿porque?

L: no se... a veces por los chicos...

E: ya para terminar... ¿piensas que todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder a la salud?

L: y algunas si y otras no, porque está el dispensario yo tenía a mi mama, y tenía a mi abuela, que empezó a recibir una pensión nacional y le sacaron así de la nada el carnet blanco, no es una cosa que le alcanzaba para seguir viviendo...tenía que compara los remedios y no le alcanzaba...

E: ¿y te parece que recibe la misma atención el hijo del intendente que un chico del barrio?

L: y no estoy muy informada, como te puedo decir...y tendría que ser los dos iguales ¿no? (duda)

E: seguro tendrían que ser los dos iguales, ¿pero en la actualidad es o no es?

L: y en los dispensarios dicen que los chicos se pueden hacer control gratis y antes no se hacía, y la gente que tiene plata también va... digo yo pero cuando uno tiene que ir a una clínica para hacerse atender porque lo mandan del dispensario siempre hay que pagar, si uno no tiene plata no te van a atender...

E: seguro... bueno Lidia muchas gracias...

L: de nada...

#### **Entrevista N°:17**

**Entrevistada: Dora**

**Edad: 72 años**

**Entrevistadoras: Paula (E1) y Soledad (E2)**

**Día: 31 de mayo de 2006**

**Hora: de 16.00 a 17.30 hrs.**

E1: pero que bien llevas la edad

Dora: y sí los llevo más o menos

E2: ¿cómo más o menos? ¡Tenes 72 y estas de 10!

(Risas)

E1: bueno Dora vamos a empezar con las preguntitas ¿cómo está compuesta tu familia?

D: y con migo vivía yo, mi esposo, después mi hija, con los chiquitos de ella que son 4 y esa era casi toda mi familia, pero cuando falleció mi esposo se quedó un hijo de él, bueno hace dos años y medio pero ahora se fue...

E1: y en este momento ¿con quién vivís?

D: yo vivo con mi hija, mi yerno y los 4 nietos, 2 nenas y 2 varones...

E1: ¿y cómo es el barrio para vos?

D: el barrio para mí es muy bueno, yo creo que si me tuviera que ir de aquí me muero, nooooo!! Yo estoy chocha...

E1: ¿y ves algún tipo de problema en general?

D: es problema es que no hay plata...

E1: ¿y algún problema o situación en salud?

D: en salud mira, yo me saqué el codo y después vengo y que quiebro la muñeca, pero tengo un dolor para mí me enyesaron mal, me atendió el Dr. X. y cuando el clima está mal no puedo ni mover las manos, ni pedir un taxi...

E1: es como una especie de artritis...

E2: y sí, a nosotros acá en alfabetización nos pasa para escribir, la Dora se cansa rápido...

E1: ¿y alguna enfermedad que digas que es frecuente, que los vecinos te comenten?

D: no, mira porque los vecinos no te dicen mucho...

E1: no charlan mucho...

D: y no, solo para decirte "falleció aquel"...

E1: y con los chicos más chicos...

D: así con los chicos sí, yo tengo un nieto que tiene asma y andan desabrigados, yo le digo, porqué no te abrigas y no te hacen caso...

E1: ¿y resfríos?

D: si resfríos yo, ahora estoy resfriada...

E2: ¿y de la vista?

D: no veo, ahora le estaba diciendo a ella que me haga los números grandes porque no los veo, no los veo, veo el papel blanco y no puedo saber que numero es (refiriéndose a las clases de alfabetización) yo también soy diabética...

E2: ¿lo controlas Dora?

D: si lo controlo, no soy insulina dependiente...

E2: ¿hace cuanto que te lo detectaron?

D: noooooo! hace mucho...

E1: y cuando te dan tratamiento ¿tratás de seguirlo al pie de la letra, como lo manejas?

D: no, no me dan tratamiento, porque las veces que he ido no me han dado ni una pastilla, que mi cuñada es diabética y toma cosa y que se yo y me dice "cómo no te van a dar", y yo le digo "no, no me han dado nada", yo me cuido con las comidas, yo me acuerdo que el Dr. me dijo que tengo que comer tal cosa y la como, pero eso de tomar pastillas, yo no sé que es tomar pastillas...

E1: ¿y te sentís bien?

D: yo me siento bien...

E1: ¿y cuando haces tratamientos por enfermedades como resfríos lo seguís al pie de la letra?

D: no, yo cuando ya me pongo bien lo dejo...

E1: y cuando te diagnosticaron diabetes ¿el médico te explicó bien? ¿Le comprendiste?

D: no, no sé, porque mira hoy en día me dijo "mira la diabetes, es esto lo otro, pero viste, no te explican mucho... pero yo sé que es brava porque mi hermana falleció de diabetes..."

E1: ¿y no le volviste a preguntar?



D: no, lo deje ahí no más, pero más de todo lo que me quedo claro es que me cuide en las comidas...

E1: ¿y frente a algún problema en salud a donde recurrís?

D: mirá ahora voy a la vecinal de mi casa que se llama "Roque Sáez Peña"

E1: y que hay ahí ¿atiende un médico?

D: si atiende el Dr. X, porque mi hija me dice que te vas a ir al hospital, anda ahí que atiende un médico...

E1: ¿y cómo te atendieron ahí?

D: re bien, mira la semana pasada fui porque me habían agarrado esto "torcijones" de panza y me dio unas gotas que me hicieron re bien...

E1: ¿te parece que en el barrio es necesaria mayor atención en salud?

D: yo creo que sí... porque hay muchos chiquitos, muchos niños, que se yo, y sí porque si no tienen que ir al dispensario y tenes que ir re temprano porque a veces no encontrás turno...

E1: ¿a tus nietos los atienden en el dispensario?

D: antes, pero ahora mi hija los hace atender acá también, en la vecinal, porque también hay una pediatra muy buena... pero sí es necesario...

E1: y ¿tenés carnet blanco?

D: sí, pero lo uso para los remedios, pero no son muy buenos, pero uno no tiene para comprar... eran unos calmantes...

E1: y ¿te hicieron efecto?

D: y... que se yo al final yo tomaba, tomaba, tomaba, pero ahora no he ido más... pero por lo menos lo tengo, imagináte si no, uno no tiene plata, en la casa imagináte que es mi yerno el único que trabaja, a mi me da no se qué...

E1: ya para terminar Dora ¿te parece que todas las personas tenemos las mismas posibilidades de acceder a la salud?

D: yo pienso que sí...

E1: por ejemplo ¿te parece que aquí en la ciudad reciben la misma atención el hijo de un concejal que el hijo de un albañil del barrio?

D: no, el hijo de un concejal no se va a atender ni en el dispensario ni en la vecinal, lógico, más vale... a uno lo hacen esperar horas, y el "otro" no alcanza a decir lo que le duele que ya está todo el batallón de médicos...sabes uno cuando, tenes que esperar y esperar y te dicen "ya va", "momentito", noooo si yo he estado horas en el hospital, el mes pasado me dice mi hija te llevo al hospital, porque la pierna se me había hinchado...entonces tuve que ir a las 5 de la mañana a sacar turno, eran las 5 y los bancos ya estaban llenos, porque vos llegas y sacas numero y te sentas, yo fui y saqué numerito... y empezaron a llamar, yo fui a las 5 y empezaron a atender a las 7.30 hrs. ellos dicen que empiezan a atender a las 6 pero es mentira, eran más de las siete cuando llegaron, las chicas administrativas llegan a trabajar cuando uno está esperando, y recién me atendieron a las 9 y media... después me atendió y le dije que me estaba poniendo una pomada y me dijo "¿de dónde la sacaste?" y yo le dije que me la habían dado en el Centro de salud y él me dijo "mirá te voy a decir la verdad esa pomada que te dan en el Centro de salud no sirve", y yo le dije "pero doctor como no sirve", yo haciéndome la ofendida, y me dijo "no, no sirve". Lo que no me gusto mucho es que tengo que

estar mucho en cama, por las várices... entonces le digo "si doctor voy a estar" pero minga me voy a quedar en cama, estuve esa tarde y listo...

E1: bueno Dora eso era todo, gracias por compartir tu tiempo con nosotras...

D: bueno de nada chicas, cuando quieran me buscan...

### **Entrevista N° 18**

**Entrevistada: Estela**

**Edad: 32 años**

**Entrevistadora: Paula (E1)**

**Día: sábado 24 de junio de 2006**

**Hora: de 19.00 a 21.00 hrs.**

E1: ¿Cuánto hace que vivís en el barrio?

Estela: bueno yo hace desde que nací...

E1: o sea 32 años...

E: no me fui, pero acá cerca en el barrio...

E1: y en este momento ¿con quién vivís?

E: con mis 5 chicos y mi marido...

E1: ¿y cómo te parece que es el barrio?

E: no en el barrio cada uno tira para el bien suyo, nadie le da nada a nadie, así bien yo tengo un chico con problemas de migraña y convulsiones a nadie le importa, nadie viene a preguntarme en este barrio...

E1: ¿y es tranquilo?

E: si es tranquilo es problema es que la gente es egoísta y solo piensa en ella...

E1: ¿y ves algún problema en salud?

E: no, no, acá la mayoría es gente grande o mujeres con chicos y la mayoría tiene mutual...

E1: ¿la mayoría de la gente del barrio tiene mutual?

E: si llevan a sus chicos a clínicas privadas, la mayoría, a mi por el nene me dicen hay como no pagas 60, 70 pesos una mutual y no vayas a ese hospital...

E1: entonces el problema central en salud que hay en tu familia es que tu nene tiene migrañas...

E: sí tiene migrañas y convulsiones, tiene 11 años, los otros chicos son sanos, yo tengo problemas renales...

E1: ¿y también atendés tu propia salud?

E: y no la dejo un poco de lado...

E1: ¿y cómo tratan de prevenir el problema de la migraña de tu nene?

E: el nene está siendo tratado, mañana a la noche viajamos a Córdoba, o sea no nos dan los pasajes porque quieren que el nene sea tratado por una Dra. Pero ella no quiere atenderlo

porque el nene está con tratamiento, pero tampoco me quiere hacer una receta diciéndome que ella no me lo puede atender y porqué es el problema, sí me lo dice a mí pero no lo quiere escribir...

E1: ¿no se quiere comprometer?

E: no, no, no porque si ella me da eso a mi digamo se haría cargo de la parte de salud pero ni salud ni el hospital se hace cargo, el nene hace de noviembre que tiene que tener un estudio en la cabeza y esta sin medicación...

E1: ¿y vos tenés carnet blanco?

E: si el nene...

E1: ¿y con el carnet blanco te atienden en el hospital?

E: si

E1: ¿y hay neurólogo?

E: no, viene esa que te digo, ella lo atiende pero me dice como todas que si vos tenés problemas con tu hijo te la tenés que arreglar vos, porque en este barrio te lo dicen así, la mayoría te lo puede decir, ya ves que doña Rita ha tenido el problema con el chico que tubo púrpura y nadie se ha calentado en decir te doy una mano, yo cuando he podido se la he dado, cada uno es como que te dice bueno es tu hijo "arréglatela" vos yo no cuento ni con mis hermanos ni con mis cuñadas...

E1: ¿y para llevarlo a Córdoba vos tenés que juntar la plata?

E: si, yo tengo el plan jefas y jefes de hogar y de ahí junto la plata, el mes pasado fuimos a Córdoba y estaban de paro, me dieron los pasajes pero tuve que hablar con el intendente y con eso lo lleve...

E1: el nene tiene migrañas ¿y también epilepsia?

E: tiene convulsiones atípicas plus, o sea le agarra muy seguido

E1: y los tratamientos que él tiene que realizar ¿lo siguen al pie de la letra?

E: si, los remedios se los compro yo, aparte tiene gastritis por los mismos remedios la droga le hace mal, pero ahora está sin medicación...

E1: ¿porqué?

E: porque el médico se la saco para hacerle el estudio

E1: ¿se tiene que hacer un electroencefalograma?

E: no un estudio de sueño que se tiene que hacer de noche...

E1: ¿y cuando el médico te explica lo que tiene el nene, le comprendes, es claro en lo que te dice?

E: no, sí, sí el me lo empezó a explicar, después el Dr. X y después el Dr. X, así que ahora nosotros a él le damos una dieta especial que es un gasto más...

E1: ¿les insume mucho dinero la enfermedad del nene?

E: en realidad sí... por ejemplo el año pasado hacia un tratamiento que lo drogaba mucho y el nene estaba re perdido... así que el médico decidió sacarle la droga...

E1: y cuando otro de los nenes se enferma ¿a dónde recurrís?

E: y mira, yo te digo, al dispensario no lo llevo porque no me gusta la pediatra, no me gusta, yo pago una cuota de 2, 50 cvos en la vecinal Roque Sáez Peña, "digamo" que aparte a mi me conviene porque es la misma pediatra que los atiende en el hospital...y en último caso lo llevo al dispensario cuando el nene me está por convulsionar, porque en casa no lo voy a dejar, trato de llevarlo rápido ahí, y ella le pone unos medicamentos lo tiene un buen rato...

E1: ¿estás conforme como te atienden en la vecinal?

E: sí, la diferencia era que en el dispensario no me da bola porque yo llevaba a un nene con fiebre y ni me lo atendía, entonces empecé a ir al centro de salud cuando el nene empezaba a convulsionar y ahí me dijeron no, cuando el nene este así vaya directo al dispensario que es más próximo, porque hay veces yo no tenía para llevarlo, muchas veces convulsionó acá en catecismo, y desde que me dijeron eso lo llevo si o si al dispensario y ya sabe la "tarada" que se lo llevo, en estos casos lo atiende bien...

E1: o sea, a ver si te comprendo ¿a tus chicos no los llevas nunca al dispensario, pero en caso de que convulsione sí?

E: claro, porque no me queda otra que llevarlo, sino al hospital, pero me queda muy lejos, si hay posibilidades lo llevo... a partir si lo llevo me dicen ¿por qué no fuiste al dispensario?

E1: ¿te hacen ver que primero tenes que pasar si o si por el dispensario para llegar al centro de salud u hospital?

E: si claro, me lo han dicho...

E1: ¿pensás que en el barrio es necesaria más atención en salud?

E: mira no, no sé, para mí está bien, si lo que tiene el dispensario es que va a la escuela, pero se necesita que haya una pediatra o una enfermera ahí, al pie del cañon...

E1: ¿tipo una guardia permanente?

E: claro...

E1: ¿y espacios para compartir experiencias en salud, o vivencias?

E: no, mira que cada uno haga lo que quiera, y su vida como le parezca, aparte son grande...

E1: ¿pensás que todos tienen las mismas posibilidades de atenderse en salud?

E: sí, más bien obvio

E1: ¿te parece?

E: sí

E1: ¿te parece que atienden de la misma manera al hijo del intendente que a uno de los chicos del barrio?

E: no, pero digo que todos deberían tener la misma atención, pero la realidad es otra...yo tengo el carnet tipo B y hay cosas que las tengo que pagar, tengo el nene con amígdalas y hace un año que lo tengo que operar, me dijeron que lo opere en Córdoba pero no puedo...

E1: ¿y ahí ves que no es igual para todos el acceso a la salud?

E: claro... igual yo voy a juntar la plata y te juro que lo voy a operar en la clínica



**Entrevista N°:19**

**Entrevistada: Ramona**

**Edad: 39**

**Entrevistadora: Paula (E)**

**Día: sábado 24 de junio de 2006**

**Hora: de 19.00 a 21.00 hrs.**

E: ¿cuánto hace que vivís en el barrio?

Ramona: hace como 20 años

E: y ¿con quién vivís?

R: con mis 5 hijos...

E: ¿y con tu marido?

R: no estoy sola...

E: ¿Cómo te parece que es el barrio?

R: y más o menos, digamo, me agrada pero ahora está más tranquilo

E: ¿porqué? ¿Antes como era?

R: había muchos robos, mucha violencia...

E: ¿por parte de los vecinos mismos?

R: sí, digamos...

E: es por gente de afuera o gente del barrio

R: no gente del barrio...

E: ¿y algún problema en salud en el barrio? ¿Algo en común?

R: y... asma sí...

E: o sea que no ves ninguna enfermedad así frecuente... ¿y en tu familia tuviste vos o alguien problemas en salud?

R: nada grave, no, no

E: o sea que son todos sanos...

R: sí, sí...

E: y cuando tienen enfermedades como gripe por ejemplo y les dan tratamientos para hacer ¿los siguen al pie de la letra o cuando comienzan a sentirse mejor los dejan?

R: y por ahí los dejamos, pero más de un resfrío no, estamos vacunados...

E: ah bueno... ¿tienen carnet blanco?

R: si...

E: ¿y con el carnet donde te haces atender?

R: y voy al hospital y a veces al dispensario...

E: ¿y al centro de salud sabes ir?

R: sí pero el dispensario me queda más cerca...

E: ¿y cómo te atienden ahí?

R: muy bien...

E: ¿estás conforme como te atiende ahí?

R: sí, la pediatra por lo menos me gusta...

E: ¿esperarías que te atiendan mejor?

R: no por lo menos me atienden bien ahí

E: ¿pensás que en el barrio es más necesaria más atención en salud?

R: sí....

E: ¿de qué tipo?

R: digamo que hubiese emergencia en vez de ir al centro de salud....

E: sería una emergencia permanente, tipo una guardia...

R: claro

E: ¿y espacios para reflexionar sobre problemas en salud, compartir con otros vecinos?

R: ah sí sería bueno

E: claro porque estamos tratando de trabajar en eso y necesitamos saber su interés, para después participar en talleres y charlas...

R: sería muy lindo...

E: ¿estarías dispuesta a participar?

R: sí, sí

E: ¿Cuándo el médico te explica algo, te lo explica de manera compleja que te cuesta entender?

R: no, no, no siempre me da una charla y es claro

E: ¿y te tenés alguna duda...?

R: pregunto

E: ya para terminar ¿vos pensas que todos tenemos las mismas posibilidades de acceder a la salud?

R: (silencio) y no...

E: ¿y en donde lo verías?

R: (silencio)

E: está claro que no es igual el acceso a la salud para todas las clases sociales...

R: y no porque yo lo veo en Estela (quien se entrevistó previamente) con el nene de ella le cuesta mucho, pero digamo pienso que es difícil para cuando uno tiene un hijo enfermo y cuando se tiene pocos recursos y hay que ir muchas veces que les den alguna ayuda y hay que esperar y no se puede esperar en cuestiones de salud con una criatura...

E: y seguro, porque hay gente que tiene más posibilidades y ahí son otros los recursos en salud...

R: pero claro...

E: bueno Ramona muchas gracias, eso era todo...

R: no de nada

## **Entrevista N° 20**

**Entrevistada: Mara**

**Edad: 23**

**Entrevistadora: Paula (E)**

**Día: sábado 24 de junio de 2006**

**Hora: de 19.00 a 21.00 hrs.**

E: ¿cuánto hace que vivís en el barrio?

Mara: 21 años

E: ¿y con quien vivís en este momento?

M: con mis dos hermanos mi primos y mi mama y mi papá

E: ¿y cómo te parece que es el barrio?

M: ahora está tranquilo porque hace unos años atrás se juntaban todos al lado de mi casa que hay un baldío, se ponían a tomar y todo eso, pero ahora están todos en la cárcel y el barrio está tranquilo, antes la policía estaba todo el día y ahora no anda...

E: ¿y advertís otro tipo de problemas?

M: pasa que yo salgo de mi casa y a veces ni saludo a los vecinos, yo no me meto en nada

E: ¿y observas algún problema en salud en el barrio?

M: no, bueno hay muchos vecinos que mucho no cuidan a los chicos, vos los ves en la calle, pero el problema es de los padres...

E: ¿y te parece que eso es un problema en salud?

M: y sí, me parece que puede ser, están todo el día en la calle, nadie los cuida...

E: y ¿has tenido vos o alguien de tu familia algún problema en salud?

M: y sí, enfermedad no, pero yo siempre he tenido problemas de salud caso de operaciones, que se yo, tuve problemas de vesícula, después nódulos, después me operaron porque me quebré, pero mi hermano ahora justamente tiene un problema en el brazo, lo trataron primero en Córdoba y ahora en Buenos Aires porque le duele el brazo y no puede trabajar...

E: ¿y tienen algún tipo de cobertura que les permita viajar por problemas en salud?

M: no, ellos sí tienen mutual todo, sí porque el viaja y le pagan todo, pero nosotros no, no tenemos mutual, no tenemos carnet, no tenemos nada...

E: ¿carnet tampoco?

M: no porque en una época mi mama tenia mutual y yo entraba en la mutual y nos retiraron el carnet cuando teníamos mutual, me lo retiraron y después mi papá hizo todo el papeleo y te dan en caso especial, vos vas al dispensario o centro de salud y te atienden

E: ¿y los remedios los pueden conseguir también?

M: sí, creo, lo que pasa es que no me atienden... porque no he tenido nada

E: ¿y cuando has tenido un resfrío, por ejemplo, tomas los remedios al pie de la letra como el médico te dice o cuando comienzas a sentirte mejor los dejas?

M: no directamente no me gusta ir al médico, yo me resfrío y me dura, me la banco, no voy al médico soy anti médico...

E: ¿y cuando te han explicado sobre la operación, lo que te iban a hacer...? (interrumpe)

M: si te explican, pero cuando llegas es otra cosa, no te preparan bien, por ejemplo yo viví un trauma en la operación...

E: contame eso

M: y sí, pasa que te duermen, y yo sabía que no iba a sentir pero en un momento yo me miro ahí y tenía la pierna levantada y me asuste porque no me taparon y me impresioné...

E: ¿y cómo reaccionaste?

M: me agarró como un ataque que el médico no lo controlaba, después me pusieron calmante pero seguí llorando, llorando...

E: y hubo alguien que te asistiera...

M: el anestesiista creo

E: ¿pero sentís que te contuvo en esa situación y no te hicieron caso?

M: no, no me sentí contenida, una comparación, del hospital a la clínica me quedo con el hospital, y hasta ahí no más

E: ¿porqué?

M: porque en la clínica me entraron a la sala de operaciones y me dejaron ahí media hora, iban y venían y yo en el quirófano, me sentí abandonada completamente... en el hospital, es buena la atención pero también tuve otro problema porque me dejaron puntos... ahí también en el hospital me acuerdo que cuando me estaban operando al lado mío también estaban operando a una señora...

E: ¿en la misma habitación?

M: sí, y tenía cáncer y era delicado el caso de ella y yo sentí que se lo dieron a un practicante al caso...

E: ¿vos escuchaste eso estando en la camilla de al lado?

M: sí, sí, sí, porque decía "¿doctora ahora que hago?" "vos corta, vos corta" le decía...

E: la mujer anestesiada y vos ahí escuchando todo...

M: sí, sí pero tenía cáncer, al practicante dámelo a mí, que me atiendan a mí total era algo sencillo que no era grave...

E: ¿o sea que no has tenido buenas experiencias como paciente quirúrgico...?

M: no...

E: ¿entonces vos pensas que es necesaria más contención del profesional, que te explique qué es lo que te va a realizar en tu propio cuerpo, que te diga que te quedes tranquila...?

M: sí, yo me sentí muy mal, porque a mí me durmieron de la cintura para abajo, y cuando me vi me empezó a faltar el aire, No podía mover nada, es como que estas muerta...



E: o sea, por lo que entiendo de lo que me decís, por un lado no sentiste contención del profesional médico, y por el otro tampoco fue claro en la explicación sobre lo que te iban a hacer....

M: claro...lo que me dijo siempre fue en segundo plano, y después que yo hice esta reacción y que fue la operación me dijo "en 25 años nunca me toco una paciente así", yo pienso que me tendrían que haber puesto algo para que no vea la mitad de mi cuerpo...

E: ¿y frente a problemas en salud como refriós a donde recurrís?

M: mira si es algo muy, muy extremo recurro a la guardia del centro de salud...

E: ¿y al dispensario de acá del barrio no vas?

M: no porque también tuve con el Dr. X un problema porque me atendió y me dijo que tenía hepatitis, durante treinta días estuve adentro de mi casa, no salía, y resultó ser la vesícula, nada que ver, así que me operaron de urgencia, si era la vesícula y él decía que era hepatitis y a partir de ahí no fui más, quería ir y decirle al médico que se había equivocado, pero no fui...

E: ¿y en las guardia del centro de salud como te atienden?

M: no, me atienden bien...

E: ¿pensás que es necesaria más atención en salud en el barrio?

M: quizá, porque en el barrio lo más cerca es el dispensario, y bueno se sentía que muchas señoras que iban ahí al ginecólogo perdían los embarazos, o hacia que se pasaran de tiempo. En el dispensario están, para mí los peores médicos...

E: ¿te parece que los peores profesionales de la medicina terminan trabajando en los dispensarios?

M: sí a mí me parece, también se ve en el tema de la dentista, ella te ve pero te manda al consultorio privado de ella para cobrar aparte... te lo da en dos veces...

E: ¿y qué argumento le dio a tu hermano para que fuera al su consultorio particular?

M: le dijo que ahí no cuentan con las cosas necesarias y los elementos para atender, pero para sacarte una muela o un diente no hace falta mucho, pero igual te manda al consultorio...

E: (sorprendida- silencio)

M: bueno pero es el caso de mi hermano...

E: igual si lo hace con un paciente es muy probable que lo haga con la mayoría...

M: si más vale...

E: bueno Mara, ya para terminar, ¿pensas que todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder y atenderse en salud?

M: y no, por ejemplo la gente de bajos recursos tienen que ir directamente al hospital, pero por ejemplo mi hermano que tiene mutual la atención que tiene es bárbara, en Buenos Aires, en Córdoba, quizá allá es mejor que acá, pero si va al hospital no le dan "bola", no pero para ir la gente de bajos recursos la única opción que tiene es el hospital o juntar para ir a una clínica, que no puede, es como una salud de mala calidad porque por ejemplo la gente que tiene una muela mal no se la puede arreglar porque no tiene entonces directamente "sacamela" y se quedan sin dientes a los 20 años y eso se ve...

E: sí realmente. Bueno Mara muchas gracias por tu tiempo...

M: de nada, chau...

**Entrevista N°:21**

**Entrevistada: Iliana**

**Edad: 25 años**

**Entrevistadora: Paula (E)**

**Día: lunes 10 de julio de 2006**

**Hora: 16 hrs.**

E: ¿cuánto hace que vivís en el barrio?

Iliana: y yo hace 18 años

E: y ¿qué edad tenés?

I: yo tengo 25...

E: ¿y cómo se compone tu familia?

I: mi familia se compone de mi marido, yo, el nene de 8 años y la nena de tres...

E: ¿cómo e podrías decir que es el barrio?

I: el barrio es tranquilo, sacando esos dos o tres que son los nombrados del barrio...

E: ¿a, sí?

I: sí, que estuvieron tiempo atrás presos, varios de ellos, y el barrio era una paz bárbara. Y ya cuando sale uno o dos ya se escuchan tiros por allá, tiros por acá...

E: ¿en este momento?

I: sí, el sábado pasado, no un día de semana, Magali venia para acá (Centro Comunitario) a apoyo escolar...

E: ¿Magali, tu sobrina?

I: sí, y se escucharon tiros, así que la acompañamos hasta acá la esquina del pasaje y ella entró corriendo hasta acá...

E: eso es muy peligroso...

I: peligrosísimo, imagínate una bala perdida, piensa que este barrio está lleno de chicos que están todo el día jugando en la calle...

E: ese sería un problema que vos ves en el barrio...

I: sí, de falta de seguridad, porque salen esos dos o tres que te digo que molestan siempre...

E: ¿y robos?

I: y robos se ha parado, por lo menos no se siente que haya tanto el comentario como hace cinco o seis meses atrás, hace seis meses atrás dejabas el mate en la vereda y el mate desaparecía...

E: ¿y a vos te pasó?

I: sí a mi si lamentablemente (silencio)

E: ¿y alguna necesidad o problema de salud en el barrio?

I: y el problema de salud, yo lo que veo mal son las casas muy precarias, no tienen baño, o que un baño lo usan 20, que te están cobrando un alquiler 30 pesos, te puedes dar una idea 30 pesos por mes en donde estás viviendo, este... el baño lo usan mucho y hay muchas casa que están siendo alquiladas y no tienen baño, entonces vos encontrás las botellas de orina en la calle...

E: ¿en la calle? Eso es un problema de higiene...

I: y andá acá a la esquina y parate a tomar el colectivo, y vas a sentir el olor a orina que se siente...

E: ¿y alguna enfermedad que sea frecuente en el barrio?

I: mira mis nenes han tenido rubéola y hepatitis... el Cesar tubo hepatitis en primer grado, hace dos años atrás...

E: ¿cuarenta días en cama estuvo?

I: cuarenta días, el tiempo era menos, pero tuvo una recaída, porque no sé quien le dio un chichito, que él no podía comerlo, y en el descuido se lo comió a escondidas y se atacó peor, lo tuve que llevar al Centro de Salud por la hepatitis...

E: aparte del nene, ¿vos o tu marido han tenido problemas en salud?

I: te digo la verdad, cada tanto, yo no sé si es algo que hay acá en el barrio o que tengo yo o los chicos, nos llenamos de sarpullido... vos vas al médico, yo he ido al Centro de Salud y me dice "hay que esperar dos o tres días para que salgo a flote lo que se está incubando", pero son dos o tres días y ya se te pasa el sarpullido...

E: ¿vos pensás que puede ser algo de acá del barrio? ¿Puede ser por los caballos o studs?

I: capaz porque el mosquerío que es acá es terrible, moscas infección por todos lados, porque si vos te pone a ver la moscas no es más que un foco infeccioso, vos estás comiendo pan tenes 20 moscas que están arriba del pan y hay momentos del día en que no puedes echar "Raid", no puedes echar nada para las moscas porque si estás comiendo imaginate...

E: sí el problema de la moscas se ve mucho... ¿y vos has tenido problemas en salud?

I: sí, mirá yo tengo un problema neurológico, disritmia cerebral...

E: ¿estás medicada por eso?

I: sí estoy medicada, yo cuando me enfermé tenía ocho años, cuando me atacó por eso, me dijeron que a los 15 años tomando los remedios me podía curar pero llegue a los 15 años, llegué a los 20 y no me cure más ...

E: ¿te hacen electroencefalograma?

I: me hacen electro, pero no con la crema, a mí me lo hacen con pequeñas agujitas, desde siempre me trata el Dr.X, primero en el Centro de Salud y ahora en el hospital...

E: ¿y ahora cómo estás?

I: y ahora sigo tomando la medicación, que me la dan en el Centro de Salud, a partir que me dieron el Carnet blanco me empezaron a dar ahí, porque antes la compraba...

E: ¿y cuanto hace que tenés el carnet blanco?

I: y hará dos años

E: ¿y te cubre bastante?

I: y lo que pasa que el Dr. me pide, hay un medicamento de los que me pide que no lo puedo tomar de los que preparan en el centro de salud, el "neuryl dos" lo tengo que comprar porque dice el médico que no es lo mismo que te dan en el Centro de salud...

E: ¿y es muy caro?

I: cuarenta y dos pesos, a mi me compra mi mama porque te digo la verdad a mi no me alcanza...no tengo plata...

E: ... ¿y hay alguna enfermedad frecuente en tu familia?

I: y el nene mío que se ataca del pecho...

E: ¿le da asma, alergia?

I: mira lo estaban tratando con "ventolin" porque desde que nació empezó a tener ese problema, se le cierra la laringe, le ataca falso cruz y cuando pasa el falso cruz queda atacado del pecho...

E: ¿y cuándo el médico te explica la enfermedad que tenes, y lo que tenes que hacer, te parece complicado, le comprendes lo que te dice?

I: sí, lo único..., el me habla a mí y yo le entiendo las cosas, te digo yo tengo hasta tercer año del secundario, pero por más que tengas tercero o año completo no te especializas en medicina no podes entender nada, me entendes entonces yo te digo "hablame claro" cosa que yo entienda...

E: ¿vos te animas a decirle que te hable claro?

I: sí. Yo quedarme con la duda nunca, menos cuando llevo los chicos al médico, porque cuando llevas los chicos al médico tenes que saber bien que te dijo el médico, lo tenes que tener claro, porque si no lo tenes claro, no podes hacer nada por los chicos

E: y cuando te dan tratamiento ¿los seguís al pie de la letra o cuando te sentís mejor lo dejás?

I: no, yo si me dice "de esto dos frasquitos hasta que se termine" hasta que se termine se lo doy, después cuando se termina lo llevo de vuelta al médico...

E: y por lo que me decís cuando hay problemas de salud los llevas al Centro de Salud ¿al dispensario no recurrís?

I: al dispensario pocas veces, porque generalmente cuando el César se ataca del pecho o a Marianela le sube la fiebre normalmente siempre es de noche y tengo que ir a la guardia porque el dispensario está cerrado... que eso es lo que yo veo mal porque el dispensario tendría que tener una guardia permanente, si total si no tienen nada que hacer va a ver un timbre, si la gente va y toca timbre y si no tocan timbre es porque no pasa nada...yo te digo muchas veces me he tenido que ir con el César hasta el Centro de Salud caminando o pedir un remis fiado, porque te juro no he tenido plata...

E: ¿y los remiseros te llevan igual?

I: y tengo un conocido que si no tengo dinero me lleva

E: ¿y estas conforme como te atienden en el Centro de Salud?

I: sí. Las guardias muy bien

E: ¿pensás que es necesaria más atención sanitaria en el barrio?

I: sí, sí, porque la gente, yo no sé si se me va la mano en decir esto, pero me parece que la gente ya de ignorante pasa a vaga, porque uno puede ser pobre, puede ser ignorante pero eso



no te saca ser limpio y lamentablemente acá, sin ir más lejos, acá a dos cuadras había una mujer que tenía en un patiecito de cemento de cinco por cinco, chanco conejos, gallinas, todo, llovía o baldeaban salía toda la mugre a la calle, no se podía salir a la puerta porque el olor te mandaba adentro, y eso más cuando queda en la calle, en tiempo de verano se pudre todo, todo oloroso, un asco, también el tema de la orina en las botellas, yo entiendo que no tengan donde orinar, pero de ahí a tirarlas a la calle donde saben que cualquier chico las va a ir a agarrar, hay una diferencia abismal, porque vos podés hacer lo mismo pero pensás bueno si tengo que hacer esto lo entierro, sin necesidad que este tirado en la calle, preservativos, jeringas, encontrás por todos lados...

E: ¿entonces estas cuestiones te hacen pensar que es necesaria más atención sanitaria?

I: sí, es necesaria...

E: ¿y de qué tipo?

I: atención, yo diaria que hagan una visita más seguido a esa gente donde se ve que esta el foco infeccioso, a ver si se van normalizando o si van haciendo las cosas mejor, cosa de ver de sacarlos de esa inmundicia donde están viviendo, entendes, si no tienen un baño, hacerles un baño, pero igual hacerles la visita a ver si están tendiendo higiene, porque ellos viven mal y a ellos les gusta vivir mal, o no les gusta y viven a la fuerza mal, pero nosotros los vecinos no tenemos porque vivir mal a causa de ellos... y no podés salir afuera a causa de ellos, mira yo te digo los que vivimos en este barrio, la mayoría somos todos pobres pero eso no nos da lugar a que vivamos peor de lo que vivimos...

E: claro, podés ser pobre y eso no significa perder la dignidad...

I: ¡pero sí!

E: bueno ya para ir terminando ¿pensás que todas las personas tienen la misma posibilidad de acceder a la salud?

I: (silencio)... y si hablamos de lugares públicos como el Centro de Salud o el dispensario, sí, pero si ya necesitamos una atención más compleja, no, no porque yo como ser tengo que hacerme una tomografía y para hacérmela o tengo que pagar o primero voy a tener que hacer mil trámites para que me den turno de acá a cinco meses, que tranquilamente dentro de cinco meses o me puedo curar o me puedo morir, me entendes, no necesitamos la atención a tanto tiempo, porque si buscamos a un médico es porque lo necesitamos lo más antes posible, entonces ahí es uno cuando se da cuenta que el pobre, tiene que recurrir a lugares pobres, y no puede tener una enfermedad compleja como la mía porque sino o pagas o pagas, o reventate cinco seis meses hasta que te den un turno...

E: si ahí se advierte claramente que no es igual para todos...

I: ¡no es igual para todos!

E: el derecho esta pero la realidad es otra...

I: pero claro es un privilegio de algunos, el que tiene plata se hace atender en una clínica o en un instituto privado, donde te atienden de diez te tienen con aire, te tienen con calefactor, estas calentita, estas cómoda, en una silla con almudonsitos, y vos vas al Centro de Salud y tenes una tabla y tenes que estar horas ahí haga frío tuene, tenes que estar ahí, entendes pero si necesitas algo más complejo tenes que buscar la forma de conseguir la plata...

E: bueno Iliana, muchísimas gracias... ya terminamos...

I: bueno, nos vemos...

## ANEXO IV

### RECUPERACIÓN DESCRIPTIVA DE LA COMUNIDAD BARRIAL DESDE LAS VECINAS

#### (1º Procesamiento Interpretativo)

##### 1. Grupo de mujeres mayores

Esta primera descripción de la comunidad estudiada es realizada por las mujeres de mayor edad entre las entrevistadas, es el grupo etario entre los 56 a los 72 años. Está constituido por Rita (56 años. Nuestra informante clave), Tota (56), Gladis (57) y Dora (72).

A continuación con los aportes que estas señoras ofrecieron en las entrevistas realizadas, trataremos de realizar una descripción de la comunidad barrial hipódromo desde la visión de *"las mujeres adultas mayores"*.

Rita (56) hace veinte años que vive en el barrio, siempre en la misma casa, y su familia está compuesta por su marido y cuatro hijos, dos varones mayores "el Daniel y el José Luís", y las dos mujeres menores "la Karina y la Roxana". Sin embargo en la actualidad parecen ser las mujeres las que quedaron viviendo en esa casa. Rita nos comenta que en la actualidad vive con sus dos hijas y sus nietos. Karina (32) tiene dos hijos Esteban y Jessica; Roxana (30) tiene seis hijos, Ezequiel, Matías, Jonathan, Joaquín, Lautaro y Guadalupe.

Comenta que en el barrio las necesidades más sentidas son las de alimentación, ella lo percibe porque es la encargada de la copa de leche del Centro Comunitario Mami Rita. Esta necesidad la advierte en todos, en los chicos y grandes también, básicamente destaca las familias numerosas, que en muchos de los casos los padres se separan. Rita conoce estas realidades porque conversa con las vecinas que se acercan a solicitar el pan y la copa de leche, nos dice:

"Si los otros días vino una señora pidiendo por favor que le diera la leche y el pan porque no tenía nada, después vino otra pidiendo que le diera mercadería porque la había dejado el marido con cuatro chicos, hacia como un mes que los tenía a fideo blanco y arroz, ¿te imaginas?" (Rita, 56 años).

Rita, que hace varios años que vive en el barrio, conoce cómo las familias se han ido modificando, cuando tradicionalmente vivían bajo la unión matrimonial en la actualidad se separan y como consecuencia las mujeres quedan solas a cargo de todos sus hijos.

Respecto a los hombres del barrio Rita nos comenta que "los del Hipódromo" salen con el carrito a "cirujear", muchos de ellos están vinculados al Hipódromo a través de trabajos como cuidar los caballos, alimentarlos, estar en las caballerizas, y muchos otros son albañiles.

Tota (56) hace treinta y cuatro años que vive en el barrio, siempre en el mismo lugar, con sus cuatro hijos y su esposo. En la actualidad no conviven todos juntos, ya que tiene tres hijos casados, por lo que vive con su marido y su hija.

Tota se queda en silencio al preguntarle por el barrio dice que es "más o menos", que hay problemas como en todos lados, y coincidiendo con Rita nos comenta que hay familias con "muchos hijos, muchos hijos", entiende que eso es un problema, sin darnos mucho argumento "porque donde hay muchos hijos, bue, ya saben los problemas que se acarrear...", luego agrega la falta de trabajo que implica que los padres prescinden del dinero para darle a sus hijos lo que necesitan. Tota ve una diferencia con los tiempos en que ella fue madre a la actualidad "cuando yo tuve mis hijos era otra época, ahora es más difícil porque yo veo el caso de mis hijas que tiene ya cuatro, y les cuesta..."

Para ella otro problema concreto en el barrio es la alimentación, al igual que Rita, piensa que es indispensable y que hay muchos hogares en el barrio donde hay carencias al respecto, por lo que se hace muy necesaria. También considera que hacen falta muchas cosas porque hay

“muy muchos chicos”, sin embargo no sabría contestar cuáles son esas cosas porque no ha prestado mucha atención. Conoce casos de madres solas con varios hijos, o matrimonios constituidos, pero igualmente no es lo suficiente para afrontar la difícil situación económica.

Nos comenta que en la actualidad el barrio es tranquilo, sin embargo agrega: “yo decía que era tranquilo las otras noches asaltaron un remisero...”. No obstante continúa argumentando que ahora es tranquilo pero que años atrás era terrible, recuerda que a su hermana hace dos años le robaron tres veces en pleno día. Parece que una vecina lo vio por la ventana y ahora se dice que ese ladrón es “el rengó que está preso”.

Tota piensa que la delincuencia se asocia o se ve favorecida por el consumo de drogas y alcohol en el barrio, ya que ha escuchado comentarios, e identifica al alcoholismo, al consumo de alcohol con un “bar” ubicado en la esquina de su casa llamado “La Armonía”, y como ella dice “no tiene nada de armonía”. Le preocupa que está en su cuadra y que allí sucede de todo “cuando no se pegan tiros se pegan puñaladas, disparan por mi pasaje, una vez se metieron en el jardín de mi casa, ahí es viva la pepa todo el día a cualquier hora, encima el tipo que tiene el bar, se presta para todo”. Entonces Tota nos comenta una experiencia vivida vinculada al mencionado lugar:

“el dueño es..... el Caloso ese... bueno, y resulta que se habían peleado, me levanto miro por la hendija de la ventana y estaban peleando el tal Caloso y un Godoy que viven por acá y se corrían, uno lo apuñalo a otro... el tipo termino en mi comedor y me lo lleno de sangre para colmo siempre vienen de otros barrios... la policía antes venia a cada rato en vez de ahora no...yo no sé qué haría para que sacaran ese bar, hay de todo un poco, los sábados y domingos hay autos y chatas nuevas...”(Tota, 56 años).

Nos cuenta que la policía viene cuando ya se termina todo. Con su familia frecuentemente ven el movimiento cuando madrugan para ir al hospital, entonces han advertido que ahí se jugaba “a la timba” y que también hay mujeres que parecen ejercer la prostitución. Tota insiste en que antes el barrio era tranquilo, que esa fue una temporada brava pero ahora parece tranquilo nuevamente. Nos comenta una sensación de bronca y tristeza de que esos chicos que se han visto crecer en el barrio ahora te vengán a arruinar la vida, y dice “una vez se mataron acá fuera, y a dos cuadras un hermano mato a otro...” Caso que fue muy comentado en los medios locales de comunicación.

*Gladis* (57) hace 28 años que vive en el barrio. Nos cuenta que antes era una boca de lobo, no había luz, no había nada, ella comenzó a conversar con sus vecinos y así pidieron el alumbrado público. Antes de esa obra su marido y un vecino pusieron un foco en el medio de la calle porque había un campo con yuyos que parecía peligroso. Su familia se compone de su esposo y tres hijos, uno fallecido a los 20 días de nacimiento por una cardiopatía congénita, por lo que en la actualidad tiene a sus dos hijas Maricel e Iliana. En la casa vive con su marido su suegra, con Maricel y los hijos de esta.

Gladis considera que pensando en cómo el barrio era antes ha mejorado bastante. Nos cuenta que es enfermera auxiliar y a quien puede darle una mano ahí está. Ella trabajaba en el Hospital Regional y después que falleció su nene tenía sus hijas chiquitas y entro en una depresión, por lo que dejó de trabajar en el hospital y se dedicó a sus hijas “con alma, vida y corazón”.

En relación a los problemas que ella advierte en el barrio, nos comenta una anécdota que le sucedió, en el barrio vivía una gente a quienes todos les temían, pero una vez la llamaron a ella para poner inyecciones a una de estas personas, Gladis agradece esta circunstancia porque le permitió acercarse a ellos y nunca jamás le paso nada. Una sola vez molestaron a su familia, pero ella entiende que no era gente del barrio, y agrega:

“la persona que los echo de mi casa es un vecino que tiene antecedentes y estuvo preso y en esa oportunidad me defendió... te puedo decir que hoy camino por la calle como antes... que en la oscuridad



sabia quien era por la forma de caminar... hoy en día a pesar de la inseguridad que está ocurriendo en esta argentina nuestra salimos a las dos de la mañana cuando hace calor y nunca jamás nos paso nada..." (Gladis, 57 años).

*Dora* (72) hace treinta años que vive en el barrio, vivía con su esposo y su hija, con sus cuatro chiquitos. Desde que falleció su esposo vive con su hija, su yerno y sus cuatro nietos.

Para Dora en el barrio vive gente que es muy buena, y piensa que si se tuviera que ir de allí se muere, ella es feliz allí, nos dice "yo estoy chocha..." Cuando tratamos de indagar acerca de algún tipo de problema en el barrio Dora nos responde taxativamente, sin ahondar en otras cuestiones "el problema es que no hay plata..."

*Para finalizar este párrafo podemos considerar que:* este grupo de las mujeres mayores parece construir una visión descriptiva y caracterización bastante optimista e idealista de lo que es la comunidad barriales que viven. Para ellas los problemas que más definen al barrio son la falta de trabajo, dinero, la alimentación y las familias desmembradas. Sin embargo todas coinciden en que tradicionalmente era un barrio peligroso pero que en la actualidad es muy tranquilo, que vive gente muy buena, que jamás les paso nada y en uno de los casos, donde se ve reflejado más intensamente este pensamiento, la mujer plantea que si se tuviera que ir del barrio su vida se termina.

## **2. Grupo de mujeres adultas**

La siguiente descripción de la comunidad estudiada es realizada por las mujeres adultas, que hemos organizado en un rango de edad que va de los 30 a los 50 años. Está constituido por siete mujeres: Karina (32), Estela (32), Lidia (34), Ramona (39), María (39), Gladis (43), María del Carmen (45).

A continuación, en virtud de las contribuciones que estas mujeres ofrecieron en las entrevistas efectuadas, realizaremos la descripción de la comunidad barrial hipódromo desde la visión de "las mujeres adultas".

*Karina* (32) nos cuenta que a los ocho años vino a vivir al barrio, venían con su familia desde San Francisco, Córdoba. En la actualidad su familia está compuesta por ella y sus dos hijos, pero están viviendo en la casa de su mamá, Rita, allí viven junto a sus seis sobrinos, su mamá y su hermana.

Respecto al barrio entiende que ahora está más tranquilo que antes, antes había delincuencia, se escuchaban tiroteos, de noche no se podía salir, robaban, pero en la actualidad parece bastante tranquilo y agrega "dentro de todo se puede andar..."

Para Karina el problema que se advierte en el barrio es el problema que hay en todos lados, según sus palabras "la falta de educación de los chicos hacia la persona mayor, la libertad que le han dado a los jóvenes de hoy en día, digamos que hacen lo que quieren porque saben que nadie los puede tocar...". Ella piensa que esto puede estar vinculado con cuestiones de drogas y alcohol, sin embargo nunca ha visto a nadie en el barrio que fumara o se drogara.

*Estela* (32) desde que nació vive en el barrio. En la actualidad vive con sus cinco chicos y su marido. Para ella tanto el barrio como la gente que vive en él es bastante egoísta "cada uno tira para el bien suyo, nadie le da nada a nadie, así bien yo tengo un chico con problemas de migraña y convulsiones a nadie le importa, nadie viene a preguntarme en este barrio..."

Para Estela es un barrio tranquilo pero el problema está en que la gente es "egoísta y solo piensa en ella..."



*Lidia* (34) desde que nació vive en el barrio. Su grupo familiar se compone de cuatro integrantes, su marido y sus dos hijos. Todos viven en la casa de su suegra, pero nos aclara que están separados, ya que la señora vive adelante y ellos atrás.

Para ella el barrio antes era más tranquilo, pero en el presente hay más problemas, de los que se entera por lo que ve y escucha. Piensa que no es muy seguro, si bien jamás le han robado nos cuenta “uno ve las peleas, ha habido hasta muertes en el mismo barrio, hace unos años atrás por la “Trejo y Sanabria” pasó algo, y desde ahí empecé a ver que no es tranquilo...”.

Lo que sucedió fue una muerte, una pelea entre dos hermanos que terminó con la vida de uno de ellos, acontecimiento mencionado en entrevistas anteriores, que parece haber abierto los ojos a más de un vecino acerca de que, en realidad el barrio no era la serenidad que parecía ser, que había violencia y delincuencia.

*Ramona* (39) hace 20 años que vive en el barrio. Vive con sus cinco hijos, y está sola, sin marido ni pareja. Para ella el barrio es regular, a ella le agrada y, como en las entrevistas anteriores, destaca que ahora está más tranquilo. Nos cuenta que antes había muchos robos, mucha violencia por parte de los vecinos mismos, gente del propio barrio.

*María* (39) es una vecina reciente ya que solo hace tres años y medio que vive en el barrio. Su familia está conformada por sus tres hijas y su marido. Para ella el barrio es regular por el tipo de gente que hay, gente mala que perjudica al barrio, sostiene:

“...la gente mala son los ladrones que viven al lado nuestro, estamos rodeados por ladrones, porque vos a veces tomas un remis y no quieren venir, o uno va a otro barrio y hablan de este barrio y a uno le duele porque es el barrio de uno, y vos por más que lo defiendas el barrio esta así...ahora parece que está más calmo... a mi me duele porque yo soy nativa de este barrio, yo nací acá y por más que me case y me fui a otro barrio, viste que lo de uno es de uno...antes era bueno el barrio pero ahora hace unos años que está mal...” (María, 39 años).

Sin embargo María, al igual que otras entrevistadas destaca cómo en la actualidad, y a pesar de esta gente mala, el barrio está más tranquilo y calmo. También considera que hay gente buena, que es la de antes: “los vecinos de antes son gente buena, trabajadora, si bien no nos visitamos son gente como nosotros...”. Para ella son los jóvenes, las nuevas generaciones los que están mal.

El problema que ella advierte en el barrio es que hay personas que no quieren trabajar, que vagabundean, que deambulan y merodean, sobre todo jóvenes entre 18 y 20 años que para ella son vagos porque no trabajan, los ves que van y vienen.

María entiende que la gente de su edad es más responsable, se los ve que trabajan, con sus familias, y nos dice preocupada: “es como la generación de los chicos jóvenes que es lamentable, eso para mí es un problema, y uno tiene hijos y no quiere que sean así...”

*Gladis* (43) hace 17 años que vive en el barrio. Su familia se compone de sus tres hijas y su esposo. Para ella el barrio es tranquilo, de gente tranquila, humilde, trabajadora, nos comenta “mucho no conozco otros barrios pero viste como cuando le hacen fama al barrio Alberdi y vos le preguntas a la gente que vive ahí y te dicen que es tranquilo...”. Para Gladis el barrio no es lo que parece: “por ahí pueden salir pibes así pero ahora se los han llevado presos...”

En la actualidad ella no advierte ningún tipo de problema en el barrio, sobre todo en su cuadra pero recuerda que hace un tiempo atrás había una barrita de jóvenes que se juntaban en la esquina y que de ahí apedreaban autos, incluso un día le rompieron el parabrisas de su auto estacionado en frente de su casa. Pero ahora no los ve más. Recuerda que estos jóvenes se juntaban a tomar cerveza cuando hacían eso, sin embargo, más que hacerlo por estar alcoholizados o drogados, ella considera que lo hacían por maldad.

*María del Carmen* (45) hace 23 años que vive en el sector del Hipódromo. Su familia está compuesta por su esposo, sus tres hijos varones y la nena. Para ella el barrio es lindo, no hay problemáticas, lo único que le preocupa es la violencia en la escuela Racedo, a la que asisten todos los chicos del barrio.

*Para finalizar este párrafo podemos considerar que:* este grupo de mujeres parece coincidir en una cuestión: un barrio que según "la mitología popular" era tranquilo y de buena gente ahora es inseguro y egoísta. Parecería que según los argumentos de las mujeres adultas los responsables de provocar los desmanes y problemas son los jóvenes y adolescentes, que no han recibido educación y en muchos de los casos no trabajan y vagabundean, algunos hasta han caído en la delincuencia.

Esta situación ha derivado en la construcción de una representación del barrio, por parte de éstas mujeres, impregnada por la creencia de presencia de gente mala, grupo en el que parecen incluirse desde ladrones hasta vecinos que si bien trabajan, son egoístas o individualistas ya que se preocupan sólo por su bienestar sin interesarles la realidad del "vecino de al lado".

### **3. Grupo de mujeres jóvenes**

La descripción de la comunidad estudiada que se presentará a continuación es realizada por las mujeres jóvenes que hemos entrevistado. Tienen entre 20 y 30 años, y está constituido por diez mujeres: Natalia (23), Mara (23), Silvana (24), Iliana (25), Marisel (27), Marina (28), Sonia (29), Marcela (29), Laura (29) y Roxana (30).

En lo que sigue, de acuerdo a los aportes que estas mujeres ofrecieron en las entrevistas, presentaremos la recuperación descriptiva de la comunidad barrial hipódromo desde la visión de "las mujeres jóvenes".

*Natalia* (23) desde que nació vive en el barrio. Vive con su papá, su mamá, sus dos hermanas, su marido y sus cinco hijos.

Considera que en el barrio está la gente de clase media. Le preocupa la salud de los chicos ya que hay muchos campitos donde se tendría que cortar el pasto, le preocupan las infecciones, ya que en estos terrenos baldíos tiran mucha basura o animales muertos. Piensa que la vecinal o la Municipalidad se tendrían que hacer cargo de eso y dar la solución.

*Mara* (23) hace 21 años que vive en el barrio con sus dos hermanos, su mamá y su papá, y sus primos. Para ella el barrio ahora está tranquilo, a diferencia de unos años atrás que se juntaban unos hombres a tomar en un baldío al lado de su casa, pero en la actualidad están todos en la cárcel y el barrio está tranquilo, antes la policía estaba todo el día pero ahora no anda. No advierte otro tipo de problema y expresa "yo no salgo de mi casa y a veces ni saludo a los vecinos, yo no me meto en nada..."

*Silvana* (24) siempre vivió en el sector del Hipódromo. Su familia está compuesta por su papá, su hermana, su sobrino y su bebé. Para ella el barrio es tranquilo ya que no ha tenido problemas, pero sí ha escuchado cuestiones de violencia y robos.

*Iliana* (25) hace 18 años que vive en el barrio. Su familia está conformada por su marido, el nene de ocho años y la nena de tres.

Para ella el barrio es tranquilo "sacando esos dos o tres que son los nombrados del barrio...que estuvieron tiempo atrás presos, varios de ellos, y el barrio era una paz bárbara. Y ya cuando sale uno o dos ya se escuchan tiros por allá, tiros por acá..."

Nos comenta un episodio vivido un día de la semana cuando acompañaba a su sobrina Magali a apoyo escolar en el Centro Comunitario, nos cuenta que se escucharon tiros, así que la acompañaron hasta la esquina del pasaje y ella entró corriendo hasta el centro, nos dice: "fue peligrosísimo, imagínate una bala perdida, pensá que este barrio está lleno de chicos que están todo el día jugando en la calle..."

Para Iliana un problema grave en el barrio es la falta de seguridad, porque salen de prisión esos dos o tres que, según ella y varios entrevistados cuentan, y comienza la inseguridad, la violencia, los robos, como le paso a ella personalmente, nos comenta: "y robos se ha parado, por lo menos no se siente que haya tanto el comentario como hace cinco o seis meses atrás, hace seis meses atrás dejabas el mate en la vereda y el mate desaparecía..."

*Marisel* (27) hace 25 años que vive en el barrio. Su familia se compone de sus tres hijos. Es la hermana mayor de Iliana, entrevistada anteriormente.

Nos cuenta que en la actualidad tiene las dos nenas en la casa de su mamá, pero esta no tiene lugar, entonces ella con el nene mayor viven en una pieza que le prestan, ubicada a la vuelta, pero en realidad dice que están todo el día en la casa de su mamá, allí comen y hacen todo.

Cuando le preguntamos si advierte algún problema en el barrio ella nos dice que nunca ha tenido problemas con nadie, argumentando que es porque a lo mejor es que la conoce todo el barrio. Para Marisel se trata de un barrio común, nos dice: "yo estoy conforme, salgo a cualquier hora, vengo a cualquier hora, mira anoche tenía al nene con fiebre, y como a las dos de la mañana me fui de mi mamá a buscar remedios, le dimos, que se yo hasta que se le bajo la fiebre me volví como a las 3 y media de la mañana..."

Para ella un problema real es la gente que está, como ella, viviendo en una pieza..."donde no tenés donde vivir...más que eso no..."

*Marina* (28) hace 6 años que vive en el barrio. Su familia está formada por su marido y su hijo. Cuando le preguntamos cómo es el barrio nos responde "¿se puede no responder?" y dice "¡Horrible!... va no es feo, es esta cuadra..." Argumenta que para ella es horrible porque hay ladrones, principalmente en su cuadra y porque además no es un barrio tranquilo. Considera que la causa de todo es la gente que tiene poca educación: "Porque ponele se drogan mucho, y si vos te fijás el que más se droga es el menos educado, o andan robando también..."

Para ella los más jóvenes, de quince años para arriba son los que andan por la calle, por la vereda o arriba del techo con las bolsitas, drogándose "parecen que estuviesen mamados que se hubieran tomado todo, pero nó, están drogados..."

*Sonia* (29) hace 5 años que vive en él la comunidad barrial Hipódromo. Antes vivía en un campo y vino a vivir directamente al barrio con sus dos hijas. Aquí se juntó con su actual marido y con él tiene dos hijas, por lo que vive en la casa con su marido y sus 4 hijas.

El barrio para ella "a veces" es tranquilo, solidario ya que si uno necesita algo los vecinos ayudan. Considera que un problema del barrio son los animales sueltos principalmente los perros que molestan a la gente, rompen la basura y dejan suciedad y mugre, nos dice "la otra vuelta un perro mato a unos gatos recién nacidos y estaban todos los gatos con sangre... eso es un problema para mí y para mis hijas, por las infecciones..."

*Marcela* (29) hace 19 años que vive en el barrio. Su grupo familiar está compuesto por sus cuatro hijas, su marido, su hermana menor y su papá.

Para ella el barrio es lindo y al tener que advertir problemas piensa en robos que se han hecho en una o dos casas puntuales, lo que para ella resulta raro ya que siempre es la misma familia la que se queja de los robos. Considera que es sospechoso porque tiene dos perros malísimos,



y nos dice: "...la señora tiene problemas de depresión y por ahí lo inventa...pero sino no se siente... sino los sábados que juegan los hombres al fútbol en un campito y después de jugar se toman sus cervezas y vinos escuchando la "mona" al mango, pero más que eso no..."

*Laura (29)* nos cuenta que vino al año de vida a vivir al sector del Hipódromo. En la actualidad vive con sus dos hijos y su marido. Para ella el barrio es tranquilo pero considera que los jóvenes molestan, se drogan, toman y roban, nos dice:

"no se dan cuenta de lo que hacen... son de 11, 12 años en adelante, son chicos chiquitos, pero ya hay varios que han estado presos y esos ahora están más tranquilos, pero antes era una locura, a la noche tiros...y en frente de mi casa mataron a uno una vez, a mi me gustaría ponerle rejas a las puertas y las ventanas, para más seguridad..." (Laura, 29 años).

Otro problema que advierte en el barrio es que las madres, no controlan a sus hijos, los dejan hacer y deshacer del modo en que ellos quieren. Laura nos cuenta un ejemplo que vive a diario:

"yo por ejemplo vivo al lado de una familia donde los chicos son terribles, ya me han entrado varias veces al patio y me han sacado cosas, y vos les decís algo y te putean y si le decís a los padres no te dicen nada, los retan los tienen un rato y después salen de nuevo...sería un problema de la gente del barrio..." (Laura, 29 años).

*Roxana (30)* hace 20 años que vive en el Hipódromo. Es la hija menor de Rita y vive junto a ella, su hermana Karina, sus dos sobrinos, y sus seis hijos. Para ella el barrio ahora está tranquilo, pero antes no era así:

"antes era un desastre, no podías salir ni a la calle, yo una sola vez tuve problemas con uno del barrio... vinieron a decirme que me iban a "cagar a tiros" la casa, es un conocido acá en el barrio, fue una discusión que hubo un día que hubo un tiroteo que le pego a un chico a un nieto de una señora que vive acá a la vuelta, ese día me hicieron pelear con un chico amigo de años que después vino y me pidió perdón por las cosas que había dicho que se dio cuenta que no era así, que nada que ver lo que le habían dicho, y todos le decían que lo habíamos escondido acá con mi mamá..." (Roxana, 30 años).

Roxana nos cuenta esta historia, y agrega que después de esa etapa violenta ya no paso más nada y ahora está más tranquilo.

*Para finalizar este párrafo podemos considerar que:* se puede advertir un grupo de mujeres adultas jóvenes, mayoritario en las entrevistas realizadas, más audaces y críticas en reconocer una realidad barrial un tanto opacada o disimulada por los grupos anteriores de mujeres mayores y adultas que tenían una perspectiva del barrio tranquilo y seguro.

El grupo de las mujeres jóvenes entre 20 y 30 años, con familias ya constituidas e hijos, se manifiesta preocupado y amenazado por pandillas de adolescentes que, por efectos de consumo de drogas y alcohol mantienen en vilo de manera constante a la población barrial y para ellas esto es un problema real y concreto que se vincula a la falta de educación.

La mayoría coincide en que se trata de un barrio inseguro y les causa dolor reconocer que en el barrio que nacieron o se criaron hoy suceda esto. También reconocen que un problema común que afecta a toda la comunidad barrial hipódromo es la cuestión habitacional, el no tener donde vivir o vivir toda una familia hacinada en una misma habitación, ese es un problema preocupante para las mujeres de este grupo.

**ANEXO V**  
**LA CUESTIÓN SANITARIA DESDE LAS VECINAS**  
**(1º Procesamiento Interpretativo)**

A continuación presentaremos en un primer procesamiento analítico de datos, a modo de anexo, los fragmentos más significativos vinculados a las visiones y percepciones en materia de salud, surgidos de las entrevistas con las mujeres del barrio. Para ello utilizaremos el criterio de organización en grupos etarios que se viene utilizando en la tesis.

**1. Concepciones de salud-enfermedad para las mujeres mayores**

Este grupo está constituido por nuestra informante clave Rita (56 años), y por Tota (56), Gladis (57) y Dora (72). En virtud de las contribuciones realizadas por ellas trataremos de desarrollar brevemente los aspectos vinculados a la situación sanitaria vivida a nivel barrial, familiar e institucional.

*Rita* (56) considera que las enfermedades más frecuentes en el barrio están vinculadas a los niños y son las que afectan las vías respiratorias, y explica que ha escuchado en el dispensario comentarios de casos de desnutrición, para ella un tema importante a tratar en el barrio es la alimentación.

Nos comenta que el dispensario y la doctora que en él atienden ofrecen buena atención, ella ha ido a su casa y se preocupa mucho por los chicos. A Rita le preocupan rumores vinculados a que los médicos no se les pagan y que se están por ir. Argumenta que con el dispensario solo no es suficiente para el barrio por lo que los vecinos tienen que acudir al hospital o al Centro de Salud.

Rita nos comenta que en el barrio hay una curandera, lo dice como burlándose de eso, como si no fuera efectiva este tipo de curaciones, en ese momento se acerca Roxana (hija de Rita) y nos comenta que su mamá cura el empacho, que ha curado a varios vecinos, pero Rita se molesta y grita "¡Pero no soy curandera!", como enojada, y argumenta que como no hay enfermeras en el barrio ella pone inyecciones.

Respecto a los medicamentos Rita nos comenta que a veces van al dispensario y no tienen, a lo mejor un vecino está descompuesto y no tienen, entonces te mandan al Centro de salud.

En la familia de Rita su nieta Guadalupe (que tiene un mes al momento de la entrevista) nació con un soplo al corazón, su nieto Jonathan tubo púrpura, una enfermedad en la que se revientan los vasos sanguíneos.

*Tota* (56) cree que una enfermedad frecuente entre vecinos son las alergias, entiende que hay muchos chicos alérgicos, con bronquitis y problemas en las vías respiratorias. Para ella estos problemas se relacionan porque viven cerca del Hipódromo y porque están rodeados *studs*. En verano un problema grande para ella es que todo el barrio se llena de moscas, le preocupa porque es un insecto muy sucio y desde que ella vive ahí toda la vida existió, agravado porque no fumigan con frecuencia. Piensa que el problema de que haya tantas moscas puede estar asociado con los animales, el hipódromo y la basura cerca.

A nivel familiar desde varios años su marido empezó con problemas al corazón y lo diagnosticaron de chagas crónico, lo que le provocó mal de Parkinson, derivado de la misma diabetes. Tota ha sido asmática cuando era chica hasta que tuvo su primer hijo que ahora tiene



35 años. Pero hay temporadas en que hace calor y siente que le falta el aire. Nos cuenta que sus hijos se enferman de cosas pasajeras y son alérgicos,

Cuando tienen problemas frecuentes en salud recurren al hospital, al dispensario del barrio sólo a veces, porque como su marido tiene problemas más delicados, prefiere el hospital, además nos cuenta que en el dispensario a las seis de la tarde cierra, Tota recuerda años atrás permanecía abierto por la noche, había guardia, hasta que un día lo sacaron y ahora solo atienden hasta las seis de la tarde, y en caso de urgencia hay que dirigirse al centro de salud, teniendo en cuenta que muchas veces no tienen para el colectivo .

Respecto al Carné Blanco Tota nos cuenta que lo supo tener, pero después se lo quitaron pero nunca supo cual fue el motivo, nunca le llegaron a responder. Ella nos cuenta que tenía una mutual, pero que no cubría demasiado y el Carné Blanco lo usaba para no trasladarse hasta el hospital. Ella se hacía atender en el centro de salud por un problema de la tensión que tuvo y un día la chica que daba los turnos le dijo que le tenía que quitar el carné porque tenía la mutual del hospital, por lo que sólo tenía que ir al hospital "ahí no más me agarró me lo quito, y yo le dije "no me lo puedes quitar de un día para el otro" y me dijo "no, yo ya te lo retiro", bueno le dije yo voy a ir a hablar con alguien acá porque esto no puede ser, todavía medio que me enoje y le conteste, "vos me retiras el carné a mi porque yo tengo una triste mutual pero te puedo asegurar que acá viene gente con autos cero Km. que yo las he visto que se bajan en la puerta del Centro de Salud y hasta alarmas tiene los autos y le quitan a uno que no tiene, y me dice "y bueno pero yo tengo orden de retirárselo"...

Tota nos cuenta que hay distintos tipos A, B y C, que ella con el carné igualmente pagaba 5 pesos cada vez que iba.

*Gladis* (57) considera que una situación sanitaria preocupante en el barrio se relaciona con que hay chicas humildes, con discapacidad, algunas con retraso mental, y no son atendidas como corresponde, nadie se hace cargo de ellas. También advierte niños y jóvenes con conductas violentas, que para ella están relacionadas al consumo de drogas y alcohol, los más chicos se inician muy tempranamente a fumar. Gladis nos comenta que se enteró de un caso concreto en que encontraron uno de estos jóvenes desvistiendo a una nena, si bien aclara que ella no lo vio le preocupa cómo va a seguir el futuro de estos jóvenes.

Considera que una enfermedad frecuente es la alergia, sus hijas son alérgicas desde que han nacido, su nieto es alérgico y considera que en general en el barrio hay muchos casos de alergia.

En la familia su marido tuvo dos pre infartos, su suegra tiene insuficiencia cardiaca, y a una de sus hijas a los 8 años (tiene 25 en la actualidad) se le declaró una disritmia cerebral.

Para Gladis es fundamental en la convivencia con vecinos mantener algunas medidas de prevención e higiene como bañarse frecuentemente con lavandina, ya que ella tiene perro, gato y pajaritos, y en general casi todos los vecinos tienen animales.

*Dora* (72) no advierte algún problema o situación en salud en el barrio, sino que se concentra en su problema particular que es que se sacó el codo y luego se quebró la muñeca, además la enyesaron mal, y si el clima esta húmedo no puede mover las manos. Nos comenta que con los vecinos no se conversa mucho "los vecinos no te dicen mucho... solo para decirte falleció aquel...".

Para ella las enfermedades frecuentes en los niños son el asma y los resfríos, la causa para ella es que los chicos no permanecen bien abrigados.

Nos cuenta que también tiene problemas en la vista y que en las clases de alfabetización pide que le hagan los números grandes porque no los ve "...no los veo, veo el papel blanco y no

puedo saber que numero es...". Dora es diabética lo controla con dieta pero no es insulina dependiente.

## 2. Concepciones de salud-enfermedad para las mujeres adultas

Este grupo está compuesto por: Karina (32), Estela (32), Lidia (34), Ramona (39), María (39), Gladis (43), María del Carmen (45). A continuación presentaremos sus visiones y percepciones de la situación sanitaria comunitaria, familiar e institucional para poder identificar la presencia de posibles problemas en salud.

*Karina (32)* se manifiesta preocupada porque escuchó que en el dispensario que comentaban casos de desnutrición nos dice: "nos afecta a todos, el tema de la desnutrición es falta de alimentación y la mala alimentación es falta de trabajo, y eso es falta de plata y se hace una cadena..."

Advierte que otras enfermedades frecuentes en el barrio son la diarrea, vómitos y el resfrío. Como vive con su hermana y sus sobrinos nos cuenta que algunos problemas en salud que han tenido estos son: a uno a los tres meses lo operaron de una hernia, otro a los 4 años tubo púrpura, el año pasado otro tubo una enfermedad que le atacó los músculos, y otro de ellos siempre se desmaya, no se sabe bien porque "en sí los que siempre tienen más problemas son los hijos de mi hermana, los míos más que un resfrío, la más chica tenía sangrado continuo en la nariz pero la cautericé y listo..."

Además de estos casos puntuales Karina nos comenta que las alergias son frecuentes en todos, sus hijos y sus sobrinos, otros tienen sinusitis.

*Estela (32)* considera que en el barrio no existen problemas en salud porque la mayoría de los vecinos tiene mutual, al indagar si ella creía que esto era realmente así ella argumenta que "sí, llevan a sus chicos a clínicas privadas, la mayoría, a mi por el nene me dicen ¡hay como no pagas 60, 70 pesos una mutual y no vayas a ese hospital!..."

Su hijo de 11 años padece de migrañas y convulsiones. Sus otros hijos son sanos, y ella tiene problemas renales, que por priorizar la salud de su hijo deja un poco de lado. A su hijo lo tratan en Córdoba, Estela nos comenta una situación un tanto confusa "el nene está siendo tratado, mañana a la noche viajamos a Córdoba, o sea no nos dan los pasajes porque quieren que el nene sea tratado por una Dra. Acá, pero ella no quiere atenderlo porque el nene está con tratamiento, pero tampoco me quiere hacer una receta diciéndome que ella no me lo puede atender y porqué es el problema, sí me lo dice a mí pero no lo quiere escribir..."

*Lidia (34)* considera que el problema más frecuente en salud son los resfríos, también las alergias, de las cuales padecen sus hijos y vómitos frecuentes, que ella atribuye a que comen cosas por la calle que les puede hacer mal.

Nos cuenta que no está muy en contacto con la gente del barrio, que cuando era joven no se relacionaba tanto y que recién ahora conversa un poco con los vecinos.

Respecto de la salud familiar nos comenta que su marido padece una infección en el oído que le ha impedido trabajar por un largo tiempo y que en estos días se ha visto forzado a comenzar con el trabajo por necesidad, quedándole por hacer una resonancia magnética por no tener dinero. Nos comenta que poseen el carné blanco pero que no cubre este tipo de estudio.

Lidia tiene rinitis alérgica desde hace dos años, su tratamiento le prescribe el consumo de un medicamento que en las primeras etapas pudo comprar, pero en la actualidad "ya no, yo rezo para que no me agarre fuerte..."

*Ramona* (39) advierte que el problema de salud común en el barrio es el asma. Nos comenta que en su familia son todos sanos y que si alguien se enferma de cosas simples como gripe por ejemplo, y les dan tratamientos para hacer, cuando comienzan a sentirse mejor los abandonan.

*María* (39) no advierte ningún problema de salud en el barrio. Nos cuenta que en su familia sus hijas tienen problemas de respiración. La más grande no respira bien, tubo adenoides, y por otro lado tiene un problema intestinal que le impide ir de cuerpo, por lo que se le hacen bolos fecales y esta con tratamiento. Nos cuenta que es un problema que tiene desde que nació pero recién ahora se la está tratando: "lo que pasa es que yo no le daba importancia hasta que se le hacen las bolas, cada cinco, seis días no va de cuerpo ella y si no va le tengo que hacer las enemas... o sea eso para mí es un problema porque yo sufro también...ella es la más grande".

Otra de sus hijas frecuentemente tiene cuadros de gastroenteritis por lo que no sube de peso y está muy flaquita, cuando come mucho le hace mal. *María* piensa que estos problemas podrían evitarse con una buena alimentación y nutrición.

*Gladis* (43) no conoce ningún problema, necesidad o situación en salud en el barrio porque nos comenta que está muy poco con los vecinos porque está ocupada en ella misma y su familia. Supone que una necesidad común puede ser la gente que no tiene una mutual o los medios para ir al hospital.

En relación a la salud familiar *Gladis* nos comenta que su hija mayor nació con fisura de labio por lo que tiene tratamiento permanente en Córdoba. El Centro de Salud la ayuda con los pasajes para su hija pero no consigo para ella.

*María del Carmen* (45) considera que no ha visto ninguna enfermedad grave en el barrio y ninguna que sea frecuente. Respecto a la salud familiar nos comenta que uno de sus hijos tiene problemas de bronquios, de respiración que se pone así cuando cambia el tiempo, el resto de la familia algún que otro resfrío que tratan de prevenir consumiendo vitamina C y frutas.

### **3. Concepciones de salud-enfermedad para las mujeres jóvenes**

Este grupo está conformado por: *Natalia* (23), *Mara* (23), *Silvana* (24), *Iliana* (25), *Marisel* (27), *Marina* (28), *Sonia* (29), *Marcela* (29), *Laura* (29) y *Roxana* (30). A continuación, en virtud de los aportes que estas mujeres brindaron en las entrevistas, trataremos de presentar sus percepciones sobre la salud comunitaria, familiar e institucional.

*Marina* (28) no advierte ningún problema o necesidad en salud en el barrio ya que argumenta que el dispensario esta cerca y cuando se enferma alguien se lo lleva allí. Sin embargo considera que las enfermedades frecuentes en el barrio son los resfríos y dolor en el estómago que periódicamente sufren los chicos.

Acude al centro de salud porque considera que la Dra. del dispensario "no sirve, no es muy buena para atender a los chicos...porque vos le llevas para hacerle el control a las siete de la mañana, eso está mal para mí porque hace mucho frío y vos lo sacas sano al chico de tu casa y vuelve enfermo, a mí me paso y está mal..."

En el Centro de Salud siempre lo atiende la misma doctora y "siempre le pega bien a lo que tiene...". *Marina* nos cuenta que estuvo mal de la muela y que ahí sí fue al dispensario: "porque me gusta la doctora para los dientes del dispensario, atiende bien es simpática y de paso te pone toda la anestesia que necesites..."



*Sonia* (29) considera que no hay problemas de salud en el barrio porque está el dispensario y si le sucede algo a los chicos se los lleva allá. Para ella enfermedades frecuentes pueden ser resfríos o gripe. Nos cuenta que en su caso particular tuvo un tumor uterino y la, y que sus hijas alergias por el cambio del tiempo, pero que gracias a medicamentos que le dan en el dispensario o en el San Lucas se curan.

*Marcela* (29) no conoce casos de enfermedades frecuentes en el barrio y nos cuenta que para ella el dispensario es muy bueno, sus hijas han tenido problemas y allí las han atendido muy bien. Sus cuatro hijas son alérgicas pulmonares, comenzaron con bronquitis y se les hacia una neumonía crónica en menos de una semana, no alcanzaban a medicarlas que ya las tenían que internar. Además tienen bajas defensas. El año anterior una Dra. del dispensario "experimentó" con unos bronco dilatadores y las nenas estuvieron bien y no se resfriaron.

Considera que la causa de estas alergias son las bajas defensas que ellas tienen. Nos cuenta que su marido tiene pólipos hereditarios y ella sólo migraña.

Ella tiene carné blanco y sólo acude al Centro de Salud a retirar los remedios cuando en el dispensario no hay, sino trato de no ir porque no le agrada la atención.

*Laura* (29) no conoce ninguna situación o problema en salud en el barrio, porque nos cuenta que no sale casi nunca de su casa y, por lo tanto no se entera: "lo único los otros días me enteré que una nenita que vive al lado de mi casa nunca fue vacunada ni de chiquita... de nada la vacunaron y creo que ya tiene un año, gracias a Dios no se ha enfermado de nada, pero ni una vacuna ni un control tiene, nada...después de eso no conozco..."

Nos comenta que su nene es alérgico al cambio de clima y tiene las defensas bajas, por lo que todos los años le ponen una vacuna para las defensas que lo protege de enfermedades. Nos cuenta que su hija está siendo tratada porque en la familia hay antecedentes de pólipos renal, y como ella sufre constantemente de dolores en la panza durante 6 meses la tiene que hacer controlar, le da un anti óxido media hora después de comer, y a los 10 años le van a hacer un estudio, "pero si sigue con dolores se lo van a hacer antes, son endoscopia...esas cosas...vamos a ver qué pasa..."

*Natalia* (23) no advierte problemas en el barrio. Nos cuenta que la enfermedad frecuente en su familia es que sus nenes se viven enfermado del pecho, con resfríos, al más chico lo internaron porque le agarro moco, flema y no podía respirar: "me dijeron "no está recibiendo ni una gota de oxígeno", así que ahí no más oxígeno y todo, estuvo tres meses con unos disparos, porque no era alergia era algo que le agarró así, después los otros no, bueno tengo uno que lo tengo que llevar a la fonoaudióloga, pero nada que ver, no es por una enfermedad, es por el aprendizaje, porque le cuesta decir palabras..."

*Marisel* (27) nos dice que no conoce de problemas precisos en salud en el barrio, considera que todos tienen problemas y nos cuenta su problema puntual en salud familiar que es que su nena a la semana de nacer contrajo meningitis, por lo que estuvo internada y quedó con diversas secuelas. Es celiaca y tiene fisurado un intestino. La nena estaba con un cuadro de desnutrición hasta que la Dra. X dio con la enfermedad que tenía y la derivó a Córdoba.

*Roxana* (30) advierte que un problema de salud que afecta al barrio son los resfríos y la gripe, lo relaciona con que en su hogar están todos resfriados, también el asma y la alergia son otras enfermedades presentes y que padecen algunos de sus hijos.

Nos cuenta que un problema en salud que ha tenido uno de sus hijos es una enfermedad que ataca los músculos. En ese momento quien estaba a cargo del niño era la mamá de Roxana, Rita. Luego a otro de sus hijos le agarró Púrpura, en ese entonces su madre cuidaba una Sra. mayor, así que Roxana comenzó a hacerse cargo de esta señora y su mamá Rita se hizo

cargo nuevamente de otra de las enfermedades de sus nietos, lo que significó para Roxana episodios como este, que ella misma nos cuenta: "la Dra. X no quería hablar conmigo y yo le dije a mi mamá "que no va a hablar conmigo si la madre soy yo" y me mamá le dijo ella va estar porque ella es la madre, después al final ella me explicó todo, y después lo llevaron a Córdoba..."

*Silvana* (24) considera que un problema en salud que tiene la gente y los chicos del barrio en general son las alergias y resfríos que ella atribuye al polvo y la tierra, provocado por los caballos y los *studs* que hay en el barrio. Para ella una necesidad que el barrio tiene en salud es que en el dispensario que haya más médicos tanto a la tarde como a la mañana.

*Mara* (23) entiende que un grave problema sanitario del barrio es que hay muchos vecinos que no cuidan a sus hijos como debería ser, uno los puede ver solos en la calle, nadie los cuida. Si bien ella parece considerar que se trata de un problema que afecta a toda la comunidad barrial, luego agrega "pero el problema es de los padres..."

Le preocupa un problema en salud que tiene su hermano en el brazo, por lo que lo trataron primero en Córdoba y ahora en Buenos Aires, y ese no le permite a su hermano trabajar.

*Iliana* (25) considera que un problema sanitario en la comunidad barrial hipódromo son las casas muy precarias que no tienen baño o que el baño es utilizado por varias personas, nos cuenta esta realidad hasta el momento no denunciada en las entrevistas "te están cobrando un alquiler 30 pesos, te puedes dar una idea 30 pesos por mes en donde estás viviendo, este... el baño lo usan mucho y hay muchas casas que están siendo alquiladas y no tienen baño, entonces vos encontrás las botellas de orina en la calle..."

De esta forma se hace presente un nuevo problema de higiene ambiental en el barrio que se advierte en lugares que los vecinos frecuentan constantemente, niños como mujeres "andá acá a la esquina y parate a tomar el colectivo, y vas a sentir el olor a orina que se siente..."

Nos cuenta también que uno de sus hijos tuvo hepatitis y que a ella y su familia frecuentemente le sale un sarpullido del que no pueden saber sobre el origen "...cada tanto, yo no sé si es algo que hay acá en el barrio o que tengo yo o los chicos, nos llenamos de sarpullido... vos vas al médico, yo he ido al Centro de Salud y me dice "hay que esperar dos o tres días para que salgo a flote lo que se está incubando", pero son dos o tres días y ya se te pasa el sarpullido..."

*Iliana* piensa que puede ser por los caballos o *studs* que hay en el barrio pero principalmente le preocupan los insectos, las moscas "el mosquerío que es acá es terrible, moscas infección por todos lados, porque si vos te pone a ver la moscas no es más que un foco infeccioso, vos estás comiendo pan tenés 20 moscas que están arriba del pan y hay momentos del día en que no puedes echar *Raid*, no puedes echar nada para las moscas porque si estás comiendo imaginate..."

Nos cuenta que padece desde los ocho años un problema neurológico llamado disritmia cerebral, en ese entonces los médicos le dijeron que si se medicaba por eso se podía curar pero el tiempo transcurrió llegó a los 25 y la enfermedad sigue igual.

En la actualidad toma la medicación gracias a que se la dan en el Centro de Salud, desde que le dieron el Carné blanco, porque hasta ese momento la comprabas por sus propios medios.

Otras enfermedades que ella considera frecuentes en su familia y en el barrio son el asma y la alergia. Frente a estos problemas ella re curre muy poco al dispensario, ya que cuando sus hijos han estado mal ha sido de noche y como el dispensario está cerrado porque no hay guardia recurre al Centro de Salud, nos cuenta "eso es lo que yo veo mal porque el dispensario tendría que tener una guardia permanente, si total si no tienen nada que hacer va a



ver un timbre, si la gente va y toca timbre y si no tocan timbre es porque no pasa nada...yo te digo muchas veces me he tenido que ir con el César hasta el Centro de Salud caminando o pedir un remis fiado, porque te juro no he tenido plata...

Para Iliana es necesaria más atención sanitaria en el barrio hipódromo porque allí realmente acecha una cuestión de suciedad ambiental que amenaza la salud de los vecinos día a día, Iliana nos comenta "...yo no sé si se me va la mano en decir esto, pero me parece que la gente ya de ignorante pasa a vaga, porque uno puede ser pobre, puede ser ignorante pero eso no te saca ser limpio y lamentablemente acá, sin ir más lejos, acá a dos cuadras había una mujer que tenía en un patiecito de cemento de cinco por cinco, chanco conejos, gallinas, todo, llovía o baldeaban salía toda la mugre a la calle, no se podía salir a la puerta porque el olor te mandaba adentro, y eso más cuando queda en la calle, en tiempo de verano se pudre todo, todo oloroso, un asco, también el tema de la orina en las botellas, yo entiendo que no tengan donde orinar, pero de ahí a tirarlas a la calle donde saben que cualquier chico las va a ir a agarrar, hay una diferencia abismal, porque vos podés hacer lo mismo pero pensás bueno si tengo que hacer esto lo entierro, sin necesidad que este tirado en la calle, preservativos, jeringas, encontrás por todos lados..."

Para ella la cuestión estaría en pensar un poco más en el otro, y en la fundamental atención de profesionales de la salud del dispensario para que efectúen frecuentemente visitas a esos vecinos, que por no saber cómo manejarse por desconocimiento, generan focos infecciosos perjudiciales para ellos mismos y el resto de los vecinos, como nos dice Iliana "a ver si...van haciendo las cosas mejor, cosa de ver de sacarlos de esa inmundicia donde están viviendo, entendés, si no tienen un baño, hacerles un baño, pero igual hacerles la visita a ver si están teniendo higiene, porque ellos viven mal y a ellos les gusta vivir mal, o no les gusta y viven a la fuerza mal, pero nosotros los vecinos no tenemos porque vivir mal a causa de ellos... y no podés salir afuera a causa de ellos, mira yo te digo los que vivimos en este barrio, la mayoría somos todos pobres pero eso no nos da lugar a que vivamos peor de lo que vivimos..."

**ANEXO VI****CRONOGRAMA DE REUNIONES DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

<b>Nº de Reunión</b>	<b>Fecha del año 2006</b>	<b>Hora</b>
1º Reunión	Martes 14 de Marzo	18.00 hrs.
2º Reunión	Martes 21 de marzo	17.30 hrs
3º Reunión	Martes 18 de Abril	17.00 hrs.
4º Reunión	Martes 30 de mayo	17.00 hrs.
5º Reunión	Martes 6 de junio	17.00 hrs.
6º Reunión	Martes 27 de junio	19.30 hrs.
7º Reunión	Martes 4 de julio	19.00 hrs.
8º Reunión	Martes 25 de julio	19.00 hrs.
9º Reunión	Martes 1 de agosto	17.00 hrs.
10º Reunión	Martes 8 de agosto	17.00 hrs.
11º Reunión	Martes 15 de agosto	18.00 hrs.
12º Reunión	Martes 5 de septiembre	18.00 hrs.
13º Reunión	Miércoles 20 de septiembre	18.00 hrs.
14º Reunión	Martes 14 de noviembre	18.00 hrs.
15º Reunión	Martes 28 de noviembre	19.30 hrs.

**ANEXO VII**  
**REUNIONES DE EQUIPO DE SALUD**

***Listado del equipo de trabajo e investigación. Área de Educación en salud***

<b>Nombre y Apellido</b>	<b>Edad</b>	<b>Carrera- Trabajo</b>
María Paula Juárez	25 años	Lic. en Psicopedagogía
Anabel Verhaeghe	24 años	Lic. en Psicopedagogía
Ramiro Ramírez	24 años	Estudiante avanzado de medicina Veterinaria. Empleado frigorífico
Gabriela Alcoba	21 años	Empleada EMOS
Soledad Maluzán	24 años	Estudiante avanzada del Profesorado en Educación Especial
Adrian Avalos	32 años	Empleado comedor UNRC

**1º REUNIÓN CON EL ÁREA EDUCACIÓN CTA**

**Encuentro: miércoles 8 de marzo de 2006, 20 hrs.**

En esta oportunidad algunos de los jóvenes participantes de la propuesta del “Banquito Popular” me invitaron a participar de la primera reunión del año del Área Educación, ya que, conociendo algunas ideas de mi proyecto, pensaron que lo podría comentar allí a los presentes con la finalidad de organizar un Área de Educación en Salud y de esta manera trabajar desde mi proyecto de trabajo educativo en salud comunitaria desde Freire.

Con un halo de nerviosismo asistí a la reunión ya que en ella debía explicar mi propuesta de trabajo lo más sencilla y claramente posible, para que paralelamente, le interesara a algunos de los jóvenes y se transformaran en trabajadores-investigadores del proyecto.

Anabel me paso a buscar y llegamos puntualmente, los miembros del grupo fueron llegando uno a uno hasta que se dispuso comenzar la reunión.

El Área de educación de dicha agrupación desempeña actividades en el barrio Hipódromo vinculadas a la alfabetización y al apoyo escolar para niños. Tras una asamblea mantenida en el mes de febrero los jóvenes manifestaron la necesidad de crear una sub-área de educación en salud debido a las necesidades manifiestas en la comunidad. Debido a que en el mes de marzo yo inicio mis observaciones de campo y les comento la finalidad de mi trabajo allí, los jóvenes se interesan y me proponen participar, ya que, en ellos estaba el interés de trabajar en prevención sanitaria pero no sabían cómo hacerlo y no tenían elaborado un proyecto.

Inicialmente me sentí muy orgullosa por su invitación y vi en ella la posibilidad de realización concreta de mi propuesta, ya que, contaría con un grupo humano y de investigación conocedor del barrio y de sus pobladores lo que facilitaría la tarea, y de esta manera comenzábamos a retroalimentarnos, ya que, yo compartía con ellos el proyecto para crear una sub-área de actividades desde la agrupación CTA, al tiempo que ellos se constituían en miembros del equipo de investigación.

De esta manera al comenzar la reunión Anabel propuso que antes de debatir los temas previstos desde las áreas de alfabetización y apoyo escolar yo presentara mi propuesta, los chicos aceptaron y comencé la oratoria de mis intenciones. Les comente principalmente que se trataba de un proyecto de investigación aprobado, basado en una determinada línea teórica -freireana- que ya se había iniciado en su instancia teórica y que me encontraba en la instancia del trabajo de campo, que gracias a Anabel había decidido realizarla en el Barrio Hipódromo y que había sido muy oportuna su propuesta de participarme a esta reunión y de escuchar mis intenciones con la finalidad última de adherir y ser ellos partes del grupo investigador.

Todos parecían conocer o tener alguna idea de quién era Paulo Freire, y manifestaron comulgar con su pensamiento e ideología. Les explique que eran dos las categorías recreadas -investigación temática en salud y educación problematizadora en salud- y que la propuesta consistía básicamente en tomarnos varios meses para conocer la comunidad con que pretendemos trabajar, manteniendo conversaciones informales, realizando entrevistas, o tomando cuestionarios para recabar información de necesidades y problemáticas en salud para luego, en función de ello estar elaborando un programa educativo en salud nacido de los propios intereses del barrio.

Argumenté que no se puede trabajar en prevención desde una perspectiva crítica si se impone arbitrariamente el tema o enfermedad que se pretende evitar, no podemos juzgarnos sabios al decidir sobre lo que a un grupo de personas afecta su calidad de vida o enferma, debemos partir de escuchar sus propias voces y desde ahí estar planteando la acción promotora en salud. Los jóvenes asentían con la cabeza y se manifestaban muy interesados.

Les solicité que formularan las preguntas que se les venían a la cabeza y algunas de las más representativas fueron: ¿si no somos profesionales podemos trabajar? y ¿si no somos profesionales de ninguna carrera de salud podemos trabajar igual? A lo que respondí explicando que no hace falta ser médico para darnos cuenta de las necesidades vitales de un barrio, creo que como profesionales o trabajadores del área social estamos dispuestos a hacerlo y con la práctica continua nuestras herramientas se irán consolidando. Les manifesté que soy consciente de que se trata de un proyecto que puede considerarse un tanto "ambicioso" pero que entre ellos que conocen el barrio y que están dispuestos a trabajar, y yo que tengo algunas ideas podríamos armar un buen equipo.

Finalizada mi "exposición", algunos de los chicos propusieron hacer una lista con los que estaban dispuestos a ser miembros del área "educación en salud" y llevar adelante el trabajo propuesto, de esta manera se fueron anotando cerca de diez jóvenes.

Personalmente yo me encontraba feliz porque sentía que mis palabras habían resonado tanto en su cabeza como en su corazón y el interés con que se anotaban me daba la razón.

De esta manera con los jóvenes "miembros del área educación en salud" pactamos una reunión para el día martes a las 18 Hrs. donde comenzaríamos a trabajar y planear nuestro accionar socio sanitario.

Estoy muy conforme con esta reunión inicial, espero que a la próxima acudan todos los anotados y que armoniosamente sigamos teniendo encuentros y acuerdos.

## **1º REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

**Encuentro: martes 14 de marzo de 2006, 18hrs.**

Desde la última reunión no he dejado de pensar en este nuevo encuentro del propio equipo en salud constituido. He sentido mucha ansiedad, pero con la finalidad de aplacarla mantuve charlas con mi directora de investigación y comencé a pensar en las actividades propuestas para esta primera reunión.

Con mi Directora, Ana mantuvimos una charla en la que le comenté sobre la propuesta de los Jóvenes de la CTA a cerca de la posibilidad de crear el área de educación en salud desde mi proyecto de trabajo freireano, en la que ellos participarían como equipo de investigación. Ana se alegró muchísimo y me expresó su satisfacción, sentí su aprobación y eso me da seguridad para seguir adelante en esta actividad, me dijo que allí verdaderamente se encontraría la semilla de mi trabajo ya que, con el tiempo, quizás, la forma de trabajar en salud perdurará en la agrupación y allí está el germen para el cambio y la transformación. Sus palabras me impulsaron y entusiasmaron de manera que comencé a pensar en este nuevo encuentro.

Para ello consideré principal presentar correctamente a Paulo Freire, para lo que elaboré un "textito" con las características centrales del pensamiento del autor y su trayectoria profesional, también preparé un resumen del proyecto que incluía principalmente el problema de campo, los objetivos, metodología y plan de actividades. Me interesaba en la reunión abocarme al plan de trabajo ya que está estipulado un cronograma en el que se pautan tiempo y actividades que sería interesante seguir para realizar un trabajo organizado. Por otro lado también pensé que en esta reunión podríamos estar pensando en algunas cuestiones, o preguntas para formular en una entrevista inicial con la población.

De esta manera busque en Internet algunos cuestionarios en salud comunitaria que me orientaran en la actividad de formular preguntas, pero preferí esperar para ver que surgía de la reunión.

El martes a las 18 Hrs. llego a la sede de la CTA en nuestra ciudad donde sería la reunión y aun nadie se encontraba allí, por lo que esperé en la vereda y tras 20 minutos llegó Anabel y Ramiro, quien traía las llaves para ingresar al lugar.

Los chicos me comentaron que se caracterizan por ser un poco impuntuales y que cuando se establece un horario hay un margen de casi media hora de espera para iniciar las reuniones. Debido a que yo soy una persona muy respetuosa de los horarios y puntual al extremo esta será una de las cuestiones con que tendré que convivir para la realización de la propuesta, solo debo conservar la paciencia.



Luego llego Gabriela y más tarde Soledad y Aldana. De esta manera a las 19 hrs. iniciamos el encuentro.

Ramiro se mostró muy interesado y preocupado por la temática por lo que comenzó a buscar información y llevó un listado con algunas cuestiones que se podrían trabajar en la comunidad como el tema de la alimentación, la nutrición, la higiene de alimentos, de la comunidad, la vivienda y personal, el tema de los animales, los insectos y la basura, entre otros.

Su actitud era realmente interesada, me alegró mucho su preocupación, todos los presentes coincidimos en que era una problemática muy visible en el barrio Hipódromo y que era necesario considerar y abordar pero ¿COMO?

Ramiro y Gabriela coincidían en que se trataba de una necesidad inmediata y que no podíamos esperar a hacer toda una investigación y entrevistas con la gente para abordarla, las moscas invaden los lugares donde hay comida y donde se prepara leche, como en el centro comunitario, y hay que trabajar urgente. Yo opino que tenían toda la razón pero que esa era su percepción del problema, teníamos que acercarnos a la percepción que la gente de la comunidad tiene del mismo, quizá les interese, quizá no. Ramiro apeló a que la gente no se interesa porque no sabe, no conoce que las moscas y los insectos transmiten enfermedades, a lo que el resto del grupo agregó que habría que buscar la forma de llegar de algún modo a ciertas cuestiones de higiene fundamental para que surjan del mismo barrio.

También se plantearon temas como la vacunación de los niños, la prevención de enfermedades transmitida por alimentos, la planificación familiar, la educación sexual y el papel del dispensario.

Surgieron temas como las adicciones, alcoholismo y la violencia, lo que provocó un debate en el grupo ya que algunos pensaban que no eran temas "puramente de salud" y que no era fácil que surjan de las personas, otros, con Anabel a la cabeza, les proponían pensar que sí se trataban de temas en salud pero vinculados principalmente a la salud mental de la comunidad. Así nos introdujimos en un tema árido ya que se discutió si incluir o no esta cuestión. Ramiro se manifestó dudoso de esto de la salud mental, "yo no soy profesional de la salud pero creo que no tenemos que incluir esto, nos metemos en un área que nos aleja de otras necesidades inmediatas", Anabel como buena defensora de la salud mental por sus trabajos realizados en investigación de "prosocialidad de las emociones" le explicó que la salud mental es tan o más importante que la salud física de las personas y que incluye el plano de lo psicológico o mental, cuando una persona se aferra a las adicciones como el alcohol o las drogas seguramente está atravesando problemas internos que de otra forma no puede enfrentar, lo mismo pasa con la violencia.

Gabriela comentó que en muchas charlas con los vecinos ha surgido el tema de la violencia y la inseguridad, también cuando los vecinos se han referido al bar que hay en el barrio dicen que hay borrachos, y que el tema de las drogas y el tabaco están cada vez más presentes en los jóvenes y niños.

El resto del grupo asentía, y entre todos acordamos que se debía considerar como problemática de la salud, pero ¿Cómo incluirlo a manera de pregunta en una entrevista?, ¿Cómo estimular a las personas del barrio para que surja de ellos mismos de manera manifiesta la preocupación que sabíamos, estaba latente? Anabel propuso formularlo a manera de pregunta desde un plano más social que sanitario, Soledad y Aldana acordaron, Ramiro y Gabriela pensaban. Entre todos convenimos algunas preguntas generales del tipo ¿Que problemas sociales advierten el barrio?, ¿es tranquilo?, ¿hay seguridad?

A partir de este ejercicio comenzamos a hacer lo mismo con cada tema propuesto, intentamos formular algunas preguntas vinculadas a esas problemáticas para la posible entrevista.

Reflexionando, considero que la primera reunión del área salud transcurrió en un clima ameno de debate, cambio de opiniones, confrontación y encuentro, todos nos reconocimos como iguales en un mismo equipo de trabajo con una finalidad común: trabajar en salud con la comunidad Hipódromo.

Antes de concluir el encuentro acordamos otra reunión para el martes 21 de marzo a las 5.30 Hrs. en la que afinaríamos la posible entrevista, nos organizaríamos en subgrupos de dos y nos distribuiríamos las áreas de trabajo.

En esta reunión me encontré en una posición de posible coordinadora y moderadora del equipo de trabajo, los mismos chicos me pusieron en este lugar al considerarme promotora de la propuesta, como tal les solicite que, para el próximo encuentro leyeran el proyecto y quien es Freire para venir con dudas, preguntas y que siguieran pensando estas cuestiones discutidas, buscaran información y todo aquello que considerasen utilizable en nuestro trabajo.

El encuentro resultó muy satisfactorio y comprometido para mi, por ello voy a aceptar con responsabilidad la tarea que se presenta y a desempeñarme de la mejor manera posible.

## **2º REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

### **Encuentro: Martes 21 de marzo, 17.30 Hrs**

En tal oportunidad me dirigí al salón de la CTA para mantener la reunión prevista con los miembros del equipo en salud. Allí nos encontramos Anabel, Soledad, Ramiro, Adrián y yo. Previamente Aldana nos comunicó que ya no podría participar del área por tener muchos compromisos, y Gabriela faltó con previo aviso pero seguiría participando del grupo.

Estas fluctuaciones en el equipo me preocupan un poco, en el sentido de la continuidad del trabajo. Hay que reconocer que los jóvenes de la agrupación están en muchas actividades paralelas y que no pueden cumplir con todos sus compromisos, por lo que pienso que deberíamos tocar el tema de la metodología y periodicidad del trabajo.

Iniciamos el encuentro comentando a Adrián lo realizado la semana anterior, para lo que Ramiro explicó un poco de que se trata la propuesta, y los ejes centrales que surgieron en salud vinculados al barrio y sobre los cuales intentamos interrogarnos para realizar preguntas para la posible entrevista a los pobladores.

Es importante desglosar aquí que las preguntas elaboradas en ese encuentro para la posible entrevista fueron leídas y revisadas por la Directora del proyecto Ana Vogliotti, quien nos hizo algunas sugerencias, especialmente vinculadas al lenguaje y léxico utilizado, apuntando a la elaboración de interrogantes simples y concretos. Con la entrevista revisada se leyó a todo el grupo como había quedado, acordando las correcciones y haciendo algunas nuevas a nuestro criterio.

Respecto de la periodicidad del trabajo y la metodología, con la finalidad de aprovechar los tiempos del equipo de trabajo convenimos realizar las entrevistas y el relevamiento de datos en cuatro etapas elegidas intencionalmente en función de las actividades planificadas por la CTA.

De esta manera se estipuló:

1º. Relevamiento: Realización de entrevistas y cuestionarios a los miembros de los grupos participantes del proyecto "Banquito Popular de la buena fe".

2º. Relevamiento: Realización de entrevistas y cuestionarios a las madres de los niños que asisten a apoyo escolar.

3°. Relevamiento: Realización de entrevistas y cuestionarios a los pobladores de la comunidad barrial que asisten al Centro Comunitario por la "Copa de Leche".

4°. Relevamiento: Realización de entrevistas y cuestionarios a los pobladores de la comunidad barrial que asisten a los encuentros de feria y venta de ropa llamada "roperito".

A partir de este esquema para obtener información, se estableció trabajar a la par de estas actividades intercalando con conversaciones informales o entrevistas a vecinos y hogares seleccionados intencionalmente, considerando que sean vecinos con que no se ha dialogado en situaciones anteriores y las condiciones aparentes de carencia y pobreza de sus viviendas.

Luego discutimos en torno a cómo se va a trabajar en salud y cuál es la finalidad, Adrián argumentó que las políticas actuales en salud son neoliberales y que sucede lo mismo que en educación, la salud ya no es un derecho de todos y se convierte en una cuestión de mercado, la salud es un monopolio, donde la gente del barrio no puede acceder, y frente a esto tenemos dos opciones o caminos empezar desde nuestra propuesta: realizar actividades concretas vinculadas a la cuestión de la higiene sanitaria del Centro comunitario y, paralelamente realizar la indagación de las problemáticas para saber qué le interesa a la población.

Todos acordamos y aquí Ramiro (inquietado por las urgencias sanitarias) pareció encontrar un aliado. Convenimos que el razonamiento de los chicos es válido ya que, en una conversación informal con la gente del Centro, con "Mami Rita", sus hijas y las empleadas municipales que trabajan en la copa de leche allí se podría estar problematizando la situación actual de higiene del lugar, tomando conciencia de la misma y provocando una transformación.

Adrián, como empleado del comedor de la UNRC comentó la importancia del asesoramiento de una nutricionista en su trabajo, ya que la manipulación de alimentos requiere de un cuidado decisivo ya que las bacterias que azotan son innumerables, por lo que sugirió que quizá el podía contactar esta profesional para que mantuviera una entrevista con la gente del Centro.

A todos nos pareció muy buena idea, pero previamente es fundamental mantener encuentros con la gente, y de esta manera advertir su percepción de la situación para poder, sugerir, en caso de que manifestasen interés un encuentro con la nutricionista.

Posteriormente acordamos que Rita sería nuestra informante clave, aunque a los chicos les causó mucha gracia esa denominación "tan formal".

La reunión finalizó en que nos encontraríamos el martes 28 de marzo a las 16 hrs. en el Centro para mantener una reunión con Rita.

Tengo la impresión de que los jóvenes miembros del equipo del área salud apuntan a acciones concretas, esto reorienta mi investigación tratando de realizar dos actividades conjuntas, ir extrayendo información de la población al tiempo que trabajar para la toma de conciencia en higiene sanitaria del Centro.

Esto es factible y coherente con nuestro trabajo, ya que, si nuestro accionar como grupo de investigación en salud se orienta desde el lugar el "Centro Comunitario Mami Rita" es importante iniciarlo desde ahí mismo, ya que es el centro, el corazón de la zona comunitaria.

Personalmente, encuentro tras encuentro me voy sintiendo más cómoda y comprometida con el trabajo emprendido, los chicos me provocan entusiasmo y me desafían, cuestionan mis planteos y solicitan mis argumentaciones, de esta manera, colaborativamente reorientamos y recreamos una propuesta teórica freireana que demanda este trabajo de campo.

### 3º REUNIÓN EQUIPO DE SALUD

**Encuentro: martes 18 de abril, 17.00 hrs.**

Tras los encuentros pasados en el barrio planeamos con los miembros del grupo de investigación una reunión entre nosotros para organizarnos y conversar sobre las entrevistas realizadas a los vecinos.

Mi propósito era comentarles a los compañeros que no habían asistido a tales encuentros como nos había ido cuales eran nuestras impresiones con Ramiro, quien había realizado las entrevistas conmigo, etc.

Tratando de recapitular lo sucedido la semana enterar comencé:

Paula: nos fue re bien, en realidad Rita se había olvidado de la reunión prevista con la gente de la copa de leche, y como el resto del equipo de investigación no pudo ir tampoco con Ramiro decidimos entrevistar a una vecina que justo se encontraba visitando a Rita. Tota, que estaba consultando por el banquito...

Adrián: ¿y como hicieron?

P: comenzamos a escuchar lo que estaban hablando con Rita y de a poco comenzamos a participar en la conversación, los dos ya habíamos acordado hacerle la entrevista a Tota, aprovechando que se encontraba ahí...y nos fue bien porque estaba re dispuesta, es una vecina que hace como treinta años que vive en el barrio y nos contó como lo veía, ella advierte explícitamente a nivel comunitario el problema de las "moscas", dice que es insoportable, que no van a fumigar...

Anabel: ¿dice que hay moscas por la basura?

P: no ellas dicen que es porque está cerca el Hipódromo y porque hay muchos *stunts*, Rita también dice que es por eso. Por otro lado algo que me parece destacable es que, ella trabaja haciendo comida para vender, y el marido tiene huerta, y es reconocida por el INTA....

Adrián: ah, es un ente agrónomo,

P: sí, a la Rita le re interesó lo de tener una quintita pero dice que ella no la puede mantener... trabajando por sus medios...Me parece que sería bueno promover lo de las huertas como una forma saludable de nutrición, es una idea. Las dos piensan que el barío ha tenido distintas épocas, que ahora está más o menos tranquilo, aunque han asaltado a un remisero,

Anabel: ¿es esposo es el que tenía chagas?

P: claro, dicen que ahora no se ven casos de chagas pero que antes sí, como venían del campo, y allá se habían enfermado...me contó que tenía carnet blanco y como también tenía pensión del marido se lo quitaron...

Adrián: ¿por qué? ¿Es supuestamente para la gente que no tiene ninguna entrada de dinero?

P: claro, en realidad como no sabemos con qué criterios se otorga y que beneficios les da a los vecinos tendríamos que ir a consultarlo al Centro de Salud, hacerle una entrevista a alguien encargado. Bueno respecto de las reuniones anteriores habíamos dicho que haríamos un relevamiento en el banquito, con las madres de apoyo escolar, con la copa de leche y en el roperito,

Adrián: ¿y cómo el relevamiento?

P: y... les hacemos esta misma entrevista a los vecinos...



Anabel: yo por ejemplo lo que voy a hacer en el Banquito, como son cinco mujeres en cada encuentro que tenga le hago una a cada una, en un encuentro a una, en un encuentro a otra...y así....

P: sí, es una buena forma de aprovechar a la gente que se tiene participando en otras actividades... por otro lado tu grupo es muy importante Adri, porque vos trabajas con todos hombres...

Adrián: ¿qué significa eso?

P: que es una forma de incorporar la visión y percepción del barrio desde los hombres, ya que, nosotras a las horas que vamos al barrio y con los grupos que estamos trabajando son todas mujeres... esta bueno para después poder comparar que piensan los hombres, que piensan las mujeres, si perciben el problema sanitario de igual manera, estaría bueno que vos también les hagas las entrevistas a tu grupo

Adrián: mira pensativo...

P: si que res yo voy con vos...

Adrián: bueno, tengo que consultar si la gente quiere...

P: obviamente, esto se hace con el consentimiento de la gente...

Adrián: si tendrías que ir vos porque yo para hacer entrevistas...

P: ¿Qué? Si lo haces muy bien la primera que le hicimos a Rita te mostraste re suelto y relajado...

Adrián: pero no tengo esa veta periodística...

Anabel: ¡pero si es igual a como entrevistaste a la mami Rita!

P: si ese día lo hiciste tan bien que yo y Ramiro casi ni hablamos, estábamos tan cómodos con vos en el rol de entrevistador que nos quedamos mudos...la semana pasada que vos no estuviste con Ramiro nos soltamos mucho más, hablamos más...

Adrián: si quedó re contento el Rami, yo estuve con él...

P: salimos contentos los dos....

Adrián: entonces ¿cómo sería la cosa?

Anabel: primero hacemos la entrevista con la gente del banquito, después a las madres de apoyo escolar...pero tendríamos que ir a las casas porque no van mucho al centro...

P: bueno mejor así vemos la realidad en que viven...además les explicamos que nos dirigimos a ellas porque son las madres de los chicos de apoyo escolar...

Anabel: bien...

P: después en la copa de leche, lo que pasa que hay que estar a la hora que se da la copa, va gente a buscar la leche y se re presta para la entrevista...y después el roperito...

Adrián: bueno, yo estuve hoy hablando con la nutricionista, ella aceptó, quiere primero conocer el barrio, pero dispone solo de un horario a partir d las ocho y el sábado...

Anabel: yo creo que es mejor el sábado, pero como, ¿quiere conocer bien el barrio y después hablar a la gente de la copa de leche?...

Adrián: si el barrio y el lugar, yo creo a que antes ella se tendría que juntar con nosotros para ver como es el trabajo que venimos haciendo....

Anabel: pero concretamente ¿para qué va a ir la nutricionista?

Adrián: para dar una charla tipo taller, de higiene en los alimentos...

Anabel: ¿pero nada más a la gente de la copa de leche o lo extenderíamos?

Adrián: y eso lo tendríamos que ver y hablarlo con ella...

P: si está bien. Sería bueno ir informándole a la gente antes de que la nutricionista vaya para que piensen preguntas...

Adrián: sí, es importante primero que estén las dueñas de la casa, la Rita y las hijas, después la gente que prepara la copa, los vecinos que la van a buscar y los encargados desde la organización...

P: es importante tener en cuenta lo que nos dijo Rita "yo no quiero que me vengan a decir que es lo que tengo que comer cada día por qué no lo tengo"

Adrián: por supuesto, tener en cuenta que va a ir un agente externo a decirles como van a trabajar...

P: yo hubiera esperado más tiempo...

Adrián: sí, pero si es para de acá en tres semanas...

P: bueno, mejor podríamos hacerle las preguntas a la gente que trabaja en la copa de leche...

Adrián: sí es una actividad que se propone, no la vamos a imponer... es una necesidad que hay, no siempre todos los vecinos van a estar de acuerdo...

P: lo que pasa es que, yo creo, que para que de sus frutos les tiene que interesar la presencia de la nutricionista...

Adrián: claro, por eso les vamos a explicar antes el propósito del área en salud, y después es importante tener en cuenta la difusión...

Anabel: claro es eso en lo que estaba pensando...

Adrián: porque si hacemos toda esta movida para que vayan dos o tres personas no tiene sentido, transmitirlo con la gente del banquito, los vecinos allegados...

Anabel: podría ser después del "roperito" así lo difundimos más ahí.

Paula: ¿para cuándo está previsto el roperito?

Anabel: para mediados de mayo...pero sino también se podría difundir en las Jornadas que va a haber en el barrio para el 1º de mayo... (Jornada de trabajo y recreación en el barrio conmemorando el día del trabajador) ¡Ahí está!

Adrián: como quieren hacer con la difusión ¿volantes, de boca en boca?

Anabel: yo el 1º de mayo estaría invitando a la gente a la reunión con la nutricionista, pero antes tener una reunión nosotros con la nutricionista...

Adrián: sí, la semana que viene, podemos ir directamente a tener una entrevista con ella al Hospital...

P: si sería bueno además estar en el contexto público en el que se atienden los vecinos y verlo por nuestros propios ojos...

Anabel: ¿cómo se llama la nutricionista?

Adrián: licenciada Cañas...

Anabel: bueno, concreto, yo ya empiezo la semana que viene con el banquito

P: si, si ¿quiénes serian las posibles entrevistadas?

Anabel: Marina, Sonia, Lorena, Mara y María casi todas de 28 años aprox.

Adrián: bueno yo voy a ver y hablarlo con mi grupo... igual yo tengo un protocolo de entrevista... entonces para cerrar defino el día de la entrevista con la nutricionista y les aviso vamos al hospital y listo esta todas las tardes ahí... en la entrevista trataríamos de trasladarle lo queremos plantear la gente a nosotros...

P: podría ser el día martes la reunión, fijate porque es el horario que disponemos para el barrio...

#### *Acciones próximas a realizar:*

- Semana del 24 al 28 de abril: entrevista con la nutricionista
- Semanas de abril y mayo: entrevistas de cada uno con los miembros de los banquitos populares
- Organizar en reuniones de equipo de investigación en salud las entrevista para dispensario del barrio y Centro de salud

#### **4º REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

**Encuentro: martes 30 de mayo, 17.00 hrs.**

Nuevamente se reunió en equipo, Adrián, Ramiro, Soledad, Gabriela y Paula, solo faltó Anabel. Conversamos y discutimos sobre lo realizado, cuestiones pendientes y cuestiones por realizar.

Inicialmente se discutió el tema del trabajo de equipo de investigación bastante cerrado e independiente del resto de las comisiones que trabajan en la agrupación Juventud CTA. Los chicos de la agrupación reclamaban más articulación con el resto de las áreas y que transmitamos más claramente el proyecto en los plenarios y encuentros de la agrupación. Todos coincidimos que eso sería lo más conveniente, junto con el trabajo de campo y las reuniones de equipo de investigación.

Se planteo que más allá de las entrevistas realizadas se comiencen a organizar los talleres en primeros encuentros con los grupos de miembros de la comunidad.

Se consideró un primer taller con la nutricionista, ya que ya la profesional ya ha sido entrevistada por algunos de nosotros y ya ha conocido el barrio, el centro comunitario y a Rita, siendo muy bueno el encuentro entre ambas habíamos quedado en organizar el taller. Con el equipo convenimos en organizar dicho taller destinado a la gente que prepara la copa de leche, a Rita y a su familia que viven allí, a todos nosotros como equipo de investigación y a aquellos vecinos interesados en la temática.

Discutimos el horario ya que la nutricionista solo dispone de los días sábados, planteamos a la mañana pero rápidamente nos dimos cuenta que por la mañana los vecinos son más reacios a las actividades manifestando preferencia por la tarde a las 15 hrs.

La idea era organizar una primera parte más técnica o teórica, si se quiere, donde la profesional realice algunos señalamientos sobre problemáticas planteadas por la propio

comunidad, y una segunda parte en la que se pueda llevar a cabo un taller más informal sobre lo tratado previamente. Pensamos en trabajar con láminas, carteles y material descartable.

Así acordamos el sábado 10 de junio a las 15 hrs., faltando aun la confirmación de la nutricionista. Adrián se encargaría de contactarla y Gabriela a través del roperito que se realizaría el sábado 3 de junio en el Centro Comunitario.

Luego discutimos los temas sobre los que versaría la charla, a partir de la información manifiesta a través de las entrevistas y conversaciones informales con los vecinos como, higiene de los alimentos, cuidado y prevención de enfermedades vinculadas a la alimentación como evitar colitis, entre otras apuntando a un trabajo fuerte de prevención primaria desde la educación.

Luego planteamos la necesidad de estar definiendo alguna entrevista y poder concertarla con representantes del Dispensario del barrio y del Centro de salud para obtener datos a nivel institucional, estadístico, y cualquiera que sea provechoso.

Intercambiamos experiencias de lo surgido en las entrevistas como el hecho de que muchas de ellas parecen muy estructuradas o cuasi cuestionarios ya que hay personas que solo responden si-no, otros en cambio se explayan y aprovechan a contar cuestiones que resultan, por quienes lo cuentan, muy emotivas y conmovedoras como recordar serias enfermedades familiares, muertes o nacimientos, contar como se vive con tal cual enfermedad, cuestiones que como grupo nos impactan y desafían a comprometernos.

Advertimos todos muchas coincidencias en las respuestas y demandas de los vecinos y eso de a poco va estableciendo nuestras áreas temáticas de interés para trabajar en educación para la salud.

Antes de finalizar acordamos que todas las reuniones en salud serán los martes a las 17 hrs. cada 15 días. Acordamos con Ramiro y Soledad ir a hacer entrevistas a las clases de alfabetización el día miércoles siguiente.

Adrián y Anabel se encargarían de entrevistar el día sábado al grupo de hombres del banquito popular en el que están trabajando.

Para cerrar quedamos que la próxima reunión sería el martes 6 de junio a las 17 horas y allí definiríamos el encuentro-taller con la nutricionista para el sábado 10 de junio.

## **5º REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

**Encuentro: martes 6 de junio, 17.00 hrs.**

En esta oportunidad nos encontramos presentes sólo Anabel, Gabriela y yo (Paula).

De acuerdo a lo previsto la semana anterior en este encuentro organizaríamos la charla- taller que daría la nutricionista Rosa Cañas en el Centro Comunitario. Adrián, era quien había contactado a la profesional, la que le había explicado no podía estar presente en la fecha prevista para el 10 de junio y a la brevedad nos informaría cuando estaría dispuesta.

Debido a este inconveniente, la orientación de la reunión giró hacia otros temas.

Tratamos de organizar las próximas entrevistas a realizar en el transcurso del mes de junio, para ya en julio iniciar el diagnóstico de la situación sanitaria junto con el estudio del nivel de percepción de la problemática en salud que atraviesa la comunidad.

Anabel se encargaría de la gente que faltaba del Banquito Popular, principalmente, lo que nos interesa es el grupo de hombres, estas se realizaría junto a Adrián ya que el coordina este



grupo. Estas entrevistas son de gran interés para nosotros porque ofrecerán datos, una visión y percepción diferente de la situación sanitaria en el contexto local actual de la ofrecida hasta el momento por las mujeres.

Junto a soledad y Ramiro yo me encargaría de la gente de alfabetización que estaba faltando, y Gabriela aprovecharía su rol de organizadora de la Feria de "Roperito" que sería posiblemente los primeros días de julio para entrevistas a otras mujeres más que van en búsqueda de ropa para sus hijos.

Otro de los temas que surgió era la posibilidad de transmitir la experiencia en dos instancias académicas y de formación:

- Uno sería un encuentro con alumnas de la asignatura Psicología Social del tercer año de la carrera Lic. En psicopedagogía y Educación Especial en que trabajamos Anabel y yo, una vez que ambas desarrollaríamos el tema Psicología comunitaria, alguno de los jóvenes de la Agrupación se acercaría al grupo de alumnas para comentar lo trabajo y la experiencia en salud que se está llevando a cabo, la fecha que establecimos para lo propuesto sería el día martes 13 de junio a las 13 hrs.

- Otra instancia sería la presentación de la experiencia en el II seminario de formación profesional "Proyectos educativos en acción para la inclusión ciudadana" que se realizaría el 22 y 23 de junio de 2006.

Debido a que el encuentro con la profesional para la charla se ve extendido en el tiempo, dejamos establecido que los temas a tratar en la reunión siguiente serían la posible realización de una entrevista general para realizar al Director o encargado del Centro De Salud Municipal, indagando sobre cuestiones generales vinculadas a la salud local, la organización sanitaria desde el Municipio y otras cuestiones que surgirán en la próxima reunión.

Acordadas estas cuestiones dimos por finalizada el encuentro, quedando en contacto para establecer una nueva reunión, la que se modificaría en día y hora, ya que los martes a las 17 se complicaba para muchos compañeros que querían participar.

## **6º REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

**Encuentro: martes 27 de junio, 19. 30 hrs.**

En dicha reunión a la que acudimos casi todo el equipo de salud acordamos pensar con los recursos humanos con los que contamos, a través de nuestros contactos personales y laborales, para realizar los próximos talleres en salud para el nuevo semestre que comienza del año.

Todos fuimos mencionando aquellos potenciales profesionales o no que estarían dispuestos a participar en la experiencia. La lista preliminar elaborada fue la siguiente:

- No docente formado en sida
- Odontóloga
- Abogada
- Médica Veterinaria
- Nutricionista

Elaborada la lista de los profesionales y en función de las necesidades surgidas en las entrevistas por la población del barrio, convenimos organizar los talleres, de manera preliminar, de acuerdo a un orden de prioridades, y teniendo en cuenta que la nutricionista que iba a ser la primera en iniciar estos talleres no podría hasta agosto organizamos el siguiente cronograma de talleres:

<b>Meses</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembre</b>
<b>Profesionales</b>	<b>Médica Veterinaria</b>	<b>Nutricionista</b>	<b>Odontóloga</b>	<b>No- docente formado en Sida</b>	<b>Abogada</b>

Respecto de incluir inicialmente a la **Médica Veterinaria** nuestra finalidad, junto con la de uno de los compañeros que trabaja en un Frigorífico de la ciudad, es trabajar sobre enfermedades que transmiten los animales, sobre zoonosis y desinfección y fumigación, ya que se trata de un barrio donde los animales tienen un lugar importante, desde los caballos, hasta los perros, gatos, pollos y gallina con que muchos vecinos se alimentan.

La **nutricionista** seguiría esta línea de trabajo hincada en el primer taller profundizando en cuestiones de higiene y preparación de alimentos.

Para septiembre y octubre se realizaría un trabajo más específico, la **odontóloga** haría prevención primaria de la salud bucal en los talleres orientados a madres y niños y se trabajaría, en caso de poder acceder a los insumos básicos, en consultorio ambulatorio para realizar prácticas básicas, en octubre el **No- docente formado en Sida** nos transmitiría sus conocimientos en la materia profundizando en las cuestiones vinculadas a la prevención de la enfermedad, finalmente para el mes de noviembre consideramos oportuno la presencia de una **abogada** que orientara un taller vinculado a la reflexión sobre el derecho a la salud. Consideramos oportuno incluir a una profesional del derecho porque en las entrevistas, básicamente en la última pregunta que plantea si ¿todas las personas tenemos las mismas posibilidades de acceder a la salud? aparecen dudas incertidumbre entre el deber ser del derecho a la salud y lo que en realidad sucede, muchas personas reconocen que la salud es un derecho pero no llegan a visualizar que en la actualidad es sólo un privilegio de algunos pocos. Este último taller, al igual que los iniciales, apuntaría a la profundización y toma de conciencia de la situación en salud que vive la comunidad.

Luego de establecer estas cuestiones pensamos aquellas cuestiones que debíamos definir y tener en cuenta en estos talleres como: ¿Cuál es el objetivo del taller?, ¿cómo realizaremos la difusión entre los vecinos?, ¿con qué materiales vamos a trabajar? ¿En qué lugares y qué día vamos a establecer para la realización de los mismos? ¿Cuál va a ser la modalidad del taller? Esto quedaba como una cuestión pendiente a profundizar en las reuniones venideras.

Adrián y Anabel se harían cargo de entrevistar a un grupo de hombres trabajadores para así, estar finalizando las entrevistas y la recolección de datos.

Se estableció que para el próximo encuentro del **martes 4 de julio** se definiría la entrevista para realizar en el Centro desalud Municipal y en el dispensario del barrio y que iría la Médica veterinaria para empezar a tomar contacto con el proyecto y el grupo de trabajo.

Para el **martes 11 de julio** se pensó en llevar todas las entrevistas impresas para intercambiar ente los miembros del equipo de trabajo y así todos tener contacto con la información recabada, para luego, en los próximos encuentros comenzar a realizar el diagnóstico de la situación sanitaria de la comunidad barrial a través de sus propias expresiones.

## 7° REUNIÓN EQUIPO DE SALUD

**Encuentro: martes 4 de julio, 19. 00 hrs.**

A partir de lo establecido en el encuentro anterior iniciamos la reunión. Debido a diversas actividades Adrián y Anabel no pudieron entrevistar al grupo de hombres trabajadores y por considerarse suficientes 21 entrevistas, decidimos comenzar a trabajar con los datos arrojados por ellas ya que eran demasiados y representativos.

Iniciamos la reunión definiendo la entrevista para realizar en el Centro de salud Municipal y en el dispensario del barrio, esta quedó así:

### *Entrevista al Centro de Salud Municipal*

- 1) ¿Cómo se organiza esta institución?
- 2) ¿Cuántos profesionales prestan sus servicios aquí?
- 3) ¿Qué población accede a los servicios que prestan?
- 4) ¿Qué relación tiene el Centro de Salud con los Dispensarios? ¿Cómo se organizan con los mismos? ¿En qué instancias se vinculan?
- 5) ¿Cuántos dispensarios hay en Río Cuarto?
- 6) ¿Qué es el carnet blanco? ¿Quién, cómo y con qué finalidad se creó? ¿Con que criterios se determina quien lo puede tener y quien no? ¿Qué beneficios tiene para quien lo posee?
- 7) A nivel de proyectos institucionales ¿Qué proyectos hay vigentes a nivel de planificación primaria de la salud?
- 8) ¿Cuáles se consideran desde el municipio como cuestiones urgentes en materia de salud comunitaria?
- 9) ¿Cuál es la lectura que desde el municipio y su secretaria en salud, con base en este Centro de Salud Municipal, se hace de la situación local actual en materia sanitaria?

### *Entrevista al Dispensario del Barrio*

- 1) ¿Cuánto hace que funciona el dispensario en este lugar? ¿Qué necesidades llevaron a crearlo?
- 2) ¿Cuántas personas asisten por día?
- 3) ¿Qué población predomina?
- 4) ¿Cuáles son los motivos de consulta predominantes?

- 5) ¿Con que profesionales cuentan? ¿son suficientes?
- 6) ¿Hay asistencia permanente- guardia- en caso de urgencias?
- 7) ¿Existen proyectos de vinculación con el barrio? ¿Cuáles?

Una vez realizada la misma convenimos que debía supervisarla la directora, por lo que yo me encargué de llevársela.

Cómo estaba previsto, vendría la Médica veterinaria para empezar a tomar contacto con el proyecto y el grupo de trabajo, pero nos llamó por teléfono para informarnos que por motivos laborales se le complicaba mucho asistir a esta reunión y a cualquier otra, por lo que no se quería comprometer con algo que no podría cumplir.

A partir de eso comenzamos a pensar en otros profesionales que podrían dar el taller, pensamos en varios nombres, pero finalmente decidimos planificar y llevar a cabo este primer taller nosotros mismos.

Comenzamos a debatir sobre como introducir el tema de la salud tratando de "adaptarlo" al lenguaje y saber popular, al lenguaje del equipo de trabajo y al de los profesionales. Pensamos en un lenguaje sencillo, que no simplifique ni omita las cuestiones importantes.

Luego comenzamos a pensar en la posibilidad de generar un nexo entre la Universidad y el dispensario del barrio, ya que de las charlas con la mujeres surgió la necesidad de un trabajo psicopedagógico para sus hijos. Debido a que esa no es mi finalidad trabajando en el área, me encargue personalmente de contactar a las mamás con las psicopedagogas que trabajan en el Centro de salud Municipal. Por dicha cuestión le sugerí a los jóvenes de la agrupación que hiciéramos nexo con la Cátedra de práctica psicopedagógica en salud, que podría trabajar gratuitamente en el dispensario del barrio, y esa necesidad que las mamás me exponían se vería satisfecha.

Debatimos el tema en equipo. Los chicos de la agrupación pensaban que sería conveniente que estas futuras profesionales realizaran dicha actividad en el barrio, no para la aprobación de una asignatura, sino por la real convicción de trabajar en el barrio desde una perspectiva crítica. No se trataba de paliar o asistir de manera momentánea, sino de estar y comprometerse de manera permanente con esos niños y sus familias considerando la comunidad. A mí me parecía que sería bueno establecer un nexo de solidaridad y ayuda mutua, me parece que si bien es bueno comprometerse y trabajar, la agrupación no puede abarcar todas las áreas.

Finalmente se previno para el martes 11 de julio una nueva reunión donde se llevarían todas las entrevistas impresas para intercambiar ente los miembros del equipo de trabajo y así todos tener contacto con la información recabada, para luego, en los próximos encuentros comenzar a realizar el diagnóstico de la situación sanitaria de la comunidad barrial a través de sus propias expresiones.

## **8º REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

**Encuentro: martes 25 de julio, 19. 00 hrs.**

Si bien se acordó en la reunión anterior que el próximo encuentro seria el martes 11 de julio, el receso invernal modificó nuestros planes, ya que muchos de los miembros del equipo no nos encontrábamos en la ciudad por motivos diversos. Finalmente se organizó la reunión para el martes 25 de julio.



Allí asistimos casi todos los miembros del equipo, inicialmente entregue a mis compañeros las entrevistas impresas que habíamos realizado, se leerían las que había realizado el compañero y así se intercambiarían de manera que todos tengamos acceso y conocimiento de la misma información.

Como se empezaría a organizar el primer taller de "Zoonosis" o enfermedades transmitidas por los animales al ser humano, Ramiro llevó material. Yo también llevé material vinculado a la organización de talleres.

Inicialmente exploramos el material de Ramiro y entre todos conversamos a cerca de nuestros conocimientos previos sobre estas enfermedades, muchos nos dimos cuenta que poco y nada sabíamos y que debíamos aprender para poder hacer un buen taller. A partir de lo leído y de las conversaciones con las vecinas hicimos una clasificación de los temas d Zoonosis que habían surgido del propio barrio, de las entrevistas, charlas informales y lo que se ve y conoce. Esta es la lista:

- Hidatidosis: parásitos que tienen los perros por comer vísceras crudas, defecan y lo transmiten a huertas por ejemplo, o lamen a niños y lo transmiten.
- Toxoplasmosis
- Rabia
- Sarna
- Lombriz solitaria

En función de este primer contacto con los temas en salud para un primer encuentro yo entregue el material de técnicas lúdicas para talleres de educación en salud de Videla (1991), el que se leería para la reunión próxima que sería el martes 1 de agosto a las 17 horas.

## **9º REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

**Encuentro: martes 1 de agosto, 17. 00 hrs.**

Asistimos algunos de los miembros del equipo. Inicialmente se dispuso diverso material sobre la mesa de trabajo. Ramiro, que estaba informado en el tema, había investigado y llevó más material sobre las Zoonosis que buscó en Internet, las mujeres, por otro lado estábamos más concentradas en la organización del taller.

Para ello nos pareció que debíamos organizarnos, primero leeríamos el material de organización de talleres y para la próxima reunión traeríamos leído el material de zoonosis de Ramiro.

Hicimos una lectura rápida del texto de Videla (1991) sobre las técnicas lúdicas en talleres, y nos agradó uno de ellos que ponía el tema central de trabajo ejemplo: Zoonosis y todas imágenes o fotografías vinculadas a esas patologías para reflexionar. Era sencilla y podría ser trabajada en el barrio. Después pensamos en técnicas de presentación entre las mujeres como la del "fosforito", utilizadas en talleres de la Universidad Trans-humante en que hemos participado, se enciende el fosforito y uno se presenta, dice todo lo que quiere decir en esa presentación hasta que el fuego se apaga.

También se pensó en objetivos que tendría el taller, se pensó en 8indagars en las expectativas ¿Qué esperan del taller las personas?, que conocimientos previos tienen sobre la temática a

tratar ¿Qué saben de esa enfermedad? ¿Conocen a alguien que la padezca?, se pensó también que la creación de las técnicas lúdicas deben ir de la mano con la gente, de decir de sus propias ideas y necesidades y pensamos para eso en indagar a que juegos juegan los chicos en el barrio.

Se estableció que la fecha estimativa para el taller sería el sábado 26 de agosto a las 15 horas.

Para la próxima reunión que será el martes 8 de agosto a las 18 horas se continuara con un trabajo de profundización de conocimiento sobre la zoonosis y sobre la organización del taller.

## **10° REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

**Encuentro: martes 8 de agosto, 17.00 hrs.**

Debido a que, por problemas de enfermedad no pude asistir a dicho encuentro, el resto de mis compañeros me comentó lo que a continuación transcribiré.

Ramiro y Gabriela se reunieron en dicha oportunidad con la finalidad, en este caso, de elaborar un comunicado o gacetilla de información comunicando al resto de la agrupación las actividades realizadas y los proyectos de la comisión salud. Se trató de elaborar una especie de documento que funcionara a manera de presentación formal de la comisión dentro de la Juventud CTA.

Después de elaborado el documento Gabriela me lo envió por mail para que lo supervisara, viera que me parecía y que se podía agregar.

El mismo informaba al resto de los compañeros de la agrupación que la comisión salud está conformada por Paula, Anabel, Soledad, Gabriela, Adrián y Ramiro y que hasta el momento se han realizado 21 entrevistas en las que se ha indagado sobre las cuestiones que más preocupan a los vecinos del barrio Hipódromo, y que, con esa información recabada se prevé la organización de talleres en salud para reflexionar sobre la situación sanitaria de la comunidad de manera auto convocada.

Esta actividad me pareció muy pertinente, ya que si bien, no se trataron en la reunión cuestiones específicas vinculadas al próximo taller que se viene organizando, se trató de comenzar a enlazar nuestra comisión con el resto de la agrupación, y nada mejor que los mismos jóvenes que en ella participan. Me pareció atinado que los chicos hayan aprovechado el encuentro con esa finalidad, ya que de esta forma compartida con el resto de la Juventud se pueden realizar mejores actividades.

## **11° REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

**Encuentro: martes 15 de agosto, 18.00 hrs.**

En dicha oportunidad nos reunimos Ramiro, Paula, Adrián y Soledad con la finalidad de organizar el taller y todas las cuestiones que esto implica.

Realizamos un temario que debíamos seguir en donde tratamos de definir: qué tema de zoonosis abordaríamos, ya que es demasiado amplio, cuál sería la modalidad del taller, la didáctica a emplear, cuáles serían sus objetivos, las actividades y técnicas a utilizar, la fecha a realizarlo y cómo realizaríamos la convocatoria y difusión del mismo.

Tratando de respetar estos puntos fuimos paso por paso discutiendo y consensuando las distintas cuestiones, que así comentamos:

**Título: "Taller sobre enfermedades de transmisión por animales"**

**Didáctica del taller.** Tratamos de formular una organización general del mismo que implicó:

1) **Presentación.** Utilizando la técnica de encender un fósforo y presentarse cada uno hasta que la llama del mismo se apague. Nosotros, como miembros de la comisión salud nos presentaríamos y brevemente diríamos algo de nuestro trabajo en salud en el barrio, porqué trabajar en salud, porqué allí, cuáles son nuestros deseos con el taller, o expresar sentimientos y cuestiones vinculadas a lo que implica ese encuentro comunitario. Las personas se presentarían diciendo su nombre y las expectativas que tienen en torno al taller.

2) **Explicar los propósitos del taller.** Como espacio de encuentro de intercambio de experiencias en salud, de compartir vivencias, de acompañamiento, escucha profunda etc.

Luego vendría la **introducción a la temática** de manera muy general, donde Ramiro, con la ayuda de todos explicaría que son los parásitos, el huésped, algunas medidas de control y se presentarían brevemente las zoonosis más frecuentes como toxoplasmosis, hidatidosis, lombriz solitaria, sarna y rabia.

3) **Actividad:** Basados en los aportes de Videla (1991) sobre lo lúdico en el proceso de reconocimiento del saber popular, seleccionamos y recreamos a nuestra temática una técnica. En el marco del taller realizaríamos la presentación de la técnica lúdica "juego parásito". Explicación del mismo: Sobre un cartón grande que dice "parásito" se ponen en círculo 15 imágenes, dibujos o fotografías acerca del tema de los parásitos y las enfermedades que transmiten los animales a las personas. Cada una de las imágenes posee características que se asocian a otros temas, relacionados con la higiene de los animales, la alimentación de los animales, el contacto con las personas, la presencia de excrementos de animales en huertas familiares, las personas comiendo carne cruda, una madre amamantando un bebé, un perro mordiendo a un niño, un perro con sarna en la cama, un hombre haciéndose una radiografía de tórax, un hombre poniendo una vacuna a un animal, niños jugando con un perro, etc. (Paula se encargaría de la recolección de imágenes y realización de dibujos). Cada imagen posee un número del 1 al 15. Los integrantes se sientan en círculo y sacan un número de un fichero, de a uno por vez. La persona lee el número y busca la imagen que corresponde a este, describe el dibujo, ayudado por el grupo. Luego se solicita que todos opinen sobre el significado que tiene para ellos ese dibujo, tratando de expresar lo que se les ocurra en relación a sus experiencias o a la de los otros. La actividad se termina cuando ya se han trabajado todas las imágenes enumeradas. Al final se solicita al grupo que brinde sus opiniones sobre la técnica usada, si les parece o no correcta. Es importante aclararles que este juego es sólo como un ejemplo, que sería bueno construir juegos propios y proponer ideas u otras formas de trabajar en grupo. **Desarrollo de la información.** En esta instancia y a partir de la información obtenida del juego previo se desarrollarán brevemente algunos conceptos más profundos vinculados a las patologías planteadas y las temáticas surgidas en grupo.

4) **Mesa Redonda.** para finalizar el taller se tratará de reflexionar sobre lo realizado, qué temas se proponen para los próximos talleres, adelantando que el próximo será con la nutricionista, por lo que sería oportuno estar fijando fecha y hora que a la mayoría de los miembros del grupo les resulte conveniente.

Una vez establecidas estas cuestiones organizativas del taller, nos abocamos al establecimiento de la fecha del mismo y de cómo sería la convocatoria y difusión.

**Fecha prevista:** miércoles 23 de agosto a las 15 hrs. en el Centro Comentario Mami Rita.

**Convocatoria y difusión:** realizaríamos unos 150 volantes y dos afiches, de lo que se encargaría el área prensa de la juventud. A través de estos volantes y del “boca en boca” se iría informando a los vecinos a través de los encuentros del banquito popular y de las clases de apoyo, también de los carteles que pondríamos en el centro comunitario y en el dispensario del barrio. También se sugirió invitar a gente de otros barrios, de lo que Adrián se encargaría.

El volante a difundir sería, más o menos el siguiente:

<p style="text-align: center;"><b>1° TALLER DE SALUD COMUNITARIA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>“Enfermedades transmitidas por animales”</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Miércoles 23 de agosto</b></p> <p style="text-align: center;"><b>15 hrs. en Centro Comunitario Mami Rita.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Marcos Lloveras y Pte. Perón</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Organiza: Juventud CTA. Comisión Salud</b></p>
---

A partir de lo trabajado fijamos una reunión previa al taller que sería el martes 22 de agosto a las 18 horas en el local de la CTA.

## **12° REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

**Encuentro: martes 5 de septiembre 18.00 hrs.**

En dicha oportunidad nos reunimos Ramiro, Paula, Adrián, Soledad y el Dr. Armando Vezco – Director del Centro de Salud de la UNRC) con la finalidad de conversar y organizar el próximo taller sobre VIH/SIDA.

El Dr. quería saber cómo venimos trabajando desde la comisión de salud, por lo que, entre todos le explicamos que nuestra metodología de trabajo tiene la intención de rescatar el saber popular, sin descuidar que existen mitos muy arraigados en la comunidad, que no son ciertos y que hacen necesario el saber científico, o el especialista desde la comunicación, el intercambio y el respeto, no desde la extensión.

Le explicamos que trabajamos desde una educación popular en salud basada en la perspectiva crítico-problematizadora del educador brasileiro Paulo Freire y que tratamos de utilizar técnicas lúdicas que permiten a las personas comentar sus experiencias, vivencias, creencias y extroyectar sentimientos en torno a las temáticas abordadas y a partir de esos saberes iniciales o conocimientos previos vivenciales comenzar a partir de estas inquietudes con lo específico del taller.

Al Dr. le pareció pertinente trabajar de esta forma ya que la considera acorde a las necesidades de los sectores populares, su intención no es ir a disertar sobre el VIH/SIDA sino generar un



clima de confianza e intercambio en el que todos participen y a partir de esta problemática ir derivando, en función de las intervenciones de los o participantes, otros temas, como embarazos no deseados, planificación familiar, etc. Nos comentó que cuentan con el apoyo del Hospital Rawson de Buenos Aires, y que se podría estar consiguiendo material para el taller como folletos, afiches, preservativos etc. El Dr. sugirió que quizá este primer encuentro no permita agotar todo los temas y que, posiblemente se podría continuar con la temática en talleres posteriores, para lo que está dispuesto a seguir participando.

Una vez que se fue el Dr. tratamos de organizarnos para este taller.

Respecto al contenido teórico del taller, en esta oportunidad nos encontramos más relajados -lo que no implica menor compromiso- ya que sería el Dr. quien se encargaría de la parte informativa, sin embargo nosotros también debemos estar informados. Nuestra actividad se concentrará en la difusión y preparación del material lúdico. El taller estaría organizado del siguiente modo:

**Título:** "Taller de prevención del VIH/SIDA"

**Didáctica del taller.** El taller se desarrollará en tres momentos *inicio*, con la presentación y objetivos. *Desarrollo* con la técnica lúdica y el intercambio de información con el médico y *cierre*, donde realizaremos reflexiones finales en torno al tema tratado. Estos son algunos aspectos de la organización:

#### **INICIO:**

- 1) **Presentación.** Utilizaremos la técnica del ovillo de lana para que cada persona se presente y tire el ovillo a otra que también se presentará y tirará nuevamente hasta que todos nos hallamos presentado. Nosotros nos presentaríamos diciendo porqué trabajar en salud en el barrio y cuáles son nuestros deseos con el taller, sería muy importante que el Dr. también lo haga y desde su lugar de profesional en la salud comente cuáles son sus deseos y expectativas, las personas se presentarían diciendo su nombre e intereses que tienen en torno al taller.
  
- 2) **Objetivos del taller:**
  - a. Fomentar la participación y actividad de la comunidad y de las personas en el taller potenciando la actividad comunitaria.
  - b. Crear un espacio para pensar, conversar, compartir conocimientos y experiencias sobre el VIH/SIDA.
  - c. Reflexionar e interrogarse sobre representaciones, mitos y estereotipos sociales que influyen en la prevención del VIH/SIDA.
  - d. Conocer que es la enfermedad, cuáles son las vías de transmisión, las formas de prevención, las prácticas de mayor y menor riesgo, el uso correcto del preservativo, la desmitificación sobre los "grupos de riesgo".
  - e. Reconocer en esta problemática además de sus componentes bio-médicos, sus aspectos sociales, económicos, políticos y vinculados al género (femenino- masculino)

- f. Modificar las representaciones incorrectas sobre la prevención y la infección del VIH/SIDA.
- g. Lograr una aproximación reflexiva a las concepciones científicamente aceptadas sobre la infección y transferir esos conocimientos a su vida cotidiana.
- h. Lograr, a largo plazo y como finalidad de la promoción de la salud, el autocontrol de las personas sobre los factores determinantes en el VIH/SIDA, minimizando los factores de riesgo y potenciando los factores protectores.

De acuerdo a Vaudagna y Solís (2003) trataremos de favorecer acciones en pos de un desarrollo sano desde dos enfoques complementarios: el **enfoque del riesgo** centrado en los síntomas, en la enfermedad, su prevención y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social, y en el **enfoque de la resiliencia**, basado en la potenciación de los recursos internos y externos de las personas basados en los verdaderos escudos protectores que atenúan los efectos negativos. Las personas resilientes son aquellas que por vivir en una situación de adversidad y estar expuestos a factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente. Se trata de una capacidad humana y universal. En relación con ello es importante tener en cuenta los factores de riesgo y los factores protectores.

**Los factores de riesgo** son características o cualidades de una persona o comunidad unida a una elevada probabilidad de dañar la salud.

**Los factores protectores** son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.

Es importante que tengamos en cuenta desde el taller, que, de acuerdo a investigaciones realizadas en Argentina los sectores socioeconómicos más bajos, y en especial, los que han tienen un nivel de instrucción más bajo están más expuestos a la transmisión de VIH, en la medida que se inician sexualmente más temprano, han incorporado el uso habitual del preservativo en menor medida, tienen niveles de desinformación mayores tanto en relación a las enfermedades de transmisión sexual (ITS) como con relación al VIH/SIDA y su grado de accesibilidad al sistema de salud es menor que en otros sectores sociales. Lo que hacen de este grupo una población vulnerable.

Luego vendría la **introducción a la temática** de manera muy general, donde el Dr. Vezco, realizaría consideraciones generales de manera clara y concisa en torno al VIH/SIDA.

## DESARROLLO

- 3) **Actividad:** Basados en los aportes de Vaudagna y Solís (2003) sobre técnicas lúdicas para la prevención del SIDA con adolescentes en Córdoba, recrearemos su metodología para el trabajo con adultos en el proceso de reconocimiento del saber popular. Para ello Paula trató de contactar a las profesionales que trabajan en la Fundación Egretta de Córdoba, que lucha contra este flagelo de la humanidad, a través de un correo electrónico en donde se les solicito el envío y la orientación sobre técnicas lúdicas creadas y utilizadas por estas. Igualmente en el marco del taller realizaríamos

la presentación de la técnica lúdica "Mitos y verdades sobre el VIH/SIDA" que utilizan estas autoras. Explicación del mismo: se dispondrán sobre la mesa distintos papelitos que contienen mitos, verdades y situaciones problemáticas vinculadas a esta enfermedad.

También lo intercalaremos con imágenes, retomando la técnica del taller anterior, las imágenes posee características que se asocian a otros temas, relacionados con el SIDA y sus representaciones como: personas dándose un beso, tomando mate, drogándose, personas tatuadas, utilización de jeringas, etc. (Soledad y Ramiro se encargaran de la recolección de imágenes y realización de dibujos). Luego se solicita que todos opinen sobre el significado que tiene para ellos esa imagen o frase, tratando de expresar lo que se les ocurra en relación a sus experiencias o a la de los otros. La actividad se termina cuando ya se han trabajado todas las frases, situaciones problemáticas e imágenes presentadas. Al final se solicita al grupo que brinde sus opiniones sobre la técnica usada, si les parece o no correcta.

**Desarrollo de la información.** A partir de la información obtenida del juego previo el Dr. Vezco ira interactuando con las personas e irá desarrollando los conceptos más profundos vinculados a la patologías planteada y las temáticas surgidas en grupo de manera intercalada con el juego y al finalizarlo continuara con sus explicaciones (como mencionábamos anteriormente).

#### **CIERRE:**

4) **Mesa Redonda.** Para finalizar el taller se tratará de reflexionar sobre lo realizado, qué temas se proponen para los próximos talleres, si se continua con la misma temática de VIH/SIDA y se tocan otros puntos vinculados a la problemática. Por lo que sería oportuno fijar fecha y hora que a la mayoría de los miembros del grupo les resulte conveniente.

Establecidas estas cuestiones organizativas del taller, consensuamos la fecha del mismo y la convocatoria y difusión.

**Fecha prevista:** viernes 8 de septiembre a las 15 hrs. en el Centro Comentario Mami Rita.

**Convocatoria y difusión:** realizaremos unos 200 volantes y afiches, de lo que se encargaría Adrián junto al área prensa de la juventud. Se repartirían los volantes el día miércoles 6 y jueves 7 de septiembre. A través de estos volantes y del "boca en boca" se iría informando a los, también de los carteles que pondríamos en el centro comunitario y en el dispensario del barrio.

El volante a difundir es, más o menos el siguiente:

**2º TALLER DE SALUD COMUNITARIA**

**"PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA"**

**Viernes 8 de Septiembre**

**15 hrs. en Centro Comunitario Mami Rita.**

**Marcos Lloveras y Pte. Perón**

**Organiza: Juventud CTA. Comisión Salud**

**Material bibliográfico utilizado en la reunión de organización del taller:**

Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. OPS. OMS. Fundación Kellogg, Autoridad sueca para el desarrollo internacional (ASDI)

Vaudagna, E y Solis, M. (2003). *"Compartiendo aprendizajes: Educación entre pares, una estrategia para abordar la educación para la salud"*. Desarrollo Teórico. Mod.I: Programa educación entre pares y salud .I Edición. Cátedra de educación para la salud y de Didáctica general y especial de la biología. UNC

Informe para el establecimiento de la línea de base para el proyecto: Actividades de apoyo a la prevención y control del VIH/SIDA en Argentina. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Instituto Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

**13° REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

**Encuentro: miércoles 20 de septiembre, 18.00 hrs.**

En dicha oportunidad nos reunimos Ramiro, Paula, Adrián, Walter y la Psicopedagoga Verónica (Que trabaja en Nazaret) con la finalidad de conversar y organizar el próximo taller sobre adicción al alcohol y drogas.

Entre todos le explicamos cómo venimos trabajando y el origen de la comisión salud, le comentamos que nuestra intención es rescatar el saber popular, el conocimiento latente del grupo comunitario, reconociendo la necesidad del saber del especialista desde el diálogo solidario y compartido, no desde el saber científico hegemónico que pretende imponerse desde prácticas bancarias de educación, al decir de Freire (1970).

Le explicamos que trabajamos desde una educación popular en salud basada en los planteos críticos del mencionado educador brasilero, que Verónica denoto conocer, y le explicamos que nos centramos en técnicas de juego que facilitan y estimulan en las personas la participación, el expresarse, comentar sus experiencias, vivencias, creencias, e identificarse con otros vecinos.

A Verónica le pareció atinado trabajar de esta manera y propuso que entre todos busquemos imágenes vinculadas a las adicciones para crear un espacio de libertad que les permita a las personas identificarse con cualquiera de las opciones gráficas.

Se discutió mucho la cuestión de las drogas desde una lectura crítica entendiendo que esta es un problema social, utilizada como herramienta del modelo neoliberal que pretende imponerse



y a través de ella dominar masas, separando a la comunidad, disociando de esta forma la cuestión social, nos cuestionamos "si EEUU puede atacar Irak ¿porqué no Colombia y combatir de esta manera el narcotráfico?" "¿Cuál es la lectura que puede hacerse de este accionar tan estratégico?". Advertimos también de qué manera la droga se adapta a las situaciones socioeconómicas de los grupos sociales que la consumen, expresado de otra manera, las diversas clases sociales consumen drogas de acuerdo a sus posibilidades, en este sentido advertimos que los grupos marginales por ejemplo consumen el denominado "paco". Esta cuestión nos llevó a reflexionar que el más afectado es el más marginado. Luego reflexionamos sobre algunas creencias latentes en las personas a cerca de las adicciones como por ejemplo: la gente asocia al adicto con el dependiente que "esta todo el día preocupado buscando como conseguir droga", existen una tendencia en las personas a culpar a los otros por ejemplo "quieren meter preso al que vende droga, al que roba para comprar droga y al policía que sabe lo que pasa pero que no hace nada".

Luego de estas reflexiones tratamos de organizar las ideas para este taller.

Respecto al contenido teórico del taller, Verónica sería la responsable ya que se encargaría de la parte informativa, y buscaría imágenes, cuestión de la cual también deberemos encargarnos nosotros ya que la idea es llevar una gran cantidad de las mismas para dar libertad de elección e identificación con la situación problemática. El taller estaría organizado del siguiente modo:

**Título:** "Taller de prevención: Adicción y drogas"

**Didáctica del taller.** El taller se desarrollará en tres momentos *inicio*, con la presentación y objetivos. *Desarrollo* con la técnica lúdica y el intercambio de información con Verónica y *cierre*, donde realizaremos reflexiones finales en torno a la problemática.

**INICIO:**

- 1) **Presentación.** Utilizaremos la técnica de presentación de juntarse de a dos, conocerse y luego, en una instancia de presentación general, cada uno que se presenta como si fuera el compañero que conoció. Como en los talleres anteriores, nos presentaremos expresando porqué trabajar en salud en el barrio y cuáles son nuestros objetivos con el taller. Sería muy bueno que Verónica desde su lugar de profesional en la salud también exprese sus deseos y expectativas en torno al taller, también los vecinos se presentaran diciendo su nombre e intereses que tienen por el taller.
  
- 2) **Objetivos del taller:**
  - a. Fomentar la participación y actividad de la comunidad y de las personas en el taller potenciando la actividad comunitaria.
  - b. Crear un espacio para pensar, conversar, compartir conocimientos y experiencias sobre adicciones.
  - c. Reflexionar e interrogarse sobre representaciones, mitos y estereotipos sociales que influyen en las adicciones como el alcohol y las drogas.
  - d. Promover la prevención a las adicciones.
  - e. Reconocer en esta problemática además de sus componentes bio-médicos, aspectos sociales, económicos y políticos.

- f. Lograr una disminución de las resistencias de las personas a reconocer que es lo que está sucediendo, en la familia y en el entorno, y buscarle una solución.
- g. Lograr disminuir y/o evitar la parálisis de las personas frente a situaciones de adicción.

Luego vendría la **introducción a la temática** de manera muy general, donde Verónica realizara consideraciones generales de manera clara y concisa en torno a las adicciones.

## DESARROLLO

3) **Actividad:** Basados en los aportes de Freire (1965, 1970) utilizaremos la técnica de decodificación de imágenes, fotografías o dibujos, que ya hemos utilizado en el primer taller y que quedo pautado en la reunión con Verónica. Las imágenes estarán vinculadas a las adicciones de manera explícita e implícita, estas poseen características que se asocian a otros temas, relacionados con sus representaciones, lo que nos permitirá advertir que es, de acuerdo al criterio de elección de los participantes ser adicto o que es el adicto. La finalidad es inferir las reacciones más significativas y menos significativas en las personas. Luego se solicita que cada uno exprese la opinión del porqué de tal o cual imagen y el significado que tiene para ellos, tratando de expresar lo que se les ocurra en relación a experiencias propias, creencias o preconceptos. Verónica irá orientando este proceso intercalando las creencias y argumentaciones de los participantes con su formación en el tema. Al final solicitaremos al grupo sus opiniones sobre la técnica usada.

**Desarrollo de la información.** A partir de la información obtenida del juego previo Verónica ira interactuando con las personas e irá desarrollando los conceptos centrales vinculados a las adicciones y las temáticas surgidas en grupo de manera intercalada con el juego y al finalizarlo continuara con sus explicaciones (como mencionábamos anteriormente). Algunas de las cuestiones que Verónica planteo sobre la temática que serian importante tratar son:

- i. ¿Qué es ser adicto?
- ii. Distintos tipos de drogas.
- iii. Indicadores de cómo saber si un sujeto se droga, insistiendo en que no se viene a solucionar el problema de drogas sino a ofrecer herramientas para visualizar esta cuestión en la familia y en el barrio. Se sugiere observar en profundidad y con detenimiento la dinámica familiar, los vínculos, el crecimiento y desarrollo de los hijos, la cuestión de los límites, rescatando siempre la importancia de estar presente.

## CIERRE:

4) **Mesa Redonda.** Para finalizar el taller se tratará de reflexionar sobre lo realizado y con qué temas se continúa en próximos talleres. Por lo que sería oportuno fijar fecha y hora que a la mayoría de los miembros del grupo les resulte conveniente.

Establecidas estas cuestiones organizativas del taller, consensuamos la fecha del mismo y la convocatoria y difusión.

**Fecha prevista:** viernes 29 de septiembre a las 14.30 hrs. en el Centro Comentario Mami Rita.

**Convocatoria y difusión:** realizaríamos unos 200 volantes y afiches, de lo que se encargaría Ramiro. Se repartirían los volantes y se invitaría a los vecinos el día lunes 25 en reunión de banquito popular. A través de estos volantes y de una volanteada prevista (hay que delimitar la fecha) y del "boca en boca" se iría informando a los vecinos.

El volante a difundir es, más o menos el siguiente:

### 3º TALLER DE SALUD COMUNITARIA

#### "PREVENCIÓN DE ADICCIONES A DROGAS Y ALCOHOL"

**Viernes 29 de Septiembre**

**14,30 hrs. en Centro Comunitario Mami Rita.**

**Marcos Lloveras y Pte. Perón**

**Organiza: Juventud CTA. Comisión Salud**

#### **Material bibliográfico utilizado en la reunión de organización del taller:**

Freire, P. (1973). *Pedagogía del Oprimido*. (1º edic. 1970) Buenos Aires. Siglo XXI.

Freire, P. (1974). *Educación como práctica de la libertad*. (1º edic. 1965) Buenos Aires. Siglo XXI.

#### **14º REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

**Encuentro: martes 14 de noviembre, 18 hs**

En esta oportunidad nos reunimos los miembros del equipo de salud, Adrián, Ramiro, Gaby y Paula. Posteriormente se sumo el Dr. Vezco, quien coordinó el taller de VIH/SIDA, y que interesado con nuestra actividad piensa sumarse y participar en próximos talleres y reuniones del equipo y aportar con sus conocimientos y contactos hacia otros profesionales.

Con la intensión, en vísperas del fin de año, de reflexionar sobre las actividades realizadas y como se pretende continuar, realizamos un temario en el que incluimos:

- Balance de la comisión salud
- Proyectos a realizar
- Taller de cierre para este año.

El balance que hacemos de las actividades realizadas por la comisión salud es muy positivo. Y en esto consideramos varios aspectos. Por un lado el conocimiento mutuo de quienes componemos el equipo, ya que de a poco fuimos conociéndonos, respetando nuestras opiniones, los distintos saberes que la vida, los años, el trabajo o la formación académica nos han brindado. Esto fue difícil pero muy enriquecedor ya que dotó al grupo de diversidad en la forma de pensar y organizar las actividades lo que redundó en actividades realizadas desde la seriedad y el respeto hacia los miembros de la comisión como así también a los propios vecinos con quienes se trabajó. En este sentido pensamos que fue muy acertado conformar un equipo de salud desde un ámbito que puede llamarse “no formal”, por el hecho de que no provenimos todos de trabajos y formación estrictamente vinculada a lo sanitario –como medicina o enfermería, por ejemplo-, sino que la diversidad en el bagaje de experiencia y formación hizo de la comisión un equipo inter-campos basado en inter- cambios.

Fue muy beneficioso el abordar a la comunidad previamente a la realización de los talleres, en la realización de 21 entrevistas semiestructuradas (realizadas de febrero a julio de 2006) donde indagamos cuestiones generales en salud, cuestiones en salud comunitaria, cuestiones en salud familiar, cuestiones institucionales y finalmente las posibilidades de acceso al sistema sanitario. Esto nos permitió conocer las problemáticas de la comunidad barrial en materia sanitaria, y darle prioridad a estas necesidades. A partir de esta indagación realizamos un orden de prioridades en materia de problemas y necesidades en salud, del que surgió de manera implícita lo que podríamos llamar un “plan educativo en salud”.

A partir de este se realizaron los talleres de educación popular en salud, inicialmente el de zoonosis realizado “exclusivamente” por nosotros y la coordinación del estudiante de Medicina Veterinaria Ramiro, luego el de VIH/SIDA coordinado por el Director del Centro de salud de la UNRC Dr. Vezco y finalmente el de prevención de adicciones con la coordinación de la Psicop. Verónica Delgado.

Destacamos los encuentros previos que se mantuvieron con estos profesionales y la predisposición de los mismos para con la actividad, discutiendo siempre el sentido de los talleres y de la comisión misma en salud desde una perspectiva que pretende superar el modelo médico hegemónico basado en salud en una concepción bancaria, depositaria y extensionista, al decir freireano, basado en una educación normativa, tecnicista, centrada en una aprendizaje individual de tinte liberal. Como alternativa proponemos una perspectiva superadora basada en una educación en salud liberadora, problematizadora, crítica y reflexiva basada en una concepción participante e integral en salud, trabajando desde un modelo de educación para la salud de orientación social y cultural cuyo destino y metodología de trabajo es la formación para la transformación de las relaciones sociales.

En este sentido revaloramos la importancia de debatir y discutir con los profesionales que pretenden sumarse a la experiencia, más que los contenidos a considerar en los talleres, el sentido crítico-reflexivo de la actividad, que de manera permanente debe ser problematizado y cuestionado, para, de esta manera poder proyectar con claridad en los objetivos que se pretenden, sean educativos, políticos e ideológicos y así llevado a la acción.

Como autocrítica surgió la cuestión de habernos centrado y concentrado mucho en los talleres mismos, su organización y temática y no habernos preocupado aun más en la difusión de los mismos. Lo que todos reconocemos y pretendemos cambiar para futuras experiencias.

Rescatamos también las palabras del Dr. Vezco quien planteó la importancia del compromiso social de profesionales y trabajadores, la importancia de hacer en la universidad –en el caso de varios de los compañeros de la comisión- pero aun más de hacer fuera de ella, como deber moral.



En este sentido apostamos a superar los muros del academicismo verbalista fundamentado en culturas profesionales de la individualidad y la balcanización apostando a un trabajo mancomunado entre trabajadores y profesionales desde una cultura de colaboración y cooperación, que pretende traspasar este muro, sin caer en el mero activismo ni en el verbalismo. Pensamos que si tenemos la dicha de formarnos en una universidad pública desde el pueblo, los saberes y conocimientos recibidos deben orientarse a ese pueblo.

Posteriormente comenzamos a pensar en el próximo año y en la actividad de la comisión salud. Pensamos en trabajar en dos barrios (Mujica y las Delicias) posiblemente organizados en dos cuatrimestres, primero uno y luego otro, o bien paralelamente, lo que está sujeto a discusión. El Dr. Vezco nos dio los nombres de otros profesionales que también pueden sumarse al trabajo con la finalidad de "aceitar" un poco más la comisión y hacer un trabajo de mayor calidad. Se mencionaron los nombres de la Dra. Marisel Roldan que trabaja con el VIH en el Hospital de la ciudad, que tiene un perfil humano, sensibilidad social y brinda contención psicológica para el abordaje de dicha enfermedad. También la Dr. Cristina Ordóñez, que es Ginecóloga de la Dirección de Salud de la UNRC con la que se podrían abordar los temas de planificación familiar, lactancia materna, salud reproductiva, derechos de la mujer en el parto, empoderamiento de la mujer, entre otros. También se pensó en la importancia de la presencia de un psicólogo para trabajar cuestiones vinculadas al maltrato y violencia familiar, entre otros.

Finalmente propusimos hacer un taller de cierre en el barrio, cuyo tema central de reflexión sería "El Derecho a la Salud", estimamos que sería el día martes 5 de diciembre en el Centro Comunitario o en la Capilla del barrio. Ya nos repartimos el material para trabajar, y Adrián nos confirmará la hora del encuentro.

Establecimos que la próxima reunión será en martes 28 de septiembre a las 19.30 en el local. Los esperamos a los que quieran sumarse a reflexionar sobre este taller de cierre.

## **15º REUNIÓN EQUIPO DE SALUD**

**Encuentro: martes 28 de noviembre, 19, 30 horas**

En esta oportunidad nos reunimos los miembros del equipo de salud, Adrián, Ramiro, Gaby, Sole, Paula y Verónica Delgado, la psicopedagoga que coordinó el taller de adicciones. Verónica se acercó a la reunión de la comisión porque tiene la intención de sumarse y participar en talleres en otros barrios (Mújica y las Delicias) previstos para el año próximo.

Como la semana anterior ya nos habíamos organizado con el material para emprender el nuevo taller sobre el derecho a la atención a la salud, todos algo habíamos leído y comenzamos a trabajar las ideas para el taller.

Se nos ocurrió que trabajar con los decálogos de los derechos del paciente del hospital público y los derechos de la mujer en el parto (Videla, 1991) pueden ser temas interesantes para este grupo de mujeres que acuden al sector público de atención, sea dispensario u hospital y que también han atravesado y vivido su parto en este contexto de atención. Este sería el contenido teórico. El taller estaría organizado del siguiente modo:

**Título:** "El derecho a la atención de la salud"

**Didáctica del taller.** El taller se desarrollará en tres momentos *inicio*, con la presentación y objetivos. *Desarrollo* con una técnica lúdica e intercambio y experiencias entre todos y *cierre*, donde realizaremos reflexiones finales en torno a la problemática tratada y un balance de los vecinos sobre estos talleres en salud.

**INICIO:**

5) **Presentación.** En oportunidad del último taller la presentación será espontánea, se preguntará que se espera del mismo y que se entiende o se cree que es el derecho a la salud, a cada uno de los participantes.

6) **Objetivos del taller:**

- a. Fomentar la participación y actividad de la comunidad y de las personas en el taller potenciando la actividad comunitaria.
- b. Crear un espacio para pensar, conversar, compartir conocimientos y experiencias sobre la atención en el sector público de la salud.
- c. Reflexionar e interrogarse sobre representaciones, concepciones e imaginarios que los vecinos han elaborado a cerca del derecho a la atención a la salud.
- d. Promover una conciencia sanitaria popular sobre el derecho a la salud y a la atención en salud.
- e. Reconocer crítica y reflexivamente que factores socio-político-económicos y culturales obstaculizan el real cumplimiento de ese derecho que tiene el ciudadano y que rol cumple el Estado al respecto.
- f. Sumar los recursos (de conocimiento, afectivos, prácticos, etc.) que los vecinos poseen para cuidarse, ayudarse entre sí para iniciar una "red comunitaria de autogestión en salud" a partir de comportamientos colaborativos y prosociales<sup>1</sup> entre vecinos, que les permita alcanzar con claridad sus necesidades, de cada uno y de los otros, y luchar conjuntamente para resolverla en forma organizada y democrática.
- g. Reflexionar sobre la experiencia de los talleres realizados en el año.
- h. Convocar a los vecinos para participar y compartir su experiencia propia en otros talleres en salud a realizar en otros barrios de la ciudad.

### 3) **Fundamentos de este taller**

Es por estos objetivos que creemos como Videla (1991) que es necesario conocer cuál es la situación real de nuestros hospitales, dispensarios y centros sanitarios, a los que accede la gente del barrio, y a partir de allí conjeturar todas las demandas que un "usuario" puede realizar por el solo derecho de ser un usuario de los servicios del Estado.

En este sentido pese a que acordamos que la salud es un derecho social y universal básico, la atomización no permitió lograr metas globales y cada sector, estatal, privado y de obras sociales usó sus propios caminos, logrando la dispersión de fondos y trabajo. Esto generó una desigualdad de las posibilidades en la asistencia médica que hace un mito la "igualdad de oportunidades en relación a la salud".

Comes (2006) investiga las representaciones sociales del derecho a la atención a la salud con 25 mujeres<sup>2</sup>, ya que entiende que son las responsables del cuidado de la salud del

---

<sup>1</sup> "Los comportamientos prosociales son aquellos comportamientos que sin la búsqueda de recompensas externas, favorecen a otras personas, grupos o metas sociales y aumentan la probabilidad de generar una reciprocidad positiva, de calidad y solidaridad en las relaciones interpersonales o sociales consecuentes salvaguardando la identidad, creatividad e iniciativa de las personas o los grupos implicados" (Roche, 1998: 16)

<sup>2</sup> Según Comes (2006) las mujeres expresan en sus discursos fragmentos sobre la construcción del derecho a la atención de la salud propios de la realidad en que viven. Ente los discursos construidos sobre el derecho a la atención a la salud figuran en l mujeres: los que proclaman como un derecho humano, y que contribuye a la garantía de la ciudadanía en una comunidad de iguales. También hay otros construidos sobre el liberalismo más ortodoxo que niega la cobertura universal ya que atentarían contra la libertad de elección propia del modelo. Estas posiciones proclaman más el modelo de la caridad que el de la redistribución social como mecanismo generador de igualdad desde el Estado. Congruentemente con esta situación, los planes sociales de salud desarrollados en Argentina en los últimos diez años conllevan en sus enunciados criterios de ciudadanía plena, pero ente sus acciones se encuentran prácticas nacidas del

grupo familiar. La autora entiende que el derecho humano integra dos significados: el primero plantea que el hombre por el solo hecho de serlo tiene derechos inherentes e inalienables, se trata de derechos morales que emanan de la condición humana. El segundo es el concepto establecido por la ley en virtud del proceso de creación nacional como internacional.

Dentro de los derechos humanos se incluye el derecho a la atención de la salud. Este goza de un gran consenso mundial, sin embargo hay autores dentro de la filosofía del derecho que niegan la necesidad de garantizarlo. Dichos autores se inscriben en corrientes filosóficas y éticas del liberalismo más ortodoxo y lo consideran un derecho negativo derivado del derecho a la integridad física, por lo que la única obligación del Estado para esta perspectiva, debe limitarse a proteger a los ciudadanos de las acciones de los otros que pudieran dañar su salud. En la literatura bioética no existe acuerdo en cuanto al status que se le otorga al derecho a la salud.

El trabajo de Comes (2006) se ubica en acuerdo con los autores que lo consideran un derecho positivo (Rawls 1971, 1999 en Comes 2006:32). Se lo entiende como derecho a la atención de la salud ya que involucra el accionar de terceros para garantizarlo.

En la Constitución Argentina el derecho a la salud no se encuentra directamente garantizado en ningún artículo, surge indirectamente en el art. 42, el 14 bis y el 75 inciso 22, especialmente este último porque da "*jerarquía constitucional*" a algunos tratados internacionales.

La autora plantea que la garantía de este derecho requiere el compromiso de un Estado en la definición y alcances que se le puedan atribuir, no existe un listado de tópicos a cubrir sino que depende de los gobiernos asumir la responsabilidad en la forma, la cantidad y la calidad en que se distribuya en la población.

A partir de haber analizado estos planteos en la reunión la comisión de salud se ubica en la línea del derecho positivo considerando que el derecho a la atención de la salud involucra el accionar de terceros, como el Estado, para garantizarlo.

*"Desde el equipo de salud partimos del supuesto de que la salud es un derecho básico inalienable del pueblo, y todo lo que por él hagamos no es más que devolverle al pueblo lo que legítimamente le corresponde".*

---

modelo asistencialista y caritativo, donde la adjudicación de los mismos se realiza desde una lógica clientelar - pensemos en el carnet blanco en Río Cuarto-. Estos modos de vincularse con las poblaciones pobres demarcan relaciones asimétricas entre individuos y rompen con el concepto de igualdad social. Lo que se complejiza más si se apega al donativo en carácter de favor a cambio de votos o apoyo militante. Comes (2006) entiende que este grupo de mujeres que viven por debajo de la línea de pobreza han construido teorías acerca del derecho en las que se entremezclan fragmentos de todos estos discursos en simultáneo, expresan: "*el derecho a la salud tiene que ver con la cobertura universal y con la igualdad (referidos por la palabra "todos"). Sin embargo y como posición solidaria aquellos que tienen posibilidad de pagar, todo o parte de las prestaciones, deben (es justo) pagar para dejar lugar a aquellos que no tienen esta posibilidad debido a su condición de pobreza*". Es el deseo de todas poder ocupar el lugar de quien "tiene dinero para pagar" y contribuir con la colaboración, si esta se expresa como tal, si lo que sucede es un cobro coercitivo, estarán en desacuerdo. El acuerdo con la focalización de las políticas se plantea en términos de solidaridad y abona al concepto de redistribución de las riquezas, pero no como acto de Estado sino como acto espontáneo de dichas mujeres. La idea de que el derecho es para todos sin embargo algunos "*tienen más derecho*" también va de la mano de la redistribución y no constituye un deseo de desigualdades en términos sociales o de egoísmo. Las palabras utilizadas para acceder a la cobertura total de sus necesidades de salud son las de "*dar*" o "*pedir*" y estas denotan relaciones asimétricas con la institución, donde quien tiene el poder de otorgar sería la misma. Este vocabulario dejaría en evidencia la falta de ideas sobre las garantías constitucionales y las implicancias de pertenecer a una sociedad de iguales. La autora concluye que las mujeres argumentan la igualdad desde una perspectiva del liberalismo. Frente a ello plantea la necesidad de revertir estas representaciones, si lo que se desea es la construcción de una ciudadanía basada en la plena garantía de los derechos humanos y sociales con carácter de igualdad y cobertura universal.

## DESARROLLO

7) **Actividad:** Basados en la experiencia de talleres anteriores como el de VIH/SIDA, trabajaremos con una técnica sencilla disparadora de debate y experiencias propias. Para ello llevaremos los decálogos del derecho del paciente en el hospital público y los derechos de la mujer en el parto tipeados y los pondremos boca abajo en la mesa. La dinámica se inicia cuando las mujeres eligen uno a uno cada derecho lo lee y expresa que piensa del mismo, si se cumple o no, si lo vivencia como lo hace, y todo lo que puedan proyectar de lo que les produce esos enunciados. Los derechos están vinculados a situaciones cotidianas que viven las mujeres en el contexto hospitalario, sanitario, en una maternidad etc., y les permitirá retrotraerse a situaciones vividas personalmente. La finalidad es inferir las representaciones de las mujeres acerca del derecho a la salud, si se inclinan más por una concepción liberal ortodoxa o si lo proclaman como un derecho humano, como mencionaba la autora.

8) **Desarrollo de la información.** A partir de las experiencias compartidas y escuchadas se irá intercalando con lo considerado en la Constitución Nacional, con información del material leído (Videla y Comes) y se intentará promover una visión crítica de la realidad en la atención de la salud denunciando que esta ha dejado de ser un derecho de todos para convertirse en un privilegio de algunos. Otra cuestión que nos gustaría profundizar son las características de la situación actual de la atención de la salud, que, de acuerdo a Vidiella (2000) sus rasgos más sobresalientes son:

- *El sistema es costoso*, Argentina tiene un gasto de salud equiparable a algunos países desarrollados (el 8,9 del PBI) pero no puede afirmarse que estos desembolsos impliquen una mejora de la situación sanitaria de la población.
- *El sistema es fragmentario*, ya que Argentina no ha logrado mantener una política sanitaria coherente. La ausencia de liderazgo por parte de los gobiernos ha provocado una fragmentación del sistema.
- *El sistema es ineficiente*, debido a que la fragmentación atenta contra la eficiencia. Tenemos por ejemplo, 90.000 médicos en actividad distribuidos de modo desigual entre áreas urbanas y rurales.
- *El sistema es inequitativo*, el desmantelamiento del sector público sumado a la crisis económica de las clases sociales medias y bajas han provocado una estratificación en el acceso a servicios sanitarios.
- *El sistema tiene una tendencia a la privatización de la salud*, en el país hay un crecimiento de la medicina privada y una retracción del sector público, cuya consecuencia es la pérdida de beneficios para los grupos sociales menos favorecidos.

La autora plantea que no resulta apropiado calificar de "sistema" al sistema sanitario Argentino debido a la falta de coordinación entre los diversos subsectores, la heterogeneidad de sus componentes y la excesiva atomización de sus funciones. Esto no permite calificar a las modalidades del cuidado de la salud en nuestro país como sistema, si por tal entendemos un conjunto ordenado y jerarquizado de partes, con una cabeza que coordine y controle.

## CIERRE:

9) **Mesa Redonda.** Para finalizar el taller se tratará de reflexionar sobre lo realizado y sobre todos los talleres realizados en el año. La intención es hacer un balance de lo positivo, lo negativo, lo que podría modificarse, lo que se podría dejar igual o quitar. Escuchamos sugerencias de todos, vecinos, miembros de la comisión salud y de la agrupación.

Por lo que sería oportuno comprometer a algunos vecinos que quieran compartir el año próximo la experiencia vivida en estas jornadas de talleres en el barrio Hipódromo.



**Y finalmente reflexionar sobre una frase en la que creemos y apostamos:**

*“La realidad es que las personas favorecen su salud más con lo que ellas mismas hacen, que con lo que conocen sobre esta...” (Videla 1991:178), pero como plantea Freire “el saber es una herramienta para el cambio”. Se trata de una conciencia crítica en educación sanitaria que pase de la reflexión a la acción social.*

**Fecha prevista:** martes 12 de diciembre a las 16. hrs. en el Centro Comentario Mami Rita.

**Convocatoria y difusión:** El área prensa se encargará de la realización de volantes y afiches que se suman a todas las actividades de cierre de la Agrupación en el barrio ese día. El cronograma es el siguiente:

15 hrs. ropero comunitario

16 hrs. charla de salud: derecho a la salud

17.30 hrs. merienda comunitaria y murga.

Para la difusión de estas actividades se realizarán volanteadas comenzando el jueves 7 de diciembre a las 10 hrs. y a las 15.30 en el Colegio Racedo, el viernes 8 a las 18 hrs. en el barrio, y el lunes después de las 15 hrs. se limpiará el salón comunitario, mientras otros compañeros volantearán por el barrio.

**Material bibliográfico utilizado en la reunión de organización del taller:**

Comes, Y. (2006). *Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud en un grupo de mujeres por debajo de la línea de pobreza*. En: Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y II Encuentro de Investigadores de Psicología del MERCOSUR. 10,11 y 12 de agosto de 2006. Pág.31- 32.

Roche, R. (1998). *Educación Prosocial, de las emociones, valores y actitudes positivas*. Barcelona. Edit. Blume.

Videla, M. (1991). *Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria*. Buenos Aires. Edit. Cinco.

Vidiella, G. (2000). *El derecho a la salud*. Buenos Aires. EUDEBA.

## ANEXO VIII

### ANÁLISIS DE LA 1º ETAPA DE REUNIONES DE EQUIPO DE SALUD (1º A 5º REUNIÓN) (1º Procesamiento Interpretativo)

A principios de marzo iniciamos la *primera reunión* en salud. Algunos miembros del equipo de investigación se encargaron de buscar información y de elaborar un listado con las cuestiones que se podrían trabajar con los vecinos, en el que se consideró el tema de la alimentación, la nutrición, la higiene de alimentos, de la comunidad, de la vivienda y personal, el tema de los animales, los insectos y la basura, entre otros.

Coincidimos en que era una problemática muy visible en la comunidad barrial y que era necesario su abordaje. Algunos integrantes sostenían que se trataba de una necesidad inmediata y que no podíamos esperar a hacer toda una investigación y entrevistas con los vecinos para abordarla “las moscas invaden los lugares donde hay comida y donde se prepara leche, como en el centro comunitario, y hay que trabajar urgente”.

En esta reunión también se plantearon temáticas como adicciones, alcoholismo y violencia, lo que provocó un debate en el grupo ya que algunos pensaban que no eran temas “puramente de salud” y que no era fácil su emergencia de las personas, otros proponían pensar que sí se trataban de temas en salud pero vinculados a la salud mental de la comunidad. Así nos introdujimos en un tema árido ya que se discutió si incluir, o no esta cuestión.

Uno de los jóvenes de la agrupación se manifestó dudoso en esto de la salud mental “yo no soy profesional de la salud pero creo que no tenemos que incluir esto, nos metemos en un área que nos aleja de otras necesidades inmediatas”. Una de las psicopedagogas, con formación en salud mental y prosocialidad de las emociones, le explicó que la salud mental es tan o más importante que la salud física de las personas porque la condiciona e incluye el plano de lo psicológico o mental, cuando una persona se aferra a las adicciones como el alcohol o las drogas seguramente está atravesando problemas internos que de otra forma no puede enfrentar, lo mismo pasa con la violencia.

Una de las integrantes comentó que en muchas charlas con los vecinos han surgido estos temas vinculados a la violencia y la inseguridad, también cuando los vecinos se han referido al bar que hay en el barrio dicen que hay borrachos, y que el tema de las drogas y el tabaco están cada vez más presentes en los jóvenes y niños.

El resto del grupo asentía, y entre todos acordamos que se debía considerar como problemática de la salud, pero ¿Cómo incluirlo a manera de pregunta en una entrevista?, ¿Cómo estimular a las personas del barrio para que surja de ellos mismos de manera manifiesta la preocupación que sabíamos, estaba latente? La mencionada psicopedagoga propuso formularlo a manera de pregunta desde un plano más social que sanitario, finalmente entre todos convenimos algunas preguntas generales del tipo ¿Que problemas sociales advierten en el barrio?, ¿es tranquilo?, ¿hay seguridad?

A partir de este ejercicio comenzamos a hacer lo mismo con cada tema propuesto, intentamos formular algunas preguntas vinculadas a esas problemáticas para elaborar la posible entrevista.

Esta primera reunión de salud transcurrió en un clima ameno de intercambio de opiniones y encuentro que nos permitió reconocernos como iguales en un equipo de trabajo con una finalidad compartida: trabajar en salud con la comunidad barrial Hipódromo.

La segunda reunión se realizó a fines de marzo. Iniciamos el encuentro comentando las preguntas elaboradas en el encuentro anterior, las que fueron leídas por los Directores del proyecto quienes realizaron algunas sugerencias, vinculadas al lenguaje, apuntando a la elaboración de interrogantes simples y concretos.

De manera que, con las preguntas revisadas y con sugerencias de los Directores se leyó a todo el grupo como había quedado y acordamos correcciones, haciendo algunas nuevas a nuestro criterio<sup>3</sup>.

Convenimos realizar las entrevistas en cuatro instancias elegidas intencionalmente en relación con las actividades planificadas por la Juventud CTA, éstas no serían sucesivas ni lineales, sino que se irían desarrollando paralelamente, así se concertó: 1º entrevistas a los miembros de los grupos del proyecto "Banquito Popular de la buena fe"; 2º entrevistas a las madres de los niños que asisten a apoyo escolar al Centro Comunitario; 3º entrevistas a los pobladores de la comunidad barrial que asisten al Centro Comunitario por la "Copa de Leche"; 4º entrevistas a los pobladores de la comunidad barrial que asisten a los encuentros de feria y venta de ropa llamada "roperito".

Luego discutimos en torno a cómo se iba a trabajar en salud y cuál es la finalidad, uno de los jóvenes argumentó que las políticas actuales en salud son neoliberales, la salud ya no es un derecho de todos y se convierte en una cuestión de mercado, es un monopolio donde la gente del barrio no puede acceder, y frente a esto desde nuestra propuesta podemos empezar a realizar actividades concretas vinculadas a la higiene sanitaria del Centro Comunitario y paralelamente realizar la indagación de las problemáticas para saber qué le interesa a la población.

Convenimos que la idea era válida ya que, en una conversación informal con la gente del Centro Comunitario que trabajan en la copa de leche, se podría estar problematizando la situación de higiene del lugar.

El integrante trabajador del comedor de la UNRC comentó la importancia del asesoramiento de una nutricionista en su trabajo, ya que la manipulación de alimentos requiere de un cuidado decisivo ya que las bacterias que azotan son innumerables, por lo que sugirió que quizá él podía contactar esta profesional para que mantuviera una conversación con la gente del Centro.

Nos pareció buena idea, pero considerábamos fundamental previamente mantener encuentros con la gente del barrio para advertir su percepción e interés sobre este posible encuentro con la nutricionista.

A mediados de Abril fue la 3º reunión del equipo de salud. Dos de los integrantes habíamos comenzado con la tarea de las entrevistas y queríamos compartir nuestras impresiones. Contamos que sentíamos cierta satisfacción ya que los problemas y necesidades que las vecinas entrevistadas denunciaban eran semejantes y afines a los que advertíamos nosotros como equipo, como el tema de las moscas e insectos. De esta forma intentábamos retomar las inquietudes de los vecinos y pensar en éstas como problemas o temáticas en salud a considerar en el plan de trabajo.

Comentamos distintos puntos surgidos de las entrevistas entre los cuales se hallaba el del carné blanco, del que poco y nada sabíamos, por lo que creímos conveniente consultarlo al Centro de Salud, o dispensario.

---

<sup>3</sup> Consultar Anexo II "Protocolo de la entrevista semiestructurada en salud para vecinos de la comunidad barrial Hipódromo".

En cuanto a las entrevistas una de las psicopedagogas nos comentó que ella haría a cinco mujeres del grupo que coordinaba en el "Banquito Popular.

Por otro lado el joven empleado del comedor universitario habló con la nutricionista quien se interesó en mantener una conversación con los vecinos, acordamos encontrarnos con ella en el Hospital, lugar donde también trabaja, para conversar acerca del trabajo que intentamos realizar y de nuestra preocupación acerca de la higiene en los alimentos<sup>4</sup>. En esta primera aproximación de profesionales al barrio, pensamos que lo mejor era circunscribirlo a la gente encargada de la copa de leche del Centro Comunitario.

En relación con ello recordamos unas palabras de la encargada del centro "yo no quiero que me vengan a decir que es lo que tengo que comer cada día por qué no lo tengo".

La 4<sup>o</sup> reunión del equipo de salud se llevó a cabo a fines de mayo. Pasado más de un mes en el que no nos reuníamos formalmente todo el equipo, transcurso en el cual habíamos realizado la entrevista con la nutricionista y posteriormente el encuentro con ella y la gente del Centro Comunitario<sup>5</sup>, había mucho para comentar y compartir.

Inicialmente los jóvenes de la agrupación plantearon que el trabajo del equipo de salud se venía desarrollando aislada e independiente del resto de las comisiones de la Juventud CTA, reclamaban más articulación e intercambio en plenarios con el resto de las áreas. Coincidimos que eso sería lo conveniente de manera paralela al trabajo de campo y las reuniones de equipo. También se planteó la urgencia de comenzar a organizar los primeros talleres con miembros de la comunidad, más allá de realizar al mismo tiempo las entrevistas realizadas.

A partir de ello se propuso organizar el primer taller con la nutricionista, que ya había conocido el barrio, el centro comunitario y la responsable de la copa de leche. Discutimos los temas sobre los que versaría el taller a partir de la información recabada de las entrevistas, como higiene de los alimentos, cuidado y prevención de enfermedades vinculadas a la alimentación, entre otras.

Posteriormente intercambiamos lo vivenciado en la realización de las entrevistas, principalmente el hecho de que muchas de ellas se tornan estructuradas asimilándose a cuestionarios ya que hay vecinos que solo responden afirmativa o negativamente, otros en cambio se explayan y aprovechan a contar sus realidades e propias que resultan muy emotivas y conmovedoras como anécdotas vinculadas a la salud-enfermedad, lo que hace que las entrevistas sean más abiertas y relajadas para ambos, entrevistador y entrevistado. De manera que el perfil que iban tomando las entrevistas era propio, de acuerdo a la particularidad del vecino interlocutor.

De los datos que comenzaban a emerger de las entrevistas se advertían coincidencias entre los vecinos, lo que paulatinamente fue organizando las áreas temáticas de interés para trabajar en los talleres de educación para la salud.

A principios de junio se desarrolló la 5<sup>o</sup> reunión del equipo. Al comenzar el responsable de contactarse con la nutricionista nos comentó que esta no podría estar presente en la fecha prevista y no nos podía confirmar cuando estaría dispuesta. Con este contratiempo, la orientación de la reunión giró hacia otros temas.

Tratamos de organizar las próximas entrevistas a realizar en el transcurso del mes de junio, para ya en julio iniciar el desarrollo del estado situacional sanitario junto con el estudio del nivel de percepción de la problemática en salud que atraviesa la comunidad.

---

<sup>4</sup> Consultar Anexo IX "Entrevista con la nutricionista".

<sup>5</sup> Consultar Anexo X "Encuentro entre nutricionista y encargadas del Centro Comunitario".



**ANEXO IX**  
**ENTREVISTA A LA NUTRICIONISTA**

**Día: viernes 28 de abril de 2006, 18 hrs.**

**Lugar: Hospital Central de Río Cuarto**

**Entrevistada: Nutricionista (N)<sup>6</sup>**

**Entrevistadores: Paula (E1), Adrian (E2) y Ramiro (E3)**

En esta oportunidad nos dirigimos a mantener una conversación informal con la nutricionista a los fines de transmitirle la problemática sanitaria a nivel de alimentación e higiene que vive el barrio y para conocer algunas ideas en torno a la nutrición en poblaciones con bajos recursos.

Para realizar este encuentro integrante del equipo que trabaja en el comedor de la UNRC realizó el contacto ya que la profesional trabaja con él y acepto de inmediato. Por tal motivo quienes asistimos a la entrevista fuimos Adrián, Ramiro y quien escribe.

E1: nosotros queríamos conversar con vos porque estamos realizando un proyecto de trabajo en salud con la comunidad desde la perspectiva de Paulo Freire que es un educador y que consiste en realizar en la primera etapa una indagación de los problemas y necesidades de los temas en salud que vive la gente, para, en una segunda etapa sobre esos temas, realizar educación en salud a través de talleres, pero en las observaciones realizadas y en las primeras entrevistas que hemos mantenido surge la cuestión alimentaria a través de por ejemplo la realización de la copa de leche y en las condiciones en que esta se prepara, la manipulación de los alimentos, los insectos que tienen contacto con los mismos, etc. Nos interesaría, que nos comentaras algunas líneas en que la nutrición puede contribuir a una mejor calidad de vida a las poblaciones de escasos recursos como es el caso del barrio Hipódromo....

N: yo quiero que ante todo ustedes sepan que yo no puedo ir a esa gente y decirles que se pongan guantes, es imponer una cosa a la que ellos no están acostumbrados entonces hay que enseñarles que por ejemplo a las manos hay sierpe que lavarlas, como manipular un alimento si hacen comidas, por ejemplo, estaba usando esta tabla cortando carne cruda y terminaron y dejaron el cuchillo ahí y después ahí mismo se vuelva a usar, eso es una contaminación cruzada que es normal que pase en todos lados, por ejemplo los hombres que hacen un asado llevan la carne en la tabla al asador y ahí mismo después cortan la carne cuando ya esta cocinada, pero bueno es la costumbre... que hace mal o no, eso es solo prevención porque hay veces que no pasa nada, igual que la carne contaminada, se la come uno y no le pasa nada pero se la das a un chico y le produce una enfermedad ....esas cosas, pero yo para eso tendría que conocer el lugar y estar un día un rato y hablar con la gente y después de esa observación a lo mejor se puede iniciar la prevención poniendo un cartel, leerlo, bien simple...

E2: esta bueno que ella vaya, vea el contexto y si se ponen carteles esta bueno para que la gente se vaya dando una idea porque ir a una charla de golpe no tiene sentido...

E1: claro, porque tampoco sirve...

---

<sup>6</sup> Se trata de la Lic. Rosa Cañás.

N: no sirve, yo le puedo dar una charla a una escuela secundaria pero un barrio es muy difícil porque primero tenes que entrar que la gente te tome confianza, sentarlos ahí, se van asustar, se van a ir...

E1: claro, si nos atrevimos a avanzar en venir a charlar con vos es porque en las entrevistas iniciales que pudimos mantener con la gente surge el tema de las moscas....

E2: lo que pasa que es el barrio Hipódromo ahí están todos los caballos...

N: abría que ver de poner mosquiteros o una cortina a la puerta, cosas simples que con no mucha plata se pueden hacer, ustedes mismos si están trabajando con ellos compran el tejido y lo ponen...

E1: la idea nuestra es trabajar en prevención primaria través de la concientización de la problemática sanitaria, y lo que surge es el tema de la planificación familiar, y los alimentos su manipulación y la presencia de insectos...

N: pero ¿no se fumiga?

E1: lo que los vecinos dicen es que no fumigan...

E2: se ese es el dato esa es la realidad... tenemos que avanzar es estas cuestiones que nos lleven a verlas causas y ver futuras soluciones, si la municipalidad no fumiga se hará el reclamo...

E1: pero la idea es que la gente, sí reclame, pero no porque uno le dice que reclame sino porque toma conciencia que esa situación los perjudica sanitariamente...

E2: claro, nosotros tenemos la intención de trabajar en salud pero desde una cuestión más popular, investigando lo que pasa en la realidad... por ejemplo si hay un brote de una enfermedad, no dirigimos al profesional pero es nuestra responsabilidad empaparnos de esa problemática para enseñar y aprender con la gente...

N: fijate vos que por ejemplo la hepatitis A que es la que tienen los niños solo se previene con un poco de higiene...

E1: claro, si nosotros con este pedido que te hacemos es apuntar al tema de la higiene porque es gente que no tiene recursos ni medios como para comprar más y mejores alimentos como para mejorar su dieta...

N: no si no se necesita tanto,...

E3: yo también creo que no hacen falta grandes recursos...

N: la ayuda que yo les puedo dar no sé si es la que ustedes buscan porque quizá necesitan a alguien que esté más seguido y con más tiempo...

E2: no, no está bueno que en la parte inicial vos te acerques al barrio...

N: claro porque yo no te puedo dar ninguna medida de prevención si no conozco el lugar, pero organicémonos para un sábado....

E1: ¿podrías el sábado 13 a la mañana?

N: si me parece y e queda bien, ¿tipo 11 de la mañana?

E2: dale...

N: sí para ir a conocer y de acuerdo a eso voy a tener más o menos una idea...

E1: por otro lado, yo me preguntaba si ¿habrá alguna línea teórica o si se contempla desde la nutrición cuando las personas tienen esos casos recursos? o ¿Qué tipo de trabajo se realiza desde la nutrición con esta gente?

N: si trabaja con la prevención basada en la educación, yo no tengo mucho trabajo en trabajo de campo porque trabajo acá y en el hospital, pero de todas maneras se trata de aprovechar los recursos que tiene la comunidad del mejor manera, por ejemplo, cuando yo realice mis practicasen el dispensario a la gente le daban un bolsón. Les daban polenta y ellos se la daban a los perros porque no sabían prepararla, la única manera que la comían era con salsa y no sabían otra forma de usarla, por eso basado en los recursos que tengan hay que ayudarles a usarlos mejor, eso es fundamental, si tienes polenta y leche ver como enriquecer eso en nutrientes, agregarle a la polenta leche en vez de agua, son cosas que parecen tontas pero que le sirven a los niños...

E3: hay algunos chicos que son celíacos en la casa donde funciona el Centro Comunitario, es la abuela con 7 nietos, porque la madre nunca esta... tienen problemas hay uno que tiene asma, otro tuvo púrpura y la bebe tiene un soplo al corazón...

N: son tratados

E3: fueron y son tratados...

N: te lo digo porque el celíaco requiere de un tratamiento permanente, desde que se detecta se le hace un tratamiento y generalmente se puede revertir a los cuatro años... pero si no lo trataste nunca tiene el intestino arruinado...

E3: también se detectaron casos, que no sé si es desnutrición pero los chicos están muy flaquitos y adultos también...

N: ¿y el Centro que da?

E2: Copa de leche...

N: ¿no le dan comida?

E2: antes funcionaba como comedor, ahora solo copa de leche, el comedor se cerró porque le cortaron los insumos y con el tiempo comenzamos a trabajar juntos y se abrió la copa de leche...

N: ¿ellos preparan la leche en polvo?

(Todos a coro): sí....

N: ¿y la diluciones?

E1: no sé, yo las veces que he visto la leche está caliente al aire libre y por eso se llena de moscas, no está conservada...

N: mientras estén sirviendo tiene que estar afuera, ahora mientras no lo estén haciendo es conveniente que este conservada...

E1: ¿y cómo tendrían que prepararla?

N: la dilución es al 13%, para leche entera... un gramo cada 100 cm. de agua....

E3: y también la gente que va a pedir la leche cae con las botellas de plástico que por ahí trae leche de otra vez que ha quedado, o gaseosa, agua y las botellas sucias...

N: son detalles importantes...

E2: por otro lado yo pienso que junto con la prevención es importante destacar si se produce una enfermedad cuales son las consecuencias, tener un parámetro para ver la dimensión de la problemática... que la gente tome dimensión de que es grave, no hay que minimizar la cosa, si un niño tiene diarrea, eso no es bueno porque ahí pierde todas las proteínas...

N: ¿Cuántas son las personas que preparan la leche?

E2: un chico de la "Juventud", dos chicas que van a colaborar y la Rita... y esta la leche y el pan...

N: pero volviendo al tema de los insectos la ingestión de alimentos que no están en condiciones son todos los casos de diarrea que tenemos acá internados en el hospital, la ama deja la mamadera sobre la mesa y se llena de moscas y el nene después la ingiere y se enferma...

E3: aparte también hay perros, gallinas...

N: yo les diría que primero ustedes tiene que ir allanando el terreno porque no puedo llegar y que ellos se sientan invadidos...

E2: si ya algo le dijimos y la primera reacción fue "esa señora no me va a decir a mí que es lo que tengo que comer" porque ellos asocian la nutrición a la alimentación y no a la higiene...

N: claro comentarles, sería bueno que uno de los chicos de la copa de leche que sea más responsable capacitarlo para que siempre este pendiente... se necesita alguien que está marcando para que a los tres días no se olviden, alguien que recuerde, "enjuaga el colador", se tendría que capacitar el más joven...

E2: está el "Noné" y la Rita...

N: tiene que saber que en todos lados pasa lo que sucede es que en este sector es más evidente, pero es importante porque este es un granito de arena...pero es muy importante que la coordinadora del Centro o la que manda este de acuerdo, si ella está de acuerdo todo va a andar, porque si de entrada ella no quiere que yo valla por más que me atienda con una sonrisa y me diga a todo que si yo me voy y no cambia nada, y me dice "yo he criado a todos mis hijos así, vos me vas a venir a decir" o sea si bien no vamos al campo acá lo vemos, chiquitos de dos meses que les dan guiso entonces vio le digo "mama con los mismos elementos lo puedes preparar así, o así" y me contestan "este es el quinto que he criado" y te miran como diciendo "vos que sabes" pero el chico estaba con una gastroenteritis que no le puedes parar....

E1: claro

N: ahora el gobierno esta largando un programa de Reforma de prevención primaria, se trata de concienciar a los profesionales para prevenir cada uno desde su disciplina, se trata de ir a la comunidad buscar 10 familias y vos vas registrando a todos los miembros en una cartilla que dice cuales son los estudios que uno de tiene que hacer por la edad que tiene, si esto se implementara daría buenos resultados, lo que ellos quieren es trabajar en red, que cada dispensario tenga su computadora conectada en red con el hospital, y que cada niño tenga su historia clínica ahí con el numero de documento entras, y lo mismo en Córdoba, el proyecto es muy bueno, pero te capacitan y la gente sigue dando vuelta sin saber qué hacer, la gente acá viene a las tres de la mañana a buscar un turno, llegan acá y consiguen un turno de mamografía para dentro de 2 meses y cuando vienen a lo mejor el mamógrafo está roto, es un desastre eso es lo que yo discuto, está muy bien que nos capaciten pero si a mí no me sirve para devolvérselo a la gente... no me sirve...

E2: ¿y esto pasa acá?



N: todos los días.... Hay cosas mal organizadas y muchas veces quedamos como rehenes del sistema porque yo no le puedo decir a un paciente que antes de venir al hospital tiene que ir al dispensario mas praxis por ética profesional... no podes hacer ir y venir a la gente.... Se contratan pocos profesionales y los que se perjudican siempre son los pacientes... los funcionarios ponen palos en la rueda a la gente...

E2: si el estado quiere apuntar a una medicina privada...

**ANEXO X**  
**ENCUENTRO DE LA NUTRICIONISTA Y LAS ENCARGADAS DEL CENTRO  
COMUNITARIO**

**Día: sábado 13 de mayo de 2006**

**Hora: de 11 a 12.40 hrs.**

**Lugar: Centro Comunitario Mami Rita**

En esta oportunidad nos dirigimos al Centro Comunitario con la finalidad de mantener una primera reunión informal entre el equipo de trabajo, Rita (en carácter de encargada de la copa de leche) y la nutricionista.

Debido a lo surgido en entrevistas anteriores y a preocupaciones comentadas por Rita en el quehacer de la copa de leche, como manipulación de alimentos, preparación de la leche e higiene del lugar consideramos oportuno establecer un contacto con un profesional de la nutrición. Es así como Adrián se contacta con la nutricionista del comedor de la UNRC y ella accede a tener una primera entrevista con el equipo de investigación. En esa instancia la profesional nos recibió en su lugar de trabajo –Hospital Central de Río Cuarto- y allí nos dejó claro que su intervención para este caso es de tipo prevención primaria, pero que antes de cualquier actividad su intención era conocer el barrio, el lugar en que se prepara la copa de leche y principalmente conversar con la encargada de la tarea. Esa sí como se estableció el sábado 13 para este encuentro.

Llegamos Anabel y yo primeras, unos minutos más tarde llegó Adrián, Walter y la nutricionista. Debido a que ese sábado era el bautismo de la nieta menor de Rita, el lugar estaba muy limpio y ordenado, afuera estaba toda la ropa colgada en la soga, los chicos amanecían y tomaban el desayuno –pan y mate cosido- y toda la familia estaba presente los 5 hijos de Roxana, los 2 de Karina y el hijo mayor de Rita que había ido de visita.

Al llegar la profesional Rita nos hizo pasar a todos a la habitación donde se da apoyo escolar y nos sentamos todos en la mesa, Adrián trajo la pava y el mate, y entre mate y mate comenzamos a conversar. La nutricionista tomó en brazos a la bebe (dos meses) que ese día iba a ser bautizada y preguntó a Rita cuestiones como el peso actual, el peso de cuando nació, si le daban el pecho, si alternaban que leche le daban y Rita le iba contando y la profesional le daba consejos como no dejar la lactancia materna y evitar darle leche entera porque era muy chiquita. Después Rita comenzó a contarle de sus otros nietos, a los que se refiere como “los míos” –como si fueran sus hijos, no sus nietos- las enfermedades y como las han enfrentado.

Lugo Adrián decide hacer una presentación un poco más formal del encuentro y comenta que en el Centro se da la Copa de Leche a casi 100 chicos, que acuden día tras día quizá en búsqueda de su único alimento diario y que esto es una gran responsabilidad para el Centro, y que si nuestra finalidad es trabajar en salud con la comunidad barrial es importante comenzar desde el centro que nuclea y representa a los vecinos. A lo que Rita y la nutricionista afirmaban con la cabeza. Luego yo nuevamente presenté a la nutricionista y, como ya lo habíamos venido hablando, comenté que su presencia en el centro era un poco como demanda y necesidad que había surgido de las entrevistas y de las conversaciones con Rita y otros vecinos, y le pedí a la profesional que nos diera algunos consejos o líneas generales de cómo debe ser el trabajo de preparación de la leche y la higiene que se debe mantener en el lugar.

La nutricionista asintió y comenzó a dialogar con Rita en un tono ameno y respetuoso. Le preguntó cuestiones referidas a la elaboración y preparación de la leche y relacionadas a la distribución de la misma.

A continuación se transcribirá un fragmento respecto de algunas cuestiones indagadas por la profesional y respondidas por Rita.

Nutricionista: ¿cuánta gente trabaja en la preparación de la copa de leche?

Rita: y siempre estoy yo y alguno de los chicos, son cuatro pero se van turnando. Son dos de la agrupación (Juventud CTA) y otras chicas del barrio con el plan Jefas y Jefes de Hogar.

N: ¿a qué hora comienzan a prepararla?

R: y yo pongo la pava tipo dos y media, después espero unos veinte minutos, media hora que se entibie un poco y comienzo a prepararla....

N: ¿Cómo son las diluciones?

R: y yo pongo más o menos así (indica cierta cantidad) cada un litro de leche...pero queda media aguada....

N: claro, vos te das cuenta, le va un poco más de leche, la dilución es al 13%, para leche entera... un gramo cada 100 cm. de agua.... ¿Qué marca es la leche?

R: eh, no me acuerdo ¡Roxana, tráeme una caja de leche!

-la trae se la entregan a la nutricionista-

N: -mira la marca con cara de no conocerla y lee el valor nutricional- si, parece buena... ¿Preparan solo leche o les dan mate cosido por ejemplo?

R: si a veces preparo mate cosido y otras veces cocoa...

N: y ¿les dan algo para comer a los chicos?

R: al principio la municipalidad nos mandaba facturas y pan para los chicos ahora solo pan...

N: ¿y qué cantidad de pan les das a los chicos?

R: y... es un bollito por chico, pero si me dan más yo les doy más porque yo sé en qué casas esto a veces es la comida del día....Ahora estoy con ganas de empezar a hacer dulces para darle a los chicos, de zapallo o dulce de leche...

N: es una buena idea...

R: sí pero no tenemos insumos...

N:-cara de preocupación- ... ¿y vos limpias el lugar con los otros chicos de la copa, te ayudan?

R: no, en realidad limpio yo porque ellos no limpian nada, yo ya les he dicho que limpien la piedra con detergente y lavandina y no me ayudan, dejan la puerta abierta y esto se llena de moscas...

N: si, eso abría que prevenirlo, con mosquiteros porque eso trae enfermedades y puede enfermar a los chicos... como diarrea por ejemplo, es importante también la higiene personal de los que preparan la leche ¿utilizan guantes y pañuelos para recogerse el cabello?

R: guantes no, recién ahora he logrado que se pongan unos pañuelos en la cabeza ¡pero me costó...!

N: ¿Qué cantidad de niños vienen a tomar la leche?

R: y una vez hicimos un relevamiento que decía que cerca de cien chicos vienen a buscarla....

N: ¿de qué edades?

R: y... de los 4 a los 16 años más o menos, pero vienen los chicos cuando salen del colegio, los padres no vienen, solo algunos pocos vecinos vienen a buscarla...

N: ¿a qué hora vienen a buscarla?

R: de las 16 a las 19 hrs.....

N: ¿La toman aquí o se la llevan?

R: algunos la toman acá y otros se la llevan porque hay más hermanitos que esperan para tomar la leche en su casa...

N: y... ¿En qué recipientes se llevan la leche?

R: y en botellas de gaseosa, que a veces vienen re sucias, más de una vez las hemos tenido que enjuagar bien con lavandina porque estaban mugrientas y se querían llevar la leche ahí...

Paula y Anabel: ¡¿Con lavandina?!

N: sí eso está muy bien, claro que bien enjuagada después, pero la lavandina mata todo y es muy bueno que la uses...

R: si yo uso lavandina para limpiar todo, los recipientes y la mesada, lo único que una vez mezcle el detergente con la lavandina y me hizo re mal...

N: claro, es malísimo eso no se debe hacer primero se lava con detergente y después la lavandina...

R: si yo se que está mal...

N: si, ya veo que usted tiene las cosas muy claras, más que todos nosotros juntos, lo bueno sería que le pudiera transmitir al resto de los chicos que preparan la leche...

R: si yo les digo pero me dicen "vieja pesada" y no me hacen caso....

Adrián: vos pensas Rita, que sería bueno que viniera la nutricionista a tener una charla con toda la gente que está en la copa de leche...porque sería muy bueno y poder extenderla a otros vecinos....

N: ¿Qué le parece a usted Rita?

R: yo creo que sería muy bueno porque a usted le harían más caso que a mí....

N: entonces yo después le aviso a Adrián o Paula el día que puedo y arreglamos, yo no tengo problema pero dispongo de los sábados solamente...

P: no te hagas problema que nos arreglamos...

Y con esa iniciativa de un próximo encuentro con la gente de la copa de leche y algunos vecinos terminó la reunión.

Cuando volvíamos en el auto yo le pregunté a Luchi como se había sentido, y ella muy contenta sonrió y me contestó – aludiendo a Rita- "la tiene más clara que todos", me dijo que ella se esperaba otra cosa pero que, por lo que Rita había dicho, trabajaba muy conscientemente en lo que hacía.

Esta reunión me deja con la buena sensación de un primer "grupo de investigación temática en salud", si bien aquí solo transcribí la conversaciones entre Rita y la profesional –nutricionista- todos los presentes participamos y fue muy enriquecedor para todos, ya que la formación y los



consejos de la profesional y la experiencia de trabajo concreto de Rita, nos dejaron ver que bien pueden comulgar ambos factores, desde la buena voluntad y predisposición, en el trabajo para, por y con la comunidad.

**ANEXO XI**  
**ENTREVISTA A LOS RESPONSABLES DEL DISPENSARIO N° 3**  
**(Al que pertenece la comunidad barrial Hipódromo)**

**Día: jueves 9 de noviembre, 12.40 hrs.**

**Lugar: Dispensario N° 3. Calle Antonio Lucero y la Rioja**

**Entrevistados: Médico Clínico (MC)<sup>7</sup> y Médica Pediatra (MP)<sup>8</sup>**

**Entrevistadora: Paula (E)**

El día jueves 9 de noviembre, después de varias oportunidades en que no podíamos acordar un encuentro, mantengo una conversación telefónica con la Médica Pediatra responsable del dispensario quien me dice que me llegue ese mismo día que me esperaba. Al llegar este se encontraba casi vacío y el grupo de enfermeros y facultativos estaban en una reunión por lo que tuve que esperar a la médica un buen rato. En ese transcurso saque provecho de la observación del lugar.

La sala central, al ingresar al dispensario, tiene sillas y bancos dispuestos en contra de las paredes y allí confluyen las puertas de los distintos consultorios, que parecían unos cuatro. El lugar es bastante viejo y no está mantenido a nivel edilicio. Las paredes tienen colgados afiches con distintos mensajes informativos como: "la ginecóloga atiende los días tal y tal y se saca turno el día tal", "la dentista el día tal solo atiende a niños", etc., y otros de tipo información preventiva destinados a padres como "que alimentos aportan nutrientes, cuales energía, cuales aportan a la construcción", "la importancia de acompañar y estar junto a los hijos", etc.

Luego ingresó al lugar un hombre, una señora, otra señora mayor, una mujer con una niña y una pareja muy joven con su hijito en triciclo.

Todos escuchábamos como los profesionales se encontraban en reunión y discutían distintas cuestiones, como horarios de atención y reuniones de equipo, pero ninguno de ellos golpeo a la puerta para consultar algo, todos esperamos en la sala de espera, no supe que esperaba cada uno de ellos ni a quien, yo sentía que estaban muy "pacientes", casi sin molestarles el transcurso del tiempo, que a mí ya se me tornaba insoportable, y con la certeza que la profesional sabía que yo estaba ahí.

Finalmente la Pediatra salió de la reunión, me pidió disculpas y me indicó que la acompañe al consultorio. Una vez allí le comente que trabajaba en la universidad y que estaba realizando una investigación en salud comunitaria en el barrio, en la zona cercana al Hipódromo, que tras haber realizado varias entrevistas a vecinos sobre temas en salud iniciamos una instancia de talleres en salud comunitaria y que en este momento nuestro interés era conocer la forma de trabajo y algunos aspectos institucionales del dispensario. La médica se mostró interesada, luego le pregunte si la podía grabar, a lo que accedió sin problemas. Cuando saque de mí sobre las preguntas de la entrevista me la quitó de las manos y la leyó rápidamente: "¿Cuánto hace que funciona el dispensario? No sé, ¿Qué necesidades llevaron a crearlo? No sé, hum... ahí vengo".

---

<sup>7</sup> Se trata del Dr. Luis Paéz.

<sup>8</sup> Se trata de la Dra. Dora Gonzalez Achaval.

Me quede sola en el consultorio pensando "como no maneje yo la situación, naturalmente tendría que haber ido respondiendo a mis preguntas ¡cómo me va a quitar mi guía personal de las manos y la va a leer!". Espere y entro la Pediatra con el director del dispensario, el Médico Clínico, la Dra. me presentó diciendo que era alumna, lo que le corregí diciéndole al Dr. que era Licenciada en Psicopedagogía y que estaba realizando un trabajo de investigación para mi tesis de Maestría en Ciencias Sociales, a partir de ahí sentí que se me trató con más atención y respeto, el médico accedió a ser grabado y comenzamos la entrevista los tres.

E: ¿cuánto hace que funciona el dispensario en este lugar?

Médico Clínico (MC): y yo estimo que debe ser cerca de cuarenta años porque yo se que fue en los primeros años de la década del 60'....

E: tiene una gran historia... ¿Qué necesidades, si las conoce, llevaron a crearlo?

MC: y la necesidades que había era, de que la población no cierto, en ese entonces contaba con el Hospital Central, el Centro de Salud de calle Cabrera, pero el crecimiento se iba haciendo muy a las afueras de la ciudad entonces se creó el dispensario 1, el 2 y este, se trató de focalizar en los cuatro sectores de la ciudad...

E: ahora más vinculado a la actualidad ¿Cuántas personas, más o menos, asisten por día?

MC: ponele, yo tengo un promedio de 30

Médica Pediatra (MP): 30...yo tengo un promedio de 25 a 30 por día, son 60, odontología son 10, son 70, y gineco hagamos un prorrateo de 12... o sea que son unos 80...

MC: entre 80 y 100 pacientes por día...

MP: de consulta médica u odontológica, si a eso le sumamos todas las que son consulta a enfermería por toma de tensión arterial, curaciones, inyectables, nos vamos a 120 fácil por día...

E: es un número importante....

MC: es un número muy respetable, hace unos años atrás llegamos a la grosería de casi 1900 consultas por mes... consultas de las cuatro especialidades

MP: sin contar enfermería...

MC: es una cosa grosera...

E: ¿es porque el barrio es grande?

MP: el barrio abarca desde la Presidente Perón hasta la calle San Martín, o sea el área que cubre este dispensario, y desde la Maipú hasta la ruta y en realidad más allá de la ruta, porque cruzando la ruta la circunvalación involucra también... ese es el rectángulo que involucra este dispensario...

E: ¿y qué población predomina?

MP: es una población mezclada, hay adultos, hay jóvenes y hay niños, no es una población exclusivamente de viejos...

MC: a lo mejor vos que querías referir al estado social...

E: Sí, a todo lo que ustedes consideren...

MC: no es un barrio marginal como pueden ser otros, donde haya un enorme bolsón de pobreza, yo te diría que es de clase media baja... no cierto

E: hay zonas donde se manifiesta más la pobreza, por ejemplo donde estamos trabajando nosotros en el centro comunitario Mami Rita ...

MP: puede ser, pero si vos abarcas toda el área nuestra también tenes sectores como de acá hasta la Maipú que son de clase media...

E: ¿y esa gente accede al dispensario?

MP: la gente que accede al dispensario es la gente que tiene la cobertura municipal... es la gente que se atiende en el dispensario... serian aquellos que no tienen una mutual, de todas maneras nosotros atendemos muy mucha gente que tiene mutual también pero que por costumbre, porque se sienten cómodos, porque están en el barrio, porque nacieron en el barrio y conocen el dispensario desde siempre siguen atendiéndose acá, o algunos que tienen su médico clínico en una clínica privada y todo los que es controles de enfermería como tomarse la tensión, hacerse curaciones, lo hacen acá...

E: ¿y los motivos de consulta que predominan?

MC: variadísimos...

MP: depende... en pediatría tenes los chicos que asisten a control de crecimiento y desarrollo, niños sanos que asisten a control, nosotros tenemos un programa de control de crecimiento y desarrollo que involucra a los recién nacidos hasta los seis años, esos niños asisten por más de que estén sanos y hacen el control, que es una tarea de prevención con ese chico, prevención desde la vacunación, desde la alimentación, desde la promoción de la lactancia materna, desde la indicación de prevención de accidentes en los niños, después de los 6 años en adelante ingresan a través de lo que es el plan de salud escolar, que también concurren acá, sobretodo en nuestro colegio, el colegio que nos involucra a nosotros es el colegio Racedo, esos chicos concurren, esos serian niños sanos que vienen a hacer un seguimiento y un control donde uno hace mucho hincapié en todo lo que es atención, nosotros hacemos prevención primaria, y hacemos mucho hincapié en la prevención y promoción de la salud en ese tipo de población, después tenes la patología, desde la más variada y con un incremento impresionante desde el punto de vista pediátrico y desde el punto de vista clínico también, de lo que es la patología social, llamase: maltrato, alcohol, adicciones, violencia familiar, trastornos de conducta, patologías sociales que lamentablemente cada vez hay más y que desde acá tenemos que dar algunas respuestas en la medida que uno puede. Por ejemplo ahora estamos trabajando con gente de protección familiar que están ya viniendo una vez por semana porque cada vez van más en aumento estas patologías sociales, y me parece que n clínica médica también....

MC: si seguro, las patologías de tipo familiar...

MP: o sea, digamos uno atiende la faringitis, la otitis y la laringitis o la neumonía, pero también hay mucho en la consulta cuando vos te pones a escarbar, con los niños sale mucho todo esto, el maltrato el abuso, la violencia, el abandono, la negligencia...

MC: vos recién dijiste la palabrita justa... lo psicossomático, me dicen que soy loco, seré loco...en el 60 % de los casos tiene que ver con esto (señala su cabeza) es lo que yo le llamo "azoteitis"...porque viene de la azotea, hum, "azoteitis", la cantidad de gente que viene porque le duele el hombro izquierdo, la cadera derecha, la rodilla izquierda, y vos te das cuenta que no puede ser...y aparte de dicen "ah y me estoy olvidando de esto doctor" es importantísimo esto que pasa...

E: ¿y con qué profesionales cuentan?



MC: acá esta el Dr. que hace Clínica Médica y atiende los pacientes de 15 años en adelante, yo que hago Pediatría desde recién nacidos hasta los 15 años, hay una toco ginecóloga, hay dos enfermeros que se turnan, porque hay dos turnos de enfermería y después trabajamos con la gente de protección familiar que es un trabajador social, una psicóloga y una psicopedagoga, que vienen una vez por semana, este una asistente social, bueno, acá también hizo una pasantía gente de nutrición de unos tres meses que se les terminó pero siguieron conectadas y están viniendo por iniciativa de ellos porque les gustó el trabajo entonces están viniendo los miércoles dos chicas y hay unas estudiantes de psicopedagogía que están haciendo las practicas acá, pero esto no tiene nada que ver con nosotros, nosotros no derivamos ni nada, vienen del Centro de Salud y como los pacientes son de este área los derivan acá para que puedan hacer el tratamiento acá para que les quede más cómodo, pero eso no depende de nosotros, o sea yo no les puedo derivar pacientes a esas psicopedagogas...

E: ¿y sienten que son suficientes los profesionales o por ahí se sienten desbordados?

MC: yo creería que no, que es suficiente, es una cantidad bastante buena de profesionales...

MP: como profesional médico clínico el atiende toda la demanda, yo como pediatra también, a lo que a veces uno se siente como muy sólo es a este tipo de temas que uno no puede dar respuesta, yo no cuento con una psicóloga ni el Dr. cuenta con una psicóloga. El ve una paciente depresiva y estamos muy atados de manos para darle una respuesta, es decir más clínicos no necesitamos, más pediatras tampoco, pero por ahí sí se necesita la interdisciplina para poder abordar estos temas porque yo no soy psicóloga, entonces a veces acá me cuesta mucho, porque toda esta patología ha aumentado mucho y a veces nosotros nos vemos muy limitados, tenemos que ser el psicólogo, el sacerdote, el clínico, tenemos que dar respuesta para todos y no podemos, entonces en ese tipo de cosas me parece que sí faltan profesionales, ahora como pediatra y clínico basta y sobra, está el doctor él atiende toda la demanda y no queda gente sin atenderse... pero la otras áreas estamos muy.... ¿no se Doc?

MC: no, no, si, si, en estas áreas ya te vuelvo a repetir la problemática psicosomática es fundamental, lo ideal sería el abordaje interdisciplinario...que hubiese acá un psicólogo...

MP: claro, y no tenemos...

MC: para poder derivar porque sino uno muchas veces termina dando el ansiolítico... o el antidepresivo con lo cual no logra solucionar nada...

E: no... seguro...

MC: porque lo estas llevando a una cronicidad de medicación...

MP: en pediatría tenemos también la gran falencia que acá en la parte pública no tenemos neurólogo pediatra...

E: en la parte pública de toda la ciudad...

MC: en toda la ciudad...

MP: en la parte pública no hay neurólogo infantil, hay una Dra. que se hace cargo de todos esos pacientes pero no es neuróloga infantil, el hospital lo está tomando una médica, ella es neuróloga pero no hace niños, entonces nosotros estamos con muchas dificultades en esa área, los trastornos de conducta son muchos, los trastornos de aprendizaje son muchos, la patología vincular es mucha y a veces no le estamos dando respuesta a todo eso...

E: respecto del servicio que ustedes brindan en salud ¿es permanente, el fin de semana hay una guardia...?

MC: no, no, no, es de lunes a viernes de 7 a 19 horas...

Paula: ¿y si viene alguien con una urgencia por ejemplo?

MP: ¿qué día?

MC: ¿en qué horario?

MP: ¿qué día? ¿Un sábado?

E: claro

MC: acá está cerrado... de lunes a viernes es

E: y en esos días están las enfermeras ¿ellas atienden en una emergencia?

MP: el servicio de enfermería atiende de lunes a viernes de 7 a 19 horas y el servicio médico es a la mañana estoy yo y en el turno tarde está el doctor, o sea que siempre hay un médico en la semana si hay una urgencia... siempre hay un profesional médico y de enfermería desde las 7 de la mañana y hasta las 7 de la tarde...

E: bueno recién algo me contabas ¿tienen iniciativas de vinculación con el barrio o con instituciones del barrio?

MP: nosotros trabajamos mucho con la escuela Racedo, es una escuela que hace muchos años que trabaja con nosotros o sea que está muy abierta con la comunidad, desde el colegio con la comunidad y nosotros desde acá también, no tenemos dificultades...

E: tiene un buen nexo...

MP: totalmente, con la escuela Racedo totalmente, en el jardín tanto como con la escuela primaria...

E: y están llevando adelante este proyecto de "salud escolar"

MP: eso siempre se hizo pero además se hacen otras cosas, el año pasado hicimos un proyecto con el jardín para prevenir violencia, primero hicimos un taller para detectar los problemas que la comunidad tenía, en ese taller se hizo un diagnóstico de situación y surgió que los problemas que más le afectan y preocupan a la gente son: la violencia, el alcoholismo y las drogas, en ese orden, había ítems como: "le preocupa que el dispensario no esté abierto el sábado y el domingo" no, "le preocupa que los medicamentos no son los suficientes" no, "le preocupa la entrega de leche...no", los temas que preocupaban eran otros habían muchas posibilidades y surgió esto que era también lo que nosotros veíamos como una problemática que iba en aumento y que nosotros no podíamos dar respuesta, o sea que estábamos pensando lo mismo, la comunidad y el dispensario, a partir de eso se hizo un proyecto para trabajar, porque el problema más importante era el problema de violencia, entonces se hizo un proyecto para trabajar con el jardín de la escuela y con los padres y como yo no tengo experiencia en violencia, lo que hice fue trabajar con lo que yo conozco que son los factores protectores... y los factores protectores de la violencia para la pediatría son el juego, el deporte y la lectura, entonces se hizo un taller con los chicos y después un taller con los padres también. Eso lo repetimos este año junto con las chicas del equipo de protección familiar y después se hizo otro taller más sobre límites y autoestima. Justamente recién estábamos reunidas con ellas que nos comentaban un proyecto que tienen pensado para trabajar con el secundario. Nosotros desde acá estamos involucrados en todo eso... pero hay una muy buena relación con el colegio, las maestras son muy abiertas y dispuestas a trabajar y están como deseosas a trabajar entonces cuando uno ofrece este tipo de cosas hay respuestas...

E: que bueno, y lo que vos decías es más o menos los mismos datos que fuimos recabando en nuestra investigación desde febrero, de la gente con esas preocupaciones...

MP: si ese taller fue muy lindo y lo que vimos es que lo que le preocupaba a la población era también lo que nos preocupaba a nosotras pero no solo porque ¡uh me preocupa la droga! No porque a veces veíamos y a veces sentíamos que no podíamos dar respuesta desde acá entonces con qué trabajo yo no tengo psicólogos, no tengo esto, no tengo lo otro, yo lo que podía hacer era trabajar con lo que yo sé, prevenir la patología, actuar sobre la prevención cuando son más chicos a través del vínculo, del vinculo temprano, la promoción de la lectura, del juego, a prender las pautas de desarrollo, para ver el tema de los limites y saber cuándo ponerlos, y con eso prevenir el mal trato, la violencia, y demás...

E: básicamente con la escuela ¿y con otra institución como vecinal?

MC: si pero con las vecinales prácticamente no se trabaja, es nula, la gente no va a las vecinales, mirá que intente varias veces hacer charlas en las vecinales y no tuvimos respuestas...

E: si, nosotros lo vivimos, es muy difícil la convocatoria cuando se quiere trabajar con la comunidad, fuimos casa por casa invitando a los vecinos...es un trabajo de hormiga...

MP: la ventaja es que es un colegio grande con una directora que a mi modo de ver esta muy comprometida, nos abre las puertas, y tiene mucha población, cerca de 700 alumnos en el primario y en el jardín deben estar en los 180, y el colegio convoca y convoca mucho y como nosotros tenemos muy buena llegada con el colegio, por lo menos para mí s mucho más fácil trabajar porque tengo la tierra fértil, difícil es meterme en un lugar que no conozco, yo la verdad no tengo experiencia de trabajar en otros lados....

E: si conozco que el colegio tiene muy buena predisposición porque hay chicos de la agrupación trabajando...

MP: claro en el proyecto volver a estudiar, yo estoy también estamos con los chicos de la CTA...

E: es muy bueno porque se van estableciendo redes en la comunidad...

MP: en ese proyecto se trabaja con gente de la CTA, se trabaja con gente del dispensario, se trabaja con gente de la iglesia, porque estaba el cura de la Santa Teresita y lo que se trata es de reinsertar chicos que habían dejado el colegio, con el proyecto de becas de volver a estudiar...

E: bueno era esto, conocer la visión que tenían desde acá, y muchísimas gracias a los dos...

MC: no por favor, lo que quieras y precises que se pueda...

E: si nosotras en la universidad estamos trabajando en el área de la salud y la educación y estábamos pensando en una nueva etapa de investigación, que si están dispuestos sería conjuntamente con ustedes, a cerca de la comunicación con los vecinos y pacientes, las representaciones que se tiene del barrio y de las problemáticas que viven, y si a ustedes les interesa que yo venga a hacerles este tipo de entrevistas... si están dispuestos quiero decir...

MC: ningún problema, lo que quieras...

MP: ningún inconveniente...

E: sería muy bueno, obviamente que siempre va a haber devolución de todo esto...

MP: eso es importante

E: si, es fundamental, porque sino los vínculos no sirven entre las instituciones...

MP: por supuesto si vos venís y haces una encuesta y no me decís nada, no sirve...



E: tal cual, nosotros pensamos trabajar desde una perspectiva de colaboración,

MP: muy bien....

E: porque como institución esa forma de trabajo sirve si no... pensamos que no va

MC: "amor de uno no sirve"

MP: seguro...

E: porque sino después nos quedamos con la información debajo del brazo y no sirve de nada... se trata de contribuir en la comprensión y problematización de una situación...

MP: aumentar el número de las estadísticas no le sirve a nadie...

E: seguro, nosotros trabajamos desde una perspectiva opuesta a lo cuantitativo...

MP: ¡me parece fantástico!

E: por otro lado esa investigación que me decías que realizaste si me la pudieras facilitar me interesaría mucho, porque es un antecedente de trabajo muy importante en el barrio...

MP: bueno yo me encargo de buscártelo y te aviso...

E: me interesaría para citarte, como antecedente de trabajo es muy importante, y lo que surgió de ello... que se condice con lo surgió de las entrevistas con la gente

MP: yo veía que la comunidad tenía tal problema y decidí trabajar desde lo que yo sé, yo sé que los factores protectores de la pediatría son importantes para evitar la violencia, lo hago desde el consultorio y desde la comunidad a través de la escuela... pero es muy poco lo que se hace... además yo hace 12 años que estoy acá y la gente me conoce

E: claro si en las entrevistas la gente te nombraba...

MP: hay gente que te quiere, hay gente que no te quiere, hay gente con la que uno tiene más dificultad otras con menos, pero la gente te conoce. Yo me acuerdo que al primer taller fueron diez familias, la segunda vez era 50 y la última vez estaban casi todos los padres... vos convocas y la gente te da respuestas y ahora que estoy trabajando con las chicas de protección familiar para mí es una ayuda porque la llegada de ellas es de a poquito es importante... lo que pasa es que se presentan temas difíciles de abordar, el tema del maltrato por ejemplo no a todos les gusta, muchos se sienten tocados y aparte muchas veces hemos tenido que intervenir, entonces no les gusta a todos la presencia de la "Dra. Dorita"... pero bueno... Se trata de jugarse, yo sé cómo es habrá gente que no le gusta que lo haga pero bueno... meterse con esto es difícil, hurgar la familia es difícil, pero de algún punto hay que hacerlo...

E: bueno Dra. me encantó conocerle y gracias por tu tiempo...

MP: no hay porque y contás con nosotros para cuando quieras...



## ANEXO XII

### ENTREVISTAS A RESPONSABLES DEL SISTEMA DE SALUD DEL CONTEXTO LOCAL (INSTANCIAS MUNICIPAL Y PROVINCIAL)

#### Entrevista 1 (Instancia Municipal)

**Entrevistada:** Directora del área de Prevención del Centro de salud Municipal (D)<sup>9</sup>

**Entrevistadora:** Paula (E)

**Día:** lunes 4 de junio de 2007

**Lugar:** Centro de Salud de la Ciudad de Río Cuarto

Este centro es la instancia responsable de la salud a nivel municipal, para realizar la entrevista a la Directora del área de Prevención nos solicitó que eleváramos una nota al municipio, a la subsecretaría de salud y promoción social. Ello facilitó que la profesional aceptara amablemente pero con algunos resguardos. Transcurridas más de media hora de espera la Directora (D) nos atendió.

E: ¿cómo se organiza el sistema de salud local?

D: dentro de los elementos del sistema tenemos que contar, en la jurisdicción municipal son 18 centros de salud o dispensarios, se conocen con los dos nombres, y la maternidad Kowalk que funciona en este momento como una Fundación, ellos están dentro de la jurisdicción, tiene una modalidad de trabajo diferente, no tiene dependencia directa desde el municipio, responde a los objetivos de la salud de la comunidad pero tiene un nivel de financiamiento diferente...

E: ¿podemos decir o hablar de que es privada?

D: no, no, no, es Fundación, Y desde el punto de vista de la jurisdicción provincial el Hospital Central Río Cuarto, que es el nuevo Hospital San Antonio de Padua, en el cual si hablamos de niveles de atención se habla de una complejidad nivel tres, y que es el hospital de referencia de la zona.

E: de manera que la gente que viene hasta el Centro de Salud con problemáticas más graves se la traslada allí...

D: si, se la deriva al hospital de referencia, esto es en el nivel estatal y en el orden privado existen las prepagas y obras sociales y las instituciones privadas, que son las de medio...

E: ¿y cómo se vincula el Centro de Salud con los dispensarios?...Yo tengo entendido que el Centro de Salud nuclea a los dispensarios ¿esto es así?

D: no, en realidad lo que tiene el Centro de Salud, es el área administrativa o la Central Administrativa donde está el control de gestión, o la sede de control de gestión y sistematización de todos los datos, pero el Centro de Salud en sí funciona como otro Centro de Salud, o sea que también tiene su área programática, también tiene sus prestaciones, en este determinado lugar, coincide que toda la parte orgánica o administrativa se encuentra también acá, podría estar en otro lado....

E: entonces tenemos las prestaciones en salud por un lado y lo administrativo u organizacional por el otro...

D: claro, o sea aquí están los directores, los supervisores, los jefes de departamento que son los que se relacionan permanentemente con estos centros periféricos...

E: entonces ahí estaría dada la relación entre el Centro de Salud y los Dispensarios...

D: si esa es la relación que se hace...

<sup>9</sup> Se trata de la Lic. En Enfermería Sonia Asís.

E: y en qué consiste ¿en estar supervisando, controlando el funcionamiento de estos dispensarios?

D: bueno, los centros de salud todos tienen la perspectiva de trabajo a partir del año 1991 a través de la estrategia de APS ¿Qué significa esto? Tomada la filosofía la intención es el trabajo con la gente, para la gente en los lugares donde ellos están y tratando de lograr el escalonamiento de la atención desde un nivel de menor complejidad a un nivel de mayor complejidad...dando respuesta a las dolencias menores en el ámbito más cercano a su domicilio, y cuando hay exigencias de una cirugía por ejemplo, los Centros de Salud o están para cirugías mayores capacitados a nivel de infraestructura por lo que son derivados al hospital de referencia...

E: ¿y desde los dispensarios se deriva al centro de salud por algún motivo?

D: eh, en este caso se deriva para alguna prestación o servicio complementario, como puede ser los electrocardiogramas, o si en los centros periféricos no hubiese alguno de los fármacos, la farmacia central esta acá, pero normalmente la respuesta tiene que estar dada a nivel de cada centro.

E: ¿y en esta organización interna del centro de salud, que especialidades hay?

D: dentro de la organización se establece un equipo interdisciplinario, en cada uno de los centros de salud, que está compuesto por la clínica básica que es el pediatra, el médico clínico, el médico toco ginecólogo y el odontólogo, que comparten el equipo con el personal de enfermería, con psicopedagogos o psicólogos y con asistentes sociales. Esto depende de cada uno de ellos y hay, equipos que son permanentes o básicos y equipos que son itinerantes, por ejemplo, los psicólogos y psicopedagogos puede estar atendiendo en el centro periférico N° 7 y en el Centro periférico N° 3, son distintos días, pero no está permanentemente en esos centros.

E: ¿acá en el Centro de salud cuantos profesionales prestan sus servicios?

D: bueno aquí también esta, clínica médica, clínica pediátrica, toco ginecología y odontología, además de enfermería, psicopedagogía, psicología y fonoaudiología. Entonces en pediatría, por ejemplo hay cuatro, dos a la mañana y dos a la tarde, en clínica médica hay cuatro, esa es la diferencia que tiene con otros centros, que acá hay más cantidad de profesionales, mientras allá hay uno acá hay mas, porque también el área de cobertura de este sector es mucho más amplia. En odontología también hay cuatro profesionales, en enfermería hay en cada uno de los sectores por lo menos cuatro, que corresponden dos a la mañana y dos a la tarde....

E: ¿cuáles son los sectores que me mencionas?

D: pediatría, toco ginecología y clínica que están separados entre sí. También hay cuatro profesionales en psicopedagogía que están recibiendo derivaciones de los centros periféricos, fonoaudiología y estimulación temprana hay otro profesional que recibe derivaciones, y en ese sentido la forma de trabajo del centro de salud tiene la misma perspectiva de atención a la comunidad que esta estrategia de APS, o sea que tiene todos los programas vigentes y actúan sobre ellos que están en todos los servicios. Por ejemplo Plan de Salud Escolar, está actuando que todas las escuelas del área de cobertura, el Programa de crecimiento y desarrollo con todos los niños que son del área, entonces las embarazadas y las púérperas que son del área, eso es lo que se tiene acá...

E: ¿y te parece que son suficientes los profesionales que trabajan acá?

D: eso siempre puede ser el aquí y el ahora, porque eso va a depender de la realidad de la comunidad y de los problemas que van surgiendo. Por ahí nos desborda en algún momento, pero hay que ver también como se lo está trabajando. De pronto la respuesta a la comunidad no es aumentar profesionales sino ver cuál es la verdadera problemática y cómo se podría estar abordando, en este caso por ejemplo si en psicopedagogía estamos haciendo un trabajo preventivo con los padres, probablemente se disminuya muchísimo el pedido de atención, cuando reconocemos tempranamente el problema que tiene el niño los padres sirven como estimuladores y no llegan a tener la problemática escolar...



E: con respecto a los dispensarios me decías que son 17...

D: si son 17 mas el centro de salud 18, porque recientemente hay uno en la calle corrientes que es el tradicional dispensario N° 4 pero con las familias re-localizadas pasaron a un anexo al sector de re-localización...

E: ¿y con respecto a las características de la población que accede a los servicios de salud?

D: el servicio está abierto a toda la comunidad, a toda la comunidad porque los aspectos preventivos son universales, la morbi-mortalidad infantil se tiene que prevenir en ricos y pobres, se tiene que hacer con todo el grupo, por lo cual el acceso el librea todas las personas, en este momento lo establecido por la actual administración es el hecho de no tener una mutual para poder acceder totalmente gratuito a todos los servicios, si tienen la mutual ellos pueden acceder contra-orden de su mutual, o sea que pueden llegar a acceder, es lo mismo, pueden llegar a acceder, pero en ese caso, así como lo hacen en un nivel privado también entregan la orden para poder hacer un recuperó...

E: como un reintegro

D: claro un reintegro que nos hace la mutual. Y en los casos, con un ejemplo concreto, un recién nacido y la embarazada, tenga mutual o no tiene el seguimiento de los equipos, una mama diariamente nosotros trabajamos intercomunicadamente con las clínicas privadas y las públicas donde nacen los niños, en las cuales recabamos toda la información y posteriormente visitamos a domicilio a esa mama y a ese niño para incentivarlo al control de crecimiento y desarrollo y al control de puerperio de la madre; si esa mamá tiene mutual y ha elegido su médico en el orden privado, nosotros seguimos promocionándole para que continúe sus controles como debe ser con su médico y con su pediatra, si ellos no quieren acceder a esos servicios se los invita a acceder a los nuestros. En el caso de aquellos que tienen la mutual municipal, que es la de cobertura municipal que les ha otorgado el beneficio el municipio, entran directamente en nuestros servicios.

E: ¿y estas características de la cobertura municipal es lo que se llama carnet blanco?

D: el mal llamado carnet blanco, eso es discriminatorio, es discriminatorio...

E: ¿Cómo es eso?

D: en realidad, lo que hace el municipio es poder que toda persona tenga libre acceso a una mutual, como muchas de estas personas no tienen una relación de dependencia, o económicamente la posibilidad de estar pagando una prepaga o una mutual el municipio se hace cargo de esa mutual, y ese el otorgamiento de los servicios que le da...

E: ¿y ahí es cuando se otorgaría ese carnet?

D: no, no...no hay mas carnet...no existe más el carnet, ahí el ser humano ingresa como... ser humano con numerito de documento que es su clave de ingreso y es la forma en que puede estar libremente accediendo a los servicios, que es lo mismo que cualquier otra mutual que nosotros tenemos, en mi caso yo tengo la de ASPURC mi documento es el que me permite el ingreso, la diferencia es que yo tengo un sueldo y que a mí me pueden sacar el aporte, en este caso el aporte lo hace la municipalidad, porque no hay otra cosa...

E: yo te pregunto porque cuando realizamos la experiencia en la comunidad barrial Hipódromo los vecinos me hablaban del carnet blanco...

D: fue una identificación... el tema es que en cualquier mutual nos dan un carnecito, pero se mal interpretó eso de que el que tenía el carnecito se le abrían las puertas en todos los servicios y en realidad era el servicio de salud el que se estaba garantizando, entonces para eso se había dado esa habilitación, que en este momento no está, está siendo por el numero de documento porque en la base de datos salta por el numerito de documento...

E: ¿y por qué se cambio el criterio?

D: porque no estaba como surgiendo un efecto positivo, parecía ser discriminatorio y no se tuvo ninguna intención de hacer esa discriminación... se interpreto mal, por ello se llamó carnet blanco, como si el que lo tiene es el pobre y no, no es así...

E: inclusive los vecinos me comentaban que había distintos niveles de cobertura...

D: exacto había distintos niveles de cobertura, pero bueno eso fue como todo proceso, que comienza a evaluarse y se ven las ventajas y las desventajas, las fortalezas y las debilidades y se concibió de que este, no podía seguir funcionando de esta manera, es probable de que en el transcurso de los estudios se esté analizando el hecho de que haya algún tipo de modalidad de poder mostrarse o comprobarlo, pero no así con el carnecito blanco... que quedaba como discriminatorio y en ningún momento se quiso hacer eso...

E: incluso las vecinas me comentaban que iban asistentes sociales que les evaluaban las condiciones en las que vivían y si tenían limpia la casa no se los otorgaban...

D: claro, pero eso no corrobora la realidad, no se da por el limpio o el sucio, por allí esas concepciones hay que trabajarlas un poquito más, con los beneficiarios... el hecho que se corrobora es si yo tengo posibilidades para tener una mutual tengo el derecho de exigirla, se trabaja con el derecho de las personas, acá si yo no tengo esa posibilidad estoy violando el derecho a tener la cobertura en salud, entonces el municipio se hace cargo de que el derecho le llegue a la gente, al ciudadano, esa es la postura, que se tenga el derecho al acceso a la salud, desde ese punto de vista hay que entenderlo en el hecho de que todos seamos iguales. Yo porque tengo mi trabajo y puedo acceder pero aquel que no tiene su ingreso que también pueda acceder...

E: entonces de esa evaluación surge este nuevo cambio...

D: en ese sentido si lo que tenemos que pensar es que también hubo en todo esto un trayecto, un proceso, en que también cambiaron las directivas administrativas en la municipalidad y entonces se fueron re analizando estas cuestiones...

E: y esto de carnet blanco, ese sistema ¿Cuánto tiempo hace que estaba funcionando?

D: del año 1991 que lo estableció el subsecretario actual, que en ese entonces era el del momento hasta el 99 y siguió vigente, lo que ha cambiado es que el carnecito ese a veces se pierde, a veces no está, entonces no importa si la gente lo tiene o no, ya está registrado...

E: ¿y esos niveles de cobertura que me comentaban las vecinas siguen rigiendo?

D: no en este momento la cobertura es total, acceso directo...

E: ¿pero las personas tienen que pagar algún tipo de prestación?

D: no, en este momento el que tiene la cobertura tiene el acceso directo....

E: por otro lado, a nivel de proyectos institucionales están desarrollando, vigentes...

D: son innumerables la cantidad de programas que hay porque la intención es un abordaje integral de la personas, entonces de pronto vamos a la casa a buscar una embarazada, pero buscamos a toda la familia, vamos a buscar el niño pero a lo mejor a tres o cuatro niños que también tienen que ser captados...se intenta hacer el abordaje integral y aunque este proceso es muy lento, se intenta trabajar con programas locales participativos, o sea que cada centro tiene un área de cobertura, área programática, un área de referencia con su población grande con la que tiene que trabajar. Y la problemática de uno no es la misma que la del otro, entonces la idea es que hay lineamientos básicos generales que se deben adaptar a cada uno de los centros y situaciones, de pronto no es factible estar planteándonos que el programa materno infantil no puede llevarse a cabo, porque lo que queremos es que no haya muerte materna y muerte de niños, por lo cual ese es universal y está en todos, el programa de prevención de enfermedades inmune-prevenibles esta en todos presentes, pero de pronto si la problemática de un barrio está en la gran cantidad de accidentes que se da en el hogar que se da en los pobladores, pues habrá que trabajar puntualmente ese programa en ese lugar porque esa es la situación de riesgo de ese grupo comunitario. Y que también la modalidad de trabajo va a ser o tendría que ser combinada con ellos, eso es uno de los grandes desafíos, es algo que esta incipiente, que no se ha logrado totalmente...



E: justamente esa cuestión te iba a preguntar ¿Cuáles son aquellas cuestiones que desde el municipio se consideran urgentes?

D: es que tendríamos que comenzar a hablar con todos los barrios, por ejemplo si hablamos del sector del área del dispensario nº 6 de pronto para ellos en este último tiempo fue la cuestión del plomo, bueno eso es lo que emerge y eso es lo que hay que trabajar, y otros lugares será la basura, en otros la problemática de cloacas, entonces en cada lugar se van creando situaciones puntuales, de hecho de que si hablamos así en una situación social general puede aparecer que el trabajo con los padres para la cuestión de la crianza, la cuestión de qué pasa con los adolescentes, y su problemática surge como algo que está en toda la sociedad...

E: bueno, vinculado a ello ¿Cuál es la lectura que pueden hacer desde el municipio de la situación actual en salud?

D: bueno, retomando lo anterior, la real situación es que todavía hay que trabajar mucho para que la gente considere el derecho a la salud, el derecho a la vida y el derecho a la participación, o el deber a la participación porque por allí no tenemos esa coincidencia de querer participar, entonces cuesta mucho el querer hacernos cargo de estos problemas, y si todavía seguimos con el paradigma de que si estoy enfermo, asisto, si puedo andar normalmente no tengo necesidad de asistir...

E: entonces pasan a ser "centros de enfermedad" en vez de centros de salud

D: y eso cuesta bastante, y esta la demanda permanente para la atención, la atención, la atención, si no está el médico permanentemente atendiendo inmediatamente hay que quejarse, y no es así, si el médico no está ahí está en el colegio, está en la comunidad, que es mejor que estar esperando que la gente se enferme...

E: ¿y cuáles piensan que son estrategias desde la institución para llegar a esa concientización?

D: es el trabajo local participativo, la programación local participativa, que no es cosa fácil, no porque el poder llegar a la comunidad, de pronto se comienza con tres, cuatro personas, luego se puede ir avanzando, depende de poder lograrlo, es una cuestión de todos los días de permanente comunicación...

E: si es un verdadero trabajo antropológico...

D: exacto y depende de los niveles culturales que haya, porque ello en cada lugar se posibilita mas y en otros menos, y nosotros nos tenemos que formar para eso, a veces nos encontramos con que nosotros somos la barrera porque no estamos lo suficientemente preparados para dialogar, y dar respuesta, entonces pare sería que la respuesta es si piden más médicos, pongamos más médicos, y no pasa por ello, pasa por poder ver cuando podemos dar de nosotros para que las cosas salgan bien... ese es un poco el cambio que tenemos que lograr, pero no es fácil...

E: bueno Sonia eran estas las preguntas, me preocupaba lo del carnet, por eso te insistí tanto...

D: bueno eso es una concepción que quedó instalada en la gente, y en algún momento creo que a la gente le gustó y lo utilizó en cierto momento, y no pudo lograr..., muchos pudieron enfrentar esto de la importancia que tenía el sentirse igual, el nacimiento de esto fue "el sentirse igual, el tener derecho a", con eso se plasmó...

E: y este cambio que están implementando ahora ¿tiene algún nombre está enmarcado en algún proyecto?

D: eso se lo tendría que contestar el subsecretario, pero esta ahora gestándose... por el momento se implementa normalmente con el número de documento...

E: ¿y quienes no tienen documento?

D: bueno en ese caso se hizo un trabajo con el municipio, con asistente social donde con todos los indocumentados se hizo un acuerdo con los registros civiles para lograr la

documentación, y tiene que pasar por los asistentes sociales quienes van a orientar el proceso... y algunos otros que todavía no saben, no tienen nada, y los vamos captando, y se apuesta a golpear casa a casa, contacto directo, poder conocernos, poder, vernos, y la gente está ávida de eso, ellos no vienen a nosotros, pero cuando nosotros vamos a ellos somos bien atendidos, y ahí empiezan "ah sí mire y tenemos este problema, y podríamos hacer esto, y vamos miren empecemos", a eso se está apostando, al casa a casa, pero no golpear la casita del pobre, la de este carnet, no casa a casa todos, porque quienes tienen algún poder adquisitivo pueden tener la accesibilidad económica, pero pueden no tener la accesibilidad educativa cultural, y/o tienen el acceso educativo o cultural pero es limitante para otras situaciones, como nos ha sucedido con la cuestión de vacunas, por ejemplo decimos todos ellos tienen acceso a las vacunas, pero no tienen miedo y entonces no lo hacen y en eso hay que tratar de chequearlo para poder saber, si no siempre vamos a llegar al fracaso, porque si confiamos en nuestros propios medio, siempre nuestro propios medios son pocos, y en realidad el que toma la decisión es la gente...

E: es muy bueno realizar estas valoraciones de lo que se ha hecho, reconocer los errores para poder cambiar...

D: si, por lo menos, esta administración tiene esa alternativa de estar replanteándose las situaciones para poder verlas, y eso si tiene que quedar claro, es un sistema que tiene o debería tener siempre un permanecen seguimiento, porque siempre es bueno que otros ojos vean lo que estoy haciendo para poder tener una objetividad y poder ir haciendo avanzar el proceso. Porque a veces yo digo hice todo lo que podía y no logro nada, y en realidad se ha logrado todo lo que se podía y se necesita un empujoncito más, para no lograr que nos gane ese cansancio esa desidia en los equipos, hay que estar entusiasmando permanentemente... esto es de largo plazo... es algo muy chiquito lo que hacemos y los resultados serán a largo plazo seguro que nosotros ni los vemos....

E: hay que ser "pacientemente-impaciente"

D: ¡exacto! Esa es la idea

E: lo decía Freire

D: ah sí, si

## **Entrevista 2 (Instancia Provincial)**

**Entrevistada: Jefa de la Sección Enfermería de la Instancia Provincial de Salud (JE)<sup>10</sup>**

**Entrevistadora: Paula (E)**

**Día: miércoles 6 de junio de 2007**

**Lugar: Hospital Central de Río IV. Pabellón de Psiquiatría**

E: ¿cómo es la organización del sistema local de salud?

Jefa Enfermería (JE): el sistema de salud en la Argentina está organizado en tres ejes principales lo que se traslada a las provincias y municipios. Un sistema de cobertura mutualizados, de las obras sociales, que se puede atender la gente en lo privado y en lo público, es decir que vos tenés mutual, vas al privado o vas al público, tenés tu carnet, tu obra social te lo permite. Cuando vos vas con tu carnet al hospital público lo que se hace es un recupero, es un sistema de recupero de la obra social, es un reintegro de lo que gastaste. La obra social te cubre, sea en lo privado sea en lo público, vos te atendes donde te guste, tu gente. Eso con respecto a las obras sociales. Por otro lado después tenemos una atención privada total que es la gente que no tiene ninguna mutual y que va y paga sus servicios, en clínicas y sanatorios privados, es la gente que tiene mucho dinero...

E: ¿es la gente que tiene obra social y elige instituciones privadas?

<sup>10</sup> Se trata de la Lic. En Enfermería Stella Felizzia.

JE: no porque son mutualizados o privados, la gente privada es la que no tiene obra social, ni prepaga ni nada, va y dice yo voy pago mi cirugía 2000 pesos, mi consulta, 20 pesos, lo que cobre el médico, me atienden acá y donde se me ocurra porque yo no tengo obra social. Ese grupo de gente cada vez es menor, porque se arman obras sociales para ese nivel de poder adquisitivo como mutuales muy caras, lo que se llaman las prepagas, donde pagas por anticipado un servicio pero no son de una obra social de un empleado...gente que adhiere a un sistema privado aportando un dinero mensual para la familia. Pero en este sistema no tenés que ser empleado de nada, o sea no es la obra social del empleado, como Aspusc, IPAM, OSPRERA, UOCRA, ETC, ES una obra social que es una mutual privada, que es otro sistema. Después está el sistema público que puede ser con dependencia municipal o provincial, no existe a nivel nacional ninguna entidad de salud en nuestra ciudad. El ministerio de salud en el año 79 se desentendió de los hospitales, así como se desentendió en los 80 de los secundarios y terciarios a nivel educativo. En salud hizo lo mismo 10 años antes, en el año 79 se transfirieron todos los hospitales nacionales a la órbita provincial. Este hospital en que estamos sentadas ahora se transfirió a la provincia en el año 79, es una ley nacional de descentralización, se acaba el estadio benefactor que hacía aguas y comienza el modelo benefactor. Entonces tenemos esos tres modelos: privado-privado, el sistema mutualizado y el sistema público. El sistema público o es provincial o es municipal. En lo local a nivel provincial solo tenemos este Hospital que se llama "Nuevo Hospital Central Río Cuarto", y mirá que paradójico hace veinticinco años atrás esta ciudad tenía tres hospitales, ahora tiene uno, cuando somos cuatro veces más de población.

E: ¿cómo es eso?

JE: y eran otros hospitales, estaba el hospital San Antonio de Padua, que era un hospital para tuberculosos y salud mental, estaba en el centro, donde ahora es el centro de salud un hospital que se llamaba "hospital de caridad" y estaba este que era nacional, entonces era tres, ahora hay uno solamente..

E: y en ese entonces que estaba el hospital donde es el Centro de salud ¿no existía el centro de salud municipal?

JE: no ¿sabes dónde estaba la asistencia pública? Donde está el concejo deliberante, ese era el centro de salud que antes se llamaba "asistencia pública", y el concejo deliberante funcionaba en el salud blanco municipal, o sea la asistencia pública porque se cierra el hospital ahí queda ese espacio y se hace el centro de salud, y el concejo deliberante va donde era la asistencia pública

E: ¿y en esa época ya existía la maternidad Kowalk?

JE: si la maternidad Kowalk es una entidad de beneficencia que mucho tiempo fue de la municipalidad y ahora es de una fundación mixta, que es como tiene la municipalidad muchas cosas mixtas, esto significa aportes del Estado y aportes de lo privado

E: ¿y lo privado quienes lo constituyen?

JE: la fundación que recauda fondos para esa institución y comparten los gastos con el municipio...

E: si lo entiendo pero ¿de qué manera recaudan el dinero?

JE: arancelando, en los casos que se puede, recuperando de las obras sociales, o haciendo actividades benéficas para recuperar fondos, o donantes anónimos. La maternidad sería una mezcla público-privada, que es una de las características de los nuevos modos de atender la salud, la mezcla público-privado, en el hospital también tenemos mezcla público-privado, tenemos el careciente total con el mutualizado que quiere ir ahí, cada vez menos puro la forma de asistencia pública, porque es mezcla...

E: y eso ¿es bueno o es malo?

JE: yo no te sabría decir si eso es bueno o malo, es lo que tenemos ahora de acuerdo a los marcos legales y las políticas de salud que se propone cada Estado, es diverso, variado, yo me forme en la época en que lo privado era lo privado y lo público era lo público, y nos cuesta pero nos hemos ido adaptando. Entonces la atención en lo local está compuesta por:



un hospital provincial, un centro de salud municipal con sus dispensarios más una maternidad mixta, más las clínicas y sanatorios privados que atienden a las mutuales y los privados, privados...

E: y ¿Cómo se vinculan a nivel provincial y municipal?

JE: Vamos a hablar de dos temas, uno sería lo ideal, como debiera ser, y otro como es. Lo ideal es que se trabaje en red, que la persona se atienda en el lugar más cercano a su domicilio, ese lugar de mínima complejidad haga la evaluación del caso y lo deriva a la entidad de mayor complejidad que sería el hospital, o si tiene mutual sería una clínica o sanatorio, pero el hospital no debiera recibir a nadie que no trajera esa derivación de la entidad de menor complejidad, eso se llama transferencia y contratransferencia, que no tiene nada que ver con lo psicológico, sino la cuestión de redes de transferencia y contratransferencia, es decir, el paciente viene se atiende su problema complejo y cuando se va, lo hace con un tratamiento para que el efector local lo ejecute. Eso no existe. ¡Debiera ser así, debiera ser así!, en muchos lugares del mundo es así. Se trata de ir de la menor complejidad a lo de mediana complejidad y a lo de alta complejidad. Si el hospital no puede atender porque la complejidad más alta no la tiene, la deriva a Córdoba donde está la altísima complejidad que es trasplante, cirugía cardiovascular y gran quemado, que es lo que no tenemos acá en lo local, esa máxima patología está sólo en Córdoba. O sea del dispensario al efector hospital, el hospital lo puede atender, restablece la salud y la persona vuelve al centro comunitario, si el hospital no lo puede atender lo deriva máxima complejidad. Que tienen lo que no tenemos acá, todo lo demás lo tenemos. Eso es lo ideal; pero que pasa, el hospital que está pensado para una complejidad bastante importante tiene que atender lo primario que es la consulta del niño sano, la consulta del diabético ambulatorio, la del hipertenso que va al clínico, la de todo lo que podría ser atendido en el dispensario y no se atiende,

E: ¿y por qué no se atiende?

JE: y porque a lo mejor hay un solo clínico para atender 60 mil personas en tres barrios. A parte en este país y con este sistema de salud que tenemos podemos decir "yo me atiendo donde quiero", eso es bueno para la gente, pero para el sistema de salud es una erogación de gastos muy grande, porque lo que podría haberse atendido en su lugar de origen sin haber tenido que gastar en transporte, por una mínima complejidad estamos ocupando una planta física impresionante, con altísimo costo en insumos y medicamentos cuando se podría haber atendido en el lugar, eso es el déficit que yo puedo ver en esta ciudad.

E: cuando realizábamos la experiencia en la comunidad barrial hipódromo las mujeres entrevistadas me decían "yo voy al hospital porque el médico es mucho mejor, me trata mejor"...

JE: "y si me empeoro ahí estoy cerca de la terapia intensiva, y si me viene el parto ya estoy ahí... por ejemplo una mujer estuvo su bebe en el hospital, lo recibió al bebe un pediatra y la mujer ya quedó enganchada con ese pediatra, ese pediatra no va a la municipalidad, trabaja solo en el hospital y va a querer que se lo siga viendo ese pediatra. No hay tampoco planes de concientización o de educación para que la gente entienda que si bien este pediatra es bárbaro, el otro también lo es, y que si o si lo tiene que hacer de este modo. Bueno esto no está en Río Cuarto, en otros lugares del país puede ser, en Neuquén, Río Negro, están funcionando así con redes de complejización del cuidado de la atención..."

E: y de concientización ¿Por qué la gente no siempre sabe que esto funciona o debe funcionar así?

JE: no porque acá hay como un interés que pretende mantener a cada uno segmentado, separado, hubo intentos, yo creo que sí hay disciplinas que trabajan así en redes, las trabajadoras sociales en el hospital cuando tienen un caso de VIH o maltrato se comunican directamente con el dispensario para que hagan seguimiento, pero se da en casos graves que hay que seguirnos y como el hospital no da abasto se lo externa y se le pide al dispensario que le haga el seguimiento...

E: ¿Cuales son los pro y los contra de esta relación sistema provincial y sistema municipal?



JE: hay convenios marco, por ejemplo ahora se trata de agilizar un convenio con los medicamentos, eso sería bueno ¿Por qué? Porque la provincia compra y el municipio fabrica, y el municipio entrega a la gente que la pide y el hospital a la gente que le pide, pero no estamos sabiendo qué tiene la municipalidad, qué tiene el hospital, nosotros si vemos que tiene carnet blanco le pedimos que vaya a buscar el psicofármaco a la municipalidad, pero la municipalidad ahora esta restringiendo la entrega de los medicamentos...

E: Stella los vecinos me hallaban que la municipalidad fabrica los genéricos y vos me estás diciendo que la provincia ¿compra remedios?

JE: si compra pero no a la municipalidad sino al ministerio de la provincia, y deriva a los efectores. La provincia tiene un ministerio de salud que tiene hospitales en la capital y hospitales en el interior, en Córdoba tenemos en Villa Dolores, en Villa María, en San Francisco, Belleville, y Laboulaye. Uno en cada lugar provincial...

E: o sea que ¿para toda la provincia hay cinco?

JE: no uno en cada ciudad y después hay hospitalitos municipales...

E: cómo los dispensarios municipales

JE: no hospitalitos, dependientes de la municipalidad... cuando la nación le pasa a las provincias, también descentralizó, todos esos dispensarios, hospitales zonales, hospitales vecinales, dispersos en la provincia, se descentralizó la provincia porque tenía que atender lo que le había dado la nación. Entonces los municipios se tuvieron que hacer cargo de estos pequeños hospitales en toda la provincia de Córdoba. Municipios como Gigena, Berrotarán, Alma Fuerte, Huinca Renancó, tenían sus hospitalitos provinciales de 10, 20 camas y se tuvo que hacer cargo la municipalidad, de manera que la nación deriva a las provincias, las provincias al municipio y el municipio... también a veces descentraliza hacia las vecinales por ejemplo la limpieza de calles, baldíos, no sé en la salud...

E: te cuento que en más de una entrevista vecinos me contaban que se atendían con el médico de la vecinal Roque Sáez Peña...

JE: por eso te digo, es una descentralización en cascada...

E: ahora, volviendo al tema de los remedios, la municipalidad de Río Cuarto fábrica genéricos, la provincia compra...

JE: si compra a laboratorios...

E: a eso quería ir, son distintas las procedencias

JE: son laboratorios de Buenos Aires o de la misma Córdoba, pero no de Río Cuarto...

E: porque la gente me plantea también, intentando hacer una ida y vuelta de los vecinos e instituciones en salud, que no hacen efecto los remedios...

JE: eso es una fantasía que circula...

E: me lo dicen textual así "yo me tomo lo que me da el Doctor en el laboratorio y me hace efecto en un minuto, pero me tomo lo que me dan en el centro de salud y no me hace nada! me revienta el estomago"

JE: yo no te voy a hablar de Río Cuarto, pero hay diversos estudios que demuestran que ciertos procesos de fabricación de medicamentos, no tienen la concentración que dicen que tienen, ni siquiera los laboratorios, los laboratorios más prestigiosos ponen un mayor porcentaje de la droga que dicen que tienen y los laboratorios menos prestigiosos que trabajan con medicamos mucho más económicos, parece ser que la concentración es menor, pero esto que te digo son estudios, no sale en la prensa, recién ahora hay una ley de patentamiento por eso surgieron los genéricos. Antes no, el laboratorio que descubría una droga no le daba la patente a nadie y la explotaba sólo ese laboratorio, ahora no, tiene la obligación de compartir y solicializarla, eso con montos de dinero obvio. Esa fantasía tiene un sustento en esto que te estoy diciendo... en estudios...

E: pero la gente de los barrios no sabe eso...

JE: pero lo viven...

E: lo vivencian en su cuerpo, se dan cuenta porque lo perciben, paralelamente vemos que hay estudios que lo corroboran pero ellos no saben que existen estudios...

JE: claro que no saben, no saben, pero yo te quiero decir que sí, que es totalmente posible, porque vos te das cuenta cuando tenés tres opciones donde el precio te marca la calidad, si uno tiene un remedio que cuesta 27 pesos, una que cuesta 12 y el otro 7, vos no podés pensar que el que te costo 7, tres veces menos que el que te costó 21 va a ser igual. Está bien, el argumento que dice "este que lo vende a 27 es el que lo descubrió" es el dueño de la patente, el que lo largó al mercado, y estos otros menos, pero uno tiene que pensar que si es costo es mucho menor tiene que tener menor calidad...

E: qué bueno que te lo comenté, porque yo desde mi ignorancia pensaba en la pretensión de un efecto placebo...

JE no, no, no, vos pensá que los medicamentos están en la economía del mercado, y si vos te compras una remera en los coreanos te va a durar una temporada, y si te compras una que cuesta 10 veces más en una vaquería la vas a usar toda la vida, y desde ese punto de vista se puede entender, yo no te lo puedo afirmar porque no lo tengo al estudio, pero es una lógica de pensamiento, una verdad de Perogrullo...

E: así como muchas mujeres estaban felices por poder conseguir remedios gratis, otras decían, no me hicieron nada, no me sirvieron para nada...

JE: y en esto depende el poder adquisitivo el pobre, pobre que no tiene ni posibilidad de elegir nada, que le den es suficientemente bueno, porque en otros países no les dan así gratuitamente...

E: y siguiendo con las preguntas ¿cuáles son los problemas que desde la instancia provincial aquejan al sistema local de salud?

JE: bueno, esto que te contaba de la complejidad de la atención, el hospital hace agua porque no da abasto con la demanda que tiene de atención, esta siempre a full, siempre con la capacidad colmada y no hay incremento de personal, se trabaja con la planta mínima y con una sobrecarga de trabajo, y desde enfermería se registra un aumento importante de carpetas médicas y ausentismo laboral y una demanda de pacientes que no baja, eso sobrecarga y deteriora las condiciones laborales. Ese es un problema la escasez de personal, enfermería sobre todo hace aguas, tenemos un sistema: poder ser efectivo, suplente, interino, contratado, ahora inventaron el monotributo. Resulta que el hospital también tiene monotributistas, que paso, hay una resolución ministerial que dice que uno por dos o tres meses en el año podés ser monotributista en un hospital público, pero después no más, entonces los otros días se termino el monotributo y el hospitales quedo con 12 enfermeros menos ¿y qué haces? No los podés remplazar...

E: o sea que no se hace cargo de ese personal...

JE: déficit, esa es la palabra, déficit de personal, doce enfermeros menos que trabajaron tres meses y ya está, ahora hasta que no venga el año que viene otra vez...pero hay posibilidades de acceder al contrato, siempre y cuando el gobierno otorgue el presupuesto, eso fue porque el año pasado el gobierno tomo una medida importantísima, todos los que estaban contratados desde hace quince años, que hace quince años que no hay concursos porque no podían ser efectivizados, la provincia los efectivizó, sin mediar concurso, cosa que es ilegal, porque la ley prevé el concurso y ellos dieron por sentado de que si hacia 15 o más años se merecían el cargo efectivo, entonces pasó a planta permanente todos los contratados que tenia la provincia, con eso se creyeron que ya cumplieron, pero no se aumento una sola persona en la planta, somos los mismos, eso como una medida política puede ser fantástica y se quedo bien con todo los empleados provinciales que estaban contratados, pero no aumento la atención. Yo creo que en cuanto a empleados de otras áreas también tienen crisis, los pediatras, anestesistas. O sea que la crisis es no solo presupuestaria en dinero que pueda tener el hospital para comparar cosas, para atender, sostener aparatos, para todo, sino que hay un déficit de personal. Pero hay un déficit presupuestario también... yo te cuento un solo caso, el hospital este que es del extremísimo

primer mundo como está montado necesita cambiar los filtros del centro quirúrgico cada seis meses, filtros para el aire puro del quirófano, son cinco filtros, cuestan mil pesos cada uno, son cinco mil pesos dos veces al año, 10 mil pesos al año, y nunca tuvo el presupuesto y hace dos años que esta el hospital, nunca cambiaron los filtros. ¡De que nos sirve tener un edificio del primer mundo si no vamos a tener los recursos financieros para sostenerlo en la infraestructura después! Todo es así. Tenemos un tomógrafo se rompe, no dos mil pesos no hay, el Estado provincial debiera ponerlo!

E: ¿y quién sería el responsable?

JE: este Estado provincial a través del ministerio que está a cargo del Dr. González, pero te quiero decir, el debe pedir, pero del ministerio de economía le dice "no" y no hay para los hospitales, entonces hay un déficit presupuestario y hay un déficit en recursos humanos... pero la demanda es cada vez mayor porque la población de la ciudad aumenta... esta es una ciudad que crece mucho y creíamos que con un hospital nuevo estaría todo el problema de salud solucionado, y no es así, porque con el hospital nuevo no hacemos nada con el edificio, si después no le das nada para mantener ese monstruo de edificio que es, y con toda una tecnología que la pusieron como si nosotros tuvieran los recursos para bancarla después... esos serían los déficit que yo observé en lo provincial, lo que más urgen...

E: Stella ¿y porque es que el área de salud mental se quedó acá y no se instaló en el hospital nuevo?

JE: decisiones políticas, porque en el primer plano del hospital estaba previsto el sistema de salud mental, y en el segundo plano que se adoptó después se lo sacó por aumentar infraestructuras que hacían falta para el hospital, por ejemplo esterilización, comedores para los residentes, la guardería, etc.

E: ¿Qué tiene guardería?

JE: no, no está funcionando, quedo el predio, donde en el primer plano, del cual yo participe estaba previsto salud mental...

E: o sea que este predio están ustedes solos...

JE: no, está el lavadero, porque el hospital no tiene lavadero, la ropa de allá se la trae a lavar acá, ¿porqué? Porque está hecho con la mentalidad del primer mundo, donde todo terceriza, donde se contratan servicios, viene lavandería le la lleva y listo, con ese sentido no se hizo lavadero, y tampoco se hizo una... porque no se tiene en cuenta nuestro sistema de formación de residentes médicos, que son los que sostienen los hospitales, ellos pusieron una cama para un médico de guardia, y son muchos, entonces viven todos acá y se van a trabajar allá, son chicos de afuera que viene a trabajar acá ¿Por qué?, porque el sistema de formación de los residentes de las especialidades médicas que no preguntaron cuando hicieron el hospital...

E: ¿y ustedes como parte del área de salud mental como tomaron esto de dejarlos acá, como el área excluida....?

JE: nosotros lo vemos desde dos puntos de vista, por un lado lo vemos de esta cuestión de orfandad, quedamos medios huérfanos, medios solos, medios aislados, pero lo difícil es el vínculo con el otro hospital, hay que ir a buscar los medicamentos, hay que ir a llevar al paciente al laboratorio, a otro a que se haga rayos, buscar la papelería, traslados que se hacen con una ambulancia una vez al día o dos, eso por un lado, y por el otro es una cuestión de estar muy tranquilos acá, muy en paz, mucho espacio verde y tranquilidad, que le hace falta al paciente mental...vos imagínate los pacientes nuestros andando por ese predio del hospital nuevo ¡se nos pierden!... no nosotros habíamos pensado algo muy separado con ellos...y un déficit para ellos es que no tienen la posibilidad de la inter-consulta con los psiquiatras que están acá, para los pacientes que están internados allá, entonces tienen que traerlos para acá.

E: a ver explicame eso...



JE: Por ejemplo vos tenés un paciente que ha sido internado por un infarto, sale de la terapia va a la clínica médica, pero está deprimido, necesita el psiquiatra, y lo tienen que traer para que lo valore el psiquiatra...

E: entonces en esta área programática de salud mental hay...

JE: los enfermeros, de planta 3 psicólogos, 7 psiquiatras, uno para cada día de la semana de guardia y el jefe, después los residentes, lo que tenemos nosotros es que no solo son médicos, es interdisciplinario, hay psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. Pero lo que te habilita para ser especialista en salud mental en la residencia siempre fue interdisciplinaria, porque la ley de educación superior en nuestro país marca la tendencia que el postgrado en nuestro país sea interdisciplinario, porque antes eran maestrías u especializaciones disciplinarias...

E: ahora necesito que me respondas otras preguntas con las que me quedan aun dudas de nuestro sistema local de salud, no solo en lo provincial, por ejemplo la cuestión del carnet blanco...

JE: el carnet blanco es un modo de garantizarle atención a la gente de escasos recursos, es decir, con ese carnet es como decir "te doy un carnet de pobre", eso es lo que para mí, tiene una connotación discriminante, pero para la gente que necesita es un beneficio y lo tenemos que mirar desde ahí...

E: desde el municipio me plantearon que ese carnet era para todo el mundo y que en la práctica se mal interpretó...

JE: ¡no! No era para todo el mundo...el que no tiene ninguna obra social, ninguna mutual, ningún sindicato, entonces cómo se va a ir a atender, se tendría que atender en el hospital público o en el municipio pero para distinguirlo del otro que le puedo cobrar o le puedo recuperar la obra social se dio el carnet. A la provincia no le interesa el carnet blanco, en el hospital a nadie se le pide, la atención en la provincia es universal, el que va...

E: sí, sí, de acuerdo a la entrevista que realice es lo que pretende hacer el centro de salud ahora...

JE: no es así, no ha sido así, hace muchos años, con esto del carnet blanco, se pusieron todas las trabajadoras sociales a valorar domiciliariamente cada grupo familiar para ver si realmente necesitaban esta cobertura o estaban demandando a la atención pública municipal cuando en realidad tenía mutual, yo creo que esa fue la principal cuestión, no darle atención gratuita al que estaba mutualizado, porque eso también hace la gente, se intento que la gente utilice la obra social y no venga a quitarle espacio a los que no tienen recursos...

E: pero en esa valoración, visita, evaluación familiar se priorizaba una atención en tres niveles A, B, o C

JE: sí

E: uno que cubría todo, otro algunas cosas y el último menos cobertura que los anteriores... porque veían y evaluaban como vivía la gente, pero hay personas que teniendo una casa, estando en malas situaciones económicas se le negaba el carnet, son casos puntuales que surgían en el barrio...

JE: yo realmente desconozco los detalles, lo que sí se es que políticamente fue muy criticado y que decidieron dar atrás con esta cuestión del A, B y C, y después fue un solo carnet, yo la verdad no conozco...

E: y ahora desde el municipio ya no se trabaja con el carnet sino solo con DNI...

JE y es un riesgo, como se planteó hace 10 años atrás, ya que se va a ir el que tiene mutual a que lo atiendan gratis, porque la mutual cobra un co-seguro, cobra un plus, entonces no quiere pagar los cinco pesos de la mutual y prefieren ir a lo público...

E: en la actualidad se está probando esto, pero no está enmarcado en un plan o proyecto...



JE: yo creo que nuestra municipalidad hace intentos permanentes de innovar de cambiar, pero no, no, mientras no vinculen con la provincia va a haber superposición y esta cuestión del juego del usuario que voy acá que me dan esto, voy allá que me dan lo otro y la cultura de la dádiva; nosotras estuvimos haciendo desde la universidad un trabajo de investigación y había familias que recibían el bolsón de Cáritas, el bolsón de la municipalidad, el plan jefas de hogar, y en la unidad básica le daban no se qué cosa, y aparte tenían el carnet blanco, por supuesto, y si necesitaban plata para el pasaje la municipalidad también se las daba, entonces una observa que pasan la vida viendo a donde van a ir a pedir....se fomenta la cuestión de la dádiva, no le estamos encontrando la vuelta

E: Stella y ¿Por qué no hay relación, porque hay esta superposición de tareas?

JE: (en voz baja) porque no han sido del mismo color político, cuando ha habido radicales en el municipio ha habido peronistas en la provincia, hubo años en fue provincia radical y municipalidad radical que fueron los ocho primeros años de la democracia, del 83 en adelante que ahí fueron algunos intentos, pero nunca se logro esto de la red de la que yo te hablo...

E: ¿no se logro nunca?

JE: no, no está incorporado en los conocimientos que los profesionales que ejercen cargos de funcionarios tengan, yo creo que hay que empezar desde la universidad, recién ahora los médicos tienen materia de prevención y salen a los barrios, nunca un medico antes había salido del ámbito hospitalario, estaba centrado en la enfermedad, yo creo que lo fundamental es que el hospital, entienda, entiendan!! Los directores o administradores del hospital, que no se puede estar dilapidando los recursos magros que tenemos en superponer con la municipalidad...

E: y esta cuestión de que Río Cuarto es la única ciudad en la que los dispensarios funcionan en comodato ¿qué significa?

JE: es cierto... la municipalidad tiene un centro de salud y 16 dispensarios, este dispensario X, el edificio lo hizo la municipalidad, es municipal, que hace acá Don Colombo que estaba como Secretario de Salud (y que está en la actualidad) le dice, señor doctor el dispensario el suyo, hágase cargo, yo le voy a pagar y le voy a arancelar la consulta, le voy a dar un sueldo básico pero si atiende más va a cobrar más, si atiende menos va a cobrar menos, pero usted se hace cargo de los empleados que quiere poner, si usted quiere poner otro médico, yo le voy a dar el básico y después todo se lo reparten con las consultas que tengan". Había un cúmulo de profesionales que ya eran empleados municipales, ese médico que trabajaba ya quedo con esa gente, pero a medida que esa gente se fue o se jubilo, o se vino al centro de salud, él tuvo que contratar enfermeros, por ejemplo, y ponía el que le costaba menos, el auxiliar, el que le convenía para que le quedara más dinero a él...

E: y esto consta en algún lado por escrito...

JE: si en el libro rojo que escribió el secretario Colombo para fundamentar esto, el comodato, el que le da el edificio para que otro se encargue...

E: es una forma de continuar descentralizando...

JE: obvio, el pone un profesional idóneo, en el comodato él le da el dispensario, acá nadie se comunica con nadie...

E: yo me pregunto ¿Qué fundamento positivo puede expresar el subsecretario para proponer este sistema de comodato?

JE: (Eufórica) porque dice que al tener el estímulo de que los médicos atiendan a más usuarios van a funcionar mejor, ¿Por qué? ¿Qué hacían? ¡Iban al dispensario firmaban y no atendían! Él creía que se iban a insertar en el barrio, pero lo único que hacían era facturar "guita y guita que salía de la municipalidad" sobre-facturaban, a las enfermeras no las dejaban salir a hacer visitas domiciliarias, tienen una mente ridícula que reproduce el "hospitalito" ahí adentro, no saben ni como es el barrio, no caminaron ni una cuadra, vienen en el auto, atienden y se van a la clínica, y se llenan de guita a costilla de los pobres no "yo

estoy indignada no me hagas hablar de eso", porque no es provincial, y yo no soy del municipio, puede que yo este equivocada (intentando bajar su enojo)

## ANEXO XIII TALLERES EN SALUD COMUNITARIA

### 1º TALLER DE SALUD COMUNITARIA: “ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ANIMALES”

Día: miércoles 23 de agosto de 2006, 15 horas

Lugar: Centro Comunitario Mami Rita

El taller se desarrollo al interior de la casa, en la sala destinada a las clases de apoyo escolar. Organizados en círculo alrededor de la mesa iniciamos con la **presentación** utilizando la técnica de encender un fósforo y presentarse cada uno hasta que la llama del mismo se apague, seguimos un orden respetando el que estaba al lado, comenzando yo (Paula). Como miembro de la comisión salud y manifesté el interés por este trabajo que tiene por finalidad rescatar los saberes populares y el propio interés de la comunidad por ciertos temas en salud. Continúo Ramiro, que como miembro del equipo de trabajo hizo hincapié en el aprendizaje mutuo entre los vecinos. Luego se presentó Rita, una de las integrantes del grupo, que manifestó interés en la charla y en el tema, continuó Silvana que expresó interés en escuchar. Anabel, otra compañera del equipo de investigación manifestó la importancia de compartir experiencias y charlar de estos temas de interés en salud. Nancy, otra de las vecinas presentes expreso que estas charlas a nivel comunitario son un importante apoyo, una manera de prevenir, que son útiles a la sociedad y que sirven para cuidar a los niños. Roxana, expresó su interés por aprender más cada una de las enfermedades y temas que se trataran en el taller. Ángela, una de las vecinas asistentes comentó que le gustan las reuniones donde se realiza la enseñanza y aprendizaje. Por su parte Elsa comentó que le gusta asistir a distintas charles y que le importa el tema por sus nietos. Maricel manifestó interés en saber y conocer de enfermedades, en la necesidad de informarse y de tener continuidad en ese proceso. Continuaron Adrián y Julia, como miembros del equipo de trabajo insistieron en la continuidad de esta nueva propuesta, en aprender un poco De todos, escuchar las opiniones de todos y ver como se puede trabajar en conjunto. Continúo Marcela, otra vecina que expresó su interés en informarse como persona y como mama para poder colaborar en el barrio. La siguió Karina quien comentó el querer saber sobre salud y una mejor calidad de vida, sobre todo respecto a los niños.

¶ 1

Luego entre los miembros del equipo intentamos explicar los **propósitos** del taller como espacio de encuentro de intercambio de experiencias en salud, de compartir vivencias, de acompañamiento, escucha profunda etc.

¶ 2

Realizados estos aspectos iniciamos la **introducción a la temática**. Ramiro comenzó explicando que se entiende por parásito y Paula explicó que es un huésped. Entre todos presentamos algunas medidas de control y al mencionar las zoonosis más frecuentes como toxoplasmosis, hidatidosis, lombriz solitaria, sarna y rabia Nancy comentó la experiencia de una compañera que está embarazada y que le agarró toxoplasmosis y lo que se parecía curioso era que no sólo el gato es el que transmite la enfermedad. Ramiro le explicó que es verdad y que profundizaríamos esta cuestión durante el desarrollo del taller.

¶ 3

De esta manera iniciamos la presentación de la técnica lúdica "juego parásito". Pusimos sobre la mesa un cartón con la palabra "parásito" y en torno al mismo 15 imágenes, dibujos y fotografías vinculados al tema de los parásitos y las enfermedades que transmiten los animales a las personas. De esta manera se inició la dinámica del taller.

¶ 4

*Karina fue la primera en sacar una imagen y eligió la nº 11, se trata de una fotografía en la que están presentes los chicos del barrio, entre los que se encuentra su hijo, abrazando todos a una perra. Cuando ve la imagen muestra la foto y todos comenzamos a reírnos, "el más educado mi hijo", miro bien la imagen y comento "hay un grupo de chicos que están jugando con un perro, vos ves que lindo los chicos están en la tierra y con el perro, en este caso al perro lo conozco es un perro que se encontró, no sabíamos si tenía todas las vacunas, que tipo de enfermedades tenía y que puede llegar a transmitir, pero ellos no saben todo eso, ellos son inocentes, entonces es ahí donde uno, como madre tiene que ver qué es lo que hace su hijo, mantener el contacto, ver con quien se relaciona, con quien esta...". Se preguntó si alguien quería agregar algo y todos miraron la foto y se rieron.*

¶ 5

*Luego continuo Elsa que sacó la imagen nº 7 que es un hombre que está alimentando a un perro hambriento dice Elsa "parece un lobo... es un perro (muestra la imagen al grupo) yo he tenido, siempre me han gustado, gordos, lindos, a los 5 días muertos, buscaba otro se me moría, buscaba otro lo mismo y sabes que era el parvo virus, y eso no tiene salvación si no lo agarras a tiempo se muere..." Paula: "¿alguien más quiere opinar sobre esa imagen?", Rita: ¿para mí puede que este rabioso ese perro?... risas, por el dibujo...Roxana: para mí le quiere comer la comida al hombre...Paula: ¿y qué les sugiere la presencia de ese hombre? Roxana: que es algo común si le saca la comida al meterle la mano en la boca, es un gesto común darle lo que uno está comiendo y dárselo al perro... Paula: pero parece que tiene algo en la otra mano. Silvana: si parece que para evitar que los chicos se contagien de algo hay que curar y mantener bien al perro, para mí el hombre le está dando algo para que el perro este sano y no transmita ninguna enfermedad...*

¶ 6

*Continua Roxana y saca la figura nº 5 que es una fotografía sacada en el mismo barrio en la que sale su mamá Rita rastrillando y un joven con una pala preparando el suelo para sembrar. La huerta está muy limpia y tiene buenos cercos. La imagen causa gracia a todo el grupo porque todos conocen a Rita, quien siente mucha vergüenza en este momento. Dice Roxana: al remover la tierra salen lombrices, bichos, es muy importante la cerca, está todo bien...Paula: claro, esto sería una imagen ideal porque no pueden acceder los perros a esta huerta y está limpia y por ende los alimentos serán sanos...*

¶ 7

*Luego Silvia elige la imagen 15º que consiste en una nena abrazando un gato. Dice Silvia: ay me toco justo, en mi casa tengo un gato y para mí es una criatura, es el bebe de la casa, si bien tratamos de ponerle vacunas y de que no se enferme, pero lamentablemente él se junta con otros animales y por ahí vienen los problemas porque yo trata de que tenga todas las cosas que tienen que ser, pero al estar en contacto con otros animales me viene con algunas cosas que me dan mucha pena. Para mí lo importante de tener animales es saberlos cuidar y poderles dar lo que necesitan, por ejemplo ahora el mío tiene como una carnaza en la nariz y esta como resfriado y con esa molestia y lamentablemente yo no he podido llevarlo al veterinario porque ale caro hacerle una radiografía, un control, pero apenas pueda lo voy a hacer, para eso lo tengo es el bebe de la casa, es hermoso". Paula: y al resto ¿Qué les sugiere*



la imagen?...Nancy: ¿Qué es más peligroso un gato o un perro en la casa? Todos dan su opinión conjuntamente y casi no se escuchan, dice Ramiro: según para que, y Anabel agrega: mientras se tengan en cuenta medidas de prevención se disminuye la posibilidad de peligro...Nancy: claro pero al gato vos no lo podés controlar que no se vaya, en cambio el perro sí... Ramiro: lo que se puede hacer para prevenir en algún sentido es castrarlo... Mujeres: risas...Ramiro: sí, pero hay que tener en cuenta de que si hay una gata en celo cerca y el gato no está castrado se dispara....

¶ 8

*Continúa Nancy que elige la figura 13, que es una fotografía del pecho de una madre amamantando a su hijo. Dice Marcela antes de que Nancy comience: "un parásito ves, un ser vivo que se está alimentando de otro ser vivo..." (Risas) Nancy: bueno, esto de amamantar a los hijos es algo muy lindo, algún muy hermoso para una mamá y más ahora que recomiendan más tiempo de lactancia materna porque previene de más enfermedades, no hay tanto contagio por el lado de las mamaderas, la leche, antes no recomendaban tanto tiempo, ahora tratan de que llegue hasta los 2 años tomando leche materna, antes no, también hay madres que nos les gusta amamantar, pero..." Marcela: la leche de la madre es lo mejor que hay para el bebe, pero el hecho de darle la teta lo refuerza psicológicamente, sentimentalmente al bebe, o sea que es doble el refuerzo que recibe, físico y psíquico, yo escuchaba los otros días una doctora que decía a unas futuras mamás de cómo los tiene que poner, de todo, porque dice que eso queda grabado de una forma en la psiquis del bebe que uno lo prende ahí y parece que no, pero no es así porque él siente mira, y eso es súper importante, no es que chupe la teta y listo"...Paula: aparte de este refuerzo físico que vos comentas, es como decía Ramiro, todos los anticuerpos que la madre le transmite al bebe a través de la leche lo hace más fuerte...no es lo mismo un bebe nutrido con leche materna que con leche común....Marcela: también hay adre que dicen mi leche no sirve porque es gorda y que se yo.. No es así, todas las leches sirven porque por mínimo que sea y más aguada que uno la sientas re importante. Ramiro: aparte se genera un vinculo más profundo entre la mamá y el bebe... Paula: vos Roxana y vos Silvi que están amamantando quieren comentarnos algo...Roxana: bueno yo la vez pasada le lleve leche mía a la doctora porque yo veía que la leche mía no era gorda, y ella me decía que no importaba porque a veces el caloctio por más que fuera caloctio lo mismo la llena. Ramiro: el caloctio es lo más importante es lo que da más anticuerpos...Roxana: y ella me dijo que se la siguiera dando el pecho pero que la mamadera no, ella toma el pecho a cada rato... (Risas) Karina: yo veo mal el estar comparando las distintas leches eso está mal, por ahí hay muchos que pecan de no saber, hay que informarse más y creerle más al doctor y no al chimento del vecino....*

¶ 9

Continua Marcela saca la imagen nº 16 que es un perro comiendo gusanos, sarnoso y que se le ve el intestino. Dice "parece el mío, ¿que se supone que se está comiendo la pata de un pollo?... ¿está comiendo pasto?...tengo entendido que los perros cuando comen gramilla es porque están mal del estomago...Ramiro: se está purgando...Paula: ¿Elsa, que te parece a vos?. Elsa: para mí es algo que el perro encontró en la calle y que está llevando a la casa... (Risas) si es algo común...

¶ 10

Maricel saca la imagen 14 que representa un medico gordo y grandote con un gran delantal realizando una radiografía de tórax a un paciente. Maricel: ¿Qué es?...Roxana: es un médico que le está haciendo un estudio al hombre... (Silencio) Maricel: no se comió algo que le hizo mal, para mí le hacen un estudio, parece un cura el médico... Roxana: para mí el hombre se fue hacer un cheque y el médico le está haciendo un estudio....Marcela: pero hay como una

camarita que parece enfocarle los intestinos y el estómago... Marisel: ¡pero como el médico se va vestir así!... Marisel: ¿pero a vos como te atiende? Porque a mí me atiende vestido... (Risas)... Paula: alguien más. Rita: para mí se está haciendo una ecografía... Paula: ¿y por qué se tendría que haber ido a hacer una ecografía?... Rita: y... por parásitos en el intestino...

¶ 11

*Silvana saca la imagen 9 que muestra dos imágenes un perro defecando en una huerta en medio de la verdura que está creciendo y luego una mesa servida para comer en la que se muestra esta misma verdura. Todos la ven y se ríen. Marcela: "de la huerta a su mesa" (risas) ¡Qué asco! Silvia: ah esto me hace pensar, yo no sé porque pero el perro no lo hace pero el gato tapa su caca, Silvana: es la comida que uno come... Roxana: si es importante lavar bien la verdura para sacar todos los parásitos que hay... Rita: si no se te mete en el hígado.*

¶ 12

Julia: saca la imagen 2 que es un perro que esta lamiendo la mano de su dueño. Julia: el peligro de que el perro le este lamiendo las manos y que después no se lave, después uno va a comer... transmite de todo.

¶ 13

Ángela saca la imagen 1 que es una fotografía de un perro enfurecido que ladra violentamente y muestra los dientes. Ángela: parece que está enojado, muestra los dientes, a lo mejor quería morder a alguno... Paula: ¿y qué te parece? Ángela: que está con rabia, que hay que cuidarse...

¶ 14

*Rita saca el dibujo N° 10 que es un perro como enfermo que se lame. (Risas) Rita: este tiene pulgas garrapatas, de todo, y se está lamiendo y se está sacando lo que tiene... Julia: parece que se está haciendo... Marcela: es muy común ver así a los perros en el barrio, será que están todos enfermos....*

¶ 15

Anabel elige el dibujo n° 12 que son dos perros peleándose de manera furiosa. Anabel: pelean y parece que los dos tienen rabia, tiene que ver con eso... Roxana: es una pelea de perros callejeros... Anabel: pero con relación a la salud veo la rabia...

¶ 16

*Ramiro saca la fotografía n° 8 que es una vinchuca sobre la piel de una persona. Rita: otro parásito. Elsa: es la vinchuca... Nancy: sí, "la chinche gaucha" que le dicen. Ramiro: esta es la vinchuca que es un vector biológico, ella transporta el parásito se deposita el intestino, el intestino es el medio donde se desarrolla y cumple su ciclo, o sea crece y se reproduce, se contagia al hombre porque la vinchuca se alimenta de sangre, cuando pica produce una herida, produce picazón, y cuando pica después defeca sobre la picadura y ahí el hombre se rasca, la caca penetra en la piel y ahí se reproduce el parásito. Bueno los síntomas son diarreas, fiebre... Adrián: yo tenía un vecino en Rosario que no sabía que tenía chagas y se murió, no se pudo curar. Ramiro: es que en realidad no se cura, se trata... es frecuente que ataque el corazón. Adrián: y lo que me dijeron, que no sé si es así, es que los antídotos se hacen con o se rescata de la persona que ya sufrió la enfermedad, de la sangre de las personas que ya tuvieron la enfermedad... Ramiro: claro porque ya tiene anticuerpos. Rita: mi sobrino murió de eso, fue reventándose todo, todo...*

¶ 17

Adrián elige el dibujo nº 6 que es la imagen de un hombre con el torso desnudo al que le han realizado una ecografía y esta deja ver sus pulmones e intestino. Dice Adrián: esta es la imagen de un enfermo, tiene que ver con el pucho, así quedamos después de fumar tanto...Rita: parece que los bronquios están atacados...los pulmones.

¶ 18

Paula saca la imagen Nº que es un perro defecando. Paula: bueno, es lo que veíamos, un perro defecando y el dibujo destaca el intestino, imagino que debe haber parásitos que se expanden, y es importante tener en cuenta el suelo, ya que al defecar el perro en el suelo este se transforma en nexo que el medio ambiente tiene entre el parásito y el huésped....Rita: tiene cara de contento el perro (risas)

¶ 19

Luego entre todos analizamos la imagen nº 3 que es una huerta dividida por un cerco y detrás del cerco se encuentran dos perros durmiendo. Rita: ahí está, la huerta cercada, entonces ahí no entran los animales. Paula: entonces también permite que las verduras crezcan sanas, están lindas las lechugas... esa sería la imagen ideal. Adrián: el ejemplo Roxana: además parece perros sanos...

¶ 20

Paula: bueno con esta actividad hemos visto imágenes, hemos compartido ideas, experiencias y lo que queríamos hacer ahora, a partir de la información obtenida del juego, es ver brevemente algunos conceptos más profundos, con la finalidad de aportar alguna información más específica, que Ramiro como futuro veterinario nos ha provisto y la idea es compartirla entre todas intercambiándola con la información que surgió del juego y de las experiencias de ustedes. Las zoonosis que elegimos para trabajar en este taller son la toxoplasmosis, la hidatidosis, la sarna, la rabia y la teniasis.

¶ 21

Adrián: lo que queremos es rescatar lo que todos sabemos, Ramiro nos dio información, pero también está el saber de todos el nuestro, de haber vivido muchos años, de conocer y cosas que por ahí ustedes nos pueden decir, nos pueden corregir, pero la idea es que todos salgamos sabiendo algo más, entre todos, nosotros no venimos a enseñar nada, venimos a prender...

¶ 22

Ramiro: vamos a comenzar con teniasis que es la infección producida por gusanos intestinales, hay dos tipos, la lombriz solitaria.

Elsa: es ciega, va es cerrada, usted la rompe y salen todos parásitos...

Anabel: ¿usted la vio?

*Elsa: si una sobrina mía la despidió de chiquita y sabes lo que hice, yo no la tiré, la metí en un frasco con alcohol...cerrado toda, parecía que no tenía cabeza, y cuando le eche alcohol se revienta toda...*

Paula: ¿es grande?

Elsa: sí..... sí

Ramiro: lleva a medir 25 metros...



Adrián: ¿puede ser? ¿Y cómo entra?

Ramiro: imagínate que tenemos 25 metros de intestinos...

Roxana: ¿y cómo te das cuenta?

Ramiro: y te das cuenta porque... puede ser muchas veces asintomático, o sea vos no te das cuenta que la tenes hasta que la largas, sino te puede dar dolor de panza, anemia...

Rita: claro porque uno come, ella también come...

Elsa: yo me asuste tanto...

Anabel: ¿y eso como se origina?

Ramiro: cuando uno come carne mal cocinada de vaca, por comer verduras mal lavadas...

Julia: ¿pero cómo?

Ramiro: ahí están los juegos que crecen... los intestinos del humano crean las condiciones para que crezcan... y el bicho consume los nutrientes. Bueno esta es la lombriz solitaria, después está la cisticercosis, que es casi el mismo parásito pero con carne de cerdo, y ahora les cuento una experiencia propia yo estoy trabajando en el frigorífico de Río Cuarto y se está viendo esto pero en la vaca porque le dan de comer caca de cerdo y así se contagia. Pero para el hombre es más grave porque puede llevar a la muerte...

Anabel: ¿si cocinas bien la carne?

Ramiro: si eso es fundamental porque el parásito se muere igual que el lavado, siempre que se tiene contacto con la carne cruda y las tablas hay que lavarse las manos siempre eso es fundamental...

Nancy: y el caso que hubo aquí en la ciudad que una persona murió ¿tenía eso?

Ramiro: eso fue otra enfermedad, fue el síndrome urémico hemolítico, eso es una bacteria que produce diarrea y ataca a los riñones, que son los que desintoxican el organismo y tienen mucha relación con el cerebro, entonces lo ataca y mata...

Marcela: o sea la primer prevención general de todos estos bichos que atacan las carnes y verduras es súper cocidas las comidas y súper lavadas y buena higiene... ¿y para tratarla?

Ramiro: hay antiparasitarios, y si quieres saber con un examen de materia fecal lo sabes... también es importante desparasitar a las mascotas...

Karina: ¿y cada cuanto se desparasita a las mascotas?

Ramiro: una vez por año y son dos dosis, cada 15 días...

¶ 23

Paula: otra de las enfermedades es la hidatidosis, que es una enfermedad en la que los parásitos se encuentran en el intestino delgado del perro, requiere de dos huéspedes, uno definitivo que es el perro, carnívoro y un huésped intermediario que es el ser humano, o animales herbívoros...

Rita: claro si yo vi un documental de la vaca, desde ahí le agarre asco...

Paula: el parásito deposita el huevo y este se ubica en el ano o en el pelaje del perro. Generalmente el perro se contagia comiendo vísceras crudas o tomando aguas contaminadas. Pero uno está en contacto con el perro este lo lame a uno y ya queda el parásito en contacto con el ser humano, por eso hay que higienizarse bien porque si no ingresa en el ser humano y



se deposita en el intestino, el hígado y los pulmones. Hay distintas formas de contagio, como vimos en las imágenes, la defecación en huertas...

Marcela: aparte si esta en los pelos el perro vive despidiendo pelos...

Paula: claro, además los insectos también transmiten el huevo. Para detectar la enfermedad está la radiografía de tórax, la ecografía y el análisis de sangre. Generalmente no tiene síntomas...

Anabel: se puede vivir sin saber...

Paula: claro, es importante para prevenir no darle achuras crudas al perro, conocer el ciclo de la enfermedad, desparasitar a los perros y controlar a los chicos en el contacto excesivo con los perros... ¿conocen casos?

*Nancy: si yo pensaba en mi amiga Vivian que tiene toxoplasmosis, que ella pensaba que fue un gato....pero ¿es por el gato o por un virus?*

Ramiro: es por un parasito que tienen todos los animales pero el huésped definitivo es el gato,

Karina: a me dijeron que la tenía que me la tenía que hacer controlar porque estaba al límite, me dijo el médico que el embarazo hace que se despierte, al cambiar el metabolismo de una...

Ramiro: una mujer lo ideal es que se haga el análisis antes de quedar embarazada, si le da positivo es como que ya esta vacunada, ya levantó anticuerpos y no corre ningún riesgos, el riesgo es cuando ya está embarazada para el bebe, porque la mama se contagia durante el embarazo....

Paula: ¿es como la varicela?

Ramiro: claro...

Adrián: en la mujer afecta directamente al bebe, en el hombre es distinto notan fuerte...

Marcela: ¿qué a los hombres también les agarra?, porque yo siempre escuche "los gatos fuera de las chicas" mi abuela siempre decía "no le vayan a regalar gatos a las chicas porque les va a agarrar toxoplasmosis y no va a poder tener chicos"...

Paula: claro, con el tiempo y la historia se crean esos mitos...

Ramiro: volviendo un poco, hay que tener en cuenta que los tres primeros meses es el período crítico, si ahí se infecta la mamá hay mayor pasaje de la infección hacia el feto y ahí sí puede darse un aborto espontáneo, y si no pueden quedar secuelas gravísimas...

Adrián: claro, como retardo mental, convulsiones, parálisis, disminución en la visión o ceguera, trastornos en el aprendizaje, en el desarrollo humano e intelectual, por ahí a un chico le va mal en la escuela y decimos y es burro, y no es así, quizás está sufriendo esta enfermedad...

Nancy: claro Vivian me contó que apenas nació la bebe le hicieron un montón de estudios y ahora entiendo, hasta la vista le revisaron y yo le dije ¿Qué tiene que ver los ojos?, ahora entiendo...

Adrián: claro, por otro lado yo creo que hay cuestiones que son naturales y que no las vamos a poder evitar, que el perro defeque, que el gato defeque, que el chico juegue con el animal, porque si no vamos a salir de acá con una paranoia y vamos a matar a todos los animales...

(Risas)

Marcela: claro hay cuestiones que debemos poner en práctica, decimos siempre el patio lo limpiamos una vez por semana y no todos los días, es una cuestión común y generalmente lo común no siempre está bien....

Ramiro: podemos seguir con la rabia ya para ir terminando. Aquí el vector n es el perro que a través de la mordida contagia, si te muerde en el brazo es menos peligroso que en la cara porque en la cara tenes mas terminaciones nerviosas... el período de incubación es de 20 días. La rabia declarada es mortal, es decir se declara que uno tiene rabia cuando llega al sistema nervioso central, y ahí chau, pero si te ataca solo la parte muscular si te podes curar...

Rita: yo conocí a un hombre con rabia, es horrible, no lo podes tener con nada, atado con cadenas, todo, y no lo podes tener...

Ramiro: bueno esos son los síntomas de la rabia declarada, te pones agresivo, excitado, taquicardia...

Roxana: ¿y si esa persona que tiene rabia te llega a morder?

Ramiro: te contagia (risas)

Paula: a mí por ejemplo cuando era chica me mordió una rata, y para prevenir me tuvieron que poner durante catorce días la vacuna antirrábica...

Ramiro: en la rabia el animal no puede tragar la saliva, es por eso que se le acumula la baba blanca. Como consejo lo importante es si te mordieron es agarrar el animal para estudiarlo, se deja en observación durante 14 días y si presenta alteraciones, cambio de ánimo brusco eso es un indicio, luego se le hace una biopsia en el cerebro y ahí te da el resultado.

Paula: la sarna es una enfermedad contagiosa, que se contagia de persona a persona y que se instala en las capas más superficiales de la piel y el síntoma es una picazón que se intensifica de noche por el calor

Marisel: yo tuve, pero no sé cómo me curé

Paula: las medidas de prevención son sacar la ropa al sol, lavarla ropa con agua caliente o sacarla y retirarla y en 4 días se muere el parasito porque no tiene piel donde regenerase.

Se conversó un poco más sobre esta enfermedad y comenzamos a cerrar la actividad ya que comenzaba a llegar los chicos del colegio.

Al finalizar el taller tratamos de reflexionar sobre lo realizado, y surgieron temas propuestos para los próximos talleres, como el tema del VIH/SIDA. De esta manera cerramos el taller comprometiéndonos a informar sobre el próximo teniendo en cuenta que la hora de la siesta es el horario más conveniente para las mujeres miembros del grupo.

## 2º TALLER EN SALUD COMUNITARIA: "TALLER DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA"

**Día: viernes 8 de septiembre de 2006, 15. 00 hrs.**

**Lugar: Centro Comunitario "mami Rita"**

En dicha oportunidad nuestro equipo de trabajo junto al especialista en VIH/SIDA, el Dr. Y Director del Centro de Salud de la UNRC, iniciaríamos el taller vinculado a esta temática basada en la metodología de trabajo que venimos desarrollando, la cual tiene la intención de rescatar el saber popular, sin descuidar que existen mitos muy arraigados en la comunidad, que no son ciertos y que hacen necesario el saber del especialista desde la comunicación y el respeto.

**INICIO.** Nos ubicamos en la sala que se utiliza para dar apoyo escolar, alrededor de la mesa. En total éramos 14 personas junto al Dr. Los vecinos asistentes fueron: Rita, Roxana, Marisel y sus dos nenas, Carlitos, Julia, Leandro, Neli, Gladis y el equipo de salud: Paula, Ramiro, Anabel, Adrián y Soledad.

¶ 1

**PRESENTACIÓN.** Paula inicia con la presentación, comenta que este es el segundo taller en salud comunitaria, que el Dr. ha sido invitado y aceptó muy cordialmente, que la idea es aprovechar su conocimiento, que él quiere compartir y sacarnos todas las dudas vinculadas al VIH/SIDA, nuestras creencias, vivencias y experiencias. Pero antes para presentarnos utilizaremos la técnica del ovillo de lana, que permitió que cada persona se presente y comente las expectativas que tiene sobre el taller y tire el ovillo a otra que también lo hizo y tiró nuevamente hasta que todos nos presentamos.

Inicio Paula con el ovillo en la mano, diciendo cual es su nombre, que es miembro del equipo de salud y que tiene muchas expectativas sobre el taller porque tiene muchas dudas que quiere compartir con todos.

Siguió Julia, quien comento que el taller le interesa porque quiere sacarse creencias respecto del SIDA.

Luego fue Neli quien recibió el ovillo y sólo dijo su nombre ya que rápidamente, creemos, por vergüenza, se lo dio a Anabel que estaba a su lado.

Anabel dijo que sus expectativas son sacarse dudas sobre el SIDA porque no está bien informada y que es bueno compartir experiencias entre todos. Cruzando toda la mesa le tira el ovillo a Marisel, lo que causa mucha risa.

Marisel comenta que ella ha venido a todos los talleres porque le interesa y le gusta estar informada, además que una de sus nenas quería saber que era el SIDA.

Luego le toca a Soledad, que nos dice que hace tres años que está trabajando en el barrio con "la Rita" que ella es de la juventud CTA y que está muy bueno comenzar con estos talleres en salud porque hace mucho que querían, y lo lindo es sacarse dudas plantear preguntas. Soledad le tiró el ovillo a

Ramiro, quien expresó que también forma parte de este equipo y que tiene muchas inquietudes y que las inquietudes de los otros también lo ayudan a él.

Ramiro le tira el ovillo al Dr., quien dice: "mi nombre es Armando a través de los chicos que trabajan en la agrupación nos hemos contactado, ya hemos estado juntos en otra oportunidad

trabajando juntos, *pero siempre que sea trabajar en prevención da muchísimo gusto, porque nos permite aprender a nosotros también*, y también reconocer el valor de la psicopedagogía, porque está visto que desde la medicina sola no se han dado respuestas adecuadas, y bueno en trabajo conjunto se puede... ¡sería bueno que haya mate, porque estas cositas ayudan!". El Dr. se lo tira a

Rita quien dice que le gusta y le interesa el tema, le pasa el ovillo a

Leandro quien expresa que es estudiante de la universidad y que se enteró de la charla y le interesó, le tira el ovillo a

Carlitos, quien comenta que es un chico del barrio que ha escuchado mucho del SIDA pero que siempre hay que conocer un poquito más, ya que la enfermedad va avanzando y se va desarrollando.

Luego continua Roxana quien dice que para ella es interesante saber un poco más de lo que uno ya sabe, porque hay muchos casos de HIV en Río Cuarto que la gente no sabe o no quiere entender.

Para finalizar Soledad nos solicita que veamos la trama que hemos armado con la lana, una tela araña que permite ver una red de la que pueden iniciarse otras relaciones, otras charlas, nuevos intereses, y la idea era romper un poco el hielo, sacarnos la vergüenza y no hacer una presentación clásica. De esta forma se hace una marcha atrás y cada uno dice quien le pasó el ovillo mientras se va enroscando nuevamente.

¶ 2

Luego se inició con la **introducción a la temática** donde el Dr. planteo:

Dr.: "yo más o menos les cuento como lo hacemos en la universidad, cuando hablamos del HIV lo enfocamos desde el punto de vista de la sexualidad responsable, es decir, que las alternativas de sexualidad que cada uno elija es fruto de su libertad, convicción, moralidad, religión etc. que debe ir evitando las consecuencias negativas, esto es que este exenta de riesgos. Esta es una de las alternativas pero puede haber otras. Y enfocada desde el punto de vista del SIDA, estamos trabajando con la gente del Rawson, con un convenio de la Universidad, nos informan que el flagelo sigue aumentando, lejos de disminuir, los que se infectan mayormente son de sexo femenino, más jóvenes, a más temprana edad empieza la infección y para la prevención hay muchos factores a tener en cuenta, no sólo la sexualidad. Con respecto al SIDA una de las cuestiones que aparecen es la discriminación, otra de las tantas causas por las que la sociedad discrimina, incluso los prejuicios, por la cuestión social"

¶ 3

Carlitos: ¿puede llevar al suicidio?

Dr.: puede ser....

Carlitos: no porque yo sé del tema porque estuve haciendo un trabajo para el colegio en un centro de asistencia al suicida y dijeron que llama mucha gente que tiene SIDA...

¶ 4

Roxana: ¿está el HIV portador sano y el HIV enfermo? Porque el portador sano es el que uno lo lleva al virus hasta que se despierta...

Dr.: exactamente



Roxana: por ejemplo dicen que no puedes compartir el mate con la persona que tiene HIV, pero si la persona que esta compartiendo con vos no está lastimada uno no se va a lastimar, pero si se llega a lastimar o tiene una carie picada uno ¿corre riesgo de contagio?...

Dr.: es muy difícil, inclusive eso, salvo que este sangrando excesiva...

Roxana: ¿entonces si es una mínima cosa no hay problema? ¿Puede compartir del mismo vaso de la persona con HIV que no hay problema?

Dr.: no, no hay problema, no se corre riesgo, totalmente

Roxana: claro porque se dice que por medio de la saliva no se transmite el HIV...

Dr.: claro, como bien vos decías hay un momento en que la infección, hasta que la enfermedad se produce hay quince veinte años, una larga evolución en que la persona vive normalmente y si se detecta y empieza el tratamiento esto se puede trasladar mucho más allá, la vida de un infectado y más si hace el tratamiento s prácticamente normal...

¶ 5

Carlitos: una pregunta ¿y en qué consiste el tratamiento?

Dr.: una vez que se detecta comienzan con el tratamiento controlando la cantidad de defensas, que es el momento más grave, a través del cd4 ven la cantidad de linfocitos t, mientras eso está bien la vida de las persona es prácticamente normal, las drogas que se usan son antirretrovirales y van disminuyendo la cantidad de virus. Ya que el virus va comiendo las defensas. Hoy en día hay tratamiento que casi han negativizado el virus. O sea que hoy por hoy podemos decir que es una enfermedad que va transformándose en una cronicidad, no tiene casi mortalidad.

¶ 6

Rita: Dr. ¿Cuándo la mujer esta menstruando ahí hay contagio?

Dr.: si, si, y tiene pérdida de sangre...

Rita: claro, es peligroso, y el compartir el baño...

Dr.: y no en el baño, salvo que tenga una higiene muy deficitaria, con sangre, suciedad, pero en las condiciones normales no hay riesgo...

¶ 7

Anabel: ¿y dónde está el virus?

Dr.: en el semen, en el liquido vaginal y en la leche materna...

Roxana: uno sabe que en los primeros meses el bebe corre riesgo de enfermarse de cualquier cosa...

Dr.: digamos que el problema más grave durante el embarazo es posteriormente con la lactancia...

Roxana: porque la duda que teníamos es pasando los últimos meses de embarazo, que la mujer se contagia de HIV la criatura nace con HIV ¿o no?

Dr.: y es muy difícil... muy difícil, porque implica u pasaje sanguíneo, pero evidentemente hay un riesgo...

Paula: ¿y no existe algún síntoma?

Dr.: y no, salvo que ya este en la fase de enfermedad, pero si es infectado no....

Paula: ¿y una vez que uno ya tiene el virus que factores predisponen para la enfermedad?

Dr.: y...uno de los factores, es, digamos, habría que cuidar el estado de salud general, esto disminuye un poco más los factores de riesgo...

¶ 8

Nely: ehhhhh.... Yo conozco una mujer que largaba sangre y ensuciaba el baño y ella me decía que no.....

Dr.: en la utilización del baño, si hay incorrecta higiene hay riesgo, pero si no, la vida es normal, no hay problema...

Nely: ehhhhh....porque ella dejaba todo manchado, una vez la bajaron del colectivo...le preguntaban qué enfermedad tenía y no decía....

Dr.: y no se...

¶ 9

Roxana: Dr. cuando uno se hace el estudio de HIV, antes yo me acuerdo que demoraba meses....

Dr.: no, ahora es más rápido, por lo menos el que hacemos nosotros que es el reactivo que nos da la gente del Rawson en menos de una semana esta...

Roxana: el ultimo que me hicieron fue en el embarazo de ella (señala la bebe que tiene en brazos) me pidieron DNI, fecha de nacimiento y todo, y cuando voy al ginecólogo a buscar el sobre y no encontraban y cuando lo encuentran me agarra a mí y me dio una cosa, me dio nervios, porque por ahí el mismo médico te hace una broma, una vez me lo hizo el Dr. X, me dice el Dr. saca el sobre y dice "negra no es como decirte esto", se ve que estaba con ganas de joder, porque yo siempre iba y jodía con él y agarra y me dice "vos sabes que tengo el resultado del HIV acá", y yo le digo "ay Dr. no me diga", yo estaba que me moría y ahí me dice "no negra no tenés nada" y después el análisis que me dieron estaba todo bien...

Dr.: si, no son chistes para hacer, de todas maneras nerviosos con los resultados nos hemos puesto todos...

¶ 10

Adrián: ¿y cómo es el tema de la incubación? Esa cuestión que hay un periodo que no se sabe...

Dr.: ah sí, cada vez son más específicos pero hay un período. Suponiendo que la situación de riesgo de contagio fue 10 días atrás que te hiciste el estudio y es posible que no salga todavía, hay un tiempo que se llama el período de ventana en que los anticuerpos reaccionan...

Anabel: a mí me dijeron que dura seis meses...

Dr.: si entre seis meses y un año, ahora cada vez lo están tratando de hacer más corto, de todas maneras como no hay respuesta inmunológica todavía no se detecta en el análisis, o sea que a veces puede ser que este infectado y no se detecte, pero este, eso es una cuestión...

¶ 11

Carlitos: ¿y cuáles pueden ser otras vías para contagiarse aparte de las relaciones? ¿Puede ser el compartir agujas para drogarse?

Dr.: si, tanto en Córdoba como en Santa Fe la vía de la droga endovenosa es la más frecuente... también está el materno, como decíamos las adicciones, lo vinculado a elementos

cortantes e intercambio entre paciente portador otro... pero el endovenoso es bastante frecuente.

¶ 12

P: bueno, para continuar profundizando en estas cuestiones, la idea que teníamos nosotros es iniciar un juego, una dinámica que nos permita discutir y cuestionarnos estas cosas y ver si entre todos podemos aportar algo nuevo, el Dr. nos va a esclarecer las dudas que vayan surgiendo...

Dr.: bueno, para empezar ahí vemos el póster que nos manda la gente del Rawson que nos hace reflexionar un poco porque dice "¿y por qué yo no?"

Roxana: claro, también hay que pensar que hay chicos que nacen con el HIV...y a medida que van desarrollándose van con la enfermedad...

Dr.: exactamente... si quieren iniciamos la actividad y vamos viendo los disparadores que se han preparado

(Se han dispuesto sobre la mesa diversos papeles que tienen afirmaciones verdaderas o falsas, o situaciones problemáticas vinculadas al VIH SIDA).

¶ 13

Roxana: (elige un papel y lo lee) "no existe una ley nacional de lucha contra el SIDA"

(Silencio)

P: la idea es pensar y ver que sabemos nosotros para que después el Dr. nos oriente

Roxana: sí, creo que sí (risas) para ayudar a la gente infectada...

Gladis: claro que la ayuden con los medicamentos...

Roxana: claro, hay una parte del hospital que es especialmente para la gente que tiene HIV, para esos que los corren de las casas, lo tienen ello aparte, los ayudan mucho, yo lo he sentido...

Dr.: de todas maneras hay una ley que tiene dos o tres aspectos: uno el tratamiento gratuito para todos los pacientes, otra contempla todo lo que es la anti discriminación, por ejemplo evitar que sea despedido aquel que tiene HIV y que este trabajando, no se puede hacer el VIH para entrar a un trabajo...

Soledad: ¿a no se puede hacer si uno no quiere?

Dr.: exactamente, para hacerlo hay que hacer un consentimiento y es sin identificación, van solo las iniciales del apellido y del nombre y la fecha de nacimiento, entonces la ley no permite que puedan ser despedidos los empleados que trabajan, no se puede hacer el examen de VIH en el pre-ocupacional...

Anabel: pero hay muchas cosas que no se cumplen...

Dr.: seguro, sobre todo en la industria textil por ejemplo,... hubo un caso de una boliviana que trabajaba en una empresa de marca, entonces se infiltraban y descubrieron lo que sucedía...

¶ 14

Ramiro: ¿y cómo es el suministro de medicamentos?

Dr.: por esa misma ley es gratuito, a veces hay instancias en que no llegan, pero debe estar contemplada...

Adrián: ¿y qué te garantiza el medicamento hoy? ¿No hay cura?

Dr.: y se está hablando ya que los medicamentos cronifican la enfermedad...

Carlitos: ¿y cuándo se puede hablar de muerte?

Dr.: cuando las defensas caen a un nivel muy bajo que cualquier enfermedad te puede llevar a la muerte, el SIDA no mata por sí solo, porque produce destrucción de tejidos, hay algún tipo de cáncer por el descenso de defensas, una enfermedad común que normalmente no te afecta, lo hace como una neumonía...

¶ 15

Anabel: (saca una tarjeta) "si conozco a mi pareja de hace años, no hace falta usar preservativo"...

Dr.: y ese enunciado tiene varias lecturas...-

Roxana: hay que ver como uno lo tome

Dr.: claro...

Roxana: hay que ver si uno lo conoce de años, hay que ver las juntas que él tiene...

Adrián: yo creo que también pasa por el lado de la confianza...

(Risas)

Rita: yo estuve 30 años casada y...

(Risas)

Dr.: y son las dudas que tiene cualquier mortal, yo no estoy exento de eso, y los chicos a veces me lo plantean, porque uno hace la alternativa de una relación sexual ocasional, con alguien que no conozco, y una pareja estable, ocurre que esta esa situación en la que uno tiene que hablar de diálogo y confianza, que muchas veces se puede dar, y otras veces puede no darse y una se come "el garrón" totalmente...

Roxana: por ejemplo yo tengo una chica amiga que el marido cuando quiere se va y cuando quiere vuelve, hasta el último ella se puso firme y le dijo "no, te vas porque algún día vos podés venir con cualquier cosa y me vas a contagiar" y yo le decía "vos nunca tomaste prevención de la primera vez que él se fue" y ahora el miedo que ella tiene es cuando le agarra cualquier cosa porque uno comienza con un sífilis y termina con SIDA...

Dr.: y sí, yo creo que ese es un tema central, más y en esas idas y vueltas, ahí hay que usar preservativo sí o sí...

Gladis: yo por ejemplo he trabajado muchos años como enfermera y en una oportunidad he sacado una jeringa y me pinché me hicieron un seguimiento de dos años y desde el momento que me pasó eso vine a casa y lo dije, porque uno no sabe, pero gracias a Dios no pasó nada, pienso que el respeto es fundamental si tenés una pareja, yo hace 29 años que estoy casada, mi marido es una persona que este si vos vas al trabajo lo encontrás, no sale...

Soledad: "ahora le compre un celular para ver donde está"...

(Risas)

Gladis: pero o sea así como me pasó a mí que se yo, un día las chicas cuando eran chicas me preguntaban por el SIDA, y yo como mamá le expliqué, y justo entró mi marido y me dijo "pero no te da vergüenza hablar de esas cosas con las chicas" y yo le dije "que querés que salgan a



preguntarle a otro para que le informe mal" entonces si bien tenemos confianza, sin embargo tenemos dialogo con nuestros hijos...

Carlitos: por ejemplo, yo voy al colegio y un grupo hizo un trabajo sobre la sexualidad, la prevención y decía que muchos padres dicen que la misma escuela les enseñe la educación sexual, porque ellos a veces, por una mala experiencia o que se yo, no le pueden explicar a sus hijos, porque tiene miedo que hagan lo mismo que hicieron sus padres...

Roxana: y hace poco salió ese tema en la tele pero fue una polémica, porque hay padres que quieren y otros que no quieren...

Adrián: supuestamente la discusión viene porque hablar del tema va a fomentar la sexualidad precoz...

P: igual hay investigaciones que demuestran que la enseñanza de estos temas como la sexualidad responsable y el VIH SIDA en las escuelas disminuye la iniciación precoz...

Gladis: (mirando a su nietita de 6 años que llevó a la reunión) bueno yo la traje porque ella me pidió, ella quería saber que es el SIDA...

¶ 16

Dr.: me parece muy bien... continuamos...

Rita: (saca una tarjeta y lee) "la lactancia materna transmite el SIDA"... y no sé

Dr.: sí, por eso hay que buscar otras alternativas de alimentar al bebé...

Anabel: ¿también hubo casos de transfusión de sangre?

Dr.: Si, hubo casos, pero ya hace tiempo que no se han registrado más...

Anabel: ¿si a vos te hacen una transfusión podes pedir algo que te muestre o te digan que la sangre está bien, o que no está infectada?

Dr.: y teóricamente eso se hace antes, pero... se saca sangre del mismo paciente y cuando el mismo la necesitaba se hacia la transfusión...

Leandro: ¿qué vida tiene el virus?

Dr.: es muy lábil... cuando se deseca ya se destruye...

Leandro: ¿con lavandina?

Dr.: con lavandina totalmente, se neutraliza totalmente...

Rita: ¿y de donde vino esa enfermedad, de que es?

Dr.: y apareció aparentemente es un virus que mutó del mono... así fue...

Rita: según dicen esta enfermedad ya existía antes de Cristo...

Dr.: eso es lo que dicen...

¶ 17

Julia: ¿saco una tarjeta? (saca la tarjeta y lee) "el VIH SIDA es una enfermedad que puede prevenirse, tiene tratamiento y puede cronificarse". Y sí...

Dr.: este...tratamiento existe y pasa a la cronicidad, si bien hay casos mortales, ya casi en la actualidad no se registran...

Ramiro: (saca una tarjeta y lee) "una vía de transmisión es el consumo de drogas"... y sí

Dr.: y claro... la endovenosa... y así se contagia...

Nely: ¿ehhh el cáncer es contagioso?

Dr.: no....

Roxana: pero al cáncer lo tenemos todos...

Dr.: noooooooooo, el cáncer es un cambio del patrón de crecimiento de las células normales....

Roxana: ay, yo tenía entendido que todos éramos portadores del cáncer pero que llegaba un momento que el cáncer se despertaba....

Dr.: no hasta lo que yo conozco no... ay muchas cosas que no se....

Roxana: cuando uno tiene contacto de sífilis y llega a un punto muy avanzado ¿por medio de eso se puede contagiar el SIDA?

Dr.: si porque es la misma forma de contagio, o sea se contagio de sífilis como también se puede contagiar de SIDA...

Roxana: el sífilis también es una enfermedad vieja...

Dr.: sí más vieja que el SIDA...

Roxana: ¿te ataca los huesos no?

Dr.: si te ataca todo el sistema en general...la piel, los huesos...

Roxana: dicen que ataca mucho el sistema nervioso...

Dr.: también...

Roxana: si yo veía una novela "El conde de Guevara" que se había contagiado de sífilis, el no sabía hasta que el médico se lo detecto, pero se había puesto medio loco (Risas) vivía en todos los burdeles....

¶ 18

Soledad: una pregunta, porque hablamos mucho, pero no sé si dijimos ¿qué es el SIDA?...

Dr.: si, lo fuimos desarrollando, pero concretamente el SIDA es el síndrome de inmunodeficiencia adquirido por el virus producto del deterioro, es una enfermedad infectocontagioso....

Soledad: bien...

Paula: bueno, creo que ya hemos tocado todos los puntos propuestos para el taller...

Dr.: hemos tratado de hacerlo bien dinámico, bien práctico...

Roxana: Y aparte aprendes muchas cosas...

Dr.: ¿algunas dudas?

Paula: claro algo que se quiera agregar, ya para ir cerrando....

(Silencio)

¶ 19

Leandro: ¿el tema de los análisis en la universidad pública?

Dr.: nosotros en la universidad lo estamos haciendo vía convenio con el Rawson y creo que en el hospital también...

Anabel: ¿y puede ir cualquiera?

Dr.: y en la universidad los estudiantes...

Roxana: pero en la Maternidad va cualquiera...

Julia: ¿y en Río Cuarto es alto el porcentaje de infectados?

Dr.: si es alto, yo no tengo las cifras últimas, pero la Dra. Roldan puede tenerlas...

Paula: el jueves último en el noticiero local tocaron este tema y dijeron que en lo que va del año hay 90 infectados....

Roxana: acá ha habido un caso de la hija de un médico muy conocido, que fue uno de los primeros casos de HIV acá, y era la hija de un médico, muy conocido...era compañera del curso mío la chica...

Soledad: no digas más nada (risas)

Dr.: y empieza con "P" (risas)

Rita: claro porque es una enfermedad que no se fija en el color de piel, ni en la billetera del enfermo, ni nada...

Roxana: pero mayormente uno dice si los de clase baja, pero muchas veces los de clase alta son los que más se pueden contagiar porque mayormente es que tiene plata es el que anda con la droga y es el que corre más peligro de contagiarse, porque es así...

Dr.: sí.... Tampoco es totalmente así, hoy en día la población que más preocupa son los jóvenes, que inician más precozmente la sexualidad...

¶ 20

Paula: y ahora sí, para ir cerrando nos interesaría conocer alguna idea o aporte para un próximo taller para seguir reflexionando....

(Silencio)

Dr.: a mí me gustó la técnica que planificaron para el trabajo, la voy a implementar porque te permite sacar muchas dudas y tocar varios puntos de la cuestión...

Julia: claro porque usted al inicio nos dio información que la fuimos reforzando con el juego...

Dr.: creo que es importante el tema de las preguntas disparadoras porque sacan muchas dudas por ahí cuando uno empieza un tema se va, y esto te deja tocar muchos puntos...

Otra vecina: (tímida) mi hijo me dijo si usted me podría dar anotado todo lo que usted explicó...

Paula: claro que sí, además hay folletos que le puedes llevar... además vamos a publicar algo en el fansin que publica la organización...

Soledad: bueno vamos a cerrar un aplauso para agradecerle al Dr. y para este encuentro...

(Aplausos)

Dr.: yo les agradezco

¶ 21

### **3º TALLER EN SALUD COMUNITARIA: “PREVENCIÓN DE ADICCIONES A DROGAS Y ALCOHOL”**

**Día: viernes 29 de septiembre de 2006, 14,30 hrs.**

**Lugar: Centro Comunitario “Mami Rita”.**

En dicha oportunidad nos reunimos el equipo de salud con la Psicopedagoga Verónica Delgado en el Centro Comunitario con la finalidad de desarrollar el taller sobre adicción al alcohol y drogas.

Verónica y nosotros juntamos las imágenes vinculadas a las adicciones, que habíamos quedado en llevar, y realmente logramos que fueran muchas las opciones gráficas para trabajar.

#### **INICIO:**

Son alrededor de 15 las personas del barrio y amigos que se acercan a compartir este taller, algunos de ellos Elsa, Ángela, Humberto (Noné), Cesar, Leandro, Roxana, Marisel, Silvana, Ezequiel, Rita, Julia, Walter y algunos de los miembros de la comisión de salud como Ramiro, Paula, Adrián y Anabel.

¶ 1

#### **PRESENTACIÓN:**

Adrián comienza con la presentación del taller diciendo que este taller se realiza en el marco de la Comisión en Salud, “es la continuación del trabajo que se viene desarrollando desde hace un tiempo en el barrio, con esta inquietud, idea y necesidad del barrio y de la agrupación de empezar a profundizar el tema de la salud desde una visión comunitaria hemos desarrollado un primer taller de enfermedades transmitidas por los animales, en segundo lugar un taller de prevención de VIH SIDA y el de hoy. Esta cuestión no surgió porque sí, sino que es la consecuencia de un trabajo de relevamiento de datos con la gente del barrio y ahí surgieron las verdaderas necesidades y nosotros acompañamos esas necesidades, por eso nos vinculamos hoy a Verónica y Cesar, ellos son parte de Nazaret que es un Centro de Rehabilitación para Adictos que funciona acá en Río Cuarto y se han acercado solidariamente, si bien su trabajo es formal y es pago, son profesionales que caca vienen solidariamente, y es bueno rescatarlo y bueno espero que esto nos sirva a todos. Cuando hablamos de algo comunitario nosotros lo referimos a que todos vengamos a aprender algunas cosas y espero que nos sirva a todos”....

¶ 2

#### **DESARROLLO**

Verónica: bueno, en realidad voy a comenzar a hablar pero no me voy a presentar, ya que ara conocernos un poco entre todos y para presentarnos la idea era comenzar con una actividad de presentación donde nos pudiéramos mezclar un poquito la gente del barrio, con los que están trabajando en salud, como para poder comenzar a charla. La idea es que nos juntáramos de a dos, así con el que tenemos al lado, porque no tenemos mucho espacio y presentarnos unos con otros. Por ejemplo yo me presento con usted y usted con migo (refiriéndose a Elsa) y después ella se va a presentar hacia el resto como si fuera yo, va a decir “yo soy Verónica” y



va a tratar de decir todo lo que yo le conté, y después yo me voy a presentar como si fuera ella... ¿más o menos les parece? ¿Comenzamos? Cinco minutitos....

En este momento entra Ezequiel, el nieto mayor de Rita que tiene 13 años y exclama ¡o no quiero irme! Y Rita le responde ¡te quedas porque van a hablar de drogas y vos sos joven y tenés que aprender!

Nos agrupamos de a dos y conversamos sobre cosas básicas para presentarnos, edad, nombre, estado civil, trabajo, hobby o gustos personales etc. Es un momento de dispersión y risas, los participantes se relajan y se ríen, la técnica de presentación parece estar funcionando. Rita pone alfajores de maicena hechos caseros por ella y nos invita a todos, que comemos mientras nos presentamos entre nosotros.

¶ 3

Ramiro: ¿quién comienza?

Paula: ¡nosotras! (que le había tocado trabajar con Rita) bueno yo soy Rita tengo 57 años, hace 20 años que vivo en el barrio, ahora estoy trabajando en un microemprendimiento estoy haciendo alfajores de maicena, pizzas, empanadas, pan casero, ahora voy a empezar a hacer unas cara sucias de hojaldre, tengo 14 nietos y acá vivo con 8 y tengo tres hijos.

Rita: bueno yo soy "Paula" hace de febrero que vengo al barrio y que integro la comisión de salud, hace 10 años que estoy de novia, pero parece que no pasa nada con el novio (risas) y bueno, ya esta....

Anabel: (que trabajó con Walter) yo soy Walter tengo 26 años tengo la vos media afeminada (risas) hace tres años que estoy en la Juventud de la CTA fui uno de los fundadores (risas), no estoy en la comisión de salud pero me interesa el tema.

Walter: bueno yo soy Anabel (risas) tengo 25 años, soy psicopedagoga, integro la comisión de salud, estoy de novia pero está lejos... (Risas)

Psicop. Verónica: (que trabajo con Elsa) yo soy Elsa tengo 63 años...

Adrián: ¡qué bien que te conservas!

Psicop. Verónica: Soy de acá del barrio, vengo todas las tardes a buscar la copa de leche y me interesa el tema, no tengo este problema en mi casa pero lo veo mucho, lo veo en mucha gente y me preocupa mucho, creo que es muy triste....

Elsa: bueno yo soy Verónica, vivo en el barrio, vengo porque me gusta, hay muchos chicos en el barrio con este problema, y me gustó venir, entonces la invito a mi amiga (una amiga que trajo Elsa) y dijimos "vamo" un rato... (Elsa, si bien inicialmente dijo que se llamaba "Verónica" continuo con la propia presentación sin poder respetar la consigna planteada, quizás por no haberla comprendido realmente)

Ángela: (que trabajo con Humberto más conocido en el barrio como Noné) bueno yo me llamo Humberto... (Risas) ¿No te llamás Humberto vos?... (Risas) claro si se llama Humberto Valentín (risas) estoy haciendo el colegio, vengo a buscar la leche al centro, me gusta venir acá, nada más...

Noné: bueno yo soy Ángela (risas) tengo ¿60 no? (risas)

Ángela: ¡57!

Noné: dos hijos...

Leandro: (que trabajó con Cesar) estoy trabajando en el barrio las delicias, estoy haciendo cosas particulares con la gente, los estudiante avanzado de psicopedagogía, soy de Huinca,

estoy trabajando en la colonia Nazaret y trabajo en el colegio secundario Racedo y la charla de drogadicción me interesa....

Cesar: yo tengo 25 años, soy estudiante de veterinaria, tengo un taller donde arreglo motos y la charla me interesa....

Marisela: (que trabajo con Roxana) yo soy Roxana tengo 30 años 6 hijos y estas charlas me interesan...

Roxana: yo soy Marisela tengo 25 años y 3 hijos...

Psicop. Verónica: (al llegar Silvana tarde le dice) hicimos una actividad de presentación, ¿quedes presentarte vos ahora?

Silvana: yo soy Silvana y trabajo acá de la señora Rita dando la leche, tengo una hija...

Ezequiel: (nieto de Rita) ¡me da vergüenza! Bueno yo soy Ramiro, me dicen el pelado, soy de acá de la Juventud de la CTA, vengo a las charlas porque me gustan y nos puede pasar a cualquiera las cosas que nos dicen... ¡qué sé yo no me acuerdo más!... (Risas)

Ramiro: yo soy el Eze, me gusta jugar con la gomera, vivo acá en la casa voy a la escuela secundaria, me va bastante mal (risas) y me interesan estas charlas....

¶ 4

Psicop. Verónica: bueno, ya estamos todos, ya nos presentamos... ya pueden volver cada uno a su personalidad. Bueno como les comentó Adrián nosotros venimos de un Centro de rehabilitación de adicciones de acá de Río Cuarto. Este Centro tiene una casa acá en la ciudad donde recibimos consultas, atendemos a la gente que quiere informarse o que tiene algún problema una persona amiga, y después tenemos una comunidad que es donde se hacen específicamente los tratamientos, donde hay gente internada y hay personas haciendo distintas modalidades de tratamiento para rehabilitarse porque ya tiene un problema de adicción.- La idea de hoy era venir a charlar con ustedes que pudiéramos hablar de este tema y entre todos sacar una idea de esto y ver qué cosas sabemos y que nos interesa conocer. Para empezar trajimos algunas fotos que juntamos que yo traje de la comunidad, otras que trajeron las chicas y que las vamos a poner sobre la mesa... van a tener que comerse los alfajores porque molestan... vamos nadie se anima, yo los miro y los miro pero como nadie empieza... (Risas)

Ezequiel: ¡me quiero ir!

Rita: ¡yo quiero que escuches esta charla de las drogas!... (Silencio)

Psicop. Verónica: vamos a poner estas fotos sobre la mesa, que son fotos que cortamos porque se nos ocurría, ustedes elijan algunas fotos que les parezca que tiene que ver con las adicciones, nos gustaría que cada uno elija una foto que le llame más la atención, que le guste y después vamos a compartir entre todos porqué eligieron esa foto que tiene que ver con las adicciones... (Mezcla las fotos sobre la mesa boca arriba para que se vean) se pueden ir acercando e ir viendo...

(Los amigos de Ezequiel golpean la ventana del salón donde estamos trabajando a que salga a jugar con la gomera, Rita se asoma y les grita ¡está ocupado! Y Eze le dice: deciles que ya voy)

Psicop. Verónica: pueden ser dos...

(Todos miramos y elegimos las fotos)

¶ 5

Ezequiel: ¡mirá ese! Un choro re fumanchero....

Psicop. Verónica: ¿todos eligieron? Bueno, ahora todos vayan mostrando su foto y vayan explicando por qué la eligieron... ¿Por qué les pareció significativa?

Rita: (elige una foto de una chica joven bailando descontrolada) bueno en esta foto esta borracha o esta drogada. (La otra imagen son dos personas adultas tomando remedios) y esta otra son dos personas que se están auto medicando solas....

Psicop. Verónica: ¿y qué te pareció Rita? ¿Por qué las elegiste?

Rita: y no sé, es para mostrarles que vean que puede hacer las drogas que puede hacer el alcohol, para mi esta chica esta drogada... ¡dale Ezequiel!

Ezequiel: bueno acá veo un mozo que esta por servir alcohol...

Rita: ¿y por qué la elegiste, a ver?

Ezequiel: ¡Qué sé yo!

Rita: ¿está sirviendo alcohol! ¿Y a vos te parece que está bien?

Ezequiel: no, no....

Rita: (tomando la dirección del taller) ¿y acá que ves?

Ezequiel: y acá veo a unos choros que han agarrado la policía, dos ladrones que pueden estar drogados o borrachos....

Rita: mostrala... mostrala...

Ezequiel: y están entre rejas

Rita: ¿te parece lindo eso?

Ezequiel: no se....

Rita: ¡cómo no vas a saber!...

¶ 6

Psicop. Verónica: a ver la que sigue...

Silvana: (la imagen es una marcha de protesta) bueno esto es una marcha, contra alguien o contra algo...

Marisel: (la imagen es unas mujeres haciendo actividad física) bueno estas son unas mujeres haciendo gimnasia...

Psicop. Verónica: ¿porque la elegiste? ¿La relacionaste con algo?

Marisel: y bueno... que se yo, la buena vida el no consumir drogas ni alcohol....

¶ 7

Roxana: (elige una imagen que muestra una persona bajo los efectos de la droga) bueno esto muestra alucinaciones, el tipo esta alucinando, (la otra imagen es un ciruja) este puede estar cirujeando, sale a cirujear...

Leandro: (unos chicos comprando alcohol) bueno estos están en un kiosco comprando cerveza, yo por ahí asocio esto con que hay muchos chicos chicos consumiendo alcohol...

Cesar: (imagen de personas frente a un televisor) bueno yo la elegí porque en la actualidad es como que hay personas que se hay echo adictas a la TV....



Noné: (elige una publicidad de cigarrillos) yo siento que a un pibe de 15 años o a un pendejo de 14 le venden que la realidad es así, como lo muestra la propaganda y la realidad es otra, y pueden terminar así por conseguir eso (muestra la foto de un chico preso)

Ángela: (elige la imagen de un señor comprando en supermercado) yo elegí esto porque hay gente que se hace adicta a las compras... (Muestra la otra foto que es un jugador de fútbol) y esta porque se asocia la droga muchas veces con los jugadores de fútbol...

Elsa: (la foto muestra alguien sacando dinero de la billetera en una noche de descontrol) yo elegí acá, pero no sé, parece que esta juntando plata para comprarse drogas alcohol, no sé, bueno acá hay una botella de cerveza *Quilmes*...

¶ 8

Psicop. Verónica: bueno, yo elegí esta porque me pareció importante, es como una escalera, hay una botella de cerveza de la misma marca y hay una chica que tiene la cabeza cortada sentada en una escalera, es una persona, una mujer que está sola sentada en la escalera, con la botella de cerveza al lado, y bueno creo que representa bastante lo que significa la adicción en sí, el tema de que por ahí uno no se siente completo, el no tener cabeza...

Walter: (chica tomando cerveza) yo elegí esta foto que es una chica tomando una cerveza...

Anabel: (modelos con las manos extendidas) bueno esta que se yo... veo dos lado contrapuestos, porque las veo como pidiendo, pienso que se hace creer que los jóvenes están adormecidos, es lo que nos quieren hacer creer, que están vacíos de proyectos... y por el otro lado el de la dicción, ellos sí están adormecidos desde la enfermedad, desde lo que produce la enfermedad...

Paula: (imagen de un chico que va preso) esta imagen me hace pensar en las cosas que hacen las personas para conseguir más drogas y como terminan mal, de salud o terminan mal legalmente... y esta es otra (imagen de una mujer tomando remedios) que a mí me llegó más en lo personal, es una persona que está tomando un remedio y ahí uno es como se hace adicto a medicamentos, para dormir o analgésicos, uno se hace adicto como a las drogas legales...

¶ 9

Adrián: a mí me gusta esta porque está el diez (una foto de Maradona) ¿qué vamos hablar del Diez? (elige otra foto que es una chica con los ojos vendados) bueno, lo que me deja a mí esto es como es la juventud, lástima que no tienen tapado los ojos porque sino serian ciegos sordos y mudos, como es la juventud hoy, lamentablemente la que está adentro de la cuestión de la dependencia de las drogas hoy más profundamente el tema de la salud y de la exclusión y más que todo como se acallan los jóvenes, porque yo veo que esos pibes nuestros que hoy se están drogando, que están encerrados en una pieza o están presos o murtos por la droga yo pienso que tienen muchas cosas que decir y que aportar a esta sociedad y no lo están haciendo, o no les dejan, están dependiendo de una sustancia para poder seguir viviendo, porque también esta esa cuestión hasta que punto uno no piensa... porque a la hora de juzgar es fácil "el pibe porque se droga y esta de joda, entonces... o se quiere hacer ver" que son los comentarios más comunes de lo que está pasando, y tenemos un grueso de nuestra juventud que no está participando en ningún espacio donde opine, decida y proponga y esa es la gran debilidad de la sociedad en que hoy estamos viviendo, porque no tenemos una juventud fuerte, con pensamiento claro, que proponga...yo quisiera saber si todos esos pibes que hoy se están drogando en realidad estarían proponiendo y organizándose con un proyecto diferente, nosotros como sociedad como lo podríamos sostener, si tenemos o si estamos como sociedad o el Estado está organizado para sostener una propuesta de la juventud que sea totalmente antagónica a la del modelo... por ahí lo que me queda es eso...que pasaría si



lográramos que estos pibes más allá de que se dejen de drogar pudiesen empezar a pensar, a proponer, porque me parece que si bien lo que los mata es la droga, también lo que nos mata es no poder participar....

Rita: yo lo que creo es que hay poca comunicación hoy en día de los padres al hijo... o los hijos no escuchan a los padres o los padres no ayudan a los hijos, yo creo que debería haber más comunicación...

Elsa: yo creo lo mismo...eso es lo que pasa...

Rita: tienen 10 años y ya quieren fumar porro, ya no les importa, como que los padres de hoy en día no se preocupan por los hijos, y los hijos hacen lo que quiere, hay muy poco dialogo, antes era, quizás los padres no te daban mucha charla, pero uno los respetaba y les preguntaba todo "papa, mamá puedo hacer esto..." hoy en día nada...

Psicop. Verónica: hoy en día las cosas han cambiado, tenemos que trabajar, tenemos muchísimas obligaciones, entonces se hace cada vez más difícil y nos pasamos de un extremo al otro, por ahí decía Ezequiel "pero a vos te tenían a los palos" le decía a Rita (abuela) y es cierto, en una época era así, y después se pasó a otra época donde no había ningún tipo de límite, no había palos, no había retos, no había dialogo, no se decía nada, de un extremo al otro nos fuimos, los dos extremos eran malos, en un momento los hijos le tenían miedo a los padres y entonces con una mirada no más bastaba, pero después ellos se fueron a otro extremo que no les decían nada para "dejarlos ser, dejarlos que sean libres, que elijan por ellos solos" y fue malo también. La idea es como le encontramos la vuelta para poder educar a nuestros hijos de una manera en que este tema no los ataque. A nivel nacional las políticas tienden mucho a esto, a que la gente no se eduque a que la gente no conozca o no sepa para manejarnos más fácil, cuando uno no sabe y no siente que puede participar o que puede tener proyectos, nos manejan como quieren, eso es lo que hacen a nivel política, pero nosotros desde nuestro lugar también podemos ir preparándonos para ser parte de la sociedad, para tener dialogo con nuestros hijos para poder llegar a ellos, la droga sí existe y va a seguir existiendo. Existe desde hace muchísimo tiempo, ahora es cuando es problema es más grave y se va acrecentando cada vez más. O sea cada vez se hace más grave por lo que tenemos que pensar cómo podemos prevenirlo con ellos, con los chicos más chicos....

Rita: quizás antes no había "digamo", mucha publicidad, porque solamente escuchábamos la radio, ahora está la televisión, te están mostrando a cada rato que el alcohol, el cigarrillo, que las películas que ves que se drogan...

¶ 10

Adrián: es más hoy los mayores actores y lo que te difunden los medios son prototipos de personas, de hombres y mujeres, vos para ser un hombre ideal tenés que fumar "Malboro" tenés que tener tal auto, tenés que vestirte de tal forma...

Rita: las zapatillas de marca.... ¿a qué te lleva eso?

Adrián: claro, mediante esa cuestión "marquetinera" le van diciendo a una parte de la sociedad o a la sociedad en su conjunto como nos tenemos que manejar, entonces claro, quizá hay muchos que se pueden manejar dentro de ese estereotipo, pero hay un gran conjunto de la sociedad que dentro de esos requisitos que ellos ponen no entramos, entonces ¿qué pasa? Ahí entra la situación de exclusión que llega al extremo total donde se comienza a dividir las aguas en una forma marcada... el que se viste de una forma esta en un lugar, el que se viste de otra forma en otro, yo para sentirme bien tengo que tener tal zapatilla, o sea, lo que te venden constantemente es consumir para sentirte bien... digo, dentro de todo ese consumir por ahí no nos dimos cuenta y nos metieron la cocaína, y las drogas... creo que algo pasó, porque

del tiempo que dice la Rita no pasaron tantos años, somos una sociedad si se quiere nueva en este del avance ¿porqué tan rápido todo? Creo que hay que detenerse a reflexionar porqué todo fue tan rápido, porque de tener una sociedad como dice la Rita con un montón de respeto, con un montón de valores, con un montón de orden, pasamos a ser una sociedad totalmente fragmentada con necesidades que se profundizaron el 100 por ciento, con una escala de valores que se invirtió totalmente... ¿qué paso en el medio? Creo que también nos debemos ese análisis porque no podemos pensar que dos tipos apretaron un botón y todos nos volvimos unos indiferentes totales con nuestros hijos y con la sociedad...coincido con Vero que los que desarrollaron la política la desarrollaron en función de que esto pase, de que la sociedad se divida, de que la sociedad... esto son consecuencias de decisiones que se tomaron primero matando y después imponiendo políticas donde muchos quedaron postergados y pocos de llenaron los bolsillos, pero también tenemos que entender que esto no es una cuestión espontánea, porque si no terminamos culpándonos nosotros, o el padre que no le da bola al hijo, quizás ese padre tenía un laburo formal, tenía su obra social y hoy no tiene nada...

Rita: el gobierno principalmente que no pone límites, tendría que haber otra ley...

Adrián: ¿cómo cual Rita?

Rita: bueno que se yo, prohibir muchas cosas, que se yo...

Adrián: ¿qué te gustaría prohibir Rita?

Rita: el cigarrillo, el alcohol...

Adrián: ¡y se terminó! Pero ¿por qué?

Rita: y porque el cigarrillo hace mal... es un negocio que tendrían que prohibir...

Anabel: pero es un negocio del Estado...

Adrián: pero mira que contradicción ellos planteaban la situación... me acuerdo cuando era chico una propagando que me partía la cabeza porque era un tipo fachero que andaba en un jeep y subía la montaña y cuando llegaba se prendía un "Camel"... era un Dios el tipo, yo quería fumarme un *Camel* en dos minutos...

Paula: claro, ahí en la imagen que eligió Noné muestran un hombre súper exitoso fumando y abajo el cartel "el fumar es perjudicial para la salud"...

Rita: claro, que perversa...

¶ 11

Adrián: claro, ellos nos pusieron los puchos en los bolsillos, se llenaron los bolsillos de plata y ahora sí, después de treinta años te dicen "no vos no podes fumar más en lugares cerrados", y jamás crean políticas para los grandes capitales sino para el consumidor, que en definitiva es el que pone la moneda... claro el malo ahora es el que fuma y el bueno el que no fuma, crearon esa división en la sociedad, siempre tendemos a dividir, y en ningún lado te plantean un espacio para reflexionar porqué el 40 o el 50 por ciento de la sociedad llegamos a ser adictos al tabaco.... (Silencio)

Psicop. Verónica: algo similar ocurrió con el tema del alcohol, a fines de la década del 80' la *Quilmes* quería aumentar sus ventas, como toda empresa lo que quiere es vender más, entonces la estrategia para vender más fue bajar la edad de inicio de consumo, o sea utilizan y presentan en la publicidad a la gente más joven, hoy en día están empezando a tomar alcohol, los chicos de 12, 13 años, y ganaron una población que no la tenían en cuenta y aumentaron impresionantemente sus ventas, y esto es como nos están manejando y como nosotros somos producto de todo un comercio que lo que quiere es llenar sus bolsillos y nos usan a nosotros,

por eso esta bueno crear estos espacios, que podamos empezar a entender esto y a ver cómo podemos empezar a cuidarnos de todo esto, como podemos corrernos de todo esto y no creernos eso que nos dicen en la publicidad, que la chica con el mejor lomo va a ser porque fuma esa marca de cigarrillos... o porque toma tal cerveza o porque usa tal ropa, y a eso lo tenemos que empezar desde mucho antes, desde más chiquitos...

¶ 12

Rita: ¡y ahí tienen que estar los padres! Porque yo crié 4 hijos, adelante mío hasta hoy no fuman y tomar empezaron a tomar de grandes, quizás en una fiesta, y estos 5 que estoy criando ahora hasta que yo me muera van a seguir mis reglas, por eso digo los padres...

Anabel: no solamente en el tema de las prohibiciones, sino que el padre este, lo contenga, lo acompañe...

Rita: claro, para lo que necesite... yo ya les dije ropa de marca yo no te puedo comprar confórmate con lo que yo te puedo dar, que comida ni ropa, nada te va a faltar, yo digo que los padres estén...

Noné: yo digo que el problema es suponete acá en el barrio hay muchos pendejos de 18 que los padres no les dan bola, y andan en la "movida" y ahí le van dando a las drogas... y bueno ahí esta otro caso en el que algunos padres le dicen a los hijos "cuidate"...

Rita: y te digo otra cosa yo estuve con mi papa y mi mamá hasta los 13 años, y después me crié trabajando en casa de familia hasta el día que me casé, y no me drogo, ni fumo ni nada, y así los crié a los míos... y así voy a seguir criándolos a ellos...

¶ 13

Psicop. Verónica: lamentablemente no hay escuelas para ser padres entonces es muy difícil, y muchas veces cada uno hace sus cosas en la vorágine de la vida cotidiana, no nos metemos en el mundo del otro y hasta que no tenemos un problema no me preocupo... cuando damos charlas en los colegios para padres generalmente van 5 o 6 que son los que tienen un problema ya en la casa o una consulta puntual, entonces van a informarse... la cuestión es cómo empezamos desde antes... siempre pensamos que no nos va a pasar nunca, que le va a pasar a un vecino y a mí no, yo no me tengo que cuidar de eso, el HIV existe pero yo no me voy a contagiar y alguien de mi casa tampoco... y de poder empezar a darnos cuenta de que como es un problema de la sociedad y como somos parte podemos caer también nosotros o nuestros hijos, algún ser querido. A veces cuando uno se encuentra con el problema ya esta, y hay que hacerle frente, hay que ponerle mucha fuerza de voluntad, se puede pero lo ideal sería poder evitarlo, prepararse para no llegar a eso, pensamos que todo esto está lejos nuestra la cuestión es que cuando nos llega nos llega y nos preocupa mucho... y en los medios lo hablan como si fuéramos un número "mueren tantas personas....". Ahora se está hablando mucho de legalizar las drogas, de hacer legal la marihuana, con algunas restricciones, como con el alcohol, la idea es que se pueda vender legalmente.... Pero nadie sabe cuál es el sufrimiento del adicto realmente, nosotros sabemos lo que es que llegue una familia angustiada por no saber qué hacer con su esposo, con su hijo, a mí me da mucha bronca cuando se habla de legalizar diciendo que se va a poder controlar, cuando sabemos cómo es en nuestro país, el año pasado se ahorcó en Córdoba en un Instituto de menores un chico que había estado internado en nuestro centro de rehabilitación... y así el sistema los mete, los mete, hasta que terminan así. Entonces nuestra idea es eso transmitirles que esto genera mucho sufrimiento, que tener una persona adicta es muy difícil de poder salir, lamentablemente, y muchas veces se trata de correr al adicto, y es cierto a muchos que hacen daño, pero hacen daño porque no



tienen otras posibilidades. No nos podemos creer las propagandas y esas realidades que nos pintan que Maradona estaba mal y que ahora esta fantástico y que de las drogas se puede salir de un día para el otro, ¡basta de eso! Y estas charlas de reflexión sirven para eso, y después vendrá otra y esta bueno hacerlas...

Roxana: ¿con todos los años que él consumió de un día para el otro no puede dejar de consumir?

Psicop. Verónica: es un poco complicado, o sea cuando una persona genera dependencia física tiene que cortar de golpe, pero algunas personas necesitan algún tipo de medicación, pero son personas que tienen un nivel de dependencia muy fuerte entonces necesita estar realmente en un tratamiento donde lo puedan contener, nadie deja así porque sí, va a dejar una semana, dos semanas dos meses y después va a volver a caer porque esto es un problema que va más allá de la droga. Hoy hablaba con los chicos del centro que los seres humanos somos como una cebolla, vieron que la cebolla tiene una capa, otra capa, otra y otra, en el adicto la capa de más arriba es la droga, cuando encontramos la que viene hay que sacar esa, y así sucesivamente, ¿a qué voy con esto? Que las personas lo hacen por distinto motivo, para olvidarse, para tranquilizarse en algo, para pasarla bien, evadirse, porque hay algo que uno no puede enfrentar así no más y la droga le viene bien... pero no es la droga el problema, hay un problema de droga....

¶ 14

Ramiro: claro, y también para que van a salir si no tienen futuro, terminan en la delincuencia, el robo, para que van a salir si no encuentran nada mejor...

Psicop. Verónica: a esto nosotros le llamamos la reacción social a cuando el paciente termina el tratamiento y tienen que volver a vivir su vida, en sus casa, con su gente, la llamada reinserción social, es una de las cosas que más cuesta porque cuando uno sale de estar en un tratamiento se encuentra nuevamente con la misma sociedad y tiene que encontrar un lugar donde empezar a participar....

Leandro: y ahí vuelven las capas de la cebolla...

Psicop. Verónica: y tienden a volver claro es como que uno se pone las mismas capas, porque uno se encuentra de nuevo con que tiene que `ponerse la mejor ropa, a qué lugares voy a ir, con que personas me voy a juntar, y es una de las cosas más difíciles, nosotros siempre apuntamos en el tratamiento a que armen un proyecto de vida, pensar que cosas quieren lograr para su vida, y que no necesiten drogarse, pero si uno sabe quiere ser o hacer en su vida hay cosas como las drogas o las exigencias del sistema, como ser flaco o vestirse de tal manera, que no importan, o importan pero no tanto... no pasa a ser lo más importante de nuestra vida. Es a lo que más apuntamos con el tratamiento, armar un proyecto ¿Qué quiero ser yo? Que no me vendan las propagandas, que yo pueda elegir, la droga hace eso va quitando la capacidad de elegir. Por otro lado no nos podemos olvidar el tema de la automedicación, hay drogas legales y drogas ilegales, las legales son el tabaco, el alcohol y las pastillas y las ilegales la marihuana la cocaína, entre otras... todas las drogas generan tolerancia que es eso que para producir el mismo efecto uno tiene que ir aumentando la dosis, cuando uno toma una pastilla para dormir, va al médico y este le dice tomate un cuarto y después uno no va al médico cuando ese cuarto no hace nada, sabes que si te tomas media te vas a dormir, y después te tomás tres cuartos y después te tomas una, o te temas dos o tres juntas y después finalmente no te podes dormir y eso no te alcanza...

Adrián: y lo acompañas con un vinito de onda... (Risas)

¶ 15



Psicop. Verónica: también hay que tener en cuenta que nos han ido metiendo de a poco que todo tiene soluciones rápidas, y uno no se rehabilita de un día para el otro, el mensaje que se dio con eso "bueno drogote, descontrolate, total un día te rehabilitas y listo, ya esta, todo bien", es como "peca toda la vida, total después Dios te perdona"...

Adrián: y lo más grave con respecto a Maradona es que te mostraron un Maradona adicto que pesaba 120 kilos pero ahora que está bien pesa 60 kilos ¿me entendés? Está bien por dos cosas: porque se dejó de drogar y porque bajo de peso, o sea te muestran un prototipo flaquito ágil...

Paula: también hay que pensar en las personas que lo rodean, yo me acuerdo cuando fue todo esto, a la semana que había estado internado salió y fue al programa de Susana Giménez, no hilvanaba dos palabras seguidas y la Susana le decía "estas espectacular", cuando el otro estaba que reventaba de gordo...como si la gente que lo ve fuera estúpida, y la gente no se cree todos lo que quieren, a mi me da ese sensación la gente no se cree todo lo que ellos quieren que nos creamos...

Adrián: tal cual eso te muestra la realidad, cuando te muestran la droga te muestran un tipo con un traje de dos mil pesos y auto súper caro, te lo muestran en ese contexto, no te muestran, como dice Vero un tipo tirado que lo abandono la familia porque ya no lo banca más, que perdió los hijos el laburo, a mí lo que me preocupa es caer solo en responsabilizar a lo familiar, creo que ya deja de ser familiar en el momento es que es un problema de la sociedad, porque si no termina siendo una solución individual, yo lo soluciono con mi mama, mi papa y mi hermana, y ahí no lo estamos solucionando de verdad, estamos haciendo que un bache, se pone un parche, y ahí está lo otro se hacen estadísticas "ahora hay 5,3 más trabajo" no te dicen que hay 10 millones de tipos sin laburo, "bueno el presupuesto de la salud ha aumentado un 2,5", no te dicen que 10 millones de tipos están excluidos del sistema sanitario, como ellos en su discurso te deforman todo, "se ha invertido 2,5 más en el presupuesto para prevención de drogas", pero no te dicen que se mueren 5 mil pibes porque hay drogas en todas las esquinas y que no les importa un carajo...y que estamos fomentando día a día la droga...yo creo que es más de lo mismo, la desocupación, la precarización en la salud, la adicciones a las drogas son problemas comunitarios y que individualmente o sólo en el vinculo de lo que es una familia no lo vamos a resolver sino en el colectivo de una comunidad, hablo de la sociedad, de la ciudad, y creo que es parte de lo que nosotros como sociedad tenemos que organizarnos y ver como paliamos esta situación...

¶ 16

Paula: yo le quería preguntar a Verónica, los otros días cuando organizábamos el taller vos nos decías que no existen soluciones mágicas para darse cuenta de la adicción de un ser querido, pero como padres o hermanos, ¿algunos indicadores que podríamos tener en cuenta para advertir el problema o prevenir para darnos cuenta que una persona está en riesgo?

Psicop. Verónica: pensemos en nuestros hijos, cuidar mucho a nuestros hijos, su entorno, que no estén cerca de personas que consumen, no es que esto sea contagioso y uno se va a contagiar, pero sí uno está en un entorno de personas que consumen tarde o temprano va a terminar haciendo lo mismo porque lo va a empezar a ver normal, entonces tratar de educar en el dialogo, de hablar de las drogas, abiertamente, sin tapujos, que esto existe, que probablemente les van a ofrecer, bueno y de las consecuencias que genera esto, y algunos indicadores para ir dándose cuenta, yo trato de no dar muchos indicadores porque en general esto es un problema que cuando uno lo tiene le cuesta mucho poder verlo y como nos cuesta es muy difícil darse cuenta. Yo por ejemplo comencé a trabajar en esta institución porque este problema lo tuvimos en mi familia, y con el tiempo empezamos a relacionar todo, mi familia está conformada por mi papá, mi mamá mi hermana y yo, entonces empezamos "claro porque

el novio había hecho un tratamiento y lo veíamos que no estaba muy bien, y ella no estudiaba, le estaba yendo mal en el colegio y cada vez peor, y tal amigo también se drogaba, era obvio” y uno empieza a asociar y dice como no nos íbamos a dar cuenta, pero claro sí, si yo hoy me pongo a pensar, ¿Cómo no me iba a dar cuenta? Todo era re claro, cualquier persona, el vecino lo podía decir, pero nosotros no lo podíamos decir...

¶ 17

Roxana: ¿te cambia el ánimo también?

Psicop. Verónica: y sí, cuando le pasa esto no lo puede ver porque estamos enceguecidos y creemos que no, porque es un mecanismo que tenemos los seres humanos de negación, pero no porque nonos queremos hacer cargo, sino porque no podemos. La cuestión es tratar de estar cerca, de empezar a mirar al la otra persona, como ayudarlo, como ver a mi hijo, ver que le está pasando, que necesita de verdad, eh, ver que le hace falta, tratar de tener mucho diálogo, preguntarle como esta como se siente, tratar de tener tiempo para estar con ellos, para mimarlos, las mamás tienen algo, que no tienen otras personas y es darse cuenta que les pasa a sus hijos, me imagino por ejemplo Roxana que se da cuenta cuando Guadalupe quiere tomar la leche, ese instinto que tiene la mamá lo sigue teniendo, lo que pasa a veces por distintas cuestiones la mamá no está bien y no se da cuenta, se trata de no perder eso, de estar cerca, de estar...

Roxana: yo tengo el nene mío que va acá a la escuela y salen a fumar, la otra vez dice que estaban unos fumando cigarrillos raros... y yo le dije alejate de esos chicos... y vení rápido a casa, yo prefiero que lleguen muertos de hambre a comer y que no se queden por ahí dando vueltas...

Psicop. Verónica: claro, de eso se trata, de contenerlos, de charlar con ellos de los que les pasa... es ese el mensaje que hoy quiero dejar con este taller...

Paula: bueno creo que con esto ya podemos ir cerrando... ¡un aplauso para Verónica!

(Aplausos)

¶ 18

#### **4º TALLER EN SALUD COMUNITARIA: "EL DERECHO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD"**

**Día: martes 12 de diciembre de 2006, 17,00 hrs.**

**Lugar: Centro Comunitario "Mami Rita".**

En dicha oportunidad tuvo lugar el cierre de actividades de la Agrupación Juventud CTA en el barrio Hipódromo para lo cual, entre otras actividades, como ropero comunitario, murga, y merienda para niños se organizó el *taller de cierre sobre el derecho a la salud*. Para ello el día lunes se realizó una actividad de volanteada para convocar e invitar a todos los vecinos y mujeres que ya habían participado de dichos talleres. Es así como a las 15.30 comenzaron a llegar muchas mamás y vecinas al "Roperito comunitario" de las cuales sólo algunas se quedaron.

Del equipo de salud estábamos casi todos los integrantes, pero fueron pocos los vecinos participantes, es para destacar la presencia de la Directora de la Escuela Racedo quien enriqueció con sus aportes y experiencias y nos ofreció otra mirada de la situación en el barrio.

Para desarrollar las actividades planificadas se improvisó, en lo que en futuro será el "salón comunitario", una especie de mesa de trabajo con dos cajones de envases de botellas, una madera encima y una tela que Rita nos dio para que oficie de mantel, alrededor dispusimos las sillas y bancos y uno a uno fueron encontrando sus lugares los participantes interesados. Sobre la mesa pusimos dos cartulinas cada una de ellas con un título, en rojo el título decía "Los derechos de la mujer en el parto" y en verde la otra cartulina decía "Los derechos del paciente en el hospital público". A la par, todos los derechos escritos en papelitos boca abajo que cada participante iría sacando en la dinámica del juego.

¶ 1

#### **Inicio:**

Fuimos alrededor de 15 las personas del barrio, vecinos, amigos invitados y miembros de la comisión salud, que compartimos este último taller. Algunos de ellos son: Rita, Directora de la escuela Racedo, "Pampa", uno de los nietos de Rita interesado en la temática del taller, Vivian, Rodrigo, Franco y su señora Romina, (que fueron con sus dos hijos), Roxana, Rita, Marina, Walter y algunos de los miembros de la comisión de salud como Ramiro, Paula, Adrián y Anabel.

¶ 2

#### **Presentación:**

Adrián comienza con la presentación del taller diciendo que nuestra intención es realizar un cierre con todas las personas que veníamos trabajando juntos en los talleres, por ello nos pareció oportuno, junto con las actividades de cierre de la agrupación como el ropero, la murga y la merienda, desarrollar el último taller en salud. Se explicó que el tema a tratar no implicó una decisión espontánea sino que fue consecuencia de distintos talleres que se fueron desarrollando tomando en cuenta los planteos de los vecinos y priorizándolos. Por ello creemos importante en este caso que la mejor forma de hacer valer nuestros derechos es conociéndolos, la intención es conocerlos y discutirlos en forma conjunta para que cada uno aporte el saber que ya tiene sobre esto y aprendamos lo que no sabemos.

Para ello se explicó que se organizaron en dos partes: los derechos de la mujer en el parto y los derechos del paciente en el hospital público.

Paula propuso como tarea inicial la presentación de cada uno y que expusieran que se entendía por derecho a la salud.

¶ 3

## Desarrollo

Paula: para comenzar sería bueno ir presentándonos e ir diciendo que pensamos o creemos que es el derecho a la salud... ¿quién quiere comenzar...?

(Silencio)

Anabel: para mí tiene que ver con el acceso y el poder cuidar nuestra salud en el sentido físico y mental... para mí tener el derecho tiene que ver con el acceso, el poder ir a los hospitales a cuidar y tratar nuestra salud...

Roxana: ¡y que te traten bien! Porque hay veces que te tratan mal y que tienen privilegio los de afuera la gente de la región y para mí eso está mal...

Ramiro: no es que está mal que les den lugar a los otros sino también que le den lugar a los de acá...

Rita: claro, pero yo digo que la gente de acá que está mal o grave tiene más posibilidades de que lo atiendan ¿ero la gente de afuera?...

Roxana: si pero hay muchas veces mami, que han venido gente acá a la guardia y que nos han mandado a las casa...

Rita: ¡pero todos tenemos derecho! A la salud, todos, por más que sean de afuera, del norte, del sur, para mí todos...

Roxana: ah habido casos acá en el hospital que una mujer tuvo un principio de infarto y la mandaron de vuelta...

(En ese momento se suman un joven y una señorita al taller)

Adrián: bueno como todos no nos conocemos nos estábamos presentando y tratando de expresar que entendemos por el derecho a la salud...

Walter: para mí el derecho a la salud es algo que está en la Constitución...

Adrián: ese es un tema que vamos a tocar...

Paula: claro pero ya que Walter lo menciona es el momento, la Constitución no se refiere al derecho a la salud de manera directa o explícita sino indirectamente en el artículo 14 bis, el 42 y en el 75 inciso 22....

Ramiro: yo acá traje para que consultemos la Constitución Nacional, que es la que no lo dice explícitamente y la Constitución de Córdoba que lo menciona un poco más claro...

Walter: (estira los brazos para tomar las constituciones y se queda leyendo y consultando mientras el resto del grupo orienta el debate hacia otro lado sin parecer importarles lo plasmado por el derecho en la ley)...

Directora de la escuela: lo que pasa en este momento que es uno de los problemas de salud más generales es la poca cantidad de recursos humanos disponibles, yo he visto en muchos casos, hay un pediatra con seis emergencias al mismo tiempo, hay en la ciudad una neuróloga infantil que viene una vez por mes... entonces...



Rita: pero ahora ya está viniendo una vez por semana...

Directora de la escuela: ah bueno, es como que era escaso el personal, pero la gente que tiene mutual en muchos casos esta todavía peor, salvo que tenga una prepaga o una mutual muy buena, porque en el caso del IPAM por ejemplo la mayoría de los jubilados de la provincia de Córdoba, tienen IPAM y su cobertura es pésima, cubre pocas cosas, otras ni las cubre, los medicamentos se pagan en forma privada o solo cubre el 30%...

Adrián: lo que pasa que IPAM al ser una de las más grandes es la más absorbida por el Estado y por los políticos...

Directora de la escuela: y también porque como es del Estado hay un montón de afiliados con un montón de aportes... el aporte es proporcional al sueldo...

Adrián: al sueldo básico...

Directora de la escuela: al sueldo ¡no básico, al sueldo! Yo en mi caso pago un montón al IPAM por ejemplo...

Adrián: en la Universidad es al básico...

Directora de la escuela: en la universidad es al básico porque es otra cosa...pero en el IPAM.... Yo te digo que estoy pagando tanto como lo que paga mi marido por la universidad, pero la atención es desastrosa, y con muchas mutuales hoy pasa eso... pero a veces es culpa de la mutual y otras de la comercialización que hay hoy con la salud... de los laboratorios, los medicamentos es terrible, hay un comercio...

(El resto de los vecinos mira la discusión entre Adrián y Directora de la escuela un poco perdidos ya que se trata de otra realidad en salud que no pertenece al ámbito público, que es el tema de este taller)

¶ 4

Paula: (tratando de volver al tema de los derechos y sobre todo a la cuestión pública)...la idea que tenemos con este taller es tratar de que quede claro que el derecho a la salud es un derecho universal y básico, y como derecho humano siempre hay dos lecturas o dos significados que pueden advertirse: uno es el derecho que por ser humano tenemos y que es inalienable y, por otro lado lo que está asentado y establecido en la ley, en este caso en la Constitución Nacional, que es lo que veíamos recién cuando lo planteó Walter y que acá tenemos para consultar, los que quieran, lo que dice la Constitución Nacional...

Adrián: con respecto a eso es importante puntualizar una cosa, muchas veces la ley no refleja o no ampara las necesidades reales, eso también hay que tenerlo en cuenta porque si no, por ahí creemos que desarrollando una ley y ejecutándola ya tenemos la solución...

Directora de la escuela: no la garantiza Adrián, esta expresado en el deber ser entonces te lo enuncian, tanto en educación como en salud, pero nada te lo garantiza...

Adrián: claro, pero muchas veces nosotros corremos atrás de que se otorgue una ley, de que se haga una ley, creyendo que eso nos va a garantizar la salud, la educación o las cuestiones primarias para el ser humano, y está visto que desde que somos Nación o Patria se han implementado un montón de leyes y cada vez estamos peor, entonces hay que ver que hay como un juego de que por ahí nos tratan de infundir que las leyes son las que nos amparan y en realidad la que no nos ampara muchas veces y en este caso, es la ley...

Directora de la escuela: pasa que la ley no te lo garantiza, si esta enunciado solamente, ahora están por hacer una nueva ley que declara la obligatoriedad de toda la educación pero ¿quién va a garantizar o de qué forma se va a garantizar que todos los chicos realmente lleguen?

Adrián: a eso me refería yo, así la ley este bien hecha y nos garantice en su enunciado correctamente lo bueno que va a ser, después sabemos que hacen falta otras cuestiones, falta de presupuesto, falta de decisión política, y sobre todo organización del pueblo...

Directora de la escuela: y reglamentar la ley que diga como...

¶ 5

Paula: nosotros creemos, por las discusiones que hemos tenido en la organización del taller, que la salud como derecho que esta directa o indirectamente en la ley requiere de un Estado que la garantice y el problema que estamos teniendo es que el Estado no garantiza nada y la salud ha dejado de ser un derecho de todos para convertirse en un privilegio de un grupo minoritario, entonces habíamos pensado como tratar este tema y se nos ocurrió trabajar con los derechos del paciente del hospital público, porque de hecho si vamos a reclamar, reclamemos algo que conozcamos, y por otro lado el derecho de la mujer en el parto, ya que la mayoría de las participantes a este ciclo de talleres han sido mujeres... y bueno, creo que podríamos comenzar con la dinámica. Dispusimos los derechos mezclados y entre todos los vamos sacando, los vamos leyendo, los discutimos y vamos viendo a qué grupo pertenecen, si al derecho de la mujer en el parto o si al derecho de los pacientes en el hospital público...

Pampa: ah son dos...

Paula: claro son dos tipos de derecho que elegimos porque surgieron y se vinculaban por un lado con la mujer, que es la protagonista de estos talleres, y al hospital público, o dispensario, porque es el subsistema al que acceden dentro del sistema sanitario nacional... ¿Querés empezar Ro?

¶ 6

Roxana: bueno (elige una tarjetita) "¿Todo paciente tiene derecho a que su curación no afecte a su economía privada? (lee como si fuera una pregunta cuando en realidad se trata de un enunciado) lee de vuelta..."

Walter: ¿es una pregunta?

Roxana: eh... eh...

Adrián: es una afirmación...

Roxana: no más que yo le pongo la pregunta a todo... (Piensa sobre el derecho, y no dice nada)

Paula: es lo que vos comentabas hace un rato uno se tiene que comprar los medicamentos y eso ¿afecta o no tu economía privada?

Roxana: y sí...

Walter: ¿no entiendo a que apunta eso?

Paula: el derecho plantea que la curación de una enfermedad no debe afectar tu economía privada... ¿pero qué pasa?

Walter: no, claro que la afecta....

Roxana: uno que tiene que gastar en transporte, después que te dan una medicación que el Centro de Salud no la tiene, que tenés que hacer, tenés que ir y comprártela, porque si vas al COCAEN <sup>11</sup>y no la tienen...

Adrián: pero no solamente pasa por el tema de los medicamentos, porque vos fijate, los otros días estábamos hablando con la gente del sindicato de cadetes y motoqueros, ellos como es un trabajo en negro se enferman y tienen que pagar a la empresa la plata que les correspondería si hubieran trabajado, es decir, si vos te enfermas tenés que pagar a la empresa igual como si hubiera trabajado, sin trabajar, o sea perdiste toda la semana de trabajo y además de tenerte que pagar los medicamentos tenés que pagarle a la empresa.

Roxana: o sea, es como dice ahí, que te afecta a tu economía privada...

Walter: también hay que pensar en ese trabajador albañil, que le están pagando por día y que si se enferma tres días, o está en negro...

Roxana: pierde tres días de trabajo y encima esta sin medicación... eso lo que no tendría que ser, eso es lo que se está discutiendo, que no tendría que ser así...

¶ 7

Paula: Pampa... ¿querés sacar un papelito?

Pampa: bueno "Todo paciente tiene derecho a una internación digna respetuosa y privada"... si es así, seguro, yo pienso en lo que pasa acá, por ahí se llenan las camas de los hospitales y los meten a todos en los pasillos en camilla...

Roxana: sino cuando te ven un poquito mejor...

Pampa: si te ven un poquito mejor y ya te manda a tu casa...

Directora de la escuela: el peor problema en ese sentido lo tienen los jubilados que se atienden con el PAMI, es terrible, realmente, los mandan a la casa por no tener cama, la atención es de "cuarta"... por ejemplo tienen en la clínica privada atención de PAMI, es diferencial...

Roxana: y hay medicación que no se las dan, porque yo estoy trabajando en un geriátrico y tienen el PAMI y tienen medicación que no se las dan, se la tienen que comprar...

Directora de la escuela: teóricamente esta, se la tendrían que dar...

¶ 8

Ramiro: (saca una tarjetita y lee) "todo paciente tiene derecho a conocer el diagnóstico, tratamiento y practica que le sean instituidos en el hospital"... si por ahí pasa que a uno no le dicen verdaderamente la enfermedad que tiene...

Paula: o lo que le van a hacer... O lo que le hicieron...

Ramiro: si, pero por ahí se ve que piensan, que sabe este, quien lo va a venir a reclamar a este, parece que se creen que como son profesionales los otros no...

Vivian: los subestiman...

Ramiro: claro, lo subestiman... los tratan mal...

Adrián: si, yo creo que eso es una cuestión cultural, es algo que uno vive diariamente pero recién cuando lo aborda y lo lee empieza a reflexionar, digo, uno no reflexiona todo, vos vas a

---

<sup>11</sup> Cooperadora Cristiana de Ayuda al Enfermo Necesitado. (Carniglia, Carloseña, Quiroga y Cabral 2005: 119, Directorio de Organizaciones Sociales y Comunitarias de Río Cuarto 2004/05)



un sanatorio, te ponen suero porque es normal desde chiquito te lo hacían, pero todos esos procesos uno no los reflexiona, porque no me dicen que me hacen...

Vivian: a mí me paso con mi esposo, el tenía una úlcera duodenal y una operación muy riesgosa con un sangrado constante.... Se hinchó todo después de la operación porque le hizo una reacción alérgica, por todo lo que le pusieron, y el médico le quería poner un antialérgico... que dura 30 días en el cuerpo, entonces la enfermera no se lo quería poner, la saque al acto que la mina estaba nerviosa y me explico lo que era y yo me negué a que se la pusieran...

(En ese momento Guadalupe, la pequeña de 8 meses estaba paradita agarrada de la pierna de su mamá Roxana y de Franco, un chico del barrio, se cae y llora, Roxana se enoja y le grita "hay chiquito como me la vas a dejar suelta! el pequeño trata de explicarle y ella agarra la nena y se va, el niño nos mira a todos y trata de explicarnos, todos en silencio hasta que Vivian retomo la explicación)... Bueno la, la, ehh yo prefería que se quedara con la reacción alérgica que tenía y no que le pusieran eso, era que se abría otra vez la operación y todo lo que le habían hecho y chau, no había más solución... entonces el médico vino y me preguntó porqué yo me había negado, me preguntó quién era yo... quien era yo para engarme... entonces yo le dije que no podía ser que la enfermera me lo había explicado, y me trató de ignorante "¡y vos que sabes, si vos no sabes nada, vos no tenés esto, no tenés lo otro!"..."yo no sabré pero yo asesina no soy" le digo, así que si vos estas sabiendo el riesgo que corre la persona, "uno en cien se salva en los casos de tu esposo" "y bueno será el uno" le dije yo, porque tiene que ser el resto... es así, pero bueno...

Rita: por eso uno tiene el derecho de saber, de preguntar y preguntar... yo pregunto mis chicos han tenido enfermedades rarísimas y yo pregunto...

Walter: aparte uno tiene derecho a saber que le van a hacer a una persona querida tuya...

¶ 9

Paula: Vivian... ¿querés sacar una tarjetita?

Vivian: "todo paciente tiene el derecho a exigir la menor espera posible en inscripción, consultorios y demás servicios"... "espera" esa palabra...

Rita: espera larga siempre, en todos lados...

Paula: y acá vemos que van a las cuatro de la mañana para sacar turno...

Rita: pero ahora han cambiado, desde las 6 de la mañana hasta las 6 de la tarde, te dan el turno para el día, para el otro día o al otro día, podes ir hoy a las 5 de la tarde y sacas el turno para mañana... querés un neurólogo, querés un psiquiatra...

Walter: pero podes llegar a las 6 de la tarde y no hay más...

Rita: y pero tenés todo el día...

Ramiro: y pero es como una amansadora porque por ahí vos caes y tenés 50 personas delante de tuyo y tenés para dos días...

Rita: pero está muy bien lo que hay hecho...

Paula: pero esto es muy reciente...

Rita: si hace poco, y en los dispensarios vos vas y sacas turno...

Anabel: si pero hay cupos, en el Dispensario del Barrio Jardín Norte eran cupos para el pediatra para las primeras 10 personas, sino tenias que ir al otro día....



Rita: no acá vos vas y te atienden, y si vas con un nene enfermo te atienden, yo que te voy a decir, a mi me atienden, yo no me puedo quejar ni del hospital, ni del centro de salud, ni del dispensario porque yo he tenido los chicos enfermos y a mí me han atendido...

Vivian: bueno, eso es algo que tienen bueno acá, que en la provincia de Buenos Aires no está, los dispensarios que hay en la zona acá están fantásticos, allá se concentra todo en el hospital y morite de angustia esperando, tenés gente con criaturas amontonadas en los pasillos, y hay salitas pero no existen figuran, no más, eso es muy bueno, no se imagináte Río Cuarto con la cantidad de gente que hay con un solo hospital ¿qué haces?...

¶ 10

Paula: Franco ¿seguís vos?

Franco: (lee muy bajo y con dificultad) "Todo paciente tiene derecho a..." (Continua su mujer Romina)... conocer el funcionamiento de los servicios de salud".... (Silencio)

Adrián: está bien, yo por ejemplo soy ciudadano de Río Cuarto, y más allá que uno por ahí tenga obra social o no, esas cuestiones habría que socializarlas, porque más allá de la posición que tenga uno, que tenga IPAM, ASPURC, o lo que tenga, eso tendría que ser notorio, y más cuando, como dice la Rita, es algo bueno, tampoco vamos a estar acá con 10 vecinos, cuando el objetivo no es tirar abajo la salud pública ni los trabajadores de la salud pública... pero si creemos que hay algunas negligencias que algunas veces están fuera de nuestro alcance y otras no...

Anabel: Romina, saca una tarjetita vos...

Romina: "toda mujer tiene derecho a vivir un parto tranquilo, despierta y con pocos sobresaltos"...

Paula: ¿vos sos mamá?

Romina: sí

Paula: ¿y cómo viviste eso?

Romina: el primero lo tuve a los 12 años, un poco asustada, pero bien, había 12 médicos que me asistían...

Paula: ¡doce!

Adrián: tenía doce años...

Ramiro: un médico por año...

Paula: ¿y porque tantos médicos?

Romina: era por la curiosidad que tenían de que era la más chica de todas, querían saber cómo iba a ser yo en el parto, y estuve bien... (Silencio)

Paula: ¿tuviste un parto tranquilo?

Romina: si normal, todo bien, sin dolores, porque fue un parto sin dolor...del varón sufrí un poco más, pero de los tres tuve parto normal, yo los tenía a los médicos conmigo, querían hacer pasar a mi marido pero mi marido no quería (lo mira) tenía miedo (risas)... no, no bien me atendieron bien...

Paula: o sea ¿vos dirías que se cumplió en tu experiencia el derecho que leíste?

Romina: sí....

Adrián: me gustaría escuchar a las otras madres...

Vivian: y porque no a los padres, las madres siempre tenemos que decir lo que nos gustaría, pero el padre tiene que aportar... siempre los varones como que esa parte la quieren dejar de lado...

Ramiro: bueno yo tengo siete hijos

(Risas)

Paula: ¿y vos Roxana como viviste los partos?

Roxana: y después de la Guadalupe no quiero más nada, me lo tuvo que sacar el médico empujándola así (hace un movimiento con las manos), mi hermana que me decía "dale, dale", porque le había agarrado miedo... porque del Lautaro había quedado encajado de los hombros y no salía, hacia fuerza y no salía, y al último tuve que bajar los pies y agacharme en el piso para que saliera el Lautaro, porque yo le decía que me tenían que cortar y la enfermera me decía que no que tenía que nacer solo, yo le decía "córtame"; en esa época era la Dra. X, y en el parto de la Guadalupe yo decía que si estaba ella no quería, me volvía, y la que me atendió con la Guadalupe fue la misma que me atendió los mellizos, yo ahí de los mellizos no sabía que venían dos, después del parto me enteré que eran mellizos...

Paula: ahí te enteraste de la sorpresita...

Adrián: a ver Rita vos contanos de tu experiencia...

Rita: yo al último casi lo tengo sola en el baño, así que... en un pueblito retirado de todo, el médico no llegaba y la enfermera que me decía que espere, yo decía, "que me voy al baño y lo tengo en el baño"...al final, terminé mi parto, llegó otra señora, el médico no llegaba y la enfermera me dice "levántate a ayudarme porque es prematuro", así que... tuve que hacer de partera también...

Adrián: eso sí que se puede decir que es atención primaria de la salud...

Rita: ¿Cómo estás? Me dice la enfermera y me toco para ver, "estas bien, me puedes ayudar"...pero si estaba todo bien enserio...

Roxana: yo me acuerdo cuando nació el Ezequiel, los mellizos hasta el Lautaro, iban a cada rato los médicos a verte, las enfermeras, iba el médico a ver los chicos, yo cuando nació la Guadalupe, la vio en la sala de parto y después el día que la dieron de alta fue la última vez que la vio la pediatra, igual que el médico, a mí me vio cuando nació y después no me vio más...

¶ 11

Adrián: ¿saco yo? "que sentiste cuando tu hijo salió" ohhh (risas) "todo paciente tiene derecho a ser correcta y totalmente informado por los médicos y todo el personal sobre el modelo y los medios para solucionar el problema que lo aqueja"....

Paula: es para pensar lo que contaba Vivian, ella se entero de lo que querían hacer con su marido por la enfermera, pero el médico no le decía nada...

Vivian: lo que pasa es que uno dice tanto esfuerzo de los otros médicos, porque ese era uno que venía de guardia, los otros se esforzaron para hacer un trabajo casi imposible y este desgraciado porque le toca la guardia... arruinan todo el trabajo de otros... de 7 8 personas que trabajan en una operación...

Rita: yo llevé una vez a mi mamá al cardiólogo, la revisó, estaba perfecta, estábamos esperando en la sala, adentro, "permiso, permiso señora hágase a un lado", me dice otro, "tenemos que llevarla urgente a coronaria" "¿qué? -le digo yo - si mi mamá esta re bien", "no, no si acá tenemos ordenes", "pero que, ¿a dónde la llevan?", "a coronaria" -me dice", "para la

mano" –le digo- "si el médico me dice recién que está bien, ustedes que la llevan"... Y dice el tipo "doctor, doctor", y yo le digo "qué le van a hacer a mi mamá si mi mamá está bien", y me dice "a perdone nos confundimos de paciente", ¡te juro que lo iba a agarrar y no sé que le iba a hacer, ya la había metido a la sala!....

Paula: y ahí casi no te decían para que, se llevaban a tu mamá...

Rita: por eso ¡para la mano a mí me van a contar todo los médicos!

¶ 12

Franco: (saca una tarjetita y lee) "Las mujeres necesitan partir (parir) rodeadas de un círculo de afecto (afecto) sin agresión ni insultos que hieran sus sen... sentimientos..."

Walter: (interrumpe) ¡le toco la más difícil! Sonia (directora de la escuela) ¿no se la lleva a diciembre?

(Risas)

Adrián: "las mujeres necesitan parir rodeadas de un clima de afecto sin agresiones ni insultos que hieran sus sentimientos ni descalifiquen su sexualidad"... (Silencio)

Paula: ¿algo para decir?

Adrián: pero que ¿no las insultan a las mujeres?

Paula en más de un lugar las insultan...

Roxana: si a veces te insultan...

Adrián: ¿alguna vez te insultaron?

Roxana. Si, acá en la maternidad te insultan...

Romina: si es verdad, cuando estaba por tener a la nena a mí de los nervios me agarra risa, y tenía que hacer la fuerza y no podía parar de reírme, "para de reírte", me decía la enfermera, y yo me reía y no podía hacer la fuerza y ella agarro y me pegó una cachetada y cuando me pegó la cachetada yo la miré como para darle un bollo, hice la fuerza y salió... ella después me dijo que era para ayudarme a mí para que se me fueran los nervios, pero no se...

Rita: ¡se ve que no había otra solución!

Romina: y me pegó y me calme...

Roxana: si ha habido casos en la maternidad que te insultan...

Romina: si ahí en la maternidad fue...

Roxana: si hay muchos casos que te insultan, cuando las mujeres gritan y hacen mal la fuerza... bueno ahí las reputan de pie a cabeza....

¶ 13

Adrián: ahora que lea la Jessica (nieta de Rita de 10 años)

Jessica: "todos los niños tienen derecho de estar con su madre durante su interi... ohhhhh ahhhhhhh..."

Anabel: internación

Jessica: bueno "en el hospital"

Directora de la escuela: léela despacito...

Roxana: (tía de Jessica) no ella lee todo rápido....

Adrián: con respecto a este derecho creo que a la única que se le da la posibilidad de estar con su hijo es a la madre, ¿no se i es real, si siempre pasa así?

Vivian: lo que pasa que también depende de donde este el chico, si esta en incubadora por ahí no... si esta en terapia tampoco...

¶ 14

Roxana: (saca tarjetita) "todo paciente tiene derecho a ser considerado en el centro del problema de salud y a recibir por ende un trato privilegiado, respetuoso y amable"... si tiene que ser así...

Paula: uno debe exigir eso, el respeto.... (Silencio) directora si querés sacar una tarjetita...

Directora de la escuela: bueno... "toda mujer tiene el derecho de no ser separada de su hijo salvo en casos de extrema gravedad, tenerlo junto a ella y amamantarlo cuando desee", es lo que decíamos recién....

¶ 15

Rita: (saca una tarjetita) "las madres reclaman el derecho a permitirle al padre del niño un rol más activo en todo el proceso".... Es lo que decía Vivian...

Adrián: pero eso ¿es cuando la madre quiera?

Paula: acá por lo menos el derecho dice "cuando la madre lo solicita"

Rita: paren que falta algo "todas las madres deseamos dejar de someternos al parirás con dolor para empezar a parir en libertad y dignidad"...

Adrián: esta bueno, pero la cuestión del dolor en el parto ¿estamos hablando de dolor físico?

Directora de la escuela: si pero me parece que es como inevitable...

Anabel: si pero cuando se suman estas cosas de que te faltan el respeto, y las agresiones o insultos...

Paula: es como un doble proceso de dolor si es así...

Roxana: si pero hay muchas veces que te ponen anestesia y no se siente nada...

Vivian: si hay mujeres que prefieren anestesia, es el parto sin dolor...

Anabel: eso lo pedís vos...

Ramiro: pero eso te lo hacen cuando es cesárea...

Vivian: no, no, esto es parto sin dolor te ponen la anestesia para el parto normal...pero depende del médico...

Roxana: a mí me pusieron anestesia para cortarme, son el embarazo del Ezequiel, porque tenían que cortarme sí o sí...

Rita: ¡te gustó aguántate!

Paula: a bueno, eso es otra forma que también se trasforma en agresión cuando las mujeres están pariendo y que hay médicos y enfermeras que lo dicen...

Rita: pero para mí es una cosa de la naturaleza (volviendo al tema del dolor) para mí el dolor tiene que existir...

¶ 16



Paula: Bueno acá tengo otra tarjetita dice "todo paciente tiene derecho dentro del hospital a que se respete su vida normal horarios, comidas, reposo y entretenimiento"

Vivian: no eso ya no depende del paciente...

Paula: este es un derecho que no sé, no creo que se cumpla...

Rita: sí, pero hay hospitales en que lo cumplen...

Roxana: en la maternidad lo hacen, te dan tu horario de comida...

Adrián: yo lo que se que en hospital público hay horarios de comida de visita...

Anabel: lo que no se cumple es el horario de visita, a veces te abren una hora más tarde, y si no es una hora, en terapia digo, y a veces es 15 minutos nomás...

Vivian: lo que pasa es que uno tiene que respetar al que está internado, y no todos están en la misma situación....

Directora de la escuela: yo lo he visto, la otra vez operaron a una amiga de columna, y éramos tantas las que la habíamos ido a visitar que era una romería, éramos como 12 y nos llamaron la atención porque había gente internada delicada, incluso a mi amiga no le hizo bien tampoco... no todos los pacientes están en la misma situación, unos requieren silencio, tranquilidad....

¶ 17

Anabel: (saca una tarjetita y lee) "Toda mujer aspira a parir por la vagina, es de esperar que las operaciones cesáreas se hagan sólo cuando son necesarias". Sí totalmente de acuerdo, yo cuando sea madre voy a querer parto natural...

Ramiro: pero ahora en la cesárea te hacen un tajito chiquito, y después no te queda ni la marca... ya no se hace más como antes...

Vivian: porque yo tuve dos partos normal y no me quedo ninguna secuela del embarazo, después tuve cesárea y después arréglate... es mucho más complicado, en el parto natural te queda menos panza no te queda marca nada...

Paula: también el tema de la cesárea se ha tornado un comercio, no se factura de la misma forma un parto natural que una cesárea...

¶ 18

Vivian: (saca una tarjetita) "Las parturientas necesitan respeto por su intimidad corporal, por su desnudez y por su sexo"... es cierto eso porque yo cuando fui a tener mi nena me pasearon por todo el pasillo, y estaba lleno de gente, decí que ni cuenta me di porque la necesidad de tener era otra...

Directora de la escuela: si a veces no tienen respeto por eso

Roxana: acá en la maternidad es distinto, ella está en la sala de parto...

Vivian: claro pero de la sala a la sala de parto te pasan por todo el pasillo....

Roxana: pero en la maternidad es distinto...

Romina: no pero en la maternidad es igual...

Roxana: no porque si estas por parir, sacan a todos del pasillo afuera, no te dejan la gente ahí... la que está en horario de visita...

Vivian: no pero igual estaban los chicos de limpieza, todo...

(Risas)

Roxana: pero en la maternidad es distinto, incluso te sacan en silla de ruedas y los únicos que están son las internadas... no te ven...

Vivian: pero igual tiene que ver con eso con la intimidad

Romina: si, en la maternidad a veces están los que están limpiando...

(No se ponen de acuerdo)

¶ 19

Franco: (saca una tarjetita) Las madres tienen derecho... (No se le escucha la vos, lo toma su esposa Romina y lee más fuerte) "Las madres tienen derecho a participar del momento del nacimiento de su hijo, el parto les pertenece, no les debe ser robado por los medicamentos, o el apuro de los médicos"...

Adrián: es lo que venimos discutiendo...

Jonathan: (nieto de Rita) "El hospital es para todos, cualquier habitante tiene derecho a la atención médica, esta no es una dádiva ni un favor, es un derecho"....

Ramiro: ¿y que pensás está bien o está mal?

(Silencio)

Sonia: (risas)

Paula: esto tiene que ver con lo que decíamos al principio que todos tenemos el derecho de acceder a la salud, los de la ciudad y la región...

Roxana: lo que pasa es que vienen de la región sacan turno y después no vienen, y los otros nos quedamos sin turno, la otra vez pasó eso con el Dr. X que empezó a llamar y no estaban y se re enojó, después vinieron y las atendió al último...

Rita: pero está bien porque las atendió...

Roxana: ¡si pero las otras que fueron mami!, que no consiguieron turno...

Rita: y bueno yo una vez fui y saque para ese médico, eran las ocho y esperé, esperé, se hicieron las once y espere y fui a preguntan y me dijeron "no si el Dr. se fue de vacaciones" no solamente yo un montón de gente le pasa eso...

Ramiro: ¿y el trato con las empleadas de administración como es?

Rita: no, es bueno, vos pensá que ellas ponen la cara por el médico, si el médico les dice no les den más turno "entonces ellas a veces te dicen vaya y hable con el médico", y todos se las agarran con ellas, cuando no tienen nada que ver... el problema es que en el hospital hay muy pocos médicos...

Roxana: es lo que todo el mundo dice, hay mucha tecnología bárbara, y es muy hermoso el hospital, pero no hay personal, los pocos que hay no dan abasto, yo he ido a la guardia de pediatría y no me puedo quejar porque me han atendido de diez, es muy buena la atención, pero cuando me accidente yo que me corte la cabeza me limpiaron solamente los de la ambulancia, que tenía arena, pero a la media hora que estaba en el hospital recién me pusieron desinfectante y me cosieron así no más, sin cortarme el mechón de pelo, y a la media hora recién me llevaron a hacer las placas y a la media hora me cosieron la cabeza, y me sacaron así no más que el de seguridad se enojó, le dijo a mi hermano "que se vaya al baño a lavarse un poco la cara ¿cómo la dejaron salir así?", claro si estaba llena de sangre, después cuando llegue acá mi hermana me lavo la cabeza pero no me higienizaron como tiene que ser.

Adrián: a ver Romina, saca una tarjetita....

Romina: "las madres necesitan que los médicos y parteras usen solo en casos extremos ciertas técnicas violatorias del cuerpo como el cristeler, la enema y el rasurado pubiano... ¿Qué es lo que es pubiano?"

Paula: el rasurado pubiano es cuando te afeitan las zonas íntimas y el vello púbico de la vagina...

Roxana: hay veces que te rasuran al divino cuete...

Adrián: explíquenme porque no entiendo...

Vivian: lo que pasa que antes, antes del parto te hacían enemas, ahora eso no se usa más te piden que comas liviano...

Directora de la escuela: pero antes.... ¡todo te hacían! Te hacían enemas, te rasuraban, te lavaban, ahora no sabían que no lo hacían más...

Rita: ¿qué no lo hacen más?...

Ramiro: ¡no te vas a largar a tener hijos ahora!

Paula: lo que pasa que el derecho dice que salvo en casos extremos se utilicen esas técnicas...

Roxana: claro porque muchas veces uno no necesitaba el enema y se lo ponían igual...

Vivian: o sea antes ibas y era una cosa, ahora el médico te dice 24 horas antes, hace esta dieta, no comas a la noche, ya te da una dieta como para que vos vayas al parto sin la necesidad de una enema...

Roxana: ¡a mí que me pasó con el Ezequiel! Yo llegué, me llevó un día sábado mi mamá a la maternidad, estuve todo el sábado y me pusieron una enema, a las 7 de la tarde me dejaron venir de vuelta, después me llevó el domingo a las 10 de la mañana y nació el lunes... cuando llegué el domingo me pusieron el enema, después vinieron las que daban la comida y a mí no me tenían que dar de comer, yo comí, y después cuando fue a nacer el nene me preguntaron ¿no te pusieron el enema? Sí, pero comí. Pero ellas no me tendrían que haber dado de comer...

Anabel: pero eso es conciencia de madre... vos tendrías que haber dicho...

Roxana: yo me moría de hambre....

Jessica: (toma una tarjeta y la lee) "es de esperar que la técnica este al servicio de la mujer como una manera de aliviar pero que no le sea impuesta"...

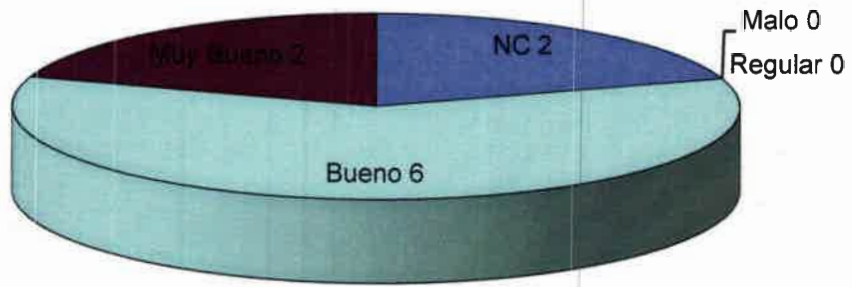
Adrián: es lo que comentábamos recién...

Ramiro: acá queda uno, léelo Franco

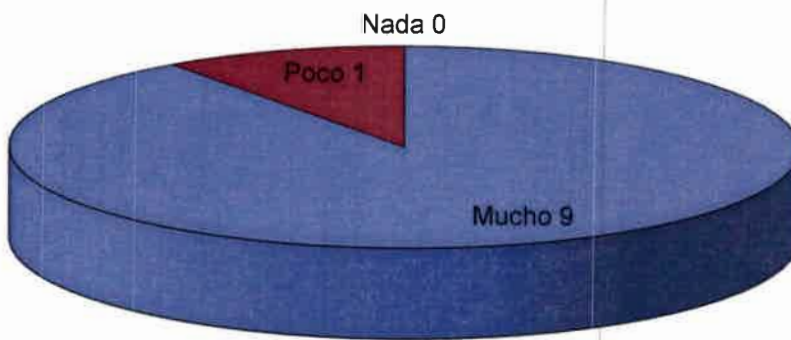
Franco: "el equipo de salud que atiende el parto debe pensar en la integridad del cuerpo de la mujer y la salud del niño por nacer, evitándole sufrimiento y riesgos"...

Ramiro: bueno ahora como para cerrar nos gustaría escuchar algunas conclusiones sobre lo que piensan del taller...

### 6. Relaciones entre vecinos durante los talleres

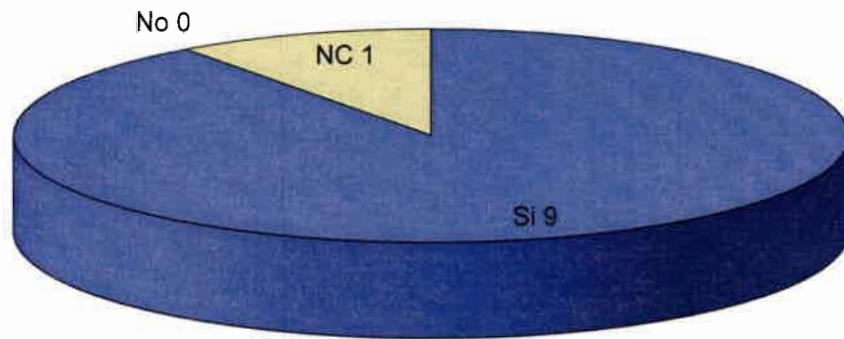


### 7. Beneficio de intercambio de experiencias entre vecinos

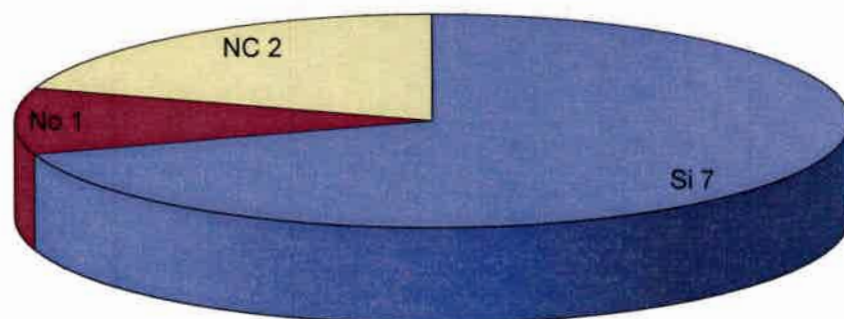




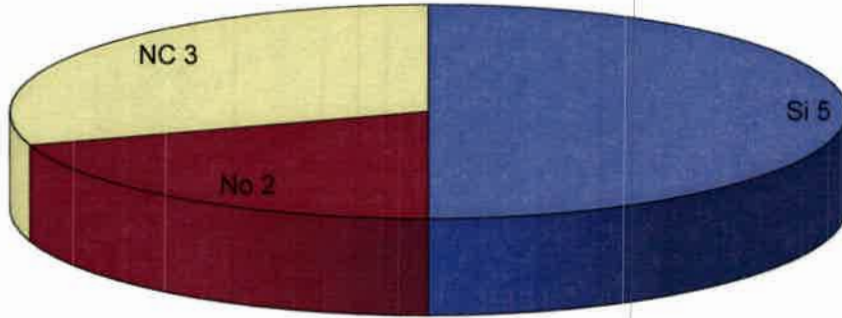
## 8. Beneficio de intercambio con profesionales



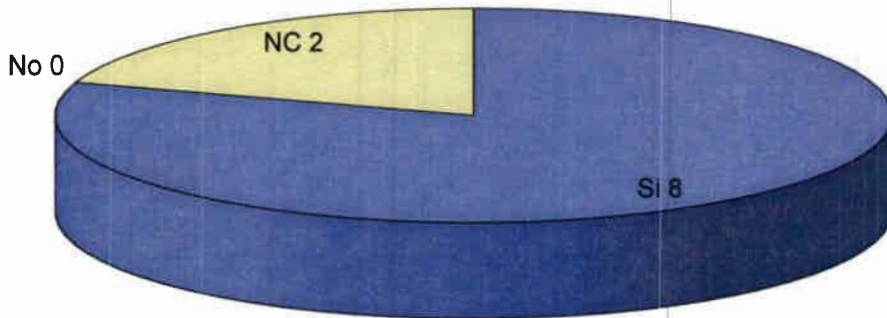
### 8.1. Conocer mas sobre el tema



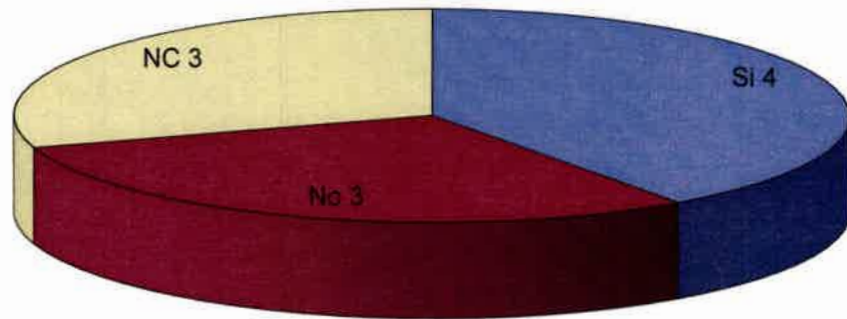
### 8.2 Sacar dudas sobre el tema



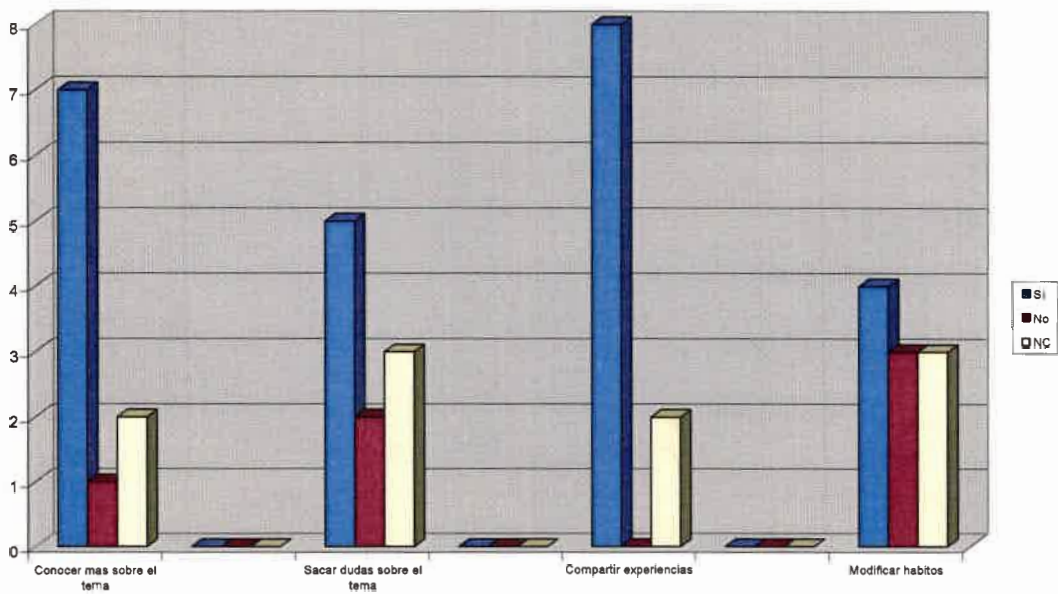
### 8.3. Compartir experiencias con el grupo



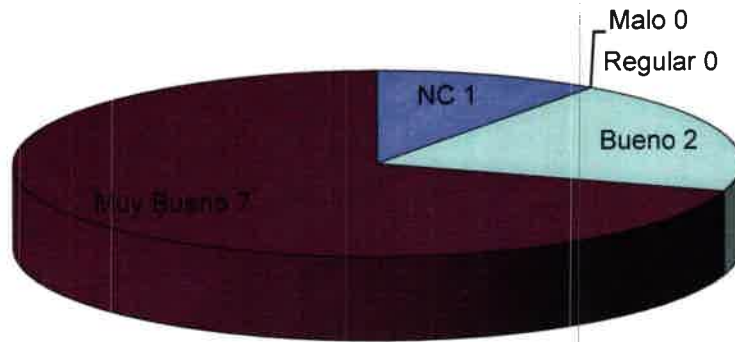
### 8.4. Modificar habitos



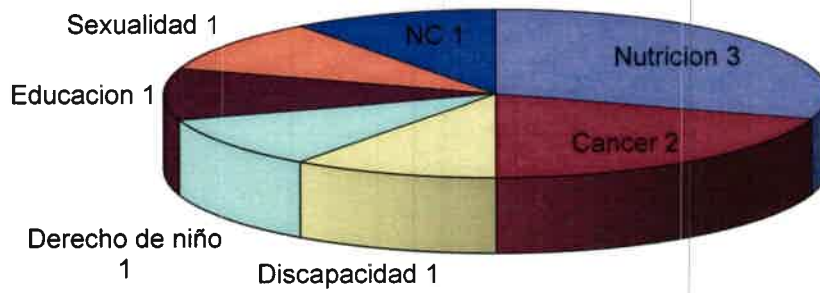
### 8. Apreciación para los vecinos de la participación de los profesionales



9. Comunicación con profesionales

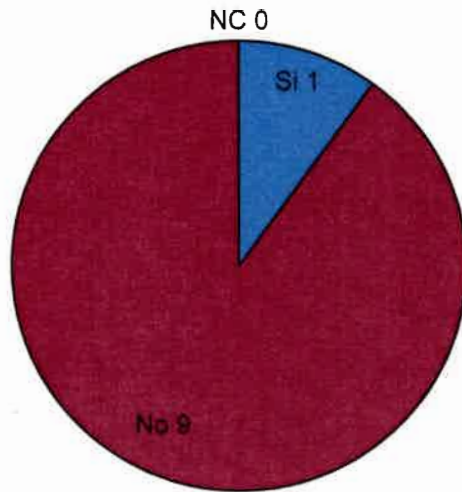


10. Temas que proponen para futuros talleres





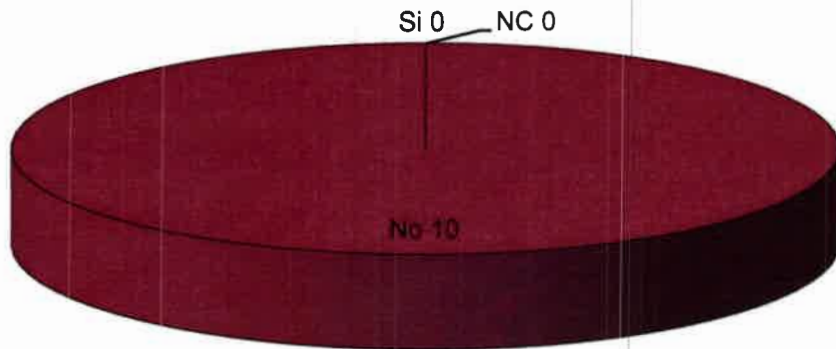
**11. Mejorarían para próximos talleres la comunicación de información**



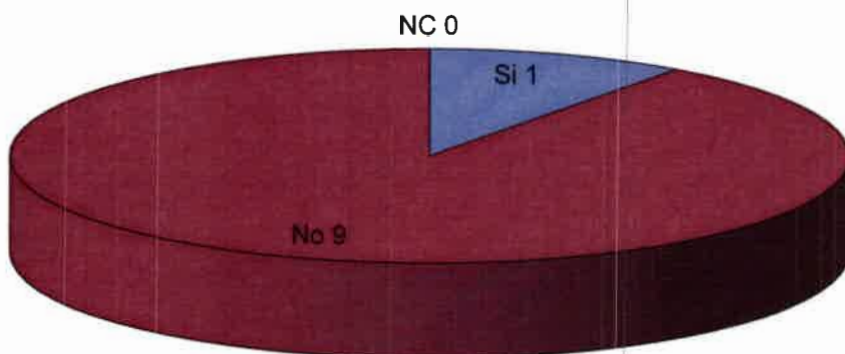
**11.1. Mejorarían para próximos talleres la presentación de temas**



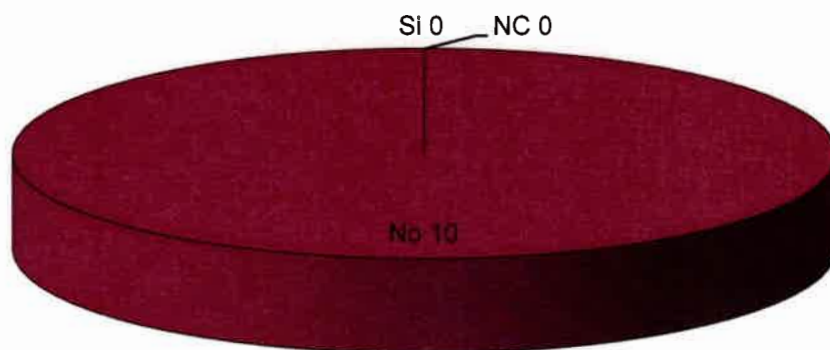
**11.3. Mejorarían para próximos talleres las técnicas lúdicas**



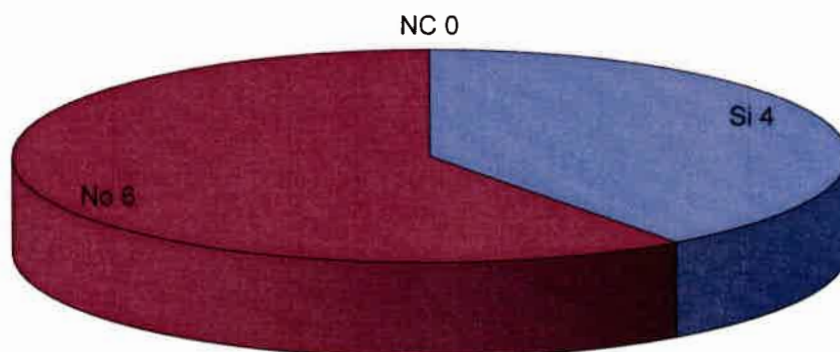
**11.4 Proponen para próximos talleres evaluación de temáticas**



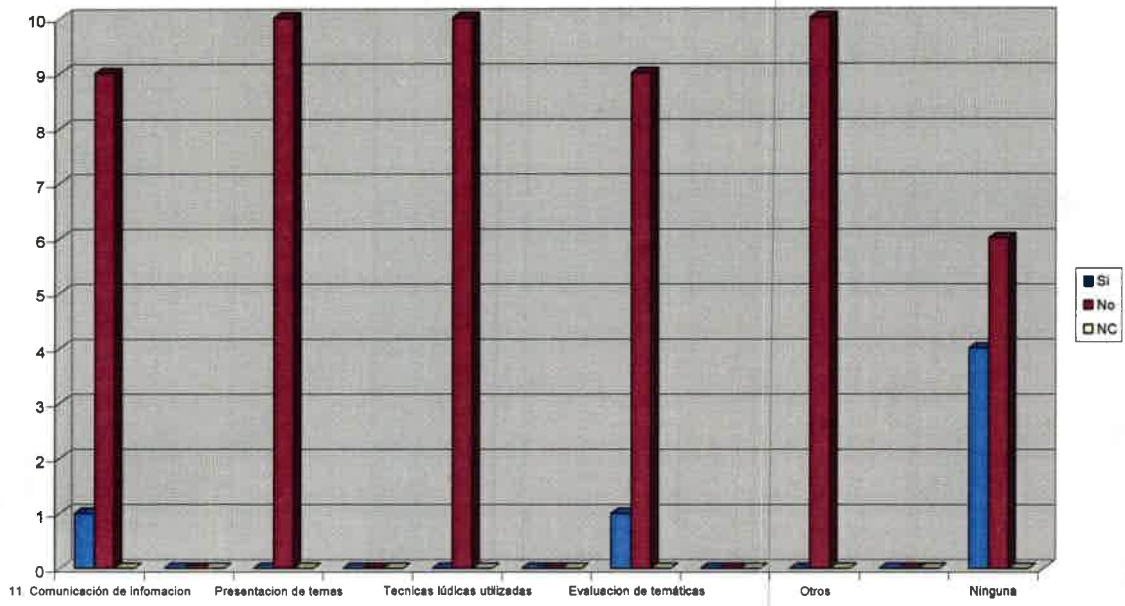
### 11.5. Otras modificaciones para proximos talleres



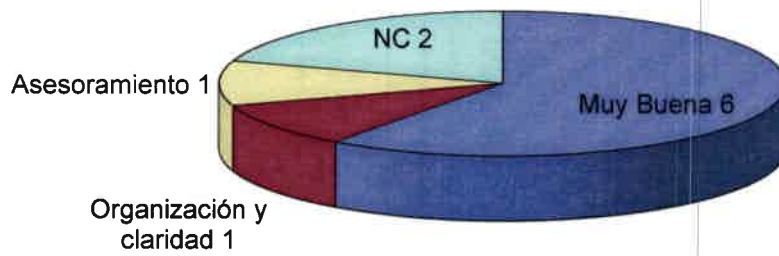
### 11.6. No proponen ninguna modificación para proximos talleres



**11. Modificaciones para proximos talleres**



**12. Opinion de los vecinos sobre el equipo de salud**



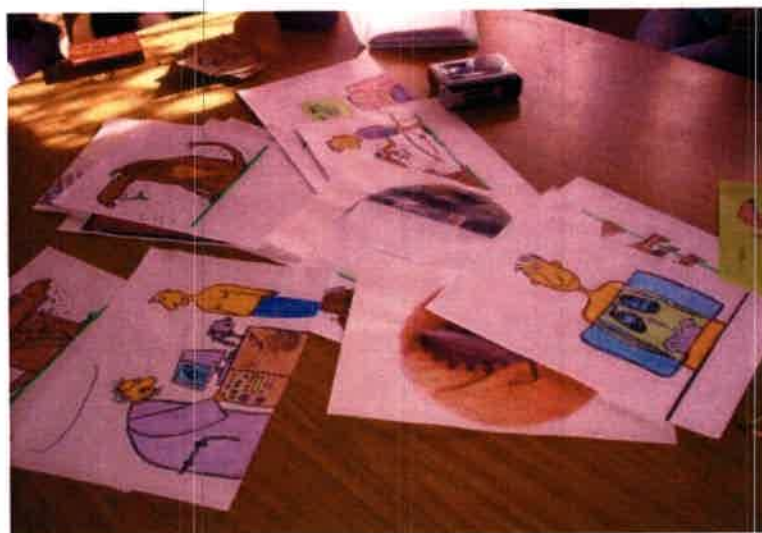


ANEXO XV  
IMÁGENES DE LA EXPERIENCIA

*Imágenes de las jornadas iniciales de observación*



*Primer taller en salud comunitaria "Zoonosis"*





*Segundo taller en salud comunitaria "VHI/SIDA"*



*Tercer taller en salud comunitaria "Adicciones"*





*Cuarto taller en salud comunitaria "El derecho a la salud"*



