

**XXX CONGRESO NACIONAL de MEDICINA  
GENERAL Y EL EQUIPO DE SALUD  
AÑO 2015- SANTA FE, PROVINCIA DE SANTA FE**

**RELATO DE EXPERIENCIA**

**“Troncos se mueve”**

**Área: Promoción de la salud**

**AUTORES:**

- ARIAS, María Jimena; Jefa de residentes de medicina general.
- BANDE, Alejo; Residente de medicina general.
- BELIMLINSKY, Lia Agustina; Residente de medicina general.
- BONBONI, Agostina; Residente de medicina general.
- BOUILLY, María Teresita; Jefa de residentes de trabajo social.
- BUSCHINI, María Mercedes; Lic. Psicología.
- CONDE, Natalia Andrea; Residentes de trabajo social.
- DIAZ CIARLO, María Isabel; Residente de medicina general.
- GOMEZ, María Gisela; Residente de trabajo social.
- GUZMAN, María Sol; Residente de medicina general.
- KARAGUEUZIAN, Cecilia Alejandra; Residente de medicina general.
- MOMPO, Juan Manuel; Residente de medicina general.
- PASTENE, María Florentina; Residente de medicina general.
- PISCICCELI MOSQUERA, Patricio; Residente de medicina general.
- RIVERO, Christian Emmanuel; Residente de medicina general.
- TROPEANO, Maria Clara; Residente de trabajo social.

**Centro de atención familiar y de salud “Troncos del Talar”**

**Escalada 598, Troncos del Talar**

**Código postal B1608DZL**

**Correo electrónico [residenciatroncos@gmail.com](mailto:residenciatroncos@gmail.com)**

**Índice:**

• Resumen.....	2
• Contextualización y encuadre.....	3
• Objetivos, planificación, ejecución y evaluación de la experiencia.....	4
○ Objetivo general.....	4
○ Objetivos específicos .....	5
• Relato del proceso.....	5
• Tiempo y espacio.....	7
• Actores.....	7
• Marco teórico.....	8
• Metodología.....	15
• Importancia.....	15
• Obstáculos, conclusiones y análisis e interpretación de la experiencia.....	16
• Fuentes bibliográficas .....	19

TITULO “TRONCOS SE MUEVE”
APELLIDOS: ARIAS, MARÍA JIMENA; BANDE, ALEJO; BELIMLINSKY, LIA AGUSTINA; BONBONI, AGOSTINA; BOUILLY, MARÍA TERESITA; BUSCHINI, MARÍA MERCEDES; CONDE, NATALIA ANDREA; DIAZ CIARLO, MARÍA ISABEL; GOMEZ, MARÍA GISELA; GUZMAN, MARÍA SOL; KARAGUEUZIAN, CECILIA ALEJANDRA; MOMPO, JUAN MANUEL; PASTENE, MARÍA FLORENTINA; PISCICCELI MOSQUERA, PATRICIO; RIVERO, CHRISTIAN EMMANUEL; TROPEANO, MARÍA CLARA.
Institución: Cafys Troncos del Talar Escalada 598, Troncos del Talar, Tigre. CP: B1608DZL TE de contacto: 1169117120 Mail de contacto: residenciatroncos@gmail.com
Relato de Experiencia
Promoción de la salud
<p>El presente documento relata la experiencia de un proceso de trabajo que se desarrolla en forma conjunta entre el equipo de salud del Centro de Salud Troncos del Talar de Tigre y diversos actores locales, desde el año 2014.</p> <p>A partir del relevamiento y análisis de las principales problemáticas sentidas por vecinos y organizaciones del territorio, se decidió promover acciones intersectoriales e interdisciplinarias en el campo de la salud y el ambiente tendientes a mejorar las condiciones del hábitat de la población, mediante la organización comunitaria.</p> <p>En el marco de la planificación estratégica se generaron distintos espacios de encuentro con diferentes actores a fin de problematizar la situación de salud ambiental que atraviesa el barrio y pensar en forma colectiva estrategias de intervención. Mediante talleres, jornada, asambleas, reuniones se ha logrado, a pesar de distintos obstáculos que se presentaron, generar un diálogo interinstitucional, visibilizar la relación entre ambiente y salud y fortalecer canales de comunicación comunitarios.</p> <p>Apostar a recuperar y fortalecer lazos sociales y a cuestionar modelos de intervención médico-hegemónicos implica un trabajo de reflexión, disputa y compromiso permanente. Sin embargo creemos necesario, si se desea un cambio a favor de los sectores más relegados, seguir avanzando en este sentido.</p>
Planificación estratégica, participación comunitaria, salud ambiental, atención primaria de la salud, derechos humanos.
Soporte técnico: cañón multimedio.

## Contextualización y encuadre

El Centro de Salud Troncos del Talar se encuentra ubicado en el Partido de Tigre, en la zona norte del aglomerado urbano denominado Gran Buenos Aires, a 31 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Limita con los partidos de San Fernando, San Isidro, San Martín, San Miguel, Malvinas Argentinas y Escobar. Según datos del censo nacional del año 2010, la población total es de 380.709 habitantes, convirtiéndola en la undécima localidad más poblada del Gran Buenos Aires. Así mismo, ha sufrido un crecimiento poblacional del 26% desde el año 2001. En relación a los servicios habitacionales, el 38,87 % de los hogares no cuenta con agua de red, el 82,8% no posee desagüe de inodoros a red pública y un 17,6 % se encuentran con necesidades básicas insatisfechas (Instituto Argentina para el Desarrollo Sustentable, 2013: 9).

En lo que respecta al área de salud, según información obtenida de la página web municipal<sup>1</sup>, el municipio, al cual pertenece a la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires, cuenta bajo su jurisdicción con diversos efectores sanitarios: Hospital Materno Infantil, Hospital Oftalmológico, Hospital Odontológico y 20 centros de salud (todos dependientes de la Secretaría de Salud municipal); y un Hospital General de Agudos en la localidad de Pacheco (dependiente del Ministerio de Salud Provincial).

En la Localidad de Troncos del Talar, gran parte del territorio corresponde a barrios privados (Santa Bárbara y Laguna del Sol), donde se concentra el segmento poblacional de mayor poder adquisitivo. El resto de la zona se caracteriza por un alto grado de vulnerabilidad social.

Troncos del Talar se caracteriza por ser territorio de acción de una extensa red de instituciones y organizaciones barriales, como ONGs, iglesias, comedores, taller escuela, centro cultural, bachillerato de adultos, escuelas y jardines de infantes, centros de jubilados, biblioteca popular, entre otros.

Las actividades que realiza el Centro de Salud Troncos del Talar junto a los vecinos se encuadra dentro de los ejes que propone el municipio, Eje Mujer, Niño, Adulto y Discapacidad el cual atraviesa al resto. La temática de medio ambiente se encuentra anclada dentro del Eje Niño, aunque es una temática que atraviesa a todos los ejes anteriormente mencionados.

---

<sup>1</sup> [www.tigre.gov.ar](http://www.tigre.gov.ar)

## **Objetivos, planificación, ejecución y evaluación de la experiencia**

El presente proyecto intenta construir y abordar de manera intersectorial e interdisciplinaria un problema de salud medioambiental, acentuando las perspectivas, vivencias y experiencias de los vecinos y las organizaciones e instituciones barriales de Troncos del Talar.

De junio a diciembre de 2013 las residencias de medicina general y trabajo social de Troncos del Talar realizaron un Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) en un recorte delimitado de 17 manzanas, pertenecientes al área programática del Centro de Salud. Dicho estudio dio lugar a una Planificación Local Participativa (PLP) desarrollada en diciembre de 2013, donde una de las temáticas trabajadas fue la problemática medio-ambiental en el barrio debido a que del mismo se desprendió que el 92% de las personas que han sido entrevistadas identifica esta problemática barrial. Como consecuencia, la temática tomó relevancia. Coyunturalmente, en marzo del siguiente año, desde las residencias se realizó la apertura de un espacio colectivo de intervención, desde el cual se decidió abordarla en conjunto con organizaciones, instituciones y vecinos. Durante los meses de marzo, abril y mayo se realizaron reuniones en diferentes organizaciones convocando a la participación y en tanto se ampliaron y compartieron los saberes respecto a las cuestiones que afectan la vida cotidiana de los vecinos a partir de esta problemática, así como el trabajo institucional. Luego, se extendió el área anteriormente recortada por el ASIS, dado que se incorporaron en el proyecto organizaciones aledañas.

A partir de la construcción del equipo de trabajo y consenso de líneas a trabajar, el equipo de salud se propuso la escritura del proyecto del cual se desprenden los siguientes objetivos:

### **Objetivo General:**

- Promover acciones intersectoriales e interdisciplinarias en el campo de la salud y el ambiente tendientes a mejorar las condiciones del hábitat de la población del área delimitada del barrio Troncos, mediante la organización comunitaria.

### **Objetivos Específicos:**

- Generar espacios de encuentro con la comunidad tendientes a problematizar los múltiples determinantes y consecuencias de la contaminación ambiental presente en el barrio.
- Promover la organización de los distintos actores del área delimitada del barrio de Troncos en pos de generar acciones tendientes a establecer la mejora de los servicios e infraestructura del tratamiento de los residuos.
- Propiciar canales de comunicación entre la comunidad del barrio que favorezca la socialización de información sobre la problemática.

### **Relato del proceso**

Entre junio y agosto de 2014 se realizaron reuniones semanales de planificación del proyecto y actividades junto a algunas de las instituciones locales, Jardín de Infantes Rincón de Niños, Centro Cultural (CCT) y la Escuela N°11. Se inició el armado del marco teórico.

A continuación, de septiembre a noviembre se desarrollaron talleres, coordinados por todas las organizaciones participantes, y realizados en los distintos establecimientos.

Una de las producciones de estos encuentros que resulta pertinente destacar es la creación de una página de Facebook de los padres como estrategia para visibilizar la problemática. A modo de cierre de lo trabajado en el año se realizó un festival donde se convocó a instituciones y vecinos de todas las edades. Se dispusieron juegos con elementos reciclados, se expusieron producciones artísticas trabajadas en los talleres anteriores, participaron bandas de música y cantantes, así como se dispuso de un espacio asambleario.

Paralelamente un grupo de vecinos convocados, en principio, por la referente de la Sociedad de Fomento Los Troncos, y luego auto-convocados, se reunieron junto al equipo de salud a fin de discutir la temática y generar propuestas. Entre las mismas surgió presentar una carta a autoridades municipales denunciando la falta de respuestas, convocando a una reunión con la delegada y realizar una jornada de limpieza en una cuadra. Así como este encuentro, a continuación se realizaron otros, tanto entre ellos, como entre vecinos de otras calles.

Como parte fundamental del proceso de trabajo se establecieron distintos momentos de evaluación del mismo. Por un lado se realizó un encuentro en diciembre de 2014 junto a las instituciones participantes con el fin de reflexionar sobre el trabajo anual y plantear la

posibilidad de convocar a más organizaciones para perfilar nuevas estrategias de acción. Por otro, este análisis se replicó al interior del equipo de salud en donde se destacó como principal obstáculo la rotación continua de integrantes, condición supeditada a los cronogramas particulares de las residencias. Se acordó que los miembros del equipo continuasen de manera permanente, y que se consolide como proyecto interdisciplinario.

A inicio del 2015 las autoridades del centro de salud concibieron la necesidad de que se inserte en el proyecto un profesional del efector, no residente, a fin de garantizar la continuidad del espacio así como enmarcarlo dentro de los ejes que delinea la Secretaría de Salud de Tigre. Entre ellos, se decidió encuadrar la tarea en el marco del “eje niños”, situación que quedó consolidado con la incorporación de una psicóloga, referente del mismo.

Al reorganizarse los miembros del equipo comunitario se visualizó la necesidad de contar con un espacio de formación pedagógica, discusión, interpelación y evaluación partiendo de un marco bibliográfico que complemente el trabajo de intervención que se venía realizando. Es así que se dispuso que una vez por mes se destinara espacio para realizar un trabajo metodológico de sistematización de la experiencia y elaboración del proyecto social, en el marco de la planificación estratégica. También se pautaron instancias bimensuales de supervisión externa, una con una Trabajadora Social con experiencia en trabajo comunitario y otra con el INTA sede Tigre (Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria) como área específica en la temática. Con esta última se establecieron reuniones de formación, asesoramiento y planificación de actividades conjuntas. A modo de ejemplo, cabe mencionar que una de las temáticas con la que se viene trabajando es la viabilidad en la construcción de campos de drenaje como técnica alterna a entubamiento de zanjas abiertas, debido a la inexistencia de un sistema de desagüe.

En el transcurso de la primera mitad de este año se acordó continuar trabajando con tres organizaciones (una de las cuales se ha incorporado recientemente al proyecto) y el grupo de vecinos. Se han planificado talleres junto a referentes de las mismas. En términos generales estos talleres han tenido como objetivo la problematización conjunta, acentuándose en los siguientes puntos: sistema de recolección de residuos ineficiente, zanjas abiertas ante falta de desagües, zanjón a cielo abierto transversal al barrio, presencia de roedores en vía pública y viviendas, vecinos que no contribuyen con la limpieza, quematas de residuos. A partir de este proceso no sólo se ha intentado identificar las problemáticas, sino también contribuir a la

organización barrial (desde las organizaciones convocantes) a fin de viabilizar acciones conjuntas que se configuren como respuestas a lo planteado.

Actualmente se planifica para los próximos meses una jornada, destinada a todas las organizaciones y comunidad en general, que además de propiciar la planificación de líneas de trabajo conjuntas, signifique un espacio de formación coordinado por un referente del INTA. Finalmente, se pretende planificar un nuevo festival comunitario a modo de cierre del trabajo anual.

### **Tiempo y espacio**

El punto de inicio se toma a partir de considerar el momento en el cual el equipo se constituyó como tal y comenzó a contar con recursos de tiempo y espacio para poder desempeñar las actividades vinculadas a la problemática, es decir desde marzo 2014.

El proyecto se desarrolla en la mitad sur de Troncos del Talar, delimitada entre el zanjón Pacheco y el Río Reconquista, donde se encuentran las organizaciones participantes.

### **Actores**

Siguiendo la propuesta de la planificación estratégica, se realizó un análisis de actores en función a tres preguntas fundamentales: “¿En qué medida esta situación problemática se encuentra entre los intereses y los objetivos prioritarios para cada actor? ¿Qué capacidad de acción tiene cada actor para potenciar u obstaculizar acciones con el fin de resolver esta situación problemática? ¿Qué vínculos o afinidades respecto a otros actores tiene cada actor para potenciar u obstaculizar intervenciones tendientes a resolver cada situación problemática?” (Mallardi, 2014)

El proyecto ha sido presentado ante los diferentes miembros del Centro de Salud Troncos del Talar, siendo aprobado por el equipo de coordinación. Asimismo se presentó oral e informalmente ante la delegación municipal, teniendo en cuenta que es un actor responsable del cuidado y limpieza del barrio. Consideramos esta instancia fundamental ya que el municipio cuenta con las herramientas para ser facilitador de situaciones objetivo al ser quien controla los recursos de poder necesario. Por esta misma razón, muchas veces, se termina transformando en uno de los principales obstaculizadores por no ser prioridad la problemática medioambiental.



Desde el inicio del proyecto la participación de diversas organizaciones barriales fue fluctuando, por cuestiones materiales, organizacionales y temporales. En un comienzo estuvieron presentes el Centro de discapacidad Juan Diego, Cáritas, Centro de formación laboral Fátima, Sociedad de Fomento Cincina, Primaria N°11, Primaria N°4, Secundaria N°13, Centro Cultural de los Trabajadores, Comedor Bajitos, Jardín Rincón de Niños, Sociedad de Fomento Troncos, grupo de vecinos. De las mencionadas, los últimos cinco actores continúan en el proyecto actualmente.

Se concibe que existen actores aliados que se componen por las distintas organizaciones barriales, por lo que se considera que la viabilidad política se encontrará atravesada por la interacción entre ellos. Se estima que a partir de la fuerza que cobre la organización barrial se abrirá la posibilidad de dar mayor o menor viabilidad al proyecto.

En relación a los recursos económicos, no se dispone de financiamiento institucional para el desarrollo del proyecto, quedando los gastos sujetos a aportes de bolsillo de los diferentes actores intervinientes.

En relación al recurso humano, los trabajadores del centro de salud cuentan con la disposición horaria de un módulo semanal de cuatro horas. La estructura edilicia para desarrollar las distintas actividades es aportada por las organizaciones que motorizan el proyecto.

### **Marco teórico**

El ser humano es un ser activo, creador, produce y se reproduce desde siempre. Lo que distingue a una época de otra no es qué hace el hombre sino cómo lo hace, es decir, los modos de producción de bienes cambian a lo largo de la historia. En la actualidad, las distintas formaciones sociales se estructuran bajo el modo de producción capitalista, el cual busca en esencia producir plusvalía requiriendo para ello la explotación de la fuerza de trabajo. El proceso de trabajo conlleva efectos en la vida cotidiana: padecimiento de enfermedades, accidentes de trabajo, envejecimiento prematuro y reducción de la vida del obrero. Desde este punto de vista entonces cualquier problemática vinculada a la salud de la población no puede dejar de pensarse en relación a la posición de clase de quien la padece.

El capitalismo como lógica universal que atraviesa a las distintas formaciones sociales adquiere particularidades según el sistema de posiciones y de sus relaciones objetivas que asume una existencia temporal. En cada espacio social se articulan diferentes campos, con

autonomía relativa. En ellos se pone en juego la lucha por la conservación o transformación del mismo según los intereses de los agentes en disputa. En tanto campo, la salud se configura como espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas (Bourdieu, 1997). En el campo de la salud el objeto de disputa, el cual es compartido por los distintos actores, es el bien salud.

La definición de ese “bien salud” ha ido cambiando a lo largo del tiempo, es decir, es histórica. La Organización Mundial de la Salud, en su creación, luego de la Segunda Guerra Mundial, definió la salud como estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad. Desde la década de 1950, el pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericano problematizó esta concepción (y por ende la de enfermedad) inherente a las prácticas hegemónicas. Comenzó cuestionando las categorías sociales utilizadas hasta el momento para incorporar “lo social” y, simultáneamente dejó de considerar la salud y la enfermedad como estados antagónicos, para poner en el centro de la conceptualización el proceso de producción-reproducción social como matriz del fenómeno, también dinámico y procesual, de la salud-enfermedad. De esta manera, también se rompía con la reducción biologicista y con la dualidad individuo-sociedad, considerados ya no objetos diversos sino niveles de análisis distintos de un fenómeno de alta complejidad. Los diversos modos de respuesta social a la enfermedad también fueron incorporados como parte inherente al proceso mismo. Se rompió con la idea de una historia “natural” de la enfermedad planteando que era imposible abordar el curso de los procesos de salud-enfermedad sin reconocer que las formas instituidas de “respuesta social” eran también fuerzas productoras del mismo en sus dimensiones concretas y simbólicas. Esta perspectiva quedó condensada en el término “proceso de salud-enfermedad-atención” (Menéndez, E., 1983, 2003, 2005).

En el marco de esta línea de análisis, desde este proyecto se propone adoptar la mirada de “salud integral” lo que implica definir a la salud como un proceso atravesado por múltiples factores e inscripto dentro de una realidad socio-histórica determinada, lo cual obliga a abordarlo en su complejidad, considerando la totalidad de sus determinantes. Entre estos, aquellos de carácter social y subjetivo deben ser tenidos en cuenta en el mismo nivel de análisis que los biológicos o individuales. La salud de una persona se configura como un emergente que se produce en un momento histórico-social que la determina, por la interacción de múltiples procesos conflictivos de índole física, biológica, social, económica, cultural, ideológica, ambiental y química. El proceso salud-enfermedad no surge de una

relación causal, simple, lineal y homogénea, sino de una realidad más compleja y profunda determinada por un sistema productivo del cual y por el cual existe. Según Floreal Ferrara (1985: 30), “el enemigo hasta ahora identificado como la enfermedad, la patología, no es tal, sino la estructura social que la genera”.

Al interior de este campo la perspectiva de la biomedicina es la que hegemoniza las representaciones y prácticas en torno al bien salud; es la que, por el momento, se encuentra instalada como ganadora de las luchas y disputas entre los distintos agentes del campo por la instalación y permanencia de ciertas reglas de juego. Esto hace que los procesos de salud enfermedad atención construyan y sean contruidos a partir de la influencia de una mirada atómicoista, fragmentadora de los problemas de salud, valorizadora únicamente de las manifestaciones del cuerpo, de lo biológico, de lo visible, estableciendo una distancia entre pacientes y profesionales.

En la Argentina, a partir de la incorporación de varios tratados internacionales a la Constitución Nacional en 1994 y de la ratificación de otros se fueron sumando paulatinamente a la legislación diferentes aspectos del enfoque de la "salud integral", reivindicando una perspectiva de derechos humanos. El derecho a la salud es reconocido positivamente como un derecho humano en el art. 25. de la Declaración Universal de los Derechos adoptada por la Asamblea de Naciones Unidas desde el 10 de Diciembre de 1948 mediante Resolución 217 A (III). Por su parte el sistema Interamericano, en el mismo año lo reconoce como tal en el art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana.

Desde la perspectiva de los derechos humanos se reconoce que la vulneración de derechos económicos, sociales y culturales repercuten negativamente en la salud y que su atención implica la observancia y garantía de todos los demás derechos a la hora de realizar prácticas sanitarias. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas mediante la Observación General 14, por su parte, reconocerá al derecho a la salud “no como un derecho a estar sano”, sino “como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud” (ptos. 7 y 11).

En concordancia con la perspectiva de la salud integral y de derechos humanos, desde este proyecto se aboga por pregonar los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud (APS) como base estructuradora de cualquier sistema de salud. Así, valores y elementos esenciales

de la lógica de la APS tales como accesibilidad, participación comunitaria, cobertura universal, intersectorialidad, entre otros, imprimirían el campo de la salud sin que esto implique la falta de claridad en la definición de las funciones y especificidades de los distintos agentes sanitarios.

Según Taboada, la APS debe ser considerada una filosofía para la acción y una estrategia para la reorganización de los recursos integrados en un sistema regionalizado. Así, no es sinónimo de primer nivel de atención, pudiéndose aplicar a todos ellos, desde el centro de salud hasta los servicios de alta complejidad del tercer nivel. (Taboada, 2003)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que el énfasis en la prevención y promoción de la salud es fundamental en el marco de la APS, en tanto garantiza intervenciones costo-efectivas, éticas, esenciales para el abordaje de los determinantes de la salud y dadoras de poder a los grupos y a los sujetos en pos de un mayor control de su propia salud. (Documento Oficial Organización Panamericana de la Salud/OMS, 2005)

Las actividades enfocadas a la prevención y promoción de la salud y la dinámica de la atención primaria en general resultan desde esta perspectiva formas efectivas de abordar situaciones familiares y comunitarias que, atravesadas por procesos de salud-enfermedad-atención, interpelan cotidianamente a los profesionales de la salud. Actualmente éstas se presentan con un grado de complejidad que hace imprescindible la participación de distintas profesiones a la hora de intervenir práctica o teóricamente en ellas. Las mismas se muestran atravesadas por la presencia o afección de múltiples determinantes haciendo indispensable el trabajo interdisciplinario.

El planteo de la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad, sobre todo los de causalidad lineal, y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los problemas a abordar. El abordaje del problema como expresión de la demanda social reclama un modo de trabajo particular en conjunto con las disciplinas. De ahí que, los problemas no tienen fronteras disciplinarias y los límites de cada disciplina no están fijos ni determinados. Siguiendo a Stolkiner “la construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción” (Stolkiner, A., citado por Módulo 8 Programa Médicos Comunitarios, 2010: 81). En este sentido, el trabajo interdisciplinario se consolida en acuerdos básicos ideológicos entre

los miembros y funciona como marco referencial común, que posibilita el planteo de cierta problemática y el despliegue de las acciones necesarias para transformar los obstáculos en posibilidades de cambios.

La interdisciplina no puede pensarse sino en el marco de una concepción más amplia de red, lo cual implica considerar lo colectivo y lo articulado por sobre la fragmentación e individualización a la que se convoca permanentemente desde el modelo médico hegemónico. “La noción de red implica pensar en un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, u organización, tal como escuela, el hospital, el centro comunitario entre otras) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades”. (Núñez, 2008: 21)

En esta línea, la red social implica un proceso de transformación permanente desde lo singular y lo colectivo, que se desarrolla en diversos espacios y de forma asincrónica. Son instancias dinámicas, las cuales no se construyen, sino que forman parte del mismo proceso de la vida. Las redes preexisten a las instituciones que pretenden abordar diversas problemáticas, en tanto parte constitutiva de la trama que entreteje la vida de los sujetos. Siguiendo a Elina Dabas (2011), el reconocimiento de esta preexistencia supone un desafío para los profesionales de la intervención, las organizaciones y los distintos actores sociales, quienes a partir de él, deben retomar los saberes y prácticas culturales de los sujetos, cuya prescindencia llevaría a planificar y realizar acciones desde una posición centralista piramidal. Las llamadas redes de servicios, establecimientos, regionales, intersectoriales, por lo general intentan ser organizadas como redes instituidas, en las cuales no se indaga en las experiencias previas existentes de cooperación y asociación barrial.

Referirse al sector salud como un campo permite reconocer las estrategias desarrolladas por los diferentes agentes que lo componen, portadores de cierto capital según su trayectoria y de una posición al interior del mismo, para disputar el poder de nominación del mundo social. Entre los actores sociales en disputa, como se dijo anteriormente, la población que deviene en objeto de las políticas públicas también participa en los procesos sociales de definición, reclamo, disputa del bien salud.

Siguiendo a Velásquez (1989:87) la participación es el “proceso social a través del cual los distintos sectores de la población, en función de sus propios intereses (de clase, de grupo, de género, etc.) intervienen directamente o por medio de sus representantes y/u organizaciones, en la marcha de los distintos aspectos de la vida colectiva”. Así, la participación pone en juego las necesidades y los intereses de las fuerzas sociales intervinientes, aunque puedan presentarse como contrapuestos. Los resultados de esta interrelación devienen de un proceso de construcción social, en el cual se conjugan múltiples determinaciones políticas, económicas, sociales, culturales.

Las lecturas sobre los procesos de participación social no pueden desligarse de la comprensión de los diversos mecanismos y relaciones de poder existentes en los ámbitos en los que los mismos se desarrollan. De acuerdo con Michel Foucault (1979) el poder se entiende como relación. Así, si bien reconoce la relevancia y funcionalidad del poder estatal, en su teorización elabora una noción global del poder que integre tanto al poder estatal como aquellos poderes olvidados en los análisis, entendiendo que el poder circula entre los distintos actores sociales en una realidad social. El poder produce sujetos, discursos, verdades, saberes, realidades que logran penetrar todos los nexos sociales, razón por la cual no está localizado, sino en multiplicidad de redes de poder en constante transformación, las cuales se conectan e interrelacionan.

El campo de la salud, como se expresó anteriormente, resulta de la configuración de varios factores, convirtiéndose en un espacio social complejo. Entre los determinantes que resultan influyentes en la salud de la población se encuentran los elementos habitacionales y ambientales. Asimismo, la exposición de la población al peligro ambiental depende del desarrollo económico y de la oscilación de las necesidades humanas y esenciales. El estado de salud de las personas es una consecuencia rápidamente perceptible del deterioro del medio ambiente y no es por eso extraño que las primeras manifestaciones de los problemas ambientales se vean reflejados en la salud de la población, tanto los originados por los déficits de los servicios sanitarios como por la contaminación del aire, el agua y el suelo o por las condiciones de los lugares de trabajo. Tener un medio ambiente sano y agradable, en armonía con la naturaleza, es un derecho básico del ser humano, indispensable para poder realizarse en la sociedad.

A través de los años, el concepto de medio ambiente se ha ido modificando, superando la concepción naturalista, la cual lo define como el conjunto de factores y aspectos

físicos naturales que rodean a los seres vivos, condicionando su existencia y focalizándose en los factores naturales para la vida, en la actualidad se considera al ser humano como parte fundamental del mismo, capaz de interferir en el medio y modificarlo. Así, el medio ambiente se define como “el conjunto de factores naturales, culturales, tecnológicos, sociales o de cualquier otro tipo, interrelacionados entre sí, que condicionan la vida del hombre y de todos los seres vivos, a la vez que, constantemente son modificados por la especie humana” (Módulo 3 Programa Médicos Comunitarios, 2010: 13)

Las políticas en torno al cuidado del medio ambiente, las representaciones sociales en torno a él, las prácticas de explotación indiscriminada de la naturaleza, entre otros elementos, no pueden dejar de vincularse con el modo de producción capitalista que en la actualidad adquiere características particulares permitiendo definir a la sociedad como una sociedad de consumo. La misma está definida principalmente por la supremacía del liberalismo de mercado como paradigma económico predominante en el mundo global, la vigencia cuasi-global de modos de vida neoliberales y la consolidación de la perspectiva del consumidor (Heller, M., 2008). Esta última se encuentra basada en un modelo competitivo de satisfacción de necesidades, cuya lógica interna premia las “exitosas” competencias individuales que en él se juegan, al tiempo que culpabiliza a los individuos que no logran amoldarse eficazmente a esa lógica. Según Jean Baudrillard (citado en Drucaroff, A., 2012) el consumo ya no satisface una necesidad primordial sino una necesidad artificialmente creada, dando distinción y estatus. El ciudadano reducido a la categoría de consumidor se transforma en un engranaje muy activo ya que se necesita que compre y que gaste, aunque a su vez muy pasivo en lo que hace al ejercicio de la reflexión (no se pregunta si de verdad necesita).

Esta lógica del consumidor se superpone a una cosmovisión que estimula la explotación sin límite de la naturaleza. “El suelo, los animales, el agua, los bosques y, por supuesto, la mano de obra, pasaron a ser mercancías que se podían comprar o vender, fuentes de beneficios y medios para crear más riqueza.” (Drucaroff, A., 2012)

## **Metodología**

A la hora de planificar las acciones del proyecto, siguiendo a Mallardi (2014), nos propusimos responder a las siguientes preguntas:

¿Cuál es la situación que tenemos?, ¿Qué queremos hacer?, ¿Por qué lo vamos a hacer?, ¿Qué vamos a lograr con este plan?, ¿Cómo se quiere hacer?, ¿Cuánto se quiere hacer?, ¿A quienes se va a beneficiar? ¿Dónde lo vamos a hacer?, ¿Cuándo se va a hacer? ¿Quiénes lo van a hacer?, ¿Con qué lo vamos a hacer?, ¿Con que lo vamos a costear?

Más allá de estas preguntas nos cuestionamos cual es el alcance y que limitaciones tenemos como equipo comunitario inmerso en un centro de salud municipal.

Las distintas respuestas fueron orientando datos e información relevantes para la toma de decisiones organizadas, coherentes y compatibles con las acciones.

Sabiendo que el plan de una comunidad tiene que ser elaborado por la misma, recurrimos a la “planificación participativa”, en donde los actores comunitarios participaron activamente de la elaboración, teniendo en cuenta componentes y recursos disponibles. En función de esto, se llevaron adelante acciones que permitieron que la comunidad forme parte del proyecto de un modo activo, propiciándose el vínculo interinstitucional y comunitario.

## **Importancia**

El proceso de trabajo que se relata en este documento es resultado, en parte, de la convicción por parte de los diversos actores involucrados de la importancia que tiene la intervención en la problemática de medio ambiente en el territorio.

Tanto para la gente que habita los barrios afectados por la misma, como para el equipo del centro de salud y para la salud pública, el avance de líneas de trabajo que fortalezcan la organización comunitaria y que aborden problemáticas en profundidad resulta significativo.

Para los vecinos el tema del medio ambiente, en sus múltiples variantes, se presenta como una prioridad a la hora de definir las problemáticas cotidianas. Surge del contacto permanente con ellos su necesidad de encontrar respuestas a demandas y reclamos que vienen gestándose en torno a este punto.

Como institución que desea construirse como referente comunitario, defensor de los derechos humanos y de los lineamientos de la APS, el Centro de Salud cuenta con motivos suficientes como para respaldar las actividades que desde este proyecto de construcción



colectiva se vienen promoviendo. El sustento y la fundamentación del mismo está anclada en las necesidades del barrio que los propios protagonistas manifiestan.

Por último, el desarrollo de proyectos o actividades que fomenten la participación comunitaria y que impliquen un cuestionamiento a la mirada atomista y biologicista de la salud resulta un avance para la salud pública. Por un lado, la elección de una temática que encarna el entrecruzamiento de aspectos objetivos y subjetivos, materiales y simbólicos, esenciales y fenoménicos de una problemática y por otro el fomento del intercambio y el diálogo entre distintos actores sociales, sin desconocer las relaciones de fuerza que se establecen entre ellos, permite tanto visualizar, comprender y analizar la complejidad misma que atraviesa a la realidad social como avanzar en la construcción de estrategias de intervención acordes a la misma.

### **Obstáculos, conclusiones y análisis e interpretación de la experiencia**

Llegando a esta instancia del proceso se considera que se pudo trabajar en pos de lo planeado en los objetivos, principalmente en lo que hace al trabajo con las instituciones promoviendo las acciones intersectoriales e interdisciplinarias, lo cual se ve reflejado en los talleres y actividades que se llevaron a cabo tanto con las organizaciones barriales como con distintos vecinos. El tema está instalado en algunos actores y se está instalando en otros, cobrando fuerza a partir de cierta insistencia, promoviéndose acciones concretas, dando lugar a ciertos cambios en lo que hace al tratamiento del medio ambiente, como así también en la manera de entender el complejo fenómeno de lo ambiental y la implicación de los distintos actores involucrados en los problemas que se van definiendo. Se inició un camino en el que los vecinos fueron identificando en la comunidad un espacio en el cual participar, dar su opinión sobre el tema, presentar reclamos en conjunto que representen sus intereses. Cabe mencionar que, si bien en algunas ocasiones han encontrado respuestas a ellos, en términos generales predomina cierto descreimiento hacia las autoridades municipales como actores posibles de introducir cambios. Este discurso se configura como una constante en las reuniones y talleres realizados en los diversos espacios.

De todos modos, el proceso se encuentra en los inicios, quedando aún mucho camino por recorrer. Entre los obstáculos que se enfrentados se resaltan:

- **Dificultades en la articulación entre instituciones para trabajar sobre el tema.**

Actualmente se está intentando promover vínculos y articulación entre los distintos actores

para evitar que la presencia del equipo de salud sea condición sine qua non para la continuidad de las acciones. Se apunta al fortalecimiento de los lazos sociales en general y de la red barrial nucleada en torno a la temática en particular. Cabe destacar que en el barrio funciona una red en la cual se intentó plantear que el tema sea abordado desde la misma, sin gran éxito. Se considera necesario retomar estos contactos, insistir en la propuesta, para aprovechar los recursos colectivos, los dispositivos que vienen funcionando y de la que participan, incluso, algunas de las instituciones involucradas en este proyecto.

- **Percepción individualista del problema.** Los distintos actores presentan representaciones vinculadas a la temática que entienden el problema desde una perspectiva individual focalizando la responsabilidad en el “otro” sin una mirada contextualizada, política, crítica, histórica. Esta perspectiva, entre otras cosas, obstaculiza la organización colectiva.

- **Complejidad de la realidad social:** el desafío de abordar situaciones problemáticas que se definan y se entiendan tanto desde su plano genoestructural como del fenomenológico, implica un esfuerzo mayor de reflexión permanente, de análisis sistemático de las relaciones de fuerza de los diferentes actores involucrados y de reconocimiento de las limitaciones que, como trabajadores de una institución estatal, nos interpelan cotidianamente. En definitiva, se requiere de un trabajo de análisis tanto a nivel colectivo de las posibilidades y de los obstáculos, como también en el plano personal, pudiendo hacerse cargo de cierto umbral de frustración.

- **Homogenización cultura:** es una tarea difícil no caer tanto por parte de las organizaciones intervinientes como del equipo de salud en “educar” a los vecinos y aceptar pautas culturales propias del barrio. Se cree que en gran parte esto se debe a una característica del sistema capitalista que tienda a querer homogeneizar a la sociedad desde la cultura dominante. Es un gran desafío para todos poder construir un colectivo que respete la interculturalidad.

- **Tensión con la institución:** por diversas diferencias en términos teóricos, ideológicos y prácticos, entre la coordinación del Centro de Salud (y en mayor medida con los lineamientos de la política pública municipal) y la Residencia, se fue conformando una imagen identitaria respecto de esta última (tanto auto como heteroasignada) de actor de disputa y cuestionamiento. En este sentido, se ha construido un vínculo tenso que dificulta el desarrollo fluido del proyecto, instalándose permanentes discusiones en donde se pone en “tela de juicio” la continuidad del trabajo.

- **Falta de experiencia y saber sobre el tema elegido.** A medida que se avanzó en el trabajo, se identificó la importancia que tiene conocer sobre el tema, lo cual condujo a contactar y articular con biólogos, ingenieros agrónomos, docentes, educadores populares, etc. Se considera de suma importancia continuar con esta formación para profundizar la problemática.

Sin lugar a dudas, la temática elegida inicialmente por la comunidad, y luego por el equipo comunitario para acompañar a la misma en la resolución y el tratamiento de lo que fue definido como una de las principales problemáticas que la atraviesan, es de una gran complejidad. Al ir transitando el proceso, se encontraron diferentes escollos, tanto en lo que hace al nivel de equipo (pasando por momentos de gran rotación de personas, de grandes diferencias, etc.), como al trabajo con las instituciones, atravesando momentos de frustración y de optimismo, según lo que se fuera dando. Una de las grandes cuestiones que aun interpelan al equipo, es el descubrir las limitaciones en el acercamiento a la comunidad desde una institución municipal, lo cual a veces también resulta facilitador. Algunos obstáculos se han podido ir sorteando, mientras que otros continúan siendo un desafío, que lleva a repensarse en cada nueva propuesta, en cada nueva intervención.

Los tiempos de la comunidad muchas veces exceden o van a destiempo con los procesos que se van dando en las instituciones. Sin embargo, se apuesta a los pequeños cambios. Esto recién empieza.

## FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

\* Bourdieu, P. (1997). Razones Prácticas sobre la Teoría de la Acción. España: Anagrama.

\* Buss, P. M. (2008). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En D. Czeresnia & C. Machado de Freitas, Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias (p 19-46), Buenos Aires: Lugar Editorial.

\* Carballeda, A. J. M. (2001). La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, Nº. 23, 2001. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf>

\* Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ottawa, 21 de noviembre de 1986.

\* Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010: total del país, resultados provisionales. - 1a ed. - Buenos Aires: Inst. Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2010

\* Czeresnia, D. (2008). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D. Czeresnia & C. Machado de Freitas, Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias (p 47-64), Buenos Aires: Lugar Editorial.

\* Dabas, E. y Perrone, N. (2006). Viviendo Redes. Experiencias y Estrategias para fortalecer la trama social. Buenos Aires: Ediciones Ciccus.

\* Dabas, E. y otro. (2011). Haciendo Redes: Perspectivas desde prácticas saludables. Ediciones Ciccus.

\* Declaración Universal de los Derechos adoptada por la Asamblea de Naciones Unidas desde el 10 de Diciembre de 1948 mediante Resolución 217 A (III)

\* Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana.

\* Documento Oficial Organización Panamericana de la Salud/OMS. (2005). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.

\* Drucaroff, A. (2012). Por qué verde. San Carlos de Bariloche: El autor.

\* Ferrara, F. (1985). Teoría social y salud. Buenos Aires: Catálogo Ediciones.

\* Foucault, M. (1979). Microfísica del poder. Madrid: La Piqueta.

\* Heler, M. (2008). La moda de la ética, la dimensión ético-política y el Trabajo Social. Revista Regional de Trabajo Social. Montevideo: Editorial EPPAL.

\* Instituto Argentino para el Desarrollo Sustentables. Informe Final del Proyecto "Estilos de vida más saludables", I Fase: Estudio de Terreno. Municipio de Tigre. Enero 2013.

\* Mallardi, M. (2014). La elaboración de proyectos sociales desde una perspectiva situacional: cuestiones conceptuales y aportes operativos. La Plata: Dynamis.

\* Menéndez, E. (1983). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la casa chata, 86).

\* Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Revista ALTERIDADES, 4 (7): 71-83.

\* Menéndez, E. (2003). Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia & Salud Colectiva, Vol. 8 n. 1, 185-207.

\* Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Revista Ciencia & Salud Colectiva, Vol. 1 n. 1, 9-32.

\* Módulo 3; salud y ambiente / Loyola, Luis Antonio; con colaboración de: Graciela Conesa...[et.al.]; edición literaria a cargo de: Mariela Rossen - 2a ed. 2a reimp. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

\* Módulo 8; trabajo en equipo en salud / Adriana Sznajder ; con colaboración de: Norberta Caballero...[et.al.]; edición literaria a cargo de: Mariela Rossen - 1a ed. 1a reimp. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

\* Nuñez, R. (2008). Redes "Del rol estático a la posición dinámica en el desarrollo de las prácticas del trabajo social". Disponible en: [http://www.fts.uner.edu.ar/area\\_ts/lecturas/redes\\_nunez.pdf](http://www.fts.uner.edu.ar/area_ts/lecturas/redes_nunez.pdf).

\* Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

\* Rovere, M. (1999). Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).

\* Stolkiner, A. (1999). Entre la epistemología y las prácticas. Trabajo Interdisciplinario. Revista del campo Psi. Buenos Aires.

"TRONCOS SE MUEVE", Relato de experiencia, Centro de salud Troncos del Talar  
ARIAS, BANDE, BELIMLINSKY Y COL

\* Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría (en prensa).

\* Taboada, E. (2003). Construcción de salud según sus protagonistas. Principios orientadores. Ejes de Gestión. Entrevistas. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario: UNR Editora.