# "¡POBRE!... PERO LIMPITO"

Un recorrido por el imaginario colectivo de las pobrezas

Trabajo de investigación cualitativo fenomenológico transversal INEDITO

# **Autores:**

- Fernández, Vanesa (Residente de 3º año de Medicina General de Chascomús)
- Pelegrin, Martin A. (Residente de 3º año de Medicina General de Chascomús)

# **Tutora docente:**

- Altamirano Raminger, Cintia (Jefa de residentes de Chascomús residencia de Medicina General)

Lugar: CAPS "El Porteño", ciudad de Chascomús. Mansilla y

calle 3. Código postal: 7130

Teléfono: 011-1533555724

E-mail: vane fernandez@live.com

XXXI CONGRESO DE MEDICINA GENERAL Y EQUIPOS DE SALUD-FAMG

**Bariloche- Noviembre 2016** 



#### "¡POBRE!... PERO LIMPITO"

#### Un recorrido por el imaginario colectivo de las pobrezas

AUTORES: Fernández, Vanesa, Pelegrin Martin. Tutora docente: Altamirano Raminger, Cintia.

**LUGAR:** Residencia de Medicina General, Ciudad de Chascomús. **DOMICILIO:** Mansilla y Calle 3 **TELEFONO:** 02241431646

TIPO DE TRABAJO: Investigación cualitativa fenomenológica transversal

CATEGORÍA TEMÁTICA: Epidemiologia

<u>Introducción:</u> la pobreza ha asumido un carácter normativo. Sin embargo no es posible considerar la presencia de una única pobreza como adscripción al NBI, sino como refiere Max Neef, la existencia de múltiples pobrezas.

Objetivo general: Conocer la percepción que tienen de la pobreza estructural las personas que se encuentran dentro de esta clasificación y el personal del PNA que trabaja con la misma en los barrios el Porteño y San Cayetano de la ciudad de Chascomús en el período comprendido entre diciembre 2015- agosto 2016, visibilizando sus necesidades y el impacto de las auto y heteropercepciones de pobreza en el proceso salud-enfermedad-atención.

<u>Material y Métodos:</u> Trabajo de investigación cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo transversal. Se realizaron 12 entrevistas en profundidad basadas en historia de vida y observación simple no participante de la caracterización de la vivienda según postulados de las NBI.

Resultados y discusión: Existe un paradigma neoliberal que impone patrones de vida considerados "normales". Frente a este se encontraron diversos posicionamientos que tienden al refuerzo de la opresión en la que están los sujetos o a la liberación de la opresión.

<u>Conclusiones:</u> pensar la pobreza como una zona homogénea como es la clasificación de pobres estructurales escinde a los sujetos de la singularidad y permite que siga existiendo la diferenciación de clases y pensar al pobre como "el otro" contribuye a la fragmentación de la sociedad a favor de la existencia de oprimidos que no se reconocen en el sistema opresor.

242 palabras

PALABRAS CLAVE: pobreza, condiciones de vida, proceso salud enfermedad atención.

SOPORTE TECNICO: proyector, pantalla y sonido.

# **Abreviaturas**

NBI: necesidades básicas insatisfechas

NHF: necesidades humanas fundamentales

APS: Atención primaria de la salud

PNA: primer nivel de atención

MG: Medicina General

RMG: residencia de Medicina General

MMH: modelo medico hegemónico

Se decide utilizar el símbolo "X" en las expresiones escritas a fin de respetar las diferencias que se asumen en función del género.

# <u>Índice</u>

Introducción	1
Fundamento	2
Objetivos	5
Marco conceptual	6
Diseño metodológico	13
Resultados	16
Análisis	25
Conclusiones	31
Propuestas	32

#### Introducción

Considerando como salud a la capacidad humana corporeizada de inventar futuros posibles y alcanzarlos<sup>1</sup>, todo aquello que obture el desarrollo de las capacidades humanas en pos de la aspiración y alcance de futuros, se constituye como no saludable para un sujeto. En los procesos salud enfermedad atención, el carácter social de los mismos, inseparable de los fenómenos que intervienen en la reproducción social relativos al enriquecimiento y empobrecimiento de los sujetos, es constitutivo. Esto se refleja, tal como lo desarrolla Asa Cristina Laurell al efectuar una comparación entre México y Cuba, países que se asemejan en cuanto a desarrollo económico pero se distinguen en cuanto a las relaciones sociales de producción, de forma tal que el perfil patológico mexicano está dominado por las enfermedades infectocontagiosas mientras que en el cubano estas son mucho menores.<sup>2</sup> Para comprender el proceso salud enfermedad atención en sus perspectivas biológica y social es preciso reflexionar en la determinación social de la salud. Dentro de este marco, no es posible considerar la presencia de una única e invariante pobreza que se presenta como adscripción a las necesidades básicas insatisfechas, determinando un mayor riesgo de enfermarse, sino que tal como refiere Max Neef, es preciso resaltar la existencia de múltiples pobrezas acorde a la insatisfacción de las necesidades humanas fundamentales, lo cual obstaculiza el ejercicio de las capacidades humanas en relación a la aspiración y alcance de futuros posibles.

La pobreza ha asumido un carácter normativo, en donde la identificación de los grupos pobres y los no pobres de una sociedad ha estado determinada por normas de referencia valorativas de un estándar de vida considerado como social y culturalmente satisfactorio (López 2003). Estos niveles de vida se han estandarizado a partir de la visión occidental y de la hegemonía del capitalismo, una sociedad caracterizada por altos y cada vez más suntuosos patrones de consumo. En este contexto, no es suficiente describir las condiciones de vida de los sectores más desfavorecidos y medir sus carencias a través de las necesidades básicas insatisfechas; es preciso comprender las formas en las que estas concepciones son problematizadas, lo que se vincula con los diferentes significados que personas y grupos construyen para interpretar sus experiencias de vida o crear fronteras

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Chapela, Ma del C. (2008). Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social. Capitulo uno: *Una definición de salud para promover la salud*. México D.F.: Serie académicos BVS

Laurell, A.C. (1982). La salud enfermedad como proceso social. Cuadernos médicos sociales. (№ 19).

simbólicas y morales.<sup>3</sup>

Frente a las pobrezas, el abordaje que se implementa desde el estado y sus instituciones varía según la perspectiva que se tenga de estas y de los sujetos. Algunos de estos abordajes en el proceso salud-enfermedad atención, se enmarcan dentro del paradigma de la caridad y otros dentro de la perspectiva del derecho. Puede mencionarse dentro de la dicotomía caridad y derecho, a algunas de las políticas públicas que se implementan para "erradicar la pobreza", como son los planes alimentarios. Particularmente en la ciudad de Chascomús, se han implementado a lo largo del tiempo, distintos programas alimentarios municipales, entre ellos surgió el programa Entre Todos, el cual fue diseñado en el año 2004. Este fue pensando desde una lógica de "erradicar la mendicidad". Se suponía que suministrando alimentos frescos, los chicos que pedían monedas en la calle no lo harían más (fue pensado desde esa lógica, "queda feo, es una fea imagen para la ciudad", hay chicos que "molestan" pidiendo monedas en el centro de la ciudad). Posteriormente, la propuesta de la Tarjeta Visa Social, fue superadora de los anteriores programas, ya que permitió que sus usuarios incrementen su autonomía, eligiendo que productos y en qué momento comprarlos. Para su constitución, requirió de varios encuentros de debates entre Trabajadores Sociales. Por un lado, estaban aquellos que pensaban la nueva propuesta alimentaria desde la lógica de la dadiva o caridad, proponiendo algunos que a cambio de la Tarjeta las personas hagan una contraprestación, para ser merecedores de la misma, aquí se hacen presente la meritocracia y el clientelismo, en donde los profesionales seriamos los encargados de definir desde nuestra moral, quien merece y quien no dicha tarjeta. Por otro lado, estaba la postura de ver esta política o programa como un derecho, sabiendo que era un derecho acotado o no universal. Estas mismas circunstancias que se establecen en la disciplina de trabajo social, se dan en las restantes, así como interinstitucionalmente, constituyendo un modo de accionar "normal" de dichos actores y establecimientos<sup>4</sup>.

En lo que respecta a las pobrezas percibidas, a los discursos y praxis que expresan entorno a ellas el personal de salud y su relación con el proceso salud-enfermedad-atención, frente a sus homogenizadoras formas de medición basadas en las necesidades básicas insatisfechas, utilizamos el paradigma de investigación cualitativo ya que nos permite

Fernández, V. Pelegrin, M Página 2

\_

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Bayon, M.C. (2015). La construcción del otro y el discurso de la pobreza. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales. (223),* 357-376. http://ac.els-cdn.com/S0185191815721410/1-s2.0-S0185191815721410-main.pdf? tid=b822b344-795d-11e6-b3d2-00000aab0f27&acdnat=1473735591 6389aaa58920989469edcb81776f6a98

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Disponibilidad de fondos para compra de alimentos con la tarjeta "visa vale social" (06 de Agosto de 2015). EL fuerte. Recuperado de: http://www.elfuertediario.com.ar/

conocer cómo las personas sienten, piensan y opinan sobre la realidad en la que se constituyen como sujetos. En función de ellos nos preguntamos: ¿Cómo se percibe la categoría "pobreza estructural" (según NBI-INDEC 2010) por quienes se encuentran dentro de ella y el personal del PNA que trabaja con dicha población, en los barrios El Porteño y San Cayetano de la ciudad de Chascomús en el periodo comprendido entre diciembre 2015- agosto 2016? En relación a la experienciación de las pobrezas ¿Cuales son las percepciones que expresan las personas respecto a sus necesidades? ¿Cómo impacta la auto y hetero percepción (por parte de lxs trabajadorxs del PNA) de pobreza y de las necesidades en el proceso salud-enfermedad-atención? Para dar respuesta a esta pregunta nos proponemos como objetivo: Conocer la percepción que tienen de la pobreza estructural (según NBI- INDEC 2010) las personas que se encuentran dentro de esta clasificación y el personal del PNA que trabaja con la misma en los barrios el Porteño y San Cayetano de la ciudad de Chascomús en el período comprendido entre diciembre 2015- agosto 2016 ,visibilizando sus necesidades y el impacto de las auto y heteropercepciones de pobreza en el proceso salud-enfermedad-atención.

#### **Fundamento**

En los censos poblacionales que se realizan desde el INDEC, se identifican a los hogares y personas que los conforman que no alcanzan a satisfacer un conjunto de necesidades que son consideradas indispensables según niveles de bienestar universales. A partir de estos resultados estadísticos podemos clasificar a la comunidad de un área en particular según quienes sean o no pobres. Desde estas clasificaciones de pobreza surge, el desarrollo de micro y macro políticas destinadas a una mayor "equidad". Una equidad tendiente a homogeneizar las condiciones de vida de la población, escindiéndola de las singularidades constitutivas. Es una mirada que pretende a través de una visión externa y desconociendo la realidad de los sujetos y las determinaciones subyacentes a los estilos de vida, adaptarlas y adscribirlas a las formas preestablecidas. Sin embargo es posible identificar, en las consultas médicas de la especialidad de Medicina General y en los espacios de promoción de salud que se desarrollan, diferentes percepciones en torno al *a priori* 

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> INDEC. (2003). Acerca del método utilizado para la medición de la pobreza en argentina. Recuperado de: http://www.indec.gov.ar/

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Freres, J. (2001) El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina. CEPAL. Argentina

problema de la pobreza estructural. Siendo para muchas familias una elección: "Yo quiero que mis hijas vivan en una casa de barro, es lo mejor" y para muchas otras, una obligación: "es la que me tocó por ser pobre, te tenés que bancar vivir así". De esta manera, las necesidades percibidas, las formas de satisfacerlas y la problematización de las mismas, difieren en personas que se encuentran dentro de una misma clasificación homogeneizaste.

Ante esta realidad contextual en la que se nomina a un grupo poblacional, y siguiendo con la binomia de *ser* o no *ser* pobre, podremos seguir el camino basado en los lineamientos de la salud pública y la epidemiología clásica, considerando a ese individuo, en tanto pobre, como integrante de un grupo que está más expuesto a tales o cuales riesgos de enfermar o podremos considerar, de la mano de la salud colectiva y la epidemiologia critica a ese mismo sujeto que entra dentro de tal clasificación como parte de un contexto sociopolítico-cultural<sup>7</sup> que propicia o no que en ella se sitúe.

A través de la noción de pobreza se pueden describir las "condiciones de existencia" de ciertos grupos sociales definidos como pobres pero no se puede avanzar en la búsqueda de elementos explicativos que permitan dar cuenta de las causas de la pobreza, de los lazos que ligan pobres y no pobres en una sociedad y de la manera en como los pobres estructuran una serie de prácticas que les permiten reproducirse socialmente en esas condiciones. El recupero de la singularidad no relativiza la perspectiva de derecho a la satisfacción de las necesidades: "si la pobreza esta ineludiblemente asociada a la demarcación de necesidades, en cuanto se plantea como objeto de intervención estatal, esta se reinscribe como un asunto de delimitación del derecho a satisfacerlas"<sup>8</sup>. Es preciso, tal como refiere Max Neef reconocer un umbral por debajo del cual existe una urgencia por satisfacer una determinada necesidad y que tras ellas están implicadas relaciones de poder que no pueden desvincularse de las lógicas de acumulación de la riqueza. Dentro de las relaciones de poder que enmarcan a toda relación social es preciso señalar, tal como refiere Bourdieu, que el capital simbólico expresa el valor social de los individuos, es decir su estatus social. Lo que determinará el universo de expectativas y posibilidades del sujeto en el cual está acostumbrado a vivir, es el grado de los diferentes capitales, sociales, económicos, culturales y simbólicos que logra obtener en el campo. En el campo del sistema

Fernández, V. Pelegrin, M Página 4

-

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*. Vol 31.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Minujin, A. & Grondona, A. (22 de marzo del 2013). Pobreza, necesidades y derechos. Definiciones en disputa. Voces en el fénix. 4(22): 4-8

de salud, desde una perspectiva simplificadora de los modos de vivir, de enfermar y de estar en el mundo, se desvía la praxis hacia una orientación tendiente a lo sumo a la "mejora" de las condiciones de vida, en tanto adaptación a los modos que se preestablecen que son los mejores, y no hacia un desarrollo de aquellas formas de vida que sean óptimas para un sujeto singular, a la autonomía en la elección y el análisis de los determinantes que subyacen a la misma. Tal es así que la carencia de bienes y servicios son el eje de patologización.

Desde este punto de vista el ser pobre se constituye en un riesgo, la población pobre en una población de riesgo para enfermar y se los asocia por ende a poblaciones vulnerables. Este apelativo con los que se la caracteriza genera una conmiseración que arrebata al pobre su dignidad haciéndolo objeto de la caridad y no sujeto de derechos. 9

Es este escenario, es preciso resignificar las percepciones de los sujetos que se han convertido en objetos, clasificados a priori según la satisfacción de las predefinidas necesidades y problematizar el rol de lxs trabajadorxs del PNA en la construcción del imaginario colectivo de las pobrezas. El Ser pobre y percibirse dentro de una clasificación estigmatizante, junto con las decisiones, elecciones y sometimientos que se vinculan a encontrarse en ella, atraviesan al proceso salud enfermedad atención de los sujetos atribuyéndole un listado de riesgos potenciales y bienes económicos a aspirar, que ocultan las determinaciones subyacentes y vulneran la consecución de una vida digna.

#### **Objetivos**

Objetivo general: Conocer la percepción que tienen de la pobreza estructural (según NBI-INDEC 2010) las personas que se encuentran dentro de esta clasificación y el personal del PNA que trabaja con la misma en los barrios el Porteño y San Cayetano de la ciudad de Chascomús en el período comprendido entre diciembre 2015- agosto 2016, visibilizando sus necesidades y el impacto de las auto y heteropercepciones de pobreza en el proceso saludenfermedad-atención.

Fernández, V. Pelegrin, M Página 5

-

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Álvarez Leguizamón, S. (2005). Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe: estructuras, discursos y actores. Buenos Aires: CLACSO

#### Objetivos específicos

- Visibilizar la autopercepción de la pobreza estructural en relación a los parámetros de las necesidades básicas insatisfechas
- Conocer la percepción de lxs pobres estructurales desde la perspectiva del personal del PNA de la ciudad de Chascomús.
- Reflejar las necesidades percibidas por las personas que se encuentran dentro de la categoría "pobreza estructural"
- Visibilizar el impacto de las percepciones de pobreza de las personas que se encuentran dentro de la categoría "pobreza estructural" en el proceso salud enfermedad-atención.
- Visibilizar el impacto de las percepciones de pobreza de los trabajadores de la salud del PNA en el proceso salud enfermedad-atención.
- Conocer el impacto de la satisfacción o insatisfacción de las necesidades humanas fundamentales en el proceso salud-enfermedad-atención.

#### Marco conceptual

#### El ser pobre y la reproducción social de la pobreza

Entorno a la pobreza y la condición de ser de los sujetos pobres, diferentes conceptos se asocian en su definición: El "pobre", el "necesitado", el "vulnerable", el "marginado", se han tomado como sinónimos para referirse a todxs aquellos que no satisfagan un determinado nivel de vida considerado aceptable. Sin embargo tras estos conceptos, se pueden desandar muchas acepciones. En lo que respecta a la vulnerabilidad, la CEPAL la entiende como la condición de propensión de un individuo a ser susceptible a un daño y perjuicio. 10 La marginalidad por su parte se vincula a encontrarse en una posición subalterna respecto al acceso a servicios públicos y niveles de participación social. Frente a estos conceptos, no todo pobre estructural será marginal o vulnerable y viceversa. En cuanto al pobre como "necesitado", Max Neef<sup>11</sup> sostiene que existen múltiples pobrezas en función de la satisfacción de las necesidades. En este sentido, y a partir de la no satisfacción de las necesidades humanas, habrá pobrezas de subsistencia (debido a alimentación y abrigo

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> González, M. (2009). Orientaciones de lectura sobre vulnerabilidad social. En: M. González (comp.) y otros, Lecturas sobre vulnerabilidad y desigualdad social; Córdoba, Centro de Estudios Avanzados (U.N.C.) – CONICET, 2009, ISBN 978-987-23989-5-8, págs. 13-29.

Max Neef, M. (1986). La economía descalza: Señales desde el mundo invisible. Montevideo, Uruguay: Nordan-comunidad.

insuficientes, etc.); de protección (debido a sistemas de salud insuficientes, violencia, etc), de afecto, de entendimiento, de participación, de identidad, de ocio, de creación y de libertad. En este sentido, las necesidades humanas fundamentales son finitas, identificables e interdependientes y son las mismas en todas las culturas, y lo que define a la cultura no son sus necesidades, sino los satisfactores de las mismas. Para Max Neef<sup>12</sup> existe una cultura que tiende a confundir bienes económicos con necesidades, considerándolos a estos como un fin en sí mismo, por lo tanto la sociedad se aliena en una productividad sin sentido que no contempla las múltiples formas de satisfacer las necesidades así como sus interrelaciones y sus factores inhibidores. En este sentido un desarrollo orientado a la satisfacción de las necesidades humanas no puede, estructurarse desde arriba hacia abajo. Solo puede emanar directamente de las acciones, aspiraciones y conciencia creativa y critica de los propios actores sociales. La pobreza, puede ser entendida también como uno de los indicadores del nivel de desarrollo de un país. Adopta usualmente en sus formas de medirla, un carácter cuantitativo, donde a través de un porcentaje se reflejan las condiciones de vida de sus integrantes. A partir de esas condiciones y por medio de cálculos estadísticos, se estiman riesgos posibles de enfermar y se efectúan comparaciones entre diferentes territorios. Los métodos históricamente empleados para la medición, fundamentalmente hasta 1992, fueron la línea de pobreza y el NBI. Posteriormente aparecen a nivel latinoamericano diferentes mediciones integradas de pobreza. Los métodos de NBI fueron considerados como multidimensionales ya que evalúan varias necesidades y facticos porque se basan en los hechos. En cambio, los métodos basados en la línea de pobreza son unidimensionales y potenciales ya que evalúan la capacidad de. 13

A partir de estos resultados, surgen determinadas políticas y si bien puede considerarse que muchas de las acciones destinadas a reducir la pobreza, se basan no solo en mejorar los ingresos, sino en inversión en educación, salud, alimentación, etc.; al final de cuentas la toma de decisiones no se basa en indicadores sociales sino en indicadores económicos relacionados con la cantidad de ingresos en el hogar. En este contexto<sup>14</sup>, Amartya Sen define a la pobreza como "la situación en la que una persona no dispone de ingresos o bienes suficientes y no puede alcanzar un mínimo de realización vital por verse

Fernández, V. Pelegrin, M Página 7

1

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Max Neef, M. (1998). *Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Montevideo, Uruguay: Nordan-comunidad

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> INDEC. (2003). Acerca del método utilizado para la medición de la pobreza en argentina. Recuperado de: http://www.indec.gov.ar/

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Spicker, P. (2009) Pobreza: Un glosario internacional - 1a ed. - Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO,

privada de las capacidades, posibilidades y derechos básicos para hacerlo" <sup>15</sup>. Para ampliar en lo que compete a la realización vital del individuo, surgió el concepto de desarrollo humano. Inicialmente el PBI se considero el indicador del mismo. Posteriormente a la utilización del PBI; después de 1990, se reconoció que este era una medida ciega a los aspectos sociales de las personas y surgió por lo tanto el índice de desarrollo humano. Este considera, para su medición: la longevidad, a través de la esperanza de vida al nacer; el conocimiento, a través de la tasa de alfabetismo de adultos, y el nivel de vida decente, a través del PBI per cápita. <sup>16</sup> El "desarrollo humano" es concebido como "el proceso de ampliación de las opciones de las personas y mejora de las capacidades humanas y libertades". Este indicador, si bien más amplio que el PBI aislado, continua homologando las expectativas de diferentes territorios e invisibilizando su determinación. Asigna además, el mismo peso a esas tres variables y no considera la inequidad entre la población medida así como no contempla la singularidad. Respecto a este, la OPS plantea su conocimiento en el trabajo en APS para poder organizar el trabajo intersectorial "para prevenir y mitigar emergencias y desastres" <sup>17</sup>.

Álvarez (2005) considera que esta perspectiva del desarrollo humano se sustenta en un discurso reduccionista que normaliza la pobreza e inequidad, planteando como solución diferentes políticas públicas que garanticen unos mínimos biológicos para la supervivencia, los cuales no proporcionan una vida digna para las personas. En última instancia se mantiene a los más pobres con lo estrictamente necesario para no subvertir el orden y estabilidad social. Estas formas de medición de los modos de vida de una población expresan una porción fragmentada de la realidad de la misma. Son útiles para comparar a través del tiempo el mismo o diferentes lugares, para conocer algunos cambios en la distribución, pero no para comprender qué hay tras ellos y no bastan para reflexionar el carácter de problema que asuman en la vida de una comunidad y sus integrantes. Al referirnos a que la pobreza atañe a sujetos concretos en su contexto, nos distanciamos de una visión reduccionista que coloca en el centro de las propuestas, al desarrollo económico, siendo entonces la persona solo un medio productivo y mercantilizable. Al respecto, la concepción neoliberal propugna esa significación del sujeto en tanto integrante competente del mercado de consumo, distanciando la perspectiva del sujeto de derecho y de intervención del estado en la cuestión

Lenicov, J. (2015). Pobreza y metas del milenio. Universidad nacional de San Martin. Buenos Aires

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Rodas Martini, P. (2000). La medición del desarrollo humano: una tarea interminable y polémica: Cedes.

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007). . La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica.;21(2/3):73–84.

social. En este escenario, las políticas sociales son herramientas de "intervención" <sup>18</sup> en la cuestión social. Esta cuestión social, puede ser entendida como lucha entre el capital y el trabajo; o en otras palabras, es el conjunto de problemas económicos y políticos que se genera entre las clases sociales, lucha muchas veces invisibilizada por los propios actores en pugna. 19 Al discutir sobre la concepción del término pobreza o de cómo se conceptualiza la pobreza, es conveniente hacer una reseña de cómo es concebida según un proyecto de Estado y las políticas sociales que se esgrimen a colación. Las políticas sociales se construyen por un modelo de estado, cuando este se aproxima a las características de un estado neoliberal, es pensado como separado de la sociedad, separado en cuanto no habilita a la participación, sino que es reservado para una minoría, que serían los encargados de decidir por todos donde la libertad individual se convierte en la aspiración y en ese marco, "la ruina o el éxito solo dependen de la decisión individual"<sup>20</sup>. Este tipo de Estado, se piensa solo para dirimir conflictos entre privados, siendo una de sus principales metas el mantenimiento del orden establecido, interviniendo solo para proteger los bienes privados. En este modelo individualista, la desigualdad es entendida por la irracionalidad de esas decisiones tomadas individualmente ya que están regidas por la cultura, valores y emociones. Por lo tanto, las políticas sociales que surgen en este contexto serán dirigidas no para la distribución de lo producido socialmente, sino que serán para el mantenimiento mínimo de las clases populares y serán pensadas como dadivas o caridad y no como un derecho. Entendida así la desigualdad, las políticas públicas y la educación, se despliegan en pos de resignificar esos valores y cultura en relación a los avatares del mercado. <sup>21</sup> Dentro del escenario neoliberal, el clientelismo como relación desigual, asimétrica, basada en una diferencia de poder y control de los recursos<sup>22</sup>, aparece en aquellas instituciones públicas, en donde se desarrollan intercambios implícitos, como ser el hecho de formar parte de una inclusión a un beneficio de un plan social.<sup>23</sup>

A través de la descripción evolutiva de las diferentes formas de medición de la pobreza y del desarrollo de estas políticas públicas, podemos considerar que no existe una

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> El termino intervención alude a un modo de actuar donde quien es llamado a intervenir impone su lógica al momento de la misma. Propongo remplazarlo por praxis, que sería la conjugación de la teoría y la práctica o en otras palabras pensamiento y acción, términos que no deben verse como disociados, sino que deben ser vistos como una unidad que nos permita repensar, reflexionar nuestras prácticas.

<sup>9</sup> Murillo, S. (22 de marzo del 2013).La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. Voces en el fénix. Año 4 (nº 22) 70

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> Murillo, S. (22 de marzo del 2013).La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. Voces en el fénix. Año 4 (nº 22) 70

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> Mercer, R. (22 de marzo del 2013). Salud y pobreza en la argentina. Voces en el fénix. Año 4 (nº 22) 88

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> Audelo Cruz, Jorge M.; (2004). ¿Qué es clientelismo? Algunas claves para comprender la política en los países en vías de

consolidación democrática. *Estudios Sociales*, julio-diciembre, 124-142.

<sup>23</sup> Gruenberg, C. & Pereyra, V. (2008). Relación entre clientelismo, pobreza y género. Portal de las mujeres argentinas, iberoamericanas y del Mercosur. Disponible en: http://www.agendadelasmujeres.com.ar/

forma neutra de entender la pobreza. Tras las definiciones se encuentran procesos que establecen históricamente el sistema en el que se han consolidado determinados agentes económicos que imponen al conjunto de la sociedad un modo de producción propio, estableciendo alianzas y subordinando a sus lógicas de producción al resto de los agentes de la vida económica para desarrollar una vida económica compatible con sus intereses y objetivos.<sup>24</sup>

Siguiendo con esta perspectiva, la modernización que legitima la colonización, se presenta como una estrategia de subordinación y disciplinamiento de la alteridad, de actores que se definieron como "atrasados". Tales imágenes operan por negación y ocultamiento de las relaciones sociales que producen las condiciones estructurales de subordinación.<sup>25</sup>

#### Imaginario colectivo y proceso salud enfermedad atención

La pobreza es considerada desde una mirada exclusivamente mercantilista, donde la consecución de bienes económicos pareciera ser el fin ineludible para evitarla. Otra perspectiva, igualmente reduccionista, enfatiza en la cuestión cultural del *ser* pobre, en tanto dependiente e inferior. De este modo, se evita vincular la pobreza con la carencia de recursos económicos ya que esta misma es una cuestión cultural y en el rol moral de la sociedad para con los pobres queda eximida de prestar cualquier servicio ya que estos pobres no quieren cambiar. <sup>26</sup> Al respecto, entre la población general, la encuesta nacional sobre discriminación en México realizada en 2005 revela que uno de cada tres entrevistados considera que "los pobres son pobres porque no se esfuerzan lo suficiente".

En torno al *Ser* pobre, se construyen estereotipos que lo vinculan con una determinada cultura, en la que es revestido de una imagen pasiva, incapaz de ser sujeto de su propio desarrollo, ignorante, sucio, haragán, delincuente<sup>27</sup>. Es desde ese imaginario colectivo sobre la pobreza, desde donde se explica, se analiza el fenómeno y se plantean las estrategias de abordaje necesarias tendientes a la erradicación o a la perpetuación de las condiciones que la generan. Este imaginario colectivo es un conjunto de disposiciones teóricas que nos permite entrar en contacto con la realidad, enmarca la realidad en donde el

Fernández, V. Pelegrin, M Página 10

\_

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> Aguirre Salas, A. et al. (2013). *La construcción social de la pobreza en América latina y el Caribe*. CABA, Argentina: CLACSO-CROP <a href="http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130722041339/LaconstruccionSocialdelaPobreza.pdf">http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130722041339/LaconstruccionSocialdelaPobreza.pdf</a>

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> Machado Araoz, H. (2007). *Economía política del clientelismo*. Córdoba, Argentina: Ed Brujas.

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> Aguirre Salas, A. et al. (2013). La construcción social de la pobreza en América latina y el Caribe. CABA, Argentina: CLACSO-CROP

Barrientos, C. (2008). La caridad y la limosna ¿estrategias pastorales de erradicación o reproducción de la pobreza? En: ¿El reino de Dios es de este mundo?: el papel ambiguo de las religiones en la lucha contra la pobreza (201-228). Bogotá, Colombia: CLACSO/Siglo del hombre (http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20120701093420/13barri2.pdf)

individuo se desenvuelve, y la clasifican entre lo que se considera interesante, valioso, deleznable o prescindible. En la construcción del mismo, influyen instituciones educativas, religiosas, de salud, etc. Este imaginario a la vez que crea factores comunes identitarios, también establece fronteras (ellos-nosotros). A través de esos límites radicales que separan a los sujetos, se divide a la realidad en quienes son visibles, inteligibles y útiles de aquello que es invisible, ininteligible o inútil y que se encuentra del otro lado de la línea. Este otro lado es producido como no existente. En este sentido, las características culturales de los sectores pobres tienden a ser causalmente fusionadas con las características económicas de la pobreza (Haylett, 2003). De esta forma la ausencia de referencias hacia las determinaciones sociales de los problemas, remite a un discurso que asocia las privaciones económicas con carencias morales. Esta cultura de la pobreza se constituye en una herramienta para culpar al pobre de su situación y atribuirle una cultura de la desviación. <sup>29</sup>

En este escenario, el discurso, como reproductor de los significados dominantes, tiene la función de legitimar y justificar esa realidad y transmitirla. En el campo discursivo "se establece que es válido y que no acerca de la reducción de la pobreza, y no admite una crítica sustantiva respecto a un modelo reproductor de desigualdad basado en una modalidad de crecimiento económico y concentración de capital que beneficia a las minorías dominantes de la economía del país"<sup>30</sup>. Martin baro señala que el discurso de poder estigmatiza al pobre, diferenciándolo de los sectores medios. Dentro de los rasgos peyorativos asignados al pobre están: "la apatía, impotencia, dependencia e inferioridad, un sentido de resignación y fatalismo y un profundo machismo así como la vagancia, la violencia y la suciedad. 31 Este imaginario colectivo, sustentado en concepciones neoliberales y legitimado, reproduce un sistema de opresión en el que para que se pueda mantener la lógica de la relación dominado-dominador, si no se quiere imponer como fuerza física, es preciso que el dominado legitime esa dominación, que vean esa realidad como lo natural y que cualquier cosa que hagan en detrimento de eso, rompe con el orden preestablecido: "toda dominación social debe ser reconocida, aceptada como legitima, es decir, tomar un sentido, de manera que los dominados adhieran al principio de su propia dominación, en un

Fernández, V. Pelegrin, M Página 11

.

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> Berganza, M.R. & Del Hoyo Hurtado, M. (2006). La mujer y el hombre en la publicidad televisiva. *Revista de estudios de comunicación.* 11(21): 161-175 <a href="http://www.ehu.eus/zer/hemeroteca/pdfs/zer21-10-hoyo.pdf">http://www.ehu.eus/zer/hemeroteca/pdfs/zer21-10-hoyo.pdf</a>

<sup>&</sup>lt;sup>29</sup> O connor, A. (2001). Poverty Knowledge: Social Science, Social Policy, and the Poor in the Twentieth Century, Princeton University Press, Princeton

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup>Bayon, M.C. (2015). La construcción del otro y el discurso de la pobreza. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales. (223), 357-376*<sup>31</sup> Bayon, M.C. (2015). La construcción del otro y el discurso de la pobreza. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales. (223), 357-376.* 

mismo consenso sobre el orden establecido. <sup>32</sup> Tal como refiere Bourdieu, en un espacio social, las condiciones sociales existen tanto en las cosas como en los cuerpos (en los campos como en los habitus) por lo tanto se impone una doble lectura del objeto de estudio, objetiva y subjetiva a la vez pero concebidas en una relación dialéctica. Es necesario considerar al espacio social como un espacio pluridimensional de posiciones, donde toda posición actual (de un agente o grupo de agentes) puede ser definida en función de un sistema de coordenadas ligada a la distribución de una especie de capital diferente. En este espacio, los agentes y grupos se definen por sus posiciones relativas, según el volumen y la estructura del capital que poseen. Dentro de ese espacio social, los agentes poseen un habitus, entendido este como esquemas de percepción, de apreciación y de acción ligados a la definición practica de lo posible y lo imposible, de lo pensable y lo impensable. Este habitus se ve en la forma de habitar el mundo. Vinculado con este, y según si la posición del agente en el campo se establece como central, marginal o de igualdad, se constituyen habitus para la dominación, para la subordinación o para la herejía. 33 Estos discursos reproductores de atributos que se adscriben al ser pobre y que lo excluyen socialmente a la vez que lo responsabilizan de su actual situación, se vinculan con un accionar sustentado en el modelo medico hegemónico, el cual constituye una construcción teórica que se expresa en los rasgos de: biologicismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada del paciente, tendencias inductivas al consumo medico.<sup>34</sup> Este estigma que se genera en el sujeto pobre fue investigado por la iniciativa sobre Pobreza y Desarrollo Humano de la universidad de Oxford, donde se midieron aquellas dimensiones de la pobreza que no están en las estadísticas como es la "habilidad de ir por la vida sin sentir vergüenza o humillación por ser pobre", siendo los sentimientos de vergüenza y humillación que perciben los sujetos, impactantes en la salud de los considerados pobres de forma tal que reproducen el circulo de la pobreza.<sup>35</sup>

Sin embargo, las acciones que realizan los trabajadores de la salud en su vinculación con otro sujeto, tienen la posibilidad cuando se establece el encuentro, de afectarse

<sup>32</sup> Bourdieu, P. (2014). *Intelectuales, política y poder*. CABA, Argentina: Eudeba

<sup>33</sup> Capdevielle, J. (2011) El concepto de habitus: "con Bourdieu y contra Bourdieu". Buenos Aires. Argentina

<sup>&</sup>lt;sup>34</sup> Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.

<sup>35</sup> Zavaleta, D. (2011). Pobreza, vergüenza y humillación: una propuesta de medición. *Revista latinoamericana de desarrollo humano.(76)* 

mutuamente. De forma tal que como refiere Emerson Merhy<sup>36</sup>, las conexiones que se realizan entre trabajadores de la salud y usuarios, pueden formar un campo energético invisible que envuelven al cuidado en acto y configuran "líneas de vida" o "líneas de muerte" según si el encuentro produce acogimiento, vinculo, autonomía, satisfacción o un modo de actuar que se manifieste de forma acotada, burocrática, produciendo heteronomia e insatisfacción. Dependiendo de la situación existente habrá un aumento o reducción de la potencia de actuar. Por lo tanto, el proceso salud enfermedad atención es posible vivenciarlo como un proceso que contribuya a la transformación de las inscripciones sobre el cuerpo territorio.

#### Contexto de estudio (VER ANEXO 1)

#### Diseño metodológico

**Tipo de estudio:** Trabajo de investigación cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo transversal.

Tal como refiere Cresswell, el estudio fenomenológico termina con una mayor comprensión del investigador y el lector sobre la esencia y la estructura invariante de la experiencia, reconociendo que existe un significado unificador de esta: "cuando el estudio se termina se debe tener la sensación de que ha entendido lo que para otra persona significa vivir en una situación determinada"<sup>37</sup> (ver paradigma de los investigadores ANEXO 2).

**Universo:** TODAS las personas que viven en los barrios "San Cayetano" y "El Porteño" de la localidad de Chascomús y presentan NBI, así como TODAS las personas que se encuentran desempeñando algún rol como personal de salud en los efectores del primer nivel de atención correspondientes a dichos barrios (CAPS "El Porteño" y CIC "30 de Mayo"), al momento del desarrollo de este estudio.

Muestra: acorde al problema de investigación planteado se realizó un muestreo no probabilístico a base de criterios. Siendo los criterios de inclusión para las personas en pobreza estructural: personas mayores de 18 años, que expresen al menos una de las necesidades básicas insatisfechas (según INDEC 2010), que acepten participar voluntariamente en esta investigación. Criterios de exclusión: personas menores de 18 años, que no expresen alguno de los criterios de las NBI o que no acepten participar voluntariamente en esta investigación.

<sup>&</sup>lt;sup>36</sup> Merhy, E.E. & Franco, T.B. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud colectiva 7(1); 9-20

<sup>&</sup>lt;sup>37</sup> Álvarez Gayou, JL. (2003). Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Ed. Paidós: México

Para el personal de salud de los establecimientos "El Porteño" y "30 de Mayo" de la ciudad de Chascomús se establecieron como criterios de inclusión: personas mayores de 18 años , que acepten participar voluntariamente en esta investigación, que tengan al menos cinco años de permanencia en el trabajo en dicho área programática en que se encuentran. Criterios de exclusión: personas menores de 18 años, que no deseen participar voluntariamente de esta investigación y que tengan menos de 5 años de permanencia laboral en dicho área programática.

<u>Técnica de recolección y análisis de datos</u>: se realizaron 12 entrevistas en profundidad basadas en historia de vida y observación simple no participante de la caracterización de la vivienda según postulados de las NBI. Se realizaron 3 entrevistas al personal de salud (ver ANEXO 3) del CAPS "El Porteño" (2 medicina general y 1 enfermería), 3 entrevistas al personal de salud del CIC "30 de Mayo" (de enfermería, trabajo social y pediatría), 3 entrevistas a personas de la comunidad del barrio San Cayetano (ver ANEXO 4) y 4 entrevistas a personas de la comunidad del barrio El Porteño. La cantidad de entrevistas realizadas fue determinada por saturación de datos en las diferentes categorías analizadas.

Acorde al paradigma y diseño metodológico seleccionados para el problema de investigación, el análisis de los datos se efectuó mediante las reducciones fenomenológicas introducidas por Max Van Manen<sup>38</sup>: En primer lugar, se genera la aproximación holística que pretende capturar el significado enfático de las frases que traducen la experiencia (reflexión macrotemática o primera reducción). En segundo lugar, se realiza la aproximación selectiva del contexto que impera en la singularidad de la experiencia relatada, obteniendo un conjunto de frases que aprehenden los significados esenciales de los fenómenos en estudio (reflexión microtemática o segunda reducción). Finalmente, una vez extraídos los significados que impresionan esenciales se realiza un esfuerzo imaginativo de supresión hipotética de un tema que aparenta ser esencial para el *ser* del fenómeno mismo (tercera reducción).

Fernández, V. Pelegrin, M Página 14

-

<sup>38</sup> Van Manen, M. (2006): Writing qualitatively, or the demands of writing. *Qualitative Health Research*, 16 (5), 713-722; Van Manen, M. (2003). *Investigación Educativa y Experiencia vivida. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y de la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books.

#### Variables

- Percepción de la pobreza estructural: experiencia singular y subjetiva de vivir en la nominación de pobreza estructural, entendida a esta como la presencia de necesidades básicas insatisfechas.<sup>39</sup>
- <u>Percepción de las necesidades</u>: aquellas formas de ser, hacer, tener y estar en el mundo que son consideradas indispensables para vivir.<sup>40</sup>
- Impacto del imaginario colectivo de pobreza y de las necesidades en el proceso salud enfermedad atención: Cambio registrado en el proceso histórico-social de interrelación del sujeto, con la salud, la enfermedad y la atención a partir de la percepción de pobreza y de la satisfacción o insatisfacción de las necesidades. El imaginario colectivo de la pobreza comprende a la auto y heteropercepción de la misma, es decir a la percepción por parte de quienes se encuentran en situación de pobreza estructural y por parte de quienes no se encuentran dentro de dicha clasificación.

Variable	Dimensión	Indicadores
Percepción de la	Según quienes se encuentran en	-Presencia de expresiones que exprese el concepto de pobreza
pobreza estructural	NBI	-Presencia de expresiones que manifiesten encontrarse o no dentro de la
		clasificación de pobreza estructural.
		-Presencia de expresiones que manifiesten los significados de encontrarse o no dentro de tal clasificación
		-Presencia de expresiones que manifiesten sus expectativas frente a las
		necesidades básicas insatisfechas
	Para el personal de salud del PNA	-Presencia de expresiones que expresen el concepto de pobreza
		-Presencia de expresiones que identifiquen a las personas que se encuentran
		dentro de la clasificación de pobreza estructural
		-Presencia de expresiones que manifiesten los determinantes que subyacen a la
		pobreza estructural.
		-Presencia de expresiones que manifiesten los significados que tiene encontrarse
		o no dentro de tal clasificación
		-Presencia de expresiones que caractericen el acompañamiento en la práctica
		laboral a las personas con NBI
		-Presencia de expresiones orales que expresen la presencia-ausencia de
Percepción de las	Necesidades autopercibidas por	intervenciones tendientes a la satisfacción de las NBI en los pobres estructurales - Presencia de expresiones orales que caractericen a sus necesidades
necesidades	los pobres estructurales (formas	-Presencia de expresiones orales que Identifiquen la presencia/ausencia de los
(Aquellos	de hacer, tener, ser y estar en el	medios necesarios para satisfacerlas
características de las	mundo consideradas	- presencia de expresiones orales que identifiquen las determinaciones que
formas de ser,	indispensables para la vida)	subyacen a la satisfacción-insatisfacción de sus necesidades
hacer, tener y estar	maispensacies para la tida,	- Presencia de expresiones orales que identifiquen las circunstancias facilitadoras
en el mundo sujetas		y obstaculizadoras para la satisfacción de sus necesidades
a múltiples	Necesidades heteropercibidas por	- Presencia de expresiones orales que caractericen a las necesidades de las
determinaciones,	el personal de salud (formas de	personas en pobreza estructural.
que son	hacer, ser y estar en el mundo	-Presencia de expresiones orales que Identifiquen la presencia/ausencia de los

<sup>&</sup>lt;sup>39</sup> NBI (según INDEC 2010): Vivienda inconveniente (NBI 1): es el tipo de vivienda que habitan los hogares que moran en habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias y otro tipo de vivienda. Se excluye a las viviendas tipo casa, departamento o rancho. - Carencias sanitarias (NBI 2): incluye a los hogares que no poseen retrete. - Condiciones de Hacinamiento (NBI 3): es la relación entre la cantidad total de miembros del hogar y la cantidad de habitaciones de uso exclusivo del hogar. Técnicamente se considera que existe hacinamiento crítico cuando en el hogar hay más de tres personas por cuarto. - Inasistencia escolar (NBI 4): hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela. - Capacidad de subsistencia (NBI 5): incluye a los hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria.

<sup>40</sup> Siguiendo el concepto de Max Neef se considera como necesidades aquello indispensable para vivir. Pueden describirse la presencia de

<sup>&</sup>lt;sup>40</sup> Siguiendo el concepto de Max Neef se considera como necesidades aquello indispensable para vivir. Pueden describirse la presencia de necesidades humanas fundamentales que son las mismas en todas las culturas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad, libertad) y de satisfactores para esas necesidades que varian en distintas culturas.

consideradas indispensables para un sujeto y su contexto. <sup>41</sup>	consideradas indispensables para la vida de un grupo poblacional)		medios necesarios para satisfacerlas - presencia de expresiones orales que identifiquen las determinaciones que subyacen a la satisfacción-insatisfacción de las necesidades - Presencia de expresiones orales que identifiquen las circunstancias facilitadoras y obstaculizadoras para la satisfacción de las necesidades
Impacto del imaginario colectivo de pobreza y de las necesidades en el proceso salud enfermedadatención	Impacto de las auto y heteropercepciones <sup>42</sup> de <b>pobreza estructural</b> en el proceso salud- enfermedad atención	Autop ercepc iones	Presencia de expresiones orales que den cuenta de las Percepciones de salud de los pobres estructurales autopercibida  Presencia de expresiones orales que den cuenta de las percepción de enfermedad en los pobres estructurales autopercibida  Presencia de expresiones que den cuenta el abordaje al proceso saludenfermedad-atención en los pobres estructurales
		Heter operc epcion es	Presencia de expresiones orales que den cuenta de las Percepciones de salud de los pobres estructurales heteropercibida  Presencia de expresiones orales que den cuenta de las percepción de enfermedad en los pobres estructurales heteropercibida  Presencia de expresiones que den cuenta el abordaje al proceso saludenfermedad-atención en las situaciones de pobreza estructural
	Impacto de las auto y heteropercepciones de necesidades en el proceso salud enfermedad atención	Autop ercepc iones	Presencia de expresiones orales que den cuenta de la presencia de satisfactores favorecedores de la salud en el proceso salud-enfermedad atención  Presencia de expresiones orales que den cuenta de la presencia de satisfactores obstaculizadores de la salud en el proceso salud-enfermedad atención
		Heter operc epcion es	Presencia de expresiones orales que den cuenta de la presencia de satisfactores favorecedores de la salud en el proceso salud-enfermedad atención  Presencia de expresiones orales que den cuenta de la presencia de satisfactores obstaculizadores de la salud en el proceso salud-enfermedad atención

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS Y VALIDACIÓN (ANEXO 5)**

#### **RESULTADOS** (primer y segunda reducción)

Los resultados obtenidos de las personas en pobreza estructural se codificaran según el área de referencia: P (barrio "El Porteño") y SC (barrio "San Cayetano") asimismo se considerara la edad y el sexo de cada uno de los sujetos. Los resultados del personal de salud se codificaran colocando: PS (personal de salud) y P (barrio "El Porteño") o SC (barrio "San Cayetano") según corresponda, seguido de el rol que desempeñan en el equipo de salud: T (trabajadorxs sociales), M (Medicxs generalistas), E (enfermerxs), P (pediatrxs).

A partir de los resultados encontrados, se expresó la existencia de personas en situación de pobreza estructural como elección de vida, quienes identifican la posibilidad de elegir cómo vivir a partir de contar con las oportunidades para poder hacerlo: "Lavo los platos en una bomba de agua no tengo agua adentro y no me siento pobre, vivo como quiero vivir" (P-M25), y personas en situación de pobreza

<sup>&</sup>lt;sup>41</sup> El sujeto en este caso es "el sujeto pobre estructural" y el contexto esta dado por los discursos del personal de salud.

<sup>&</sup>lt;sup>42</sup> Se entiende por imaginario colectivo, tal como refiere Berganza (2006), a una construcción social que informa sobre nuestra percepción de la realidad. Enmarcan la realidad empírica en donde el sujeto se desenvuelve y la clasifican entre lo que se considera interesante, valioso, deleznable o prescindible. Considera la auto y heteropercepcion.

estructural como destino obligado, quienes sin problematizar las circunstancias en que se desarrolla su cotidianeidad, la asumen como la única opción posible: "puede ser incomodo pero por lo menos das gracias que tenés un lugar, no está mal"(P-M18). De las personas en situación de pobreza estructural como elección de vida, tres se configuran dentro de dicha clasificación por poseer una vivienda considerada como tipo inconveniente, y una de ellas además posee un hogar sin retrete. De las personas en situación de pobreza estructural como destino obligado, dos se encuentran en dicha clasificación por poseer una vivienda tipo inconveniente y una de ellas por vivir en hacinamiento. En lo que respecta a la percepción de pobrezas (Ver ANEXO 6), se pueden describir dos grandes acepciones. Por un lado, un grupo de concepciones que dejan entrever la supremacía de un paradigma neoliberal que impone patrones de vida considerados "normales". Estos patrones se identificaron en la adscripción a un estándar de vida, en la adscripción a la cultura del ser pobre y en los supuestos de individualismo y meritocracia que determinan la pobreza. Estos posicionamientos normalizadores operan ocultando las relaciones de poder y las circunstancias sociales que generan inequidad, es decir, invisibilizan los factores estructurantes de la pobreza. Por otro lado, se encuentran diferentes percepciones vinculadas a la autodeterminación dentro de un contexto de pobreza como realidad subjetivada. Para esa determinación, que permite percibirse o no dentro del contexto pobreza, surge como operante, el reconocimiento de la inequidad, la identificación de elecciones subjetivas y la estrategia de sobrevivencia. EL INDIVIDUALISMO Y LA MERITOCRACIA fueron caracteres descriptivos de la pobreza tanto para las personas de la comunidad como para el personal de salud, quienes consideran que a esos pobres "no les importa" o "no están instruidos" o "no tienen interés" o "ellos no entienden". La magnitud del capital económico y cultural que se posea recae en una responsabilidad individual, frente a la cual la esfera volitiva del individuo es la culpable. En este sentido, si no se puede alcanzar el objetivo estipulado según el modelo imperante para el personal de salud, se cataloga al individuo como irresponsable: "No tener trabajo, tener hijos bajo peso es ser pobre. No tienen información o ellos no entienden" (SC-PSe). Se invisibilizan de esta forma, las relaciones de dominación subyacentes a esa situación social. El personal de salud que responde a esta caracterización fue exclusivamente el que se encentra en el área del barrio San Cayetano. Por su parte, las personas que viven en pobreza estructural como destino obligado fueron quienes identificaron estos caracteres en su descripción de la pobreza: "Yo no soy pobre, a veces me faltan cosas pero depende del esfuerzo y empeño que uno haga que puedas vivir de otra forma".(P-M31). La ADSCRIPCIÓN A UNA CULTURA DEL SER POBRE fue identificada por el mismo personal de salud que se basa en los supuestos del individualismo y meritocracia, en tanto la SUCIEDAD como característica identitaria y como factor de riesgo para enfermar es preponderante: "tienen enfermedades como granos generalmente, infecciones en la piel y otras cosas seguramente.

Enfermedades tienen por la suciedad" (SC-PSe). Estos atributos del *ser* pobre se conforman como invariantes de ese sujeto, atribuyéndole características que lo colocan en una posición subalterna, conformando por lo tanto el estigma del sujeto pobre. Asimismo las personas de la comunidad que se encuentran dentro de la pobreza estructural como destino obligado, reconocen esta cultura del ser pobre y su identidad se construye por diferenciación: "Yo no viviré en una gran casa pero no tengo nada sucio tampoco así que no soy pobre" (P-M18). Estos estereotipos identitarios que son reconocidos, actúan escindiendo lo que se es, de un "otro" poseedor de ese estigma al cual no se desea pertenecer.

Dentro de la ADSCRIPCIÓN A UN ESTÁNDAR DE VIDA, se visibiliza su existencia como una forma normativa y estructurante del cómo vivir, a partir de las percepciones del personal de salud y de la comunidad, basado principalmente en la satisfacción de las necesidades básicas en los términos que se estipulan que deben satisfacerse. Esta existencia, para aquellas personas que se encuentran dentro de la pobreza estructural como destino obligado, se configura como la única opción posible: "Mi casa es lo que yo puedo pagar, lo que puedo tener. No voy a estar pensando en algo que se que no puedo tener" (P-M38). Para quienes se encuentran dentro de la pobreza estructural como parte de su elección de vida, este estándar reconocido se somete a un proceso reflexivo que parte de reconocerse como personas singulares: "tenés que ver porque queres lo que queres. Hay toda una educación para que vos desees lo que deseas" (P-M25) y entre ambos, el personal de salud de las dos aéreas programáticas, en su ejercicio de poder, actúa como reproductor acrítico de aquella norma que define al estipulado estándar de vida: "obviamente que es mejor de material, de mejor calidad. Hay casitas de madera que igual pueden estar limpitas" (SC-PSe)

Dentro de la **AUTODETERMINACIÓN** en un contexto de pobrezas, el personal de salud que se desempeña en el área de Medicina general y trabajo social, visibiliza la sincronía y politemporalidad en que suceden los fenómenos, de forma tal que no puede considerarse una situación actual desconociendo su devenir histórico e ignorando los sucesos que ocurren en simultáneo. De esta forma, la INEQUIDAD es un constituyente de esa situación de pobreza: "Es una situación, socioeconomicocultural. Tiene que ver con la falta de acceso y oportunidades para vivir dignamente" (P-PSM1). Esta inequidad no emergió en los discursos de las personas de la comunidad. Esta autodeterminación se refleja en la identificación de ELECCIONES SUBJETIVAS, siendo para quienes se encuentran en pobreza estructural como elección de vida, resultado de un proceso de conocer, reflexionar, y teniendo un campo abierto de opciones, elegir: "Elegimos no tener cosas de mas pero tampoco considero que tenga de menos. "Considero que el barro es el material mejor para la salud. Me parece que es mejor para cada lugar el material que sea de cada lugar" Elijo baño seco para no contaminar" (SC-M31). Dentro de esta línea que fragmenta la normalidad que determina las percepciones posibles de pobreza en tanto necesidades básicas insatisfechas, se encuentran algunos discursos del personal de salud del barrio "El Porteño" que conciben la posibilidad de una elección de vida que exceda a la preestablecida, en tanto y en cuanto

se cuente con esa oportunidad de elegirla: "la vivienda puede ser de material y ser completamente insegura para lo que consideran. Es necesario tener la oportunidad para poder elegir. Pero qué responsabilidad tiene el estado de que esa familia pueda vivir como quiere y no como puede" (P-PSm2).

Las ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA son identificadas tanto por parte del personal de salud, como por las personas de la comunidad como necesarias para no pertenecer al grupo de las pobrezas, siendo el trabajo y la alimentación y vivienda, los recursos y fuentes mas referenciados: "no tener trabajo, no tener plata, no tener un techo, no tener para comer, no tener nada" (P-M18)

Respecto a la variable percepción de necesidad (ver ANEXO 7), emergieron dos grandes categorías, a saber, NECESIDAD PERCIBIDA COMO NBI, y necesidad percibida dentro de lo que podría agruparse como NECESIDADES HUMANAS FUNDAMENTALES. Si bien muchas de las que forman parte de la concepción de NBI, podrían considerarse necesidades humanas fundamentales, un rasgo diferencial con estas últimas está vinculado a su carácter normalizador imperante que adquiere. Dentro de los componentes que definen a las NBI (según INDEC 2010), emergieron desde el discurso aquellos referidos a la educación formal, hacinamiento y estructura de la vivienda. Se expresaron como necesidades aquellas preestablecidas por entes institucionales y de forma inexorable, manifestándose en forma predominante una normalización hegemónica de las mismas: "obviamente que es mejor de material, de mejor calidad. Hay casitas de madera que igual pueden estar limpitas" (SC-PSe), así como un carácter punitivo y culpabilizador del sujeto ante la insatisfacción de las mismas: "Trato de explicarles que tienen que ir a la escuela. Ellos no se dan cuenta lo que necesitan" (SC-PSp). Las personas que se encuentran dentro de la pobreza estructural como elección de vida o como destino obligado, no identifican los rasgos definitorios de las NBI como estructurantes para la pertenencia al grupo de pobres estructurales, sino que algunos de estos los redefinen en pos de sus expectativas.

Por su parte, en la categoría referente a las NHF, estas fueron expresadas a través de sus satisfactores. La necesidad de subsistencia emergió principalmente a través de la alimentación y el abrigo como elementos fundamentales, y el trabajo como un medio para adquisición de los mismos: "Algo necesario es poder comer todos los días, poder crecer. Estar calentita tener comida. Poder dormir. Poder respetar mis tiempos biológicos. No hay un estándar de cantidad de horas de sueño, de comida" (P-M25). "La necesidad es trabajar, y ahora no trabajo y no tengo una mierda" (P-M39). De forma tal que la única necesidad percibida por las personas que se encuentran en pobreza estructural como destino obligado es la de subsistir.

La necesidad de entendimiento fue referida por el personal de salud del área de medicina general, así como por las personas en situación de pobreza estructural como elección de vida como un factor determinante en su proyecto de vida "algo necesario en lo que es educación, ampliar el

horizonte de uno mismo" (P-M25) que no se circunscribe a la educación formal. Sin embargo, para otros la escolarización se expreso como un factor de riesgo en tanto predispone a estas mismas NBI. "Existen nbi por falta de educación, ya que cuanto más ignorante a menos cosas también accede y hay un montón de gente que solo tiene hasta séptimo grado" (SC-PSe) Este sustento pragmático de las necesidades básicas insatisfechas fue reconocido exclusivamente por el personal de salud.

Por su parte, el AFECTO, la IDENTIDAD y la LIBERTAD, fueron las restantes necesidades humanas fundamentales identificadas exclusivamente por las personas en situación de pobreza estructural como elección de vida y en el personal de salud del área de medicina general: "Poder manejarme en un entorno de amor. Expresar amor. Que la sociedad me lo entienda y me lo respete es necesario" (P-M25)

Dentro de las necesidades humanas percibidas y sus satisfactores descriptos, existen circunstancias que fueron identificadas como facilitadoras u obstaculizadoras para la satisfacción de las mismas (VER ANEXO 8). Los facilitadores encontrados para la satisfacción fueron: la concepción de necesidad como derecho, la libertad en las elecciones y la presencia de vínculos solidarios. La concepción de necesidades como derechos y por lo tanto como responsabilidad estatal en la garantía de los mismos, fue identificada por el personal de salud y las personas en situación de pobreza estructural como elección de vida mas no en aquellas para las que es su destino obligado: "El considerar ciertas cuestiones como un derecho o no es importante porque pone el límite y si no lo pones dejas afuera a un montón a acceder a cosas" (P-PSm1). En este sentido los vínculos solidarios que se enlazan en la comunidad, tal como fue referido por las personas que se encuentran en situación de pobreza estructural, contribuyen a una mayor equidad: "Yo no me quedo ni con mas ni con menos, cuando tengo algo de mas se lo doy a alguien que lo necesita y vamos los dos iguales" (P-M39). La libertad en las elecciones vinculada a los procesos reflexivos que propician la autodeterminación, se conforman no solo como la necesidad de sentirse libre sino también como situaciones que propician la satisfacción de otras necesidades en un contexto de liberación de la opresión: "Es que yo decido como vivo, yo podría haber sido universitaria y vivir en otro lugar. Nunca tuve que mantener a mi familia" (P-M25).

Los obstaculizadores encontrados para la satisfacción de las necesidades fueron: el modelo de producción capitalista, el asistencialismo, y la violencia basada en género. El modelo de producción capitalista fue percibido como un obstaculizador por parte de las personas en situación de pobreza estructural en tanto es preciso en la sociedad actual poseer un capital económico para intercambiar: "A veces te traba el tener que generar dinero porque vivimos en una sociedad que se maneja así" (SC-H32). En un modelo de producción capitalista neoliberal, el asistencialismo como respuesta inmediata ante una situación de carencia y descontextualizada de la perspectiva singular y de las determinaciones de dicha carencia, fue

estructural: "El estado hace que no pueda satisfacer mis necesidades, porque para el estado es más fácil tener un negro cabeza de tacho que le hagan algo por un sanguche de milanesa a tener gente preparada y que tenga un sueldo en blanco" (P-M31). Dentro de los obstaculizadores, fue identificada la violencia basada en género, en tanto los roles atribuidos al género asumido que se reproducen en una sociedad, actúan limitando el campo de posibilidad de los sujetos, y contribuyendo por lo tanto a la opresión en que se encuentran: "Mi marido no me deja trabajar, me dijo que me quede cuidando a la nena." (P-M39)

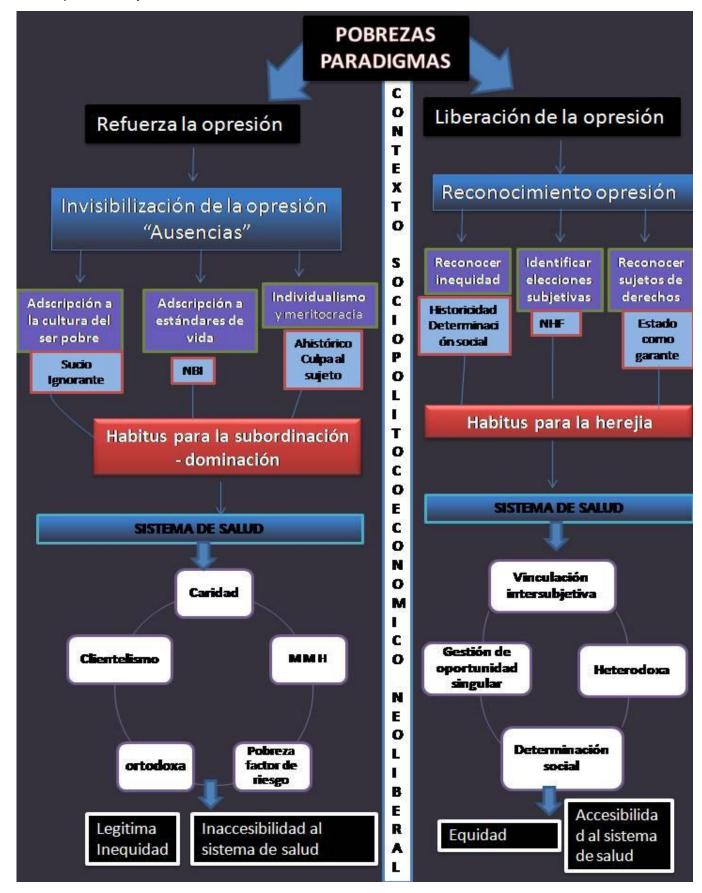
Desde las percepciones que constituyen el imaginario colectivo de las pobrezas se expresa el impacto en el proceso salud enfermedad atención, de forma tal que existe un proceso salud enfermedad atención NORMATIVO Y REPRODUCTOR DE LA DOMINACION y uno SINGULAR, LIBERADOR DE LA OPRESION (ANEXO 9). Los procesos salud-enfermedad atención normativos se vieron reflejados en la **ortodoxa** como herramienta de dominación, en la **caridad y clientelismo** como estructurantes de la pobreza, en la **pobreza como factor de riesgo** y en el **modelo medico hegemónico** como reproductor de la asimetría de poder. Por su parte los procesos salud-enfermedad-atención singulares, se vislumbraron en la **heterodoxa** como herramienta de liberación, en la **gestión de oportunidades singulares** a partir de la **vinculación intersubjetiva**, basándose en una perspectiva de la **determinación social de la salud**.

Los saberes ortodoxáticos, identificados exclusivamente por parte del personal de salud, se configuran como REPRODUCTORES DE LA DOMINACIÓN en tanto se circunscriben a un paradigma generalizado y normatizado de las vidas, que extrapola esas normas a las percepciones y acciones en lo que respecta a la atención de la salud: "es necesario que no haya hacinamiento porque favorece promiscuidad, transmisión enfermedades respiratorias, parásitos. Ellos tienen incorporado ese habito o lo que sea y es difícil cambiarlo. Yo trato de hablarles y explicarles que no es lo mejor pero ellos no lo ven" (SC-PSp) En contraposición con este posicionamiento, como LIBERADOR DE LA OPRESION, se encuentran los saberes heterodoxáticos, reconocidos exclusivamente por las personas de la comunidad que se encuentran dentro de la pobreza estructural como elección de vida. Estos operan rompiendo con la normalización existente y permitiendo a los sujetos ser activos decisores en sus vidas: "Nosotros manejamos el baño seco que no genera ningún problema higiénico ni de enfermedades, es un sistema eficiente. De hecho considero que tener cloacas trae mas inconvenientes" (SC-H32). La dominación se reproduce en la caridad y clientelismo como estructurantes de la pobreza. En lo que respecta al clientelismo, este fue reconocido en el discurso de los profesionales de la salud y de algunas de las personas de la comunidad que se encuentran en pobreza estructural como destino obligado. El personal de salud, a partir de la diferencia de poder que posee, ejerce un control de los recursos y se introduce en el intercambio de los mismos a

expensas de legitimar y sostener el estatus de poder que posee: "Un asistente no me quiso dar la garrafa si no iba a mostrarle en que gastaba la plata" (P-M39) Del mismo modo, la caridad se expresa como reproductor de asimetrías, en un intento de soslayar la desigualdad sin corromper la estructura que determina su existencia: "Sería necesario que den más leche o más cosas" (SC-PSe). En contraste con la caridad y clientelismo, se configura como liberador de la opresión la gestión de oportunidades singulares en el reconocimiento de la subjetividad de otro, y su derecho a la expresión de ese ser singular, junto a la responsabilidad del personal de salud de trabajar en pos de ese reconocimiento. Esta gestión de oportunidades singulares fue identificada por las personas que se encuentran en pobreza estructural por elección de vida y por parte del personal de salud que se desempeña en el área de Medicina General. "Tomaras medidas diferentes para facilitar el acceso de alguien y ver como favorecer según cada uno lo que necesite, según si tenga o no redes por ejemplo. Desde la vulnerabilidad de esa persona se lo entiende, desde la dificultad que va a tener en el acceso a un montón de cosas, respetando la individualidad uno trata de buscar estrategias que le permitan" (P-PSm1). Un proceso salud enfermedad atención reproductor de la dominación también emerge de la epidemiologia de factores de riesgo como modelo probabilístico, a-histórico y de responsabilidad individual en la comprensión de la relación de los modos de vivir y enfermar: "No dimensionan el tener al lado un basural, convivir con ratas, cucarachas. Pero es un estilo de vida" (SC-PSp). En contraste con esta perspectiva, tras un proceso salud enfermedad atención, liberador de la opresión, resurge la determinación social de la salud como una herramienta de comprensión entre la reproducción social y los modos de vivir y enfermar. Esta perspectiva fue identificada por parte del personal de salud que se desempeña en el área de Medicina General y por parte de las personas en pobreza estructural, siendo la inequidad, en términos económicos, culturales y de género parte de las determinaciones encontradas: "Prefiero llamarlos los oprimidos y asumo mi rol social que asumo como funcionario público, en la garantía del derecho a la salud. "Entendiendo a la salud como ese derecho a vivir feliz y ese vivir feliz, la opresión no tiene que formar parte de la felicidad" (P-PSmg3). El modelo medico hegemónico, vinculado a una perspectiva científica que se nomencla como la única existente en manos de quienes son los poseedores de un saber, se visibilizó en el personal de salud del área de San Cayetano, de forma tal que el biologicismo, la asimetría en la relación personal de salud-paciente en una tendencia a mercantilizar el proceso salud enfermedad atención, se tornaron imperantes: "somos nosotros los que se los tenemos que hacer ver a veces un problema, ahí empezamos a desplegar estrategias para concientizar a la persona y que pueda verlo" (SC-PSt). Este modelo responde en las personas en situación de pobreza estructural reproduciendo su invisibilización porque no es posible expresar toda opción de vida que no esté contemplada en sus paradigmas: "He intentado evitar cuando voy al médico no decir nada de cómo vivo para que no lo piensen nada malo" (SC-M31) De esta forma, en la generalización que se impone, se impide el reconocimiento de sujetos singulares. Puede verse que los sujetos adoptan diversos posicionamientos, por un lado algunos cuestionan el sistema imperante "La folleteria que hay parece que lo hizo en un departamento de capital para los

parásitos. Siento que le hablan a otras persona en muchos de los folletos que hacen" (P-M25) y otros se adscriben a ellos -"Pobre inútil mira como habla deben pensar en la salita. Lo que se que pensaran es que por lo menos flaca no está la nena, que la tengo bien" (P-M39). En contraste con esta perspectiva de abordaje del proceso salud enfermedad atención, se encuentra, vinculado a la liberación de la opresión y el recupero de la singularidad, la vinculación intersubjetiva que se desarrolla entre sujetos y tiende a visibilizar la opresión y propulsar la autodeterminación: "En acciones se traduce en subjetivar a la persona, mirarla, tocarla, respetarla, en el dialogo cotidiano manifestarlo en un trato horizontal verdadero" (P-PSm3)

El siguiente esquema fue utilizado a modo de guía de las principales categorías encontradas constituyéndose el eje de la tercera reducción:



#### ANÁLISIS (TERCERA REDUCCION)

El mito del heroísmo de las clases opresoras, como guardianes del orden que encarna la Civilización Occidental Cristiana a la cual defiende la barbarie materialista, el mito de su caridad, de su generosidad, cuando lo que hacen, en cuanto clase, es un mero asistencialismo que se desdobla en el mito de la falsa ayuda" 43

La pobreza se enmarca en una dialéctica que se establece en una sociedad que es entendida como producto de la lucha de clases<sup>44</sup>, entre grupos oprimidos y opresores. Para comprender las lógicas y los significados que operan en los diferentes grupos no puede concebirse a uno de ellos descontextualizado del otro, tal como lo refiere Morín en su epistemología de la complejidad<sup>45</sup>, para comprender la complejidad hay que considerar la politemporalidad de los sucesos tanto en su sincronía como en su devenir histórico. Se visibilizaron dos grandes posicionamientos, por un lado la **OPRESIÓN** de la mano del neoliberalismo imperante y por otro lado la LIBERACIÓN a esa opresión. Desde el posicionamiento reproductor de la opresión, la condición de existencia de la pobreza fue considerada dentro de la conformación de ausencias de los sujetos, es decir, hablar de pobrezas se caracterizó por la división de la realidad en líneas radicales que separan aquello que es visible, inteligible o útil de un lado y por lo tanto no es pobre, de aquello que es invisible, ininteligible o inútil del otro lado de la línea<sup>46</sup>. Esta invisibilización se reproduce en los discursos de algunos trabajadores de la salud que sostienen un modelo neoliberal en la concepción de pobrezas y necesidades, determinando la existencia de procesos salud enfermedad atención reproductores de la dominación: "No dimensionan el tener al lado un basural, convivir con ratas, cucarachas. Pero es un estilo de vida ser pobre" (SC-PSp), así como de sujetos pobres que llevan inscriptos en sus cuerpos dichos paradigmas. Dentro de estos últimos, se encuentran pobres estructurales que están en dicha situación como un destino obligado, reconociendo que esta circunstancia no fue una elección. Sin embargo, este grupo poblacional, a pesar de expresar la falta de autodeterminación de encontrarse como están, no se consideran a sí mismos pobres: "En el caso de cómo vivimos nosotros no sería pobreza seria un lugar humilde y hay que estar agradecido por el techo. Yo no viviré en una gran casa pero no tengo nada sucio tampoco así que no soy pobre" (P-M18). Ante todo esto, podríamos preguntarnos ¿Qué propulsa que identificando la ausencia de autodeterminación no puedan efectivamente autodeterminarse? Y al reconocer una situación de vida desfavorable ¿Por qué no se consideran a sí mismos pobres? Una de las posibles respuestas a los interrogantes precedentes, se sostiene en la presencia de un modelo sociopolítico económico que propugna el individualismo en el que a través del merito propio se alcanzaría la aspiración libertaria. Este sistema fragmenta a la sociedad en grupos según el merito alcanzado, y dentro de ellos están los que se encontrarán en el mundo visible, de un lado de la línea, y están quienes se configurarán como "los otros". Estos otros serán aquellos pobres que posean menos

<sup>&</sup>lt;sup>43</sup> Freire, P. (1968). *Pedagogía del oprimido*. Rio de janeiro: Continuum

<sup>&</sup>lt;sup>44</sup> Marx, K & engels, F. (2004).[1848]. *El manifiesto comunista*. Buenos Aires, Argentina: Alianza

<sup>&</sup>lt;sup>45</sup> Morin, E. (2004). Epistemología de la complejidad. *Gazeta de antropología*. № 20; 43-77

<sup>&</sup>lt;sup>46</sup> De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo, Uruguay: Ed Trilce

capitales para jugar en el campo<sup>47</sup> y por tanto se encontraran en un estatus diferente, que les imposibilitará a su vez vincularse entre sí, es decir fragmenta a la sociedad en minorías<sup>48</sup>, condicionando su futuro posible y limitando el campo de aspiraciones a aquellas aspirables en función de la clase, preestableciendo la forma en la que este sujeto se pensara a sí mismo. Esta otredad en forma de estigma de la diferencia, se expresa en el imaginario colectivo creado sobre el ser pobre, en tanto sujetos sucios, delincuentes, vagos, etc. 49 conformando la cultura de la pobreza. Este sistema opresor que es legitimado en los discursos de los trabajadores de la salud, generaliza a la vez que normaliza a la pobreza como NBI y a los pobres que se configuran dentro de ella, no meramente como personas que viven en condiciones de NBI, es decir no son exclusivamente personas que viven en hacinamiento, o viviendas sin retrete, etc. sino que se le adscriben a estos condicionantes, ciertas características que se constituyen como condiciones del sujeto pobre: "hay que inculcarles responsabilidad porque de por si son vagos" (SC-PSe). A pesar de considerar la existencia de esta cultura del ser pobre como la definitoria de la pobreza, estos pobres como destino obligado, depositan esa representación que algunos depositaran en ellos, en quienes se encuentran en inferioridad de condiciones, por poseer carencias absolutas o extremas, e intentan separarse de aquellos adjetivos descalificativos que conforman los atributos de la pobreza. No se reconocen como pobres a pesar de estar en condiciones de NBI y de no ser su forma de vida una elección, al no querer formar parte de un grupo con atributos socialmente sentenciados. Sin embargo, si bien les permite distanciarse del estigma, ya que "el pobre es el otro", contribuye a legitimar la inequidad y a invisibilizar la opresión.

En este campo de interjuego de poderes, el capital cultural de los pobres, bajo la mirada ortodoxática de las NBI, se establece a priori como inferior, ya que la carencia de educación formal se generaliza a las pobrezas y se deposita sobre esta la hegemonía del campo del entendimiento: "Existen NBI por falta de educación, ya que cuanto más ignorante a menos cosas también accede y hay un montón de gente que solo tiene hasta séptimo grado" (SC-PSe). Esta subordinación en capital cultural acompaña a la establecida disminución del capital económico, reforzando de esta forma su diferente posición dentro del campo<sup>50</sup>. En contraste con lo expresado anteriormente, aquellos pobres que entran en la clasificación hegemónica de pobreza más se autodeterminan, es decir, es su **elección de vida**, no llevan inscriptos en sus cuerpos una condición de subordinación. En este sentido, sus vidas no se restringen a la satisfacción normalizada del NBI, sino que la identificación de necesidades que en el caso de no satisfacerlas configurarían una situación de pobreza, se vincula mas con la concepción de necesidades humanas fundamentales expresadas por Max Neef. Los satisfactores que se empleen

\_

<sup>47</sup> Guerra Manzo, E. Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: los conceptos de campo social y habitus Estudios Sociológicos, vol. XXVIII, núm. 83, mayo-agosto, 2010, pp. 383-409 El Colegio de México, A.C.

<sup>48</sup> Binder, A. (1992). La sociedad fragmentada. Pasos (número especial) Univ. San José de Costa Rica. Pp. 22-26

<sup>49</sup> Bayon, M.C. (2015). La construcción del otro y el discurso de la pobreza. Revista mexicana de ciencias políticas y sociales. (223), 357-376. <sup>50</sup> Bourdieu, P. (2014). Intelectuales, política y poder. CABA, Argentina: Eudeba

para estas necesidades percibidas, son sometidos a un proceso que va dilucidando la modalidad mas autentica de satisfacerlas. Para recuperar esa autenticidad, y poder tomar elecciones subjetivas, los sujetos proceden reconociendo la opresión en la que están inmersos, para luego desandar esa identidad singular que se desdibuja en la cultura<sup>51</sup>: "me cuestiono que tan malo es vivir así si cada vez estoy mejor de salud. El no tener todas las comodidades clásicas hace que me mueva mas, estoy más en contacto con el sol y con el afuera" (P-M25)<sup>52</sup>. Esta visión rompe el esquema de la normalidad que establece como únicas e invariantes determinadas formas de vida, e incluso estas formas establecidas de vivir a través del confort al que aspiran, operan alienando a los sujetos de su percepción y subsumiéndolos al imperio del mercado que establece qué es lo justo y adecuado. Desde esta misma línea, el entendimiento humano no puede circunscribirse ni afirmarse por la escolarización, en donde prima el modelo de educación bancaria en que el maestro es el sujeto de la educación y el educando es el receptor que recibe todos los contenidos de la sabiduría. Este tipo de educación es incluso funcional al sistema opresor, tal como refiere Freire "con esta educación se logran seres más adecuados al mundo gobernado por los opresores. Los opresores por lo tanto estarán siempre dificultando al máximo el pensamiento autentico"53. En este mismo sentido, el entendimiento humano requiere ser redefinido: "la pobreza de entendimiento no es un problema de acceso a la información sino de procesos cognitivos que activen la reflexión y critica de los significados dominantes" <sup>54</sup> Ante estas percepciones, es preciso considerar que la ausencia de escolarización que define el concepto de NBI, marca una barrera para posteriormente acceder a un trabajo asalariado, a una educación universitaria, etc. Sin embargo es preciso comprender ante esta realidad ¿Qué determinantes y determinaciones operan en que no exista tal escolarización? Frente a esta circunstancia ¿Qué lugar ocupa y que está ofreciendo el sistema educativo formal actual en el refuerzo a la opresión o en la liberación y emancipación de aquellos grupos oprimidos a través del desarrollo de un pensamiento crítico? Por su parte los materiales y características de la vivienda no pueden generalizarse a partir de un patrón estipulado que marca el deber ser de ésta, ya que ese deber ser, se constituye como tal a partir de los saberes ortodoxáticos que científica la vida; pero existen otros saberes, que probablemente al no entrar en la dinámica del consumo del mercado, no se constituyen como una posibilidad pero son acordes a las singularidades de los sujetos.

A partir de lo dicho en los párrafos precedentes, puede considerarse que en el campo de la pobreza estructural, se encuentran personas comprendidas en ella mas con diversas percepciones del mundo de sus vidas, que determinaran diferentes posibilidades de pensarse y sentir. Al respecto,

<sup>&</sup>lt;sup>51</sup> Max Neef, M. (1998). *Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones.* Montevideo, Uruguay: Nordancomunidad.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Guerra Manzo, E. Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: los conceptos de campo social y habitus Estudios Sociológicos, vol. XXVIII, núm. 83, mayo-agosto, 2010, pp. 383-409 El Colegio de México, A.C.. <sup>53</sup> Freire, P. (1968). *Pedagogía del oprimido*. Rio de janeiro: Continuum

<sup>&</sup>lt;sup>54</sup> Huergo, J. (2009) Del modelo hegemónico a la intervención contrahegemónica en salud. Seminario-Taller Relectura de la Formación Docente en Salud. Disponible en : http://fordocsalud.blogspot.com.ar/2009/06/del-modelo-hegemonico-la-intervencion.html

considerando el habitus de un sujeto como el esquema de percepción y acción del mismo ligado a la definición de lo posible y lo imposible, lo pensable y lo impensable, aquellos pobres estructurales que se encuentran en dicha situación por destino obligado, ocupan un lugar marginal en el campo en tanto tienen una mayor restricción en sus posibilidades a expensas de la opresión en la que se encuentran y su habitus por tanto es un habitus para la subordinación. En contraste con estos, aquellos pobres estructurales como elección de vida, poseen un habitus para la herejía, en tanto que resisten a la invasión de las reglas colectivas que se imponen y buscan la emancipación. "Cuando tu manera de vivir no satisface tus expectativas sos pobre. No es necesario que sea de material una casa es relativo a lo que desees. Esta la mirada de afuera que no te deja pensar en que es lo que realmente vos queres". (P-M25) ¿Qué hace que dos personas que entran dentro de la misma clasificación homogeneizante de pobreza estructural, posean habitus diferentes en relación a las posiciones que ocupan en el campo? ¿Qué rol juega el personal de salud a través de sus discursos en la construcción y reproducción de habitus para la dominación, para la subordinación o para la herejía? En relación con dichos interrogantes, es posible señalar la presencia de personal de salud que a través de sus percepciones y accionar político, contribuirá a la emancipación transformando las inscripciones de poder en los cuerpos territorio. Esto parte de la concepción de la pobreza como escenario de lucha de clases en un contexto social de ejercicio de poderes, en donde el poder contrahegemónico rompe con el individualismo, la a-historicidad y el biologicismo. Desde este posicionamiento critico, las acciones en el campo del proceso salud enfermedad atención, se van a desarrollar en la gestión de oportunidades singulares que parten de considerar al otro como un sujeto que posee singularidades constitutivas. En esta misma línea, el personal de salud que visibiliza la pobreza como el resultado de la lucha de clases, de la inequidad, parte de la concepción del derecho como inherente ya que "si la pobreza se asocia a la satisfacción de necesidades, cuanto se plantean estas como objeto de intervención estatal, se reinscriben como el derecho a satisfacerlas"55. Esta perspectiva tiende a la emancipación ya que propicia que los sujetos se apropien de sus cuerpos: "Tiene que ver con la diferencia de clases de la mano del capitalismo. El estado tiene que garantizar que pueda vivir como elige vivir pero no desde el asistencialismo que es la herramienta perfecta para continuar siendo oprimidos" (P-PSm3), a la par que visibiliza su existencia en el contexto opresivo en que se hallan, en un inicio de fracturar la línea que configura a estos "otros" pobres del otro lado de la línea. Es menester destacar en los discursos de las personas en pobreza estructural la ausencia de expresiones que denoten un impacto en el proceso salud enfermedad atención a partir de la carencia de bienes económicos de ciertos grupos sociales merced a dicha inequidad en la que se encuentran, que en muchas circunstancias obstaculizarían la accesibilidad al sistema de salud. Esta inequidad que no fue soslayada en los discursos de las personas en pobreza estructural lleva a preguntarnos ¿que determina que no se visibilice esa

55 Murillo, S. (22 de marzo del 2013).La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. Voces en el fénix. Año 4 (nº 22) 70

Fernández, V. Pelegrin, M

injusticia social que para algunos es constituyente de la pobreza? La configuración de ausencias, descripta precedentemente, en la que el pobre es el "otro" a través de la adscripción a una cultura del *ser* pobre, reproducida a través del individualismo que responsabiliza al sujeto de su circunstancia, propician esa invisibilización de la opresión.

Por su parte quienes concibieron a la pobreza en términos normalizadores, neoliberales, parten de una concepción del "otro" como un ente cosificado, pasivo de ser moldeado. De esta forma, la caridad es la herramienta que sustenta la asimetría y permite mantener a esos "otros" con lo justo y necesario como para que su carácter de otro, pobre, sucio e ignorante, siga existiendo pero a una distancia tal que permita mantener el estatus quo de los dominadores: "Hay que darles cosas que son necesarias para tener una vivienda y alimentos adecuados y además generar conciencia para que se hagan responsables de esas cosas que se les da. Desde mi lugar puedo decidir en función de eso si darles o no" (SC-PSp). En este mismo sentido, el clientelismo como acto de ejercicio de poder en el intercambio de bienes económicos a aquellos pobres por capital social al sometedor de ese trueque, refuerza la posición subalterna en que se encuentran en la determinación de lo necesario, al tiempo que hace que esa posición subalterna no se vea tan mal porque podría ser peor. De esta forma se evita así su posible revelación ante el sistema opresor<sup>56</sup> a su vez que tergiversa la percepción sobre la condición de ser del dominador, quien reforzando la opresión aparenta distanciarse de rol opresor que posee debido a lo "bueno" que se considera en términos morales el "dar" algo a otro independientemente de qué se otorgue, en qué circunstancias y el significado que para este otro tenga: "Hay situaciones que la gente vive así y no considera que puede estar mejor, y eso tiene que ver con que te enseñan a esa cultura y ahí arranca el asistencialismo del estado pero no se proponen propuestas que permitan considerar otras alternativas, pensar de otra forma" (SC-H32) Desde el accionar del personal de salud, el asistencialismo y la perspectiva epidemiológica de los factores de riesgo favorecen la permanencia en el círculo de la dominación. De esta forma el personal de salud que se posiciona desde este lugar a partir de los saberes hegemónicos y ortodoxáticos que normalizan las vidas, establecen sobre estos otros estigmatizados, una sucesión de eventos, que con una probabilidad estadística obtenida como resultado de la homogenización de grupos con una singularidades desconocidas, les podría ocurrir por el hecho de formar parte de la pobreza como NBI y por la misma cultura del ser pobre: "Hay condiciones de falta de higiene que predisponen a enfermedades en este contexto y es un problema que muchos no ven" (SC-PSt). De esta forma, el pobre, es convertido en un riesgo en sí mismo, no tanto por no poder acceder a determinados recursos sino más bien por aquellas características que son parte de su estigma identitario<sup>5</sup>. De esta forma, se remite a un discurso que asocia causalmente privaciones materiales con carencias morales. (Haylett 2003).

Fernández, V. Pelegrin, M Página 29

-

<sup>&</sup>lt;sup>56</sup> Zizec, S. (2009). *Primero tragedia, luego farsa*. conferencia en The Royal Society for the encouragement of Arts, Manufactures and Commerce sobre caridad y Responsabilidad social empresarial

<sup>&</sup>lt;sup>57</sup> Morales- Borrero, C. et al. (2013) ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicancias praxiológicas. *Rev. Salud pública. 15(6): 797-808* 

En contraposición con esta perspectiva que fue sostenida exclusivamente por alguna parte del personal de salud entrevistado, las personas que se encuentran en pobreza estructural como elección de vida, así como el personal de salud que se desempeña en el área de Medicina General, no se circunscriben a una probabilidad de ocurrencia de un evento por la asociación de varios factores, sino que consideran en su producción a la relación entre el régimen social centrado en la reproducción de la riqueza y los modos de vivir y enfermar: "si uno elige hacer medicina general y trabajaren el sector público, la misma decisión está atravesada porque a uno le hacen ruido estas cosas de inequidad, uno tiene ganas de sumar desde este lugar" (P-PSm1)

De esta forma podemos considerar<sup>58</sup> que las condiciones y representaciones discursivas de los servicios de salud en el barrio San Cayetano, en el que el personal de salud se caracterizó por una concepción neoliberal de la pobreza, distan de aquellas percibidas por los sujetos, de forma tal que no es posible el establecimiento de un encuentro entre la población y el servicio de salud, por lo tanto estos se vuelven inaccesibles. Por su parte para el personal de salud que propicia un proceso salud enfermedad atención liberador de la opresión, dentro de la concepción heterodoxatica que fractura el orden establecido, se puede percibir la configuración de "líneas de vida", ya que el encuentro entre lxs trabajadorxs y las personas de la comunidad produce acogimiento, vínculo, autonomía y satisfacción: "A mí me hablaron mucho, me ofrecieron contención, apoyo y afecto. Yo fui en una época que estaba porque me sentía mal anímicamente y sin embargo si me preguntas en comparación de cómo fui las primeras veces a ahora, soy otra persona" (P-M38). En este sentido, subjetivar al otro está relacionado a que este pueda ser un actor y no un recurso, un ser singular parte de un colectivo y una persona autónoma dentro de la heteronomia imperante: En acciones, se traduce en subjetivar a la persona, mirarla, tocarla, respetarla. En el dialogo cotidiano manifestarlo en un trato horizontal verdadero. (P-PSmg3) tal como refiere Todorov (2008), "el reconocimiento y la valoración del otro es una necesidad constitutiva de la subjetividad".

El rescate de la singularidad para autodeterminarse y a partir de las percepciones, concretar las aspiraciones permite el establecimiento de un encuentro entre el servicio de salud y la comunidad, por lo tanto este posicionamiento favorece la **accesibilidad al servicio de salud**.

Dentro de las perspectivas neoliberales descriptas, existe una tendencia a relativizar la pobreza. Sin embargo, es posible considerar la pobreza relativa en tanto existe la singularidad en su percepción, en su accionar, en su expresión, pero esa relatividad ajustada al sujeto, no significa su inexistencia, ni pretende invisibilizar o naturalizar los procesos productivos que favorecen la inequidad a beneficio de unos pocos.

Hay circunstancias sociopoliticoculturales que no solo determinan la forma en que pueden ser satisfechas nuestras necesidades sino además obstaculizan que estas se satisfagan. En este

http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1530/Comes 2008 Jornada UCES.pdf?sequence=1

Fernández, V. Pelegrin, M Página 30

\_\_\_

<sup>&</sup>lt;sup>58</sup> Stolkiner, A. et al. (2008). *Derechos, ciudadanía y participación: Algunas articulaciones en torno al acceso a la atención en salud.* Jornada de investigación UCES 2008.

sentido, pensar la pobreza en tanto carencia de determinados bienes predefinidos, reproduce una lógica lineal que no permite ver la interdependencia entre diferentes necesidades que a su vez evidencia el origen común de muchas de estas pobrezas, que por ser mucho más que económicos, no pueden abordarse solo desde ese aspecto. En función de esto, es posible replantearse que pensar la pobreza como una zona homogénea como es la clasificación de pobres estructurales escinde a los sujetos de la singularidad para adentrarse en una masa generalizadora que solo aborda superficialmente la inequidad para permitir que siga existiendo la diferenciación de clases y pensar al pobre como "el otro" contribuye a la fragmentación de la sociedad a favor de la existencia de oprimidos que no se reconocen en el sistema opresor.

#### **Conclusiones**

Dentro de la pobreza estructural existen personas cuya pobreza refleja la opresión dentro de la inequidad social existente y personas que si bien en términos teóricos entran dentro de la misma clasificación, su situación es una elección de vida que parte de un proceso crítico de reflexión emancipadora en busca de una satisfacción autóctona de las necesidades. El concepto estanco de pobreza estructural, necesidades básicas insatisfechas y la nomenclasión de la población a su través no alcanza para comprender la realidad en la que los sujetos están inmersos e invisibiliza las relaciones de poder subyacentes. En este contexto, los discursos del personal de salud se posicionan reforzando la opresión en procesos salud-enfermedad atención normalizadores acordes al contexto sociopolítico económico neoliberal. En este sentido, a través de los saberes ortodoxáticos, con los lineamientos de la epidemiologia de los factores de riesgo e implementando la caridad y clientelismo en sus prácticas a través del modelo medico hegemónico imperante, se asienta la cultura del ser pobre. Los supuestos ontológicos en los que se adscribe esta cultura, son propugnados por actores sociales del sistema de salud que por el rol que desempeñan tienen un poder simbólico puesto en valor en lo que en sus discursos y praxis legitimen. Sin embargo es posible vislumbrar fracturas a este orden social neoliberal establecido por parte del personal de salud que se despeña en el área de medicina general que tienden a una liberación de la opresión a través del reconocimiento y puesta en tensión de la inequidad existente, acompañando la existencia de procesos salud-enfermedadatención autodeterminados que propugnen la equidad y favorezcan la accesibilidad al sistema de salud.

Este trabajo de investigación nos permitió reflexionar acerca de los supuestos en los que se basa la consideración del sujeto pobre y el rol que ejercen los discursos de los trabajadores de la salud en la reproducción de la pobreza, considerando que es necesario resignificar las acciones de

nuestro ejercicio laboral cotidiano fundadas en el campo relacional de la escucha, el habla y los símbolos que se despliegan en la interacción con los sujetos en pos del recupero de su singularidad.

#### **Propuestas**

- Problematizar con el equipo de salud las percepciones de pobrezas y el accionar del mismo frente a la identificación de personas en situación de pobreza como destino obligado.
- Reflexionar acerca del rol que desempeñan las instituciones de salud publicas y educativas en la reproducción de la cultura que se adscribe al ser pobre con las personas forman pare de dichas instituciones y quienes concurren a las mismas.
- Propiciar la construcción espacios para la reflexión crítica en la comunidad acerca de las formas en las que se desea que se satisfagan las necesidades y las determinaciones que se encuentran para que estas puedan o no ser satisfechas acorde a las expectativas.
- Propiciar la construcción de espacios de reflexión acerca de las formas dominantes que se disponen para el desarrollo de la vida, favoreciendo el intercambio de saberes que permitan conocer experiencias alternativas respecto por ejemplo a la forma de construcción de las viviendas, saneamiento ambiental, etc.

# **Bibliografía**

Aguirre Salas, A. et al. (2013). *La construcción social de la pobreza en América latina y el Caribe*. CABA, Argentina: CLACSO-CROP <a href="http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130722041339/LaconstruccionSocialdelaPobreza.pdf">http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130722041339/LaconstruccionSocialdelaPobreza.pdf</a>

Álvarez Gayou, JL. (2003). Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Ed. Paidós: México

Álvarez Leguizamón, S. (2005). Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe: estructuras, discursos y actores. Buenos Aires: CLACSO

Audelo Cruz, Jorge M.; (2004). ¿Qué es clientelismo? Algunas claves para comprender la política en los países en vías de consolidación democrática. *Estudios Sociales*, julio-diciembre, 124-142.

Barrientos, C. (2008). La caridad y la limosna ¿estrategias pastorales de erradicación o reproducción de la pobreza? En: ¿El reino de Dios es de este mundo?: El papel ambiguo de las religiones en la lucha contra la pobreza (201-228). Bogotá, Colombia: CLACSO/Siglo del hombre (<a href="http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20120701093420/13barri2.pdf">http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20120701093420/13barri2.pdf</a>)

Berganza, M.R. & Del Hoyo Hurtado, M. (2006). La mujer y el hombre en la publicidad televisiva. *Revista de estudios de comunicación*. 11(21): 161-175 <a href="http://www.ehu.eus/zer/hemeroteca/pdfs/zer21-10-hoyo.pdf">http://www.ehu.eus/zer/hemeroteca/pdfs/zer21-10-hoyo.pdf</a>

Binder, A. (1992). La sociedad fragmentada. Pasos (número especial) Univ. San José de Costa Rica. Pp. 22-26

Bourdieu, P. (2014). Intelectuales, política y poder. CABA, Argentina: Eudeba

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*. Vol 31.

Capdevielle, J. (2011) El concepto de habitus: "con bourdieu y contra bourdieu". Buenos Aires. Argentina

Chapela, Ma del C. (2008). Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social. Capitulo uno: *Una definición de salud para promover la salud*. México D.F.: Serie académicos BVS

De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo, Uruguay: Ed Trilce Disponibilidad de fondos para compra de alimentos con la tarjeta "visa vale social" (06 de Agosto de 2015). EL fuerte. Recuperado de: <a href="http://www.elfuertediario.com.ar/">http://www.elfuertediario.com.ar/</a>

Freire, P. (1968). *Pedagogía del oprimido*. Rio de janeiro: Continuum

González, M. (2009). Orientaciones de lectura sobre vulnerabilidad social. En: M. González (comp.) y otros, Lecturas sobre vulnerabilidad y desigualdad social; Córdoba, Centro de Estudios Avanzados (U.N.C.) – CONICET, 2009, ISBN 978-987-23989-5-8, págs. 13-29.

Gruenberg, C. & Pereyra, V. (2008). Relación entre clientelismo, pobreza y género. Portal de las mujeres argentinas, iberoamericanas y del Mercosur. Disponible en: http://www.agendadelasmujeres.com.ar/

Guerra Manzo, E. Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: los conceptos de campo social y habitus Estudios Sociológicos, vol. XXVIII, núm. 83, mayo-agosto, 2010, pp. 383-409 El Colegio de México, A.C.

Huergo, J. (2009) Del modelo hegemónico a la intervención contrahegemónica en salud. Seminario-Taller Relectura de la Formación Docente en Salud. Disponible en: http://fordocsalud.blogspot.com.ar/2009/06/del-modelo-hegemonico-la-intervencion.html

INDEC. (2003). Acerca del método utilizado para la medición de la pobreza en argentina. Recuperado de: <a href="http://www.indec.gov.ar/">http://www.indec.gov.ar/</a>

Laurell, A.C. (1982). La salud enfermedad como proceso social. Cuadernos médicos sociales. (Nº 19).

Lenicov, J. (2015). Pobreza y metas del milenio. Universidad nacional de San Martin. Buenos Aires

Machado Araoz, H. (2007). Economía política del clientelismo. Córdoba, Argentina: Ed Brujas.

Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica.;21(2/3):73–84.

Marx, K & Engels, F. (2004).[1848]. El manifiesto comunista. Buenos Aires, Argentina: Alianza

Max Neef, M. (1986). *La economía descalza: Señales desde el mundo invisible*. Montevideo, Uruguay: Nordancomunidad.

Max Neef, M. (1998). *Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Montevideo, Uruguay: Nordan-comunidad.

Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.

Mercer, R. (22 de marzo del 2013). Salud y pobreza en la argentina. Voces en el fénix. Año 4 (nº 22) 88

Merhy, E.E. & Franco, T.B. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud colectiva* 7(1); 9-20

Minujin, A. & Grondona, A. (22 de marzo del 2013). Pobreza, necesidades y derechos. Definiciones en disputa. Voces en el fénix. Año 4 (nº 22). Pp 4-8

Morin, E. (2004). Epistemología de la complejidad. Gazeta de antropología. № 20; 43-77

Murillo, S. (22 de marzo del 2013).La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. Voces en el fénix. Año 4 (nº 22) 70

O connor, A. (2001). Poverty Knowledge: Social Science, Social Policy, and the Poor in the Twentieth Century, Princeton University Press, Princeton

Rodas Martini, P. (2000). La medición del desarrollo humano: una tarea interminable y polémica: Cedes. Spicker, P. (2009) Pobreza: Un glosario internacional - 1a ed. - Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO,

Stolkiner, A. et al. (2008). *Derechos, ciudadanía y participación: Algunas articulaciones en torno al acceso a la atención en salud.* Jornada de investigación UCES 2008.

http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1530/Comes 2008 Jornada UCES.pdf?se <a href="mailto:quence=1">quence=1</a>

Van Manen, M. (2006): Writing qualitatively, or the demands of writing. *Qualitative Health Research*, 16 (5), 713-722; Van Manen, M. (2003). *Investigación Educativa y Experiencia vivida. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y de la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books.

Zavaleta, D. (2011). Pobreza, vergüenza y humillación: una propuesta de medición. *Revista latinoamericana de desarrollo humano.(76)* 

Zizec, S. (2009). *Primero tragedia, luego farsa.* conferencia en The Royal Society for the encouragement of Arts, Manufactures and Commerce sobre caridad y Responsbilidad social empresarial

#### **ANEXOS**

# **ANEXO 1: CONTEXTO DE ESTUDIO**

El partido de Chascomús se ubica hacia la margen Este de la provincia de Buenos Aires, en el borde de la Bahía de Samborombón, y dentro de la cuenca deprimida del Río Salado. Al mismo tiempo, se ubica en lo que podríamos considerar como la cuarta corona del Conurbano Bonaerense, o la primera fuera del arco de la Ruta 6. El partido se extiende entre los ríos Samborombón y Salado, siendo atravesado en sentido Norte — Sur por la Ruta 2, que corre al Este de la ciudad de Chascomús. Limita con los partidos de Brandsen, Punta Indio, Castelli, General Belgrano, General Paz, Lezama, Magdalena y Pila. Se ubica aproximadamente a 120Km de la Ciudad de Buenos Aires y a 80Km de la Ciudad de La Plata.

Tiene una superficie de 4.225 km2 y alberga al sistema de encadenadas, una enorme masa de agua constituido por 7 lagunas: Vitel, Chascomús, Adela, Del Burro, Chis- Chis, Tablilla y Las Barrancas, las cuales desembocan en el Río Salado. La mayor de ellas es la de Chascomús, cuyos márgenes bañan la ciudad cabecera.

#### **DEMOGRAFIA**

Debido a la cercanía a la capital Provincial y Nacional es una de las ciudades de la provincia que muestra tasas de crecimiento altas en los últimos 2 periodos intercensales siendo este cercano al 20%.

Según datos del Censo Nacional de Población realizado en el año 2010 Chascomús tiene aproximadamente 42277 habitantes, 20707 varones (49%) y 21570 mujeres (51%). Muestra una estructura etaria similar a los partidos del interior de la Provincia, particularmente se observa un fuerte crecimiento de la población potencialmente activa entre 15 y 64 años. Así, la pirámide de población muestra una ancha base, donde se observa que el 51% de la misma tiene menos de 30 años, mientras que aproximadamente el 15,5% tiene más de 60 años. Dicha población se asienta a lo largo de 30 barrios, configurando zonas urbanas y semirurales.

Cabe señalar que nuestra ciudad presenta una tasa de natalidad del 19%, una tasa de mortalidad en general del 9% y del mortalidad infantil de 8,7%.

#### SITUACION SOCIAL

# -Vivienda y Servicios

Existen en el partido, 11240 hogares de los cuales 10480 viven en casas, 228 en ranchos, 156 en casillas, 324 en departamentos y 52 se reparten entre piezas de inquilinato, piezas de hotel o pensión, locales no constituidos para habitación o viviendas móviles.

El 57% de los hogares habita viviendas que cuentan con inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública, el 16% con descarga de agua y desagüe a cámara séptica y pozo ciego, otro 16% sin

descarga de agua y desagüe a cámara séptica, 10% habita viviendas sin inodoro o con inodoro sin descarga de agua.

El 88% de la población cuenta con provisión de agua por medio de cañerías dentro del hogar, el 10% obtienen el agua fuera de la vivienda pero dentro del terreno, mientras que el 1% lo obtienen fuera del terreno. Así, el 75% de los hogares están conectados a la red pública de agua potable, el 15% obtiene agua a través de perforación con bomba a motor y el 10% lo obtiene por otros medios.

Tan solo el 53% de los hogares está conectado a la red de gas, el resto utiliza como combustible para cocinar gas a granel, en tubo, garrafa, electricidad y carbón o leña.

Según datos del INDEC, el porcentaje de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en Chascomús, es de 10,9 % y se encuentra por debajo de los promedios provinciales (15,8%) y de la región sanitaria XI (14,7%).

# -Educación

Chascomús es cabecera de la región educativa 17, encontrándose en ella la jefatura de región, la sede de inspectores y la jefatura de región de inspectores, así como varias sedes de inspectoría educativa: especiales, educación física, superior, preescolar, media, primaria, psicología y algunas extensiones de sedes como artística y de adultos.

En la ciudad, los establecimientos escolares se concentran fuertemente en el centro de la ciudad, y cuentan con todos los niveles educativos (maternal, inicial, primario, secundario y superior).

El **nivel inicial** cuenta con 10 establecimientos públicos: 1 municipal y 5 privados. Con respecto al **nivel primario** existen 34 escuelas rurales (en todo el partido), 10 públicas, 3 municipales y 3 privadas; mientras que para el **nivel secundario**, se cuenta con 3 publicas, 1 municipal y 2 privadas. Además se cuenta con 5 establecimientos públicos para educación de adultos y formación profesional, 5 públicos de educación especial y 5 públicos de educación artística.

En este sentido, es importante señalar que en Chascomús, la población mayor de 10 años es de 35087 siendo 34728 los alfabetizados y 355 los analfabetos (1% de la población). Así mismo, según datos obtenidos de Dirección Provincial de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires, existe una gran deserción escolar en la franja etaria de 15 a 19 años con abandono del secundario.

#### -Salud

Chascomús pertenece a la región sanitaria XI. El sistema público de salud es municipal y cuenta en el primer nivel de atención con 6 Centros Integrales Comunitarios (CICs) ubicados en los barrios El Porteño, Gallo Blanco, Villa Jardín, Ipora, Escribano (Carranza) y 30 de mayo. Cabe aclarar que el espacio donde dichos efectores funcionan, en su mayoría, depende de las sociedades de fomento. En cuanto al recurso humano que trabaja en los CICs, la mayoría pertenece al programa nacional de médicos comunitarios y ofrece atención en pediatría, clínica, ginecología, obstetricia, enfermería,

psicología de niños y adultos, educación física, odontología y agentes sanitarios. Además, todos los CICs cuentan con Licenciad@s en trabajo Social que dependen de la Secretaria de Desarrollo Social. Desde 2011 a la fecha, se incorpora el trabajo de la residencia de Medicina General trabajando en 2 CICs: aquellos ubicados en los barrios El Porteño y Carranza.

El segundo nivel de atención público se da desde el Hospital San Vicente de Paul que posee 54 camas para la internación y 6 de terapia intensiva. Ofrece la atención en emergencia las 24hs y ambulatoria en las especialidades de clínica, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía, urología, traumatología, otorrinolaringología, dermatología, oftalmología, psiquiatría, psicología infantil y de adultos, cardiología infantil y de adultos, nutrición, neurología, neumonología, kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, estimulación temprana, trabajo social, gastroenterología, laboratorio, farmacia e imágenes. Este sector, atiende el 64% de las consultas médicas del partido. En este sentido cabe destacar que la cantidad de población sin cobertura de obras sociales y/o prepagas, asciende al 40%.

En el Sector privado existen 2 establecimientos: la Clínica Privada Chascomús con 30 camas aproximadamente y el Hogar Luminares, con internación para pacientes con alguna discapacidad. Dicho sector, ofrece la atención médica ambulatoria desde varios establecimientos entre los que se pueden mencionar el SUIM, Centro Médico, Centro de Salud, Centro de Diagnóstico Quintana y los consultorios particulares de cada profesional. Del total de las consultas médicas en el partido, este sector atiende al 36%, aproximadamente.

Además del hospital municipal, clínica y demás consultorios, existe un Hogar Municipal donde viven aproximadamente 76 ancianos, a quienes se les brinda atención médica y de enfermería. En el sector privado hay 5 hogares para adultos mayores. Mientras que, para el acompañamiento y asistencia de personas con discapacidad, funciona la entidad "ASID" (Asistencia integral al discapacitado), un centro de día al cual acuden aproximadamente, 20 personas con diferentes discapacidades.

# **ACTIVIDAD ECONOMICA**

A diferencia de lo que sucede en la región, el partido de Chascomús tiene una fuerte presencia de actividades industriales, especialmente del sector agroalimenticio —en particular elaboración de productos lácteos-, el sector textil y la fabricación de maquinaria y equipos agrícolas. Posee una importante actividad ganadera principalmente orientada a la cría de ganado vacuno y cabañas dedicadas al desarrollo de reproductores bovinos. También tiene fuerte peso la actividad tambera, cuya producción es absorbida por la industria láctea asentada en la zona.

La actividad agrícola tiene poca presencia y se orienta al cultivo de maíz, avena, cebada, sorgo y soja, a la vez que existe una importante actividad apícola distribuida en todo el territorio del partido.

La laguna y el sistema de las encadenadas, ha generado una actividad tradicional de turismo receptivo de fin de semana lo que ha generado un gran desarrollo de los servicios ofrecidos al turismo.

# Aproximación a las comunidades que participaron de esta investigación:

#### Barrio El Porteño

Está ubicado aproximadamente a 3 km al este del casco urbano de la Ciudad en un área semi rural, conformado por 8 manzanas en las que habitan aproximadamente 1000 personas. Según datos que aporta el Análisis de Situación de Salud (ASIS) realizado en el año 2013, el índice de NBI es 14,3 %. La pirámide poblacional se describe con una base amplia y una cúspide puntiaguda, característica de poblaciones con una fecundidad alta. Hay un alto predominio de personas jóvenes en el Barrio. La población de adultos mayores tiene su tope entre los 60 y 64 años.

El Barrio está constituido por familias mayoritariamente nucleares y monoparentales, que llevan más de 5 años de permanencia en el mismo, provenientes su mayoría de otras partes de la Ciudad de Chascomús, en menor grado de otras ciudades de la Provincia de Buenos Aires y un porcentaje menor son nacidos en el propio Barrio "El Porteño".

El nivel educativo predominante de los adultos es el primario completo, encontrando un 3% de deserción escolar entre las edades comprendidas de 5 a 18 años. La situación laboral de la población adulta se conforma por un 16,7% desocupados, 25,9% asalariados formales, 15,7% asalariados informales, 17,6 % trabajo temporario, 4,6 % cuentapropistas, 17,6 % jubilados y/o pensionados y 5,5 % reciben algún plan social.

La mayoría de las viviendas son casas de material (ladrillos). No hay sistema de cloacas, por lo que la eliminación de excretas se realiza a través de pozos ciegos. El agua llega a través de conexión de red aunque la mayoría no dispone de conexión a la misma obteniendo el agua para consumo a partir de perforaciones. Cuenta con servicio eléctrico, algunos con medidores y otros con conexiones precarias. En cuanto al suministro de gas, la garrafa es el medio para sustituir la carencia de este servicio. El Barrio cuenta con servicio de alumbrado público. La recolección de basura se realiza en forma periódica.

La mayoría de las calles son de tierra, siendo la calle principal (la cual corresponde al acceso al Barrio) la única que está asfaltada aunque en condiciones de importante deterioro.

Al lugar no accede ninguna línea de colectivo (no existe el trasporte público en la Ciudad) siendo el auto propio, la bicicleta o el servicio de remis los principales medios de transporte de los habitantes del Barrio.

Dentro de las instituciones se destacan la Escuela primaria y secundaria N°8, un jardín de infantes, el CAPS El porteño y una capilla. El barrio no cuenta con espacios para la recreación ni con un espacio adecuado para el desarrollo de talleres y reuniones sociales siendo utilizada la capilla para los mismos. Desde el CAPS se han propiciado el desarrollo de talleres de sexualidad y cocina itinerantes en diferentes casas de los vecinos. Recientemente se ha obtenido un terreno el cual va a ser utilizado para la construcción de una plaza.

El CAPS se encuentra en funcionamiento desde hace más de11 años. Debe su origen a la propia comunidad del Barrio quien, ante la distancia al Hospital Municipal u otros Centros de Salud, por propia iniciativa y a través de un esfuerzo conjunto impulsaron la construcción del mismo. Hace aproximadamente 7 años trabajan en dicho CAPS diferentes profesionales que integran el programa de médicos comunitarios y además desde hace 4 años, es sede de la Residencia de Medicina General.

#### **Barrio San Cayetano**

El barrio "San Cayetano" se encuentra localizado en la zona norte-oeste de la ciudad de Chascomús. Limita con los barrios 30 de Mayo, Los Sauces, Acceso Norte y Comi Pini. Se ubica a 3 km del casco histórico de la ciudad. El mismo forma parte del plan de viviendas "plan federal I", el cual constaba de quinientas (500) viviendas, siendo sus destinatarios familias que se hallaban inscriptas en el registro único y permanente de necesidades habitacionales dependiente del área de Tierras y Viviendas de la Municipalidad.

Actualmente ha crecido la población ya que en algunos casos se puede observar que se ha adaptado la infraestructura de las viviendas a las necesidades habitacionales de otros miembros de la familia; se visualiza construcciones de material en buenas condiciones y otras, viviendas precarias. El sector sur del barrio está formado principalmente por viviendas de adobe. Las calles del barrio no se encuentran asfaltadas excepto la calle principal en donde se encuentra la escuela. El barrio actualmente cuenta con una plaza.

En cuanto a los servicios el barrio posee luz eléctrica, no posee agua corriente ni red cloacal. La población se abastece de gas mediante garrafas y tubos. También cuenta con servicio de alumbrado público. No hay servicio de recolección de residuos.

El barrio cuenta con una Sociedad de Fomento y forma parte del área programática del CIC (Centro Integral Comunitario) "30 de Mayo" en el cual se desarrollan varias actividades además de brindarse servicios de salud. Se pueden mencionar el Servicio de peluquería gratuito, el grupo ENVIÓN (talleres con un cupo de 120 jóvenes de 12 a17 años), Plan fines, talleres organizados por la Comisaría de la Mujer, CPA, Catequesis, "el rincón de los abuelos" (grupo conformado por personas adultas mayores que se reúnen con el objetivo de recreación y desarrollo de diferentes actividades como jugar a las

cartas, tejido, catequesis, etc.), Mesa de Gestión ( conformada por presidente sociedad de fomente, CPA, Envión, salud, El Rincón de los Abuelos, Ministerio de Desarrollo Social, PAMI, Relaciones Institucionales, Foro de seguridad, Dirección de Políticas sociales).

# ANEXO 2: Paradigma de investigación

Nos apoyamos en el paradigma cualitativo de investigación porque es necesario conocer el entorno real de las personas. Respetando la diversidad cultural que influye en el desarrollo de los estilos de vida particulares y apreciando que no podemos cambiar aquello que no conocemos y de lo que no formamos parte o cuyo conocimiento no parta de la percepción individual de lxs integrantes, a partir de la cual esta realidad problematizada y considerada como opción frente a otras posibles, sea transformada entonces si es sentida como un obstáculo personal. Sin pretender ser nosotrxs quienes cuestionen en función de nuestros parámetros preexistentes, sino quienes reproduzcan las voces y los significados que estas mismas traslucen a partir de sus creencias personales y sus propias pautas culturales.

# ANEXO 3: Entrevista trabajadorxs del PNA

**Percepción pobreza- pobres**: ¿Qué es para vos la pobreza? ¿Qué criterio usas para decir que una persona es o no pobre? ¿Por qué? ¿De qué te parece que depende que alguien sea o no pobre?

**NBI:** Con respecto al concepto de <u>necesidad</u> ¿Qué te parece que es una necesidad/ "lo necesario"? ¿Qué necesidades identificas?

¿Qué te parecen las <u>Necesidades básicas insatisfechas</u> como forma de medición de la pobreza? ¿Por qué?

¿Crees que el hecho de que vivan una determinada cantidad de personas por habitación es una necesidad?, ¿de que si hay niños estos vayan a la escuela es una necesidad?, ¿de qué tu casa cuente con baño es una necesidad?, ¿de que la construcción de tu casa sea de material es una necesidad?, ¿de que la persona que tenga ingresos económicos en el hogar haya completado un determinado nivel educativo; es una necesidad? ¿Por qué? (para cada una de las anteriores)

¿Qué <u>significa</u> para vos que alguna de esas situaciones no se cumpla? ¿te parece que es un problema? ¿<u>Por qué si o por qué no?</u>

¿Qué te parece que favorece que una persona tenga NBI- de que depende? Y de que depende que perciba estas NBI o no como un problema?

Rol personal salud en pobrezas: En tu practica laboral, una vez que identificas que una persona es pobre según este criterio NBI (indagar uno por uno los criterios)- (en el caso de haber especificado otra criterio de categorización de pobreza en población indagar también sobre vinculación de este y practica laboral), ¿influye en tu accionar? ¿Cómo? ¿Por qué?/

Como trabajador de la salud, al identificar a una persona pobre, ¿te parece que tenés algún rol? ¿Qué te parece que tenés- podes hacer? ¿Consideras que los trabajadores de la salud tenemos algún rol frente a las situaciones de pobreza? ¿Cuál? ¿Por qué?

Pobreza y proceso salud enfermedad: ¿Cómo te parece que vivencian la salud y la enfermedad las personas que tienen NBI? ¿Por qué? ¿Te parece que está relacionado el tener NBI con alguna forma de vivenciar el proceso salud-enfermedad-atención? ¿Cómo? ¿Qué te parece que se puede hacer al respecto desde tu rol laboral?

#### Necesidades humanas fundamentales

¿Qué es para vos una vida digna? ¿Qué te parece que es necesario para que una persona la tenga? ¿Por qué? ¿Qué favorece y que dificulta que la pueda tener?

¿Qué es para vos estar protegidx? ¿Qué cosas te parece que necesita una persona tener-hacer-estar para poder sentirse protegidx? (ejemplos: vida sin violencia, acceso sistema de salud, etc) ¿De qué te parece que depende que pueda o no tenerlas?

¿Qué es para vos participar? ¿Qué cosas te parece que es necesario tener paraqué una persona pueda participar en aquello que quiera? ¿De qué te parece que depende que puedas o no tenerlas?

¿El amor, que lugar te parece que tiene en la vida de las personas? ¿Qué te parece que es necesario para poder vivir con amor? ¿De qué te parece que depende que puedas o no tenerlas?

¿Qué es para vos la educación? ¿Qué te parece que es necesario para que una persona se considere una persona "educada", que accede a la educación? ¿Por qué? ¿De qué te parece que depende que puedas o no tenerlas?

# ANEXO 4: Entrevista "pobres estructurales"

**Percepción pobreza:** ¿Qué es para vos la pobreza? ¿Te considerás una persona pobre? ¿Por qué? De ser así ¿a qué crees que se debe? ¿Te parece que el ser pobre está relacionado de alguna forma con la salud y la enfermedad? ¿Cómo?

NBI: (Contar previamente en qué consiste este sistema de medición de la pobreza y donde se usa)¿Cuántas personas viven en tu casa? ¿Qué nivel de escolarización alcanzaron? ¿Cuántos años tienen? (si hay niños en edad escolar) ¿asisten a la escuela? ¿Cuántas habitaciones tiene tu casa? ¿Cuántas personas de las que viven en tu casa tienen un ingreso económico para el hogar? (las condiciones sanitarias y caracterización de vivienda tipo inconveniente serán registradas según observación simple)

Estas preguntas que realice previamente, ¿Qué te parecen? ¿Crees que el hecho de que vivan una determinada cantidad de personas por habitación, de que si hay niños estos vayan a la escuela, de que tu casa cuente con baño, de que la construcción de tu casa sea de material, de que la persona que tenga ingresos económicos en el hogar haya completado un determinado nivel educativo; es una necesidad? (se podría preguntar cada ítem por separado si es una necesidad) ¿Por qué? ¿Qué

significa para vos que alguna de esas situaciones no se cumpla? ¿Te parece que es un problema? ¿Por qué?

<u>Necesidad</u>: ¿Qué es para vos una necesidad/lo necesario para tu vida? ¿Te parece que encontrástenés aquello que necesitas? ¿Qué de todo ello si y que no? ¿Qué te parece <u>favorece</u> que puedas satisfacer tus necesidades? ¿Qué te parece que dificulta que puedas satisfacer tus necesidades?

Heteropercepcion de pobreza: Las personas que trabajan en el centro de salud de tu barrio (medicxs, enfermerxs, trabajadorxs sociales, psicologxs, etc) ¿Qué te parece que piensan de la forma en que vivís/ de lo que vos necesitas/ del hecho de que tu casa sea o no de material, etc (ejemplos NBI)? ¿Qué te hace pensar eso? ¿Por qué te parece que pasa? ¿Qué te genera a vos lo que ellos piensen?

**Proceso salud enfermedad:** El hecho de que puedas o no satisfacer tus necesidades, ¿te parece que influye en tu salud? ¿Por qué? ¿Cómo?. Si identifica alguna relación ¿Qué te parece que se puede hacer al respecto, vos y tu entorno?

¿ y el equipo de salud de tu barrio te parece que hace algo frente a alguna necesidad que vos tengas? ¿Qué? En el caso de que no identifique nada ¿te parece que el equipo de salud de tu barrio puede y tiene que hacer algo ante alguna de tus necesidades? ¿Qué?

# ANEXO 5: Consideraciones éticas y validación

# Consideraciones Éticas:

Para las entrevistas se utilizó el formulario de consentimiento verbal recomendado por Family Health International, y basándonos en el informe Belmont y la declaración de Helsinsky establecemos como relevante:

- Considerar que la investigación está sujeta a normas éticas que sirven para proteger los derechos individuales de lxs participantes. Para ello es necesario incluir el consentimiento de lxs mismos y excluir todo tipo de coerción que pueda influir en forma directa o indirecta en su libre expresión
- El consentimiento de lxs participantes se obtendrá a partir del conocimiento del objetivo y el desarrollo de la investigación, brindando la información adicional de la misma según los intereses particulares, y respetando que dicha participación es voluntaria y que cuentan con el debido resguardo de su intimidad y confidencialidad, además de contar con la oportunidad de retirar el consentimiento cuando lo deseen y sin necesidad de explicación alguna.
- Reconocer al objetivo de la investigación como un potencial problema en salud cuyo conocimiento responde a una necesidad en la población en la que se realiza.

- Nos basaremos en tres principios éticos básicos 1) Respeto por las personas:

Promover y proteger la autonomía de las personas permitiéndole la libertad de actuar en base a sus juicios personales sin imponer la valorización subjetiva del investigador en su desarrollo. 2) Beneficencia: Asegurando el bienestar de lxs participantes, no causándole daño a lxs mismos, y generando los beneficios que sean posibles durante el desarrollo de la investigación y en la obtención de los resultados. 3) Justicia: Tratar a lxs participantes como SUJETOS de derechos

# Validación:

Para darle validez a la investigación desarrollada utilizamos la estrategia basada en la triangulación de información, de investigadorxs y de teorías. En relación a la información obtenida, la misma provino de diversas fuentes de la comunidad, utilizando para la recolección de datos instrumentos únicos. Para recabar dicha información intervinieron más de un investigador (dos en total) quienes realizaron las entrevistas en profundidad. Para la interpretación de los resultados se utilizaron diferentes perspectivas teóricas propuestas por diferentes investigadores a los efectos de contribuir a la validez interna de la investigación. Se agrego además la triangulación interdisciplinaria propuesta por Valerie Janesick (1998).

ANEXO 6

**Tabla 1 Resultados PERCEPCION POBREZAS** 

PERCEPCIO	NES DE POBREZA	S	
MODELO		PERSONAL DE SALUD	COMUNIDAD
HETERON ORMATIV O NEOLIBE RAL	INDIVIDUALIS MO Y MERITOCRACI A	"Si no tiene aspiraciones, si no tiene ni quiere mejorar su condición son pobres, no es solamente lo socioeconómico. Por ejemplo si no les importa que sus hijos vayan a la escuela o no. A veces tampoco la cambian porque no están instruidos, educados" (SC-PSp) "Es necesario casa de material para evitar enfermedades, porque tenés mejores formas de calefaccionar una casa, menos humedad si es de material. Pero depende del interés que puedan tener en mejorar" (SC-PSe)  "Depende de que no tengan tra que no quieran buscarlo porque gente no busca un trabajo por foroluntad" (P-M18)  "Yo no soy pobre, a veces me faccosas pero depende del esfuerz empeño que uno haga que pue de otra forma. De que trabajes, voluntad traerles de comer, llev hijas a la escuela. Si estás en tu esperas un plan es más fácil, an había y la gente vivía y tenían pomás hijos que ahora" (P-M31)	
		"No tener trabajo, tener hijos bajo peso es ser pobre. No tienen información o <b>ellos</b> <b>no entienden</b> " (SC-PSe)	"No está relacionado con la saludágina 44 enfermedad. Ser pobre no te limita ¿Porque todos los pobres no tienen dientes si tienen un servicio dental gratis? ¿Por qué todos los pobres están

			sucios? Porque son mugrientos ellos
			quieren estar así." (P-M38)
	ADSCRIPCION	"Tienen enfermedades como granos	"En el caso de cómo vivimos nosotros no
	A CULTURA	generalmente, <b>infecciones en la piel</b> y	sería pobreza seria un lugar humilde y
		otras cosas seguramente. Enfermedades	hay que estar agradecido por el techo.
	DEL SER	tienen por la <b>suciedad</b> " (SC-PSe)	Yo no viviré en una gran casa pero no
	POBRE		tengo nada <b>sucio</b> tampoco así que no
		"No dimensionan el tener al lado un	soy pobre" (P-M18)
		basural, con vivir con ratas, cucarachas.	<b>"2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</b>
		Pero es un estilo de vida ser pobre" (SC-	"Pobre inútil mira como habla deben
		PSp)	pensar en la salita. Lo que se que pensara Cintia es que por lo menos flaca
		"Viven con determinadas condiciones de	no está la nena, que la tengo bien"
		higiene que pueden predisponer a	pobre señora se junto con un borracho
		enfermedades" (SC-TS)	que ni mantener la familia puede. Tenés
			que tener <b>limpio</b> para no ser pobre.(P-
		"Hay que inculcarles responsabilidad	M39)
		porque de por si son vagos" (SC-PSe)	
		<b></b>	¿Por qué todos los pobres están sucios?
		"El sujeto pobre ahí es donde me meto con	Porque son mugrientos no porque no se
		lo cultural que subjetiva y hace que la persona acepte esa determinación de	puedan bañar. Viste que se dice pobreza y ves un negro en patas y sin dientes. Esa
		pobreza y la introyecte en su vida, y se	es la pobreza sociocultural y es gente
		autocatalogue como persona pobre" (P-PS-	que le gusta estar así (P-M38)
		mg3)	4
	ADSCRIPCION	"Obviamente que es mejor de material, de	"Es como un estado mental en algunas
	A	mejor calidad. Hay casitas de madera que	cosas. Hay gente que se considera pobre
	ESTANDARES	igual pueden estar limpitas" (SC-PSe)	porque no tiene algunas cosas pero
	DE VIDA		también esta bombardeada por el
	DE VIDA	"Yo creo que si es necesario que sea de	consumo pero si vas a las necesidades
		material la vivienda. Por las condiciones, si vos estás viviendo en una casilla de chapa,	básicas por ahí las tiene satisfechas" (SC-
		el frio, la humedad, es mayor. Tiene menos	H32)
		peligro de derrumbe la de material, las	"Tenés que ver porque queres lo que
		instalaciones eléctricas son mejores, es	queres. Hay toda una educación para
		otra cosa" (SC-PSts)	que vos desees lo que deseas" "Cuando
			queres acceder a algo que no podes.
		"NBI en algunas situaciones puede ser un	Cuando tu manera de vivir no satisface
		problema, pero es relativo, si no tiene	tus expectativas sos pobre. No es
		trabajo y no tiene redes, vive en una casa precaria, no tiene el baño adentro,	necesario que sea de material, es relativo. Esta la mirada de afuera que no
		abandono la escuela bueno ahí si	te deja pensar en que es lo que
		realmente hay una necesidad, es un tipo	realmente vos queres. El material es
		que es vulnerable."( P-PSmg1)	cualquiera, el barro es mejor, no
			acumula humedad." (P-M25)
			"Mi casa es lo que yo puedo pagar, lo
			que puedo tener. No voy a estar pensando en algo que se que no puedo
			tener tampoco soy conformista, no me
			gusta el barrio, me quiero ir" (P-M38)
			, 1411111, 11111
			"Puede ser incomodo pero por lo menos
			das gracias que tenés un lugar, no está
			mal."(P-M18)
			(1)
			"La persona que vive en una casa
			revocada se piensa que uno que no vive así es pobre y te tratan distinto por eso.
			Yo lo sentí eso pero para mí lo
			importante es tener para comer". (P-
			M18)
MODELO	RECONOCIMIE	"Es una situación, socioeconomicocultural.	
, = ===		l .	1

		(/T:	T
AUTODET ERMINAD O- SUBJETIV O	NTO DE LA INEQUIDAD	"Tiene que ver con la falta de acceso y oportunidades para vivir dignamente a todo lo que una persona necesita para vivir, vivienda, trabajo, educación, salud, tiempo libre. "(P-PSmg1)  "Depende de su experiencia de vida de sus oportunidades de trabajo, del nivel educativo alcanzado" (SC-PSts)  "Es una construcción cultural, histórica, económica social, política sobre todas las cosas que tiene que ver con la diferencia de clases. El estado tiene que garantizar que pueda vivir como elige vivir pero no desde el asistencialismo que es la herramienta perfecta para continuar siendo oprimidos, tiene que ver sino con cómo se gestionan las oportunidades". (P-PSmg2)	
	IDENTIFICACIO N DE ELECCIONES SUBJETIVAS	"Hay muchas personas que eligen el barro teniendo la posibilidad de hacerlo de material." (P-PSmg1)  "La vivienda puede ser de material y ser completamente insegura para lo que consideran, incomoda que a lo mejor una vivienda de chapa, cartón o de barro no tiene. Es necesario tener la oportunidad para poder elegir. Pero qué responsabilidad tiene el estado de que esa familia pueda vivir como quiere y no como puede" (P-PSmg3)	"Lavo los platos en una bomba de agua no tengo agua adentro y no me siento pobre, vivo como quiero vivir" "No se puede estandarizar. Para mí la cagada es que no se pueda plantear cada familia cuáles son sus necesidades y todo el tiempo se piense que es lo que debería ser " (P-M25)  "Las cosas que necesitamos no nos faltan. No me considero pobre, elegimos no tener cosas de más pero tampoco considero que el barro es el material mejor para la salud. Me parece que es mejor para cada lugar el material que sea de cada lugar" Elijo baño seco para no contaminar y adentro porque tengo hijas y creo que para ellas es más cómodo, sino hubiese elegido afuera." (SC-M31)  "Tengo lo necesario, cada vez estoy mejor. Favorece que pueda satisfacer mi pensamiento, tener el pensamiento de poder crear lo que quiero, poder creer que uno lo puede hacer. Elijo mi casa de tierra porque te genera bienestar, te mantiene mas conectado como persona. A nivel calefacción es mucho mejor. El cemento es mas frio" (SC-H32)
	ESTRATEGIA DE SOBREVIVENCI A	"No tener trabajo, un techo, alimentos." (SC-PSe)  "La definición se centra en la pobreza de algo material, no tiene que comer, plata, un lugar físico adecuado, un lugar para vestirse dignamente" (P-PSmg2)  "La falta de recursos para acceder a las necesidades básicas para subsistir" (SC-	"No poder tener acceso a cosas necesarias, alimentación, un lugar donde dormir" (SC- M31)  "No tener un techo, no tener para comer, no tener nada" "no tener como conseguir para comer" (P-M18) "no tener trabajo, no tener plata, nadie que te ayude. Yo si soy pobre porque no tengo trabajo" (P-M39)
		PSts)	Escases o de alimento o de ropa o de salud, vivienda" (SC-H32)

# ANEXO 7

# Tabla 2 Resultados PERCEPCION DE NECESIDADES

PERCEPCION DE NECESIDADES NECESIDAD PERCIBIDA COMO	NECECIDAD DE	DCIDIDA COMO NECESIDAD HITMANIA	
	NECESIDAD PERCIBIDA COMO NECESIDAD HUMANA		
NBI	FUNDAMENTA		
"Yo soy pro escuela, salvo que este	Necesidad de	"Existen NBI por la falta de trabajo, así no tenés para comprar	
con fiebre o algo. Es una forma que	subsistencia	para comer" (SC-PSe)	
adquieran responsabilidades. Trato			
de explicarles que tienen que ir a la		"Es necesario tener una casa o un lugar donde estar, y la	
escuela" (SC-PSp)		salud, contar con las herramientas o poder acercarme a algún	
"Es necesario y es un problema si no		lugar que me lo puedan resolver" (SC-H32)	
van, si no van a estar en la calle y		"Algo possorio es poder comertados los días poder crosor	
hacen lo que quieren" (SC-PSe)		"Algo necesario es poder comer todos los días, poder crecer Estar calentita tener comida. Poder dormir. Poder respetar	
flacerrio que quiereir (SC-PSe)		·	
"Es necesario. Pero no sé si tiene que		mis tiempos biológicos. No hay un estándar de cantidad de	
ver directamente con la pobreza,		horas de sueño, de comida " (P-M25)	
seguramente hay un problema si no		(F-IVIZ3)	
va a la escuela y una necesidad de		"Un lugar donde poder estar para protegerse del frio, calor,	
ese chico de acceder a una escuela"		alimentos. Ropa de abrigo" (SC-M31)	
(P-PSmg1)		annentos. Ropa de abrigo (se 19151)	
(1 1 31116 1)		"Un techo, tener para comer, salud. (P-M18)	
"Obviamente que es mejor de		on teens, tener para conter, salad. (1 1412)	
material, de mejor calidad. Hay	Necesidad de	"Hay accesos a muchas cosas que se dan por ejemplo a partir	
casitas de madera que igual pueden	entendimiento	de un estudio universitario aunque no tengas grandes	
estar limpitas" (SC-PSe)	Circulaniiciico	ingresos que equiparan a alguien con un gran ingreso	
' ' '		económico" (P-PSmg1)	
"Es necesario una casa de material		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
para evitar enfermedades, porque		"La parte espiritual me parece muy importante para	
tenés mejores formas de		conocerse a uno mismo y entender la vida. Creo que se	
calefaccionar una casa, menos		puede pasar de mil formas. Desde la tradición oral, junta de	
humedad si es de material. Pero		vecinos. Hay un montón de alternativas no oes necesario la	
depende del acceso y del interés que		escuela. Si lo frenan si ellos deciden frenarlo si te dicen	
puedan tener en mejorar" (SC-PSp)		directo que si no fuiste a la escuela no podes hacer esto y no	
		te dan la oportunidad de que puedas hacerlo" (SC-H32)	
"Yo creo que si es necesario que sea			
de material la vivienda. Por las		"algo necesario en lo que es educación, ampliar el horizonte	
condiciones, si vos estás viviendo en		de uno mismo" (P-M25)	
una casilla de chapa, el frio, la			
humedad, es mayor. Tiene menos		"Es necesario aprender. La escuela es una actividad mas a la	
peligro de derrumbe la de material,		que pueden concurrir los chicos, no es algo necesario. uno se	
las instalaciones eléctricas son		educa en todo momento, en la vida cotidiana, es el compartir	
mejores, es otra cosa" (SC-PSts)		con otros. No tiene que ser la escuela necesariamente. Se	
"obvio que es una passidad que ra		necesita estar abierto para poder acceder." (SC-M31)	
"obvio que es una necesidad que no		(0	
haya hacinamiento mas allá de que		"La escolarización me parece importante. Todo el mundo	
por ahí no tengas otro lugar. Puede generar varios problemas, de		tiene derecho a educarse y se te tendria que cumplir el	
convivencia, hasta de abuso" (SC-		derecho para todos. (P-PSmg2)	
PSe)		"La educación tradicional termina reproduciendo estas	
1 30,		lógicas, nos termina volviendo serviles al sistema, apunto a la	
"Desde el punto de vista de salud es		educación popular a romper la rutina cotidiana. Que	
necesario que no haya hacinamiento		educación? Mientras garanticemos la tradicional pero	

porque favoreces promiscuidad,		empecemos a que no la asuman como tal porque termina
transmisión enfermedades		siendo un docente que me programa para que acepte el
respiratorias, parásitos"		sistema como esta y que no pueda romperlo"( P-PSmg3)
"Existen NBI por falta de educación,	Necesidad de	"tener relaciones sanas es necesario" (SC-H32)
ya que cuanto más ignorante a	afecto	(**************************************
menos cosas también accede y hay	uiceto	"amor y buenas relaciones" (SC-M31)
un montón de gente que solo tiene		amor y bachas relaciones (se mist)
hasta séptimo grado" (SC-PSe)		"Poder manejarme en un entorno de amor. Expresar amor.
Trasta septimo grado (SC-FSE)		
		Que la sociedad me lo entienda y me lo respete es necesario"
		(P-M25)
		"es necesario el afecto, tener un medio que te contenga" (P-
		PS
	Necesidad de	"Lo necesario parte por saber quién soy, que quiero, que me
	identidad	hace sentir, que me hace ser, encontrarme en todos los días
		como un desafío, un apasionamiento, encontrarme en la
		razón de vida, para mí eso es lo fundamental" (P-PSmg2)
		,,
		"La parte espiritual me parece muy importante para
		conocerse a uno mismo y entender la vida" (SC-H32)
		consecise a ano mismo y entender la vida (se risz)
	Necesidad de	"Para eso tuve que haber tenido un montón de
	libertad	oportunidades de poder encontrarme, de tener libertades
	libertau	
		para pensarme, saber quién soy, y ahí es donde marco una
		diferencia, cuando uno nace estigmatizado porque nace en
		un entorno catalogado como pobre, te limitan a vivir en una
		caja de ratones en donde vos sos un ratón mas y no se
		general oportunidad de que vos puedas pensarte" (P-PSmg2)
		"No sentir una dependencia, sentirme autónoma, no estar
		frágil. Esta buenísimo que te den un plan o algo pero la
		cagada es que se sostiene algo que después si te quedas sin
		estas en bolas" (P-M25)
		"Si las necesidades básicas están cubiertas por ahí no estaría
		mal la gente, el tema es que también las puedas definir vos y
		no otros te las digan cómo vivirlas." (SC-H32)
		no ou os te las digan como vivinas. (se 1132)

# ANEXO 8

# Tabla 3 Resultados FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES DE LA SATISFACCION DE LAS NECESIDADES

Necesidad percibida como necesidad humana fundamental		
	FACILITADORES en satisfacción	OBSTACULIZADORES en satisfacción
	Necesidad como derecho	Modelo de producción capitalista
ļ	"El considerar ciertas cuestiones como un derecho o no es	"Si queres otra cosa y no podes porque no tenés plata es una necesidad"
ļ	importante porque pone el límite y si no lo pones dejas	(p-m39)
	afuera a un montón a acceder a cosas" (P-PSmg1)	
	"La presencia de estado que puede garantizar algunas cosas y tiene que estar" (SC-H32)	"A veces te traba el tener que generar dinero porque vivimos en una sociedad que se maneja así, podría generarlo por todo lo necesario pero tengo que querer hacerlo, por ahora no estoy dispuesto a generar todo lo que necesite así que me someto a ese trueque por dinero" (SC-H32)
	"Tiene que ver el contexto, de la situación donde vive, la situación del país que favorece o no que puedas acceder a algo, de una mirada más macro no es solamente uno." (SCts)	"Que tenga lo necesario te juega en contra la dependencia, el pensar que uno necesita otra cosa.la generalización de las necesidades. Y pesa lo que otros digan por momentos" (SC-M31)

# Libertad-autonomía en elección

"Es que yo decido como vivo, yo podría haber sido universitaria y vivir en otro lugar. Nunca tuve que mantener a mi familia. Nunca me quede sin comer, vengo de clase media. Yo tuve esa posibilidad, hay gente que no puede elegir. Cuando me fui de mi casa forme mi familia que son los que me entienden, con los que comparto ciertas cosas." (P-M25)

"Tengo lo necesario. Puedo tenerlo por haber conocido diversas cosas y elegir. Conocí a través de viajes, de experiencias mías y de otros" (SC-M31)

"Ahora me siento más libre para hacer lo que quiero, porque tengo un lugar para mi, mi hija y mi pareja y no estoy controlada por alguien. Por eso trato de hacer lo que nunca pude hacer." (P-M18)

"Para saber lo que necesito y tenerlo tuve que haber tenido libertades para pensarme, oportunidades para encontrarme y saber quién soy" (P-PSmg3)

#### Vínculos solidarios

"Las personas como grupo o comunidad que tendrían que generar alternativas. Responsables son un poco todos, uno con los demás. Hay que organizarse como comunidad, tener otras herramientas" (SC-H32)

"yo no me quedo ni con mas ni con menos, cuando tengo algo de mas se lo doy a alguien que lo necesita y vamos los dos iguales" (P-M39)

#### <u>Asistencialismo</u>

"Hay situaciones que la gente vive así y no considera que puede estar mejor, se acostumbran a que esa es su vida y que no existe otra alternativa, por eso ahí es cultural y eso tiene que ver con que te enseñan a esa cultura y ahí arranca el asistencialismo del estado o de otros pero no se proponen propuestas que permitan considerar otras alternativas, pensar de otra forma" (SC-H32)

"El estado hace que no pueda satisfacer mis necesidades, porque para el estado es más fácil tener un negro cabeza de tacho que le hagan algo por un sanguche de milanesa a tener gente preparada y que tenga un sueldo en blanco." (P-M31)

# Violencia basada en genero

"Mi marido no me deja trabajar, me dijo que me quede cuidando a la nena." (P-M39)

"Ahora me siento libre para hacer lo que quiero, para estar con mi hija, cuando vivía con mi papa no podía. Ahora ya no estoy controlada por alguien. Por eso trato de hacer lo que nunca pude hacer" (P-M18)

#### ANEXO 9

# Tabla 4 Resultados IMPACTO EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCION

IMPACTO EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD AT	FNCION
PROCESO SALUD ENFERMEDAD NORMATIVO	PROCESO SALUD ENFERMEDAD SINGULAR
REPRODUCTOR DE LA DOMINACION	LIBERADOR DE LA OPRESION
ORTODOXA COMO HERRAMIENTA DE DOMINACION	HETERODOXA COMO HERRAMIENTA DE LIBERACION
"Obvio que es una necesidad que no haya hacinamiento mas allá de que por ahí no tengas otro lugar. Puede generar varios problemas, de convivencia, hasta de abuso" (SC-PSe)  "Desde el punto de vista de salud es necesario que no haya hacinamiento porque favorece promiscuidad, transmisión enfermedades respiratorias, parásitos. Ellos tienen incorporado ese habito o lo que sea y es difícil cambiarlo. Yo trato de hablarles y explicarles que no es lo mejor pero ellos no lo ven" (SC-PSp)	"Nosotros manejamos el baño seco que no genera ningún problema higiénico ni de enfermedades, es un sistema eficiente. De hecho considero que tener cloacas trae más inconvenientes. El hecho de tirar la cadena y eso tiene que ver con una cuestión más estética que otra cosa. Acá todo vuelve a la tierra. Riesgo de enfermar si no tenés alimento, o no tenés algo donde protegerte del frio. (SC-H32)  "Y hacer huerta y todo lo natural me hace mejor emocionalmente. Uno se enferma menos me parece. Nos curamos enseguida. (SC-M31)
"Si identificamos chicos que no van a la escuela, ahí	(1)
podemos aconsejarlo. En algún punto la pobreza es tratar de aconsejar que no es lo mismo el futuro de un niño que	"Me cuestiono que tan malo es la forma en la que vivo si cada vez estoy mejor de salud. El no tener todas las
puede ir a la escuela y educarse y el que no. En la vivienda	comodidades clásicas hace que me mueva mas y este en
no sé si uno puede meterse mucho porque también hay que ver que logro yo" (P-PSmg2)	contacto con el sol y la tierra." (P-M25)

"Hay un montón de conocimientos que se ocultan de diferentes materiales de construcción, de cómo manejar la basura y te hablan de la comodidad. La comodidad bloquea muchas veces que puedan percibir el calor y el frio por ejemplo, no te deja sentir por vos mismo. (SC-H32)

# CARIDAD COMO ESTRUCTURANTE DE LA POBREZA

# "A veces no le podes dar la leche porque no da con la edad que dice el programa y vos sabes que la necesita. Te genera impotencia. Porque aparte vos sabes que después se tiran pilas y pilas de leche y medicamentos porque se vencen pero no los podes dar a otro lado. Es todo una burocracia que no podes hacer nada. Sería necesario que den más leche o más cosas" (SC-PSe)

"Hay que darles cosas que son necesarias para tener una vivienda y alimentos adecuados y además generar conciencia para que se hagan responsables de esas cosas que se les da. Desde mi lugar puedo decidir en función de eso si darles o no" (SC-PSp)

# **GESTION DE OPORTUNIDADES SINGULARES**

"Habría que interiorizarse en cada caso, no se si en cada uno pero si un poco mas." (SC-PSe)

"Tomaras medidas diferentes para facilitar el acceso de alguien y ver como favorecer según cada uno lo que necesite, según si tenga o no redes por ejemplo. Desde la vulnerabilidad de esa persona se lo entiende, desde la dificultad que va a tener en el acceso a un monton de cosas, respetando la individualidad uno trata de buscar estrategias que le permitan". (P-PSmg1)

"Garantizar ese derecho que va desde el trato digno hasta ofrecer nueva gestión de oportunidades" (P-PSmg3)

"Con la salud está relacionado. El comer lo que uno quiere comer, el no pasar frio. Yo la otra vez me enferme y me pude quedar los días que necesite en cama y por ahí otro no puede y tiene que ir a laburar igual, entonces yo tengo más salud" (P-M25)

"Influye porque busco lo que me hace bien, y hacer huerta y todo lo natural me hace mejor emocionalmente. Uno se enferma menos me parece. Nos curamos enseguida. No hay más riesgo de enfermarse, uno va creando defensas. No dependes de otro, te mantenés contento, tranquilo, alimentándote como lo necesitas, y eso no tiene que ver con el dinero sino con comer menos industrializado y más natural" (SC-M31)

"Que tenga la oportunidad de reflexionar críticamente es la principal necesidad fundamental para determinar lo que se necesita y para eso necesito una alimentación de calidad, entonces tengo que apuntar como trabajador que existan nuevas formas de alimentarnos culturalmente para todos." (P-PSmg3)

# CLIENTELISMO COMO ESTRUCTURANTE DE LA POBREZA

# "Si vienen a buscar ropa, que traigan la que dejaron de usar para buscar otra, trato de inculcarles responsabilidad y el afán de que puedan llegar a mejorar en algún momento" (SC-PSp)

"Un asistente no me quiso dar la garrafa si no iba a mostrarle en que gastaba la plata" (P-M39)

"Algo que esta bueno es que si no tienen los controles no se les da leche, como obligándolos a que se lo hagan a que se levanten un día temprano y lo hagan porque sino hay muchos que no se harían ningún control y no sabes si tienen las vacunas y como están. Acá no se dan los métodos anticonceptivos por más que vengan de otra sala o algo, si no tienen los controles no se da."(SC-PSe)

# VINCULACION INTERSUBJETIVA

"En acciones se traduce en subjetivar a la persona, mirarla, tocarla, respetarla, en el dialogo cotidiano manifestarlo en un trato horizontal verdadero" (P-PSmg3)

"A mí me hablaron mucho, me ofrecieron contención, apoyo y afecto. Yo fui en una época que estaba porque me sentía mal anímicamente y sin embargo si me preguntas en comparación de cómo fui las primeras veces a ahora, soy otra persona. Pero me siento bien, deje de fumar, vivía a clonazepam antes. (P-M38)

"Uno tiene el rol de ser la voz de quienes no tienen voz. En acciones, se traduce en subjetivar a la persona, mirarla, tocarla, respetarla. En el dialogo cotidiano manifestarlo en un trato horizontal verdadero." (P-PSmg3)

"Los oprimidos mueren más, enferman mas y tienen menos formas de defenderse. Esto es cierto. Las historias de vida me señalan que la difenciación de clases es lo que hace que uno muera mas o enferme mas, porque esas personas tienen menos oportunidad de elegir de que enfermarse y como morirse. Los ricos viven más,. Si no tiene quien le lidere la voz lamentablemente no puede elegir como morir. De quien depende que se garanticen esos derechos, de nosotros." (P-PSmg3)

#### POBREZA COMO FACTOR DE RIESGO

"Más que atenderlos a los chicos cuando están enfermos no pueden hacer nada. Acompañar pueden en algún problema, aconsejar, apoyarnos, hablar siempre hablan pero solucionar no van a solucionar nada, eso lo tendré que hacer yo" (P-M39

"No dimensionan el tener al lado un basural, con vivir con ratas, cucarachas. Pero es un estilo de vida" (SC-PSp)

"Uno es consejero de hábitos saludables, nos formamos para eso para poder ayudar y acompañar como consejero" (P-PSmg2)

"Los temas habitacionales y que se instalan casillitas, familias numerosas, con chicos bajo peso es un problema. Sabemos que no es solamente que vengan a control y que la pediatra le den las indicaciones sino que hay también cuestiones ambientales. Hay familias en que está instalado venir al médico pero hay otras en que no y ahí es intervención nuestra ir y decirles la importancia de que vengan Trabajamos para que la persona venga y entienda cual es la importancia de venir. Hay condiciones de falta de higiene que predisponen a enfermedades en este contexto y es un problema que muchos no ven". (SC-PSts)

"Afecta a mi salud si no tengo para comer sino no. Hay más riesgo de enfermarse si no tengo a la nena limpia, sino no" (P-M18)

"Tienen enfermedades como granos generalmente, infecciones en la piel y otras cosas seguramente. Enfermedades tienen por la suciedad" (SC-PSe

# Modelo medico hegemónico como reproductor de la asimetría de poder

Yo no puedo hacer nada frente a la pobreza." Les hablas de cómo eliminar residuos, de la distancia del pozo con el agua. No dimensionan el tener al lado un basural, con vivir con ratas, cucarachas. Pero es un estilo de vída porque muchos se dedican al cartoneo y es asi. Pero bueno uno tiene que tratar de que cambien. (SC-PSp)

yo trato de informar, de decirles que traelos a revisar que asi vas a tener la leche. Pero hay gente que no se deja ayudar tampoco. cuando no vienen, hay que hacerlas entrar en razón" a veces es voluntad porque podes ser pobre pero re limpito (SC-PSe)

"Somos nosotros los que se los tenemos que hacer ver a veces un problema, ahí empezamos a desplegar estrategias para concientizar a la persona y que pueda verlo. A veces se

# POBREZA COMO DETERMINACION SOCIAL

"Capaz porque no tengo trabajo soy pobre pero tampoco, puedo tenerlo pasa que él no quiere. Ayuda a que tenga lo que necesito que pueda trabajar .Mi marido no me deja trabajar, me dijo que me quede cuidando a la nena. (P-M39)

"Con la salud no tanto está relacionado el ser pobre, con la enfermedad si por ejemplo si tenés diabetes que tenés que hacer una dieta especial" (P-M18)

"Quizá mi ejercicio profesional tenga que ver con eso, que entiendo también que no es lo mismo trabajar para un sector de la población que para otro, si uno elige hacer medicina general y trabajaren el sector público, la misma decisión está atravesada porque a uno le hacen ruido estas cosas de inequidad, uno tiene ganas de sumar desde este lugar" (P-PSmg1)

"Prefiero llamarlos los oprimidos y asumo mi rol social que asumo como funcionario público, en la garantía del derecho a la salud. Entendiendo a la salud como ese derecho a vivir feliz y ese vivir feliz, la opresión no tiene que formar parte de la felicidad. Desde la pobreza del indec es como pecado capital por las enfermedades, el abuso sexual y hay culturas que lo eligen por una cuestión del calor, ahora si alguien le dio la oportunidad de pensarse como se quiere vivir, si no entonces si el hacinamiento es violencia, es pobreza y responsabilidad estatal. Porque si no tuvo la posibilidad de pensarse como vivir hay una ausencia de un estado. (P-PSmg3)" (P-PSmg3)

"Seguramente se llevan lo peor porque las personas más pobres son las que más vulnerables están frente a cualquier situación de salud.

Si la persona está sujeta a esa relación de poder, dominante-dominado en donde hay un sistema capital que se encarga de concentrar el poder y esa persona es necesaria para que exista esa subordinación de clase, ahí si digo es un sujeto pobre (P-PSmg3)

logra y a veces no. Pasa con todo, con la educación, con la cantidad de personas que viven en una habitación, con lo que hacen.

Muchas veces no se ve como un problema por una cuestión cultural. Tienen instalado como natural que se viva así y no pueden verlo como un problema. A veces ponen resistencia. Rol nuestro es trabajar para que la persona pueda modificar, el tema educativo también." (SC-PSts)

"La folleteria que hay parece que lo hizo en un departamento de capital para los parásitos. Siento que le hablan a otras personas en muchos de los folletos que hacen. Me ha ofrecido un laburo varias veces, diciéndome que voy a tener obra social y un par de beneficios. Y ahí he tenido que aclarar que ser artesana es mi laburo y que yo tengo lo que necesito. Sentí que me estaba ayudando, estaría bueno que tengas eso, pensando en que había algo que me faltaba" (P-M25) (P-M25)

"Pobre inútil mira como habla deben pensar en la salita. Lo que se que pensaran es que por lo menos flaca no está la nena, que la tengo bien" (P-M39)

"He intentado evitar cuando voy al médico no decir nada de cómo vivo para que no lo piensen nada malo. Supongo que viéndome que soy saludable no pensaran mal. En algún momento me dio tranquilidad cuando vino la trabajadora social y después me dijo que estaba todo bien lo que vio. Pase a no ser pobre porque me anotaron como que tenía tantas habitaciones cuando vino la trabajadora social" (SC-M31)