

**Relato de Experiencia**

Análisis de Situación Integral de Salud:  
Desandando el camino hacia la  
práctica

**Autores:**

Balbachan, Deborah Laura - [deborah.balbachan@gmail.com](mailto:deborah.balbachan@gmail.com) - CeSAC 24 (Htal. Piñero)

Cararo Funes, Ana Florencia - [florenciacararo@gmail.com](mailto:florenciacararo@gmail.com) - CeSAC 24 (Htal. Piñero)

Sasso, Enrique Rafael - [rafaelsasso19@gmail.com](mailto:rafaelsasso19@gmail.com) - CeSAC 24 (Htal. Piñero)

Solazzi, Romina Andrea - [rominasolazzi@gmail.com](mailto:rominasolazzi@gmail.com) - CeSAC 24 (Htal. Piñero)

## **Resumen**

Este trabajo presenta las primeras reflexiones en torno al proceso de realización de un Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) que se comenzó en junio de 2015 y aún continúa su desarrollo, en el barrio Ramón Carrillo (CABA) por un equipo interdisciplinario de residentes del CeSAC 24, perteneciente al Hospital Piñero.

En el transcurso de esta investigación, surgieron tensiones que llevaron a reflexionar sobre el proceso mismo, sobre los resultados y el potencial impacto y uso de esta herramienta. Estas reflexiones, que enriquecieron enormemente la experiencia, es lo que se pretende compartir mediante este relato.

## **Introducción**

En este trabajo presentamos la experiencia de la realización de un ASIS, el cual tiene el objetivo general de analizar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) de las personas que habitan el barrio Ramón Carrillo y las condiciones en las que éstos se desenvuelven. Entendemos que las desigualdades sociales, económicas, de género y culturales son determinantes en estos procesos, por lo cual intentamos abordar la investigación incorporando estas perspectivas. Entendemos al ASIS como una herramienta dentro de las estrategias de la atención primaria de la salud (APS) para poder evaluar e intervenir de la mejor manera en estos procesos desde los efectores.

El sector poblacional donde realizamos el ASIS es en el barrio Ramón Carrillo (Villa Soldati-Comuna 8 CABA) que pertenece al área de referencia del CeSAC 24, que a su vez depende del Htal. P. Piñero. La historia del barrio y del centro de salud están muy unidas ya que surgieron a comienzos de la década del 90 con la mudanza de las personas que vivían en el Albergue Warnes.

El equipo investigador es un equipo interdisciplinario compuesto por residentes de Medicina General y Familiar (RMGyF) y de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS). La interdisciplina fue un eje fundamental en el desarrollo del trabajo cotidiano, en cuanto a la necesidad de construir un diálogo que permitiese intercambios y confrontaciones, producto de miradas provenientes de distintos campos de producción científica, experiencias previas, tensiones metodológicas y paradigmas académicos. La construcción constante de acuerdos y el haber logrado

este encuentro interdisciplinar en estos términos es lo que le otorga al ASIS del barrio Carrillo características particulares.

La intersectorialidad como herramienta dentro del campo de la APS también fue priorizada en esta investigación ya que se decidió construir los objetivos junto a actores locales del barrio, siguiendo una metodología para tal fin.

### **Objetivos**

El presente trabajo tiene como objetivo relatar nuestra primera experiencia de investigación como equipo, visibilizar las particularidades de los pasos realizados, las herramientas metodológicas que construimos y las discusiones y reflexiones que fueron emergiendo en el proceso.

El haber atravesado esta experiencia como profesionales con poco recorrido en la investigación, nos condujo a la necesidad de formarnos al respecto y repensar algunas prácticas durante el progreso, lo cual representó también un aprendizaje. Es por esto que otro objetivo de este relato es que sea interpelado por futuros equipos de investigación y continuar profundizando en las formas de utilizar las herramientas de investigación en el campo de la salud.

### **Contexto:**

El barrio Ramón Carrillo se encuentra dentro de Villa Soldati que pertenece a la comuna 8, en la zona sur-oeste de la Ciudad de Buenos Aires<sup>1</sup>. Según el Censo 2010, esta comuna tenía una población de 187.237 habitantes, siendo una de las más pobladas de la ciudad, con los peores indicadores socioeconómicos: los menores ingresos per cápita familiar de toda la CABA (\$1.065, promedio CABA \$2.510), el mayor porcentaje de habitantes en villas y asentamientos (32,9%). Según el ASIS de la CMR y ASIS de la Comuna N° 8, es además la zona con los peores indicadores sobre la situación socioambiental respecto al resto de la CABA.

La Ley Básica de Salud N°153 de la ciudad de Buenos Aires, en su artículo 27° explica la organización del subsector estatal de salud en regiones sanitarias, integradas por áreas de salud (unidades locales de organización territorial) que están supeditadas operativamente al desarrollo de las Comunas. Actualmente, la organización del primer nivel de atención, a cargo de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs), se encuentra en un momento de reorganización a partir de la creación de la secretaría de APS. El primer nivel de atención de CABA está compuesto por 44 CeSACs

---

<sup>1</sup> La CABA tiene una población total de 2.890.151 de habitantes según Censo 2010 (indec)

y 38 centros de cuidado barriales. La relación por habitante que tiene sólo cobertura pública es de 1/9000 aprox. Esta comparación habla de un modelo hospitalocentrico de la CABA, mostrando un déficit en APS.

La población que reside en la Zona Sur (Comunas 4, 8, 9, 10) es la que más utiliza el sistema público de salud (alrededor del 30%) en comparación con el resto de las comunas, superando claramente la media de la Ciudad (17,8%) (“El acceso a la salud en la Ciudad de Buenos Aires” EAH 2013-2014).

El CeSAC 24, sede de formación y lugar de trabajo del equipo investigador se encuentra dentro del Barrio Ramón Carrillo. Su área de influencia abarca unos 8 barrios más que se encuentran a su alrededor, entre los cuales coexisten asentamientos precarios y las denominadas villa de emergencia mostrando un importante déficit habitacional que contrasta con otros sectores de la ciudad.

### **De la implosión del Warnes al nacimiento de Carrillo.**

*“...era la gente que sobraba en la ciudad...”*

-Vecino R. Carrillo-

La historia del barrio y del centro de salud están muy unidas ya que surgieron a comienzos de la década del 90 con la mudanza de las personas que vivían en el llamado Albergue Warnes<sup>2</sup>. Este fue un gran edificio que fue erigido durante la segunda presidencia de Perón con el objeto de transformarse en el Hospital Materno-Infantil más grande de sudamérica. Doce meses antes de su finalización, el golpe del '55 hizo que se detuvieran las obras y con el pasar de los años, alrededor de 600 familias con problemáticas de vivienda se fueron instalando en la construcción abandonada. En el año 1975 la justicia falla a favor de los propietarios originales del predio (la familia Etchevarne), a quien se le había expropiado el terreno para construir el hospital. Este fallo, sumado a las graves condiciones edilicias del “Albergue Warnes”, determinaron que para 1990 la Comisión Municipal de Vivienda fuera encomendada a construir 700 viviendas en el barrio de Villa Soldati para darle una “solución definitiva” a las problemáticas habitacionales de estas familias al sur de la ciudad. La construcción se realizó en tres meses y a fines del 1991 comenzó la mudanza de las familias provenientes del ex-albergue Warnes, y algunas otras que vivían en el Htal. Rawson y en un asentamiento en San Juan y Boedo. Así nace el barrio Ramón Carrillo, una nueva etapa para todas esas familias que se entendía como la gran oportunidad para la vivienda propia. Este hito fundacional recorre hasta hoy las viviendas, historias y

---

<sup>2</sup> El mismo debe este nombre porque su ubicación es Warnes y Chorroarín, barrio de Paternal en CABA.

personajes del barrio y resulta clave para comprender las dinámicas, tensiones y procesos que se han desarrollado en 25 años.



Para el 2011 se estimaba una población aproximada de 5896 personas del barrio Ramón Carrillo exclusivamente<sup>3</sup>. Las 699 casas originales que formaban parte del plan de vivienda, son en la actualidad 745, según el mapeo que requirió nuestra investigación. La mayoría de las nuevas construcciones avanzaron sobre los terrenos pertenecientes al premetro (Empresa Metrovías), destinadas mayormente a viviendas y una cantidad menor a locales.

### **Sujetos de participación**

El equipo investigador lo componemos residentes de la Residencia Medicina General y Familiar (RMGyF) y de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS).

La realización de un trabajo de investigación epidemiológico, que en general consiste en un ASIS, está contemplada dentro de los objetivos de formación correspondientes al primer año de nuestras residencias. Esto tiene la intención de involucrar a lxs nuevxs profesionales del equipo de salud con la comunidad y el territorio del área de influencia del CeSAC, sus condiciones medioambientales y los procesos salud-enfermedad-atención- cuidados que allí se dan. De esta forma se continúa con el recorrido histórico de los equipos de trabajo previos, entendiendo esta investigación como una experiencia formativa, pero también una tradición dentro de la institución.

Cada año se elige un sector poblacional diferente para realizar el ASIS, y en Junio de 2015 se aproximaban los 25 años de la creación del barrio Ramón Carrillo, motivo por el cual el equipo de gestión del CeSAC 24 consideró que era importante realizarlo allí para volver a acercarse a su población, que a través de los años fue cambiando.

Tradicionalmente los equipos que realizaban ASIS estaban compuestos solamente por residentes de primer año de la RMGyF. Hace unos años se integra la RIEPS, por lo cual el carácter del

<sup>3</sup> Expediente Amador Olga y otros c/GCBA s/ Amparo (art.14 CCABA), 2006.

ASIS es fundamentalmente interdisciplinario. Esto constituye una enorme fortaleza y a la vez el gran desafío de poner a jugar las distintas miradas provenientes de campo disciplinares muy diversos.

### Determinantes/condicionantes

Por nuestras formaciones de base provenientes de campos disciplinares diferentes, contábamos con distinto nivel de preparación a la hora de iniciar esta investigación. Especialmente desde los profesionales provenientes de medicina, en la que suele ponderar la práctica asistencial, costó armarse de herramientas y el no tener experiencia en investigación constituyó una debilidad al comienzo. Como muchas otras competencias que se adquieren a lo largo de las residencias, nuestra formación teórica en investigación y la supervisión del proceso estuvo a cargo de compañeros y compañeras de años superiores de las dos residencias intervinientes, con la colaboración de algunos profesionales de mayor experiencia. Un claro condicionante que tuvimos al planificar el ASIS fue la limitante del tiempo, ya que el espacio asignado no podía extenderse por sobre otras tareas cotidianas de las residencias, que sostienen actividades pautadas de atención, promoción y prevención de la salud, además de los módulos de formación académica. Por otro lado, para algunas de las etapas del proceso de investigación, el equipo investigador como recurso humano resultaba insuficiente, hecho que fue compensado con la colaboración voluntaria de otros profesionales del CeSAC (especialmente para realizar el trabajo de campo). De todas maneras, el barrio resultó demasiado extenso en relación a los pocos integrantes que conformamos el equipo. Por último, otro condicionante fue contemplar la compañía de referentes barriales para recorrer algunas zonas del barrio a partir de algunos sucesos de robo y violencia que nos tocaron vivir durante el verano.

### Marco teórico

#### **La Salud y el Campo de la Salud**

La salud es un concepto dinámico que fue muy discutido a través del tiempo desde diferentes perspectivas y enfoques. Adherimos a la visión de la Medicina Social Latinoamericana<sup>4</sup> que propone entender la salud y la enfermedad como *un proceso social en sí mismo, como momentos básicos de la vida cotidiana que se desenvuelven no sólo en el ámbito de las individualidades sino en el de las colectividades* (Laurell, 1986). Esta corriente realiza un aporte muy importante porque no plantea la determinación social como un elemento de articulación externa, sino que **la salud resulta un bien social en sí mismo y no puede explicarse sin su contexto histórico-social que lo produce**. Esta

---

<sup>4</sup> En Brasil esta corriente adopta el nombre de Salud Colectiva.

perspectiva logra discutir la visión estática, ahistórica y totalizante que predomina en las definiciones tradicionales y realiza un gran aporte teórico-metodológico de lo colectivo para aplicar al campo de la salud.

Entendemos que la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados remite a la complejidad misma del campo de salud, definido por Spinelli como “la convergencia de recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, (...) en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación de uno o más capitales económico, social, cultural y simbólico” (2010). En línea con este autor, podemos pensar el perfil epidemiológico del barrio Carrillo con una estructura base de marginalidad y exclusión naturalizada gracias a procesos de violencia simbólica que son conducidos, en parte, por este mismo campo de salud. Sabemos que un ASIS, entonces, no puede tratarse de enfermedades (sino la solución sería la medicalización) sino de problemas sociales.

Consideramos que el ASIS es una herramienta dentro de las estrategias de la atención primaria de la salud (APS) para poder evaluar e intervenir de la mejor manera en estos procesos desde los efectores. Entendemos la APS como estrategia de abordaje intersectorial, que comprende el puerta de entrada al sistema de servicios de salud e incorpora la participación comunitaria, diferenciándola de la atención de segunda devenida en atención Primitiva de la salud, como plantea Testa.

### **ASIS y Epidemiología crítica**

Por definición, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) es **un estudio epidemiológico descriptivo poblacional** dentro del campo de investigaciones en salud, cuya función, según el enfoque clásico, es describir y formular hipótesis a nivel poblacional (del barrio Carrillo en este caso). No evalúa causalidades entre factores y respuestas. Su referencia temporal es transversal ya que las variables se miden simultáneamente y no puede establecerse temporalidad. Incorpora diferentes métodos y herramientas con el objetivo de caracterizar, analizar e interpretar las condiciones de vida y de salud de una población, incluyendo sus problemas y determinantes.

Esta caracterización proviene de una corriente epidemiológica clásica que reconoce algunas desventajas de este tipo de estudios, como el riesgo de invisibilizar desigualdades sociales al abarcar grandes sectores poblacionales<sup>5</sup>. Breilh habla sobre esta limitación de la epidemiología clásica, “*La perspectiva cartesiana había penetrado en esos enfoques del análisis epidemiológico, reduciendo la realidad al sólo plano de los fenómenos; asumiendo las propiedades de las partes (individuos) como base del comportamiento del todo; y otorgando, de ese modo, prioridad interpretativa a los atributos*

---

<sup>5</sup> Estas desventajas están explicadas en VIGIA-MSAL 2004, en donde aclara que cuando el estudio se acota a sectores con menor población debe adecuar su metodología, muchas veces generando sus propios indicadores. La validez estará dada por la validez de los registros que originen estos indicadores.

*individuales (la parte) sobre el todo. “. En cambio para la epidemiología crítica “la determinación social de la salud es una de las tres categorías centrales para la propuesta (...) junto con las categorías reproducción social y metabolismo-naturaleza han conformado el eje teórico de la propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública” (Breilh, 2013).*

## **Métodos**

### **Acercamiento al barrio y construcción de objetivos**

Desde el comienzo del proceso decidimos realizar un acercamiento a la información disponible sobre el barrio. En primer lugar realizamos recorridos en el barrio con relevamientos visuales y mapeo de zonas con casas nuevas. Luego hicimos una búsqueda de datos epidemiológicos de fuentes secundarias. Acá se nos presentó una gran dificultad para encontrar información específica del Barrio Ramón Carrillo, ya que en general los datos disponibles eran de toda la comuna 8.

Como equipo investigador decidimos desde el inicio pensar los problemas del barrio junto a los actores locales a través de una serie de entrevistas semi-estructuradas acerca de sus percepciones sobre los problemas del barrio en general y los problemas de salud en particular. Luego realizamos una triangulación de la información obtenida, y un encuentro conjunto con actores sociales para la priorización de las problemáticas identificadas en esas entrevistas de acuerdo a tres criterios: gravedad, repercusión local y posibilidad de intervención. Esto se planteó como un paso necesario para construir los objetivos del ASIS y luego el instrumento con el cual se iría al campo a buscar la información. El propósito era conocer los sentidos específicos de los problemas del barrio expresados por los habitantes de Carrillo. Para nosotrxs como equipo de salud, algunas cuestiones resultaban evidentes, pero entendíamos que esto no nos daba el derecho de suponer en qué términos los problemas eran entendidos allí. Además, estas conjeturas estaban basadas en parte por el contacto con los padeceres individuales (en las prácticas asistenciales o en las actividades territoriales de nuestras residencias), pero en parte también estaban sustentadas por nuestra formación académica de base y atravesada por un discurso social. Haber asumido esos supuestos hubiera alejado a nuestro trabajo del ánimo participativo que pretendíamos grabarle.

Toda esta experiencia hizo que la parte “Integral” del ASIS fuese adquiriendo sentido y cobrando complejidad, a la vez que lograba incorporarnos en algunas dimensiones de la vida del barrio. En la selección quedaron problemas estructurales que apuntaban a los factores determinantes de los procesos de salud-enfermedad-atención: infraestructura y medioambiente, salud, educación, consumo problemático de sustancias, trabajo. El amplio abanico de problemas que emergieron de este proceso es reflejo de la incorporación de la visión específica de cada uno de los actores sociales.



Esto se tradujo en líneas generales en la construcción de los objetivos del ASIS, al cual se sumaron los propios como equipo de salud y representantes de un efector.

### **GReSAm**

Las Guías de relevamiento de salud ambiental (GReSAm) son un instrumento diseñado por el departamento de Salud Ambiental para registrar condiciones medioambientales de la CABA para conocer la problemática de salud ambiental, detectando riesgos para la salud de la población, especialmente en grupos vulnerables. Se realiza por sector geográfico-territorial, no por casa o familia. En el caso del barrio Ramón Carrillo decidimos realizar tres de estas guías basándonos en un relevamiento visual y las características de infraestructura y ambiente del barrio. A partir de este análisis definimos que era importante abordar 3 sectores del barrio que presentaban características particulares y agrupables. Para tal fin, nos contactamos con referentes de instituciones de cada uno de estos sectores.

### **La construcción del instrumento: la Encuesta**

Luego, comenzamos a producir el instrumento principal de la investigación: la encuesta. Para esto tuvimos que identificar indicadores que dieran cuenta de los temas definidos en los objetivos, y elaborar las preguntas. Para abordar algunas de las temáticas más complejas, elaboramos preguntas abiertas.

El siguiente paso fue la realización de las encuestas, para la cual previamente hicimos un muestreo, preparamos los materiales y conformamos equipos con colaboradores, compañerxs del centro de salud, que también salieron a encuestar. Sobre el total de casas, se tomó una muestra de 102 hogares a encuestar. El proceso de encuestas dio un total de **471** personas relevadas.

Una vez terminada la etapa de encuestar, cargamos los resultados en una base de datos. Elaboramos categorías para poder interpretar lo obtenido de las preguntas abiertas.

### **¿Es suficiente la encuesta?**

En las entrevistas a referentes, el consumo problemático de sustancias salió como un problema de salud que en los relatos se narraba como transversal a todo el espectro de problemáticas del barrio en general. No apareció, en esta instancia, una descripción en común entre los referentes sobre el problema del consumo. De hecho se apuntaba a diferentes dimensiones del mismo: la “mala junta” en el barrio, la asociación con enfermedades infecciosas, la violencia, etc. Esta falta de delimitación se repitió en la reunión de priorización de problemas que se realizó con actores sociales

del barrio en el CEC, donde el consumo de sustancias fue evaluado como muy grave, con una fuerte repercusión local, y con capacidad de intervención a pequeña escala. Luego, para la construcción de la herramienta (encuesta), intentamos pensar preguntas que delimitaran el problema y, al mismo tiempo, conocer circuitos de atención y modos de intervención al respecto.

Así, la información obtenida es de respuestas que apelan a la percepción del problema, por lo cual no buscan datos cuantitativos duros sino los sentidos que la problemática del consumo tiene para las personas del barrio. A la hora de volcar la información, sabíamos que al ser un problema de salud tan amplio, era difícil contemplar las distintas aristas a través de una encuesta, por más que hayamos utilizado preguntas abiertas. Además, muchas de las respuestas evocaban las situaciones dentro de los hogares, pero pocas reflejaban el impacto que estas tenían en el barrio. Es por esto motivo, que para ampliar la mirada sobre el consumo problemático de sustancias, recurrimos luego a otra herramienta ya utilizada previamente en el proceso de investigación: la entrevista. Nos contactamos con profesionales de los Centros Integrales de Atención Comunitaria (CIAC) que están insertos en el CeSAC 24 y que tienen una larga trayectoria en el tratamiento de esta problemática en distintos puntos de la ciudad. La información relevada nos ayudó a completar el estado de situación de consumo de sustancias en el barrio.

## **Resultados**

Para la construcción de los objetivos empezamos con herramientas propias de la investigación cualitativa (entrevistas, categorización, priorización), buscando *la comprensión de los significados en el contexto del habla*<sup>6</sup>, tanto en las entrevistas como en la reunión de priorización. Siguiendo a Elliot (1980), el principio básico fue *recoger apreciaciones de una situación desde distintos ángulos o perspectivas y después contrastarlas y compararlas*. Sin embargo, toda esta información tenía que traducirse en preguntas que se ajustaran a un instrumento de la perspectiva cuantitativa: la encuesta.

En este punto es que empiezan a jugar una serie de representaciones simbólicas y paradigmas acerca de qué es investigar, cómo se construye la información, cómo pensamos a las personas incluidas en la misma y cómo se trabaja la validez de la misma

Así, en este escrito se presentan como resultados las herramientas a las que arribamos durante nuestra experiencia de investigación.

En primera instancia los objetivos construidos junto a actores sociales del barrio. Luego la encuesta como herramienta cuantitativa y principal fuente primaria de datos que consistió en 70

---

<sup>6</sup> “Los investigadores que buscan la comprensión de los significados en el contexto del habla, en general, niegan y critican el análisis de frecuencias de los relatos y palabras como criterio de objetividad y científicidad e intentan superar el alcance meramente descriptivo del mensaje, para alcanzar, mediante la inferencia, una interpretación más profunda” Minayo 2009

preguntas que se realizaron a 102 hogares conformada por preguntas abiertas, cerradas y de opción múltiple. La persona que respondió a la puerta en ciertas preguntas debía responder preguntas personales y en otras, responder información sobre el resto de los miembros del hogar. Los hogares fueron seleccionados de manera aleatoria.

Antes de comenzar con las preguntas, se realizaba una pequeña introducción para compartir con la persona encuestada la perspectiva de salud integral que nos identificaba. Luego, se iba avanzando por los distintos ejes de la encuesta, que abarcaban datos sociodemográficos (cómo estaba integrado el hogar, la edad y sexo de las personas, identidad sexual, nacionalidad, tiempo de residencia en el barrio), información sobre estructura y ambiente, preguntas sobre la salud de las personas, su percepción, los circuitos de atención y la prevalencia de ciertos problemas de salud. La encuesta continuaba indagando sobre la problemática de consumo de sustancias, formas de organización vecinal, educación y trabajo.

Se realizó una base de datos en formato excel, donde se volcaron un total de 471 respuestas de cada uno de los diferentes miembros del hogar. Además, partir de dicha base se categorizaron las respuestas de preguntas abiertas, para facilitar su lectura.

Desde nuestra investigación logramos discutir la idea de recolección de datos, entendiendo que cada pregunta de la encuesta, por más objetiva que se pretenda, tiene un correlato subjetivo y conlleva un constructo hipotético. El problema no radica, entonces, en aceptar o negar esta afirmación, sino en poder caminar las contradicciones en la construcción de un instrumento propio haciendo visibles los supuestos que lo atraviesan.

### **Impacto**

En principio, el ASIS aparece con un gran objetivo general de analizar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas que habitan el barrio Ramón Carrillo y las condiciones en las que éstos se desenvuelven. Entendemos que las desigualdades sociales, económicas, de género y culturales son determinantes en estos procesos, por lo cual intentamos abordar la investigación incorporando estas perspectivas. La amplitud de este propósito está, a la vez, atravesado por otros factores: el objetivo formativo para lxs que llevan adelante la investigación y las expectativas institucionales en cuanto a los resultados. Por lo tanto, en primera instancia hay un impacto en nosotrxs como investigadorxs en la incorporación de esta impronta a lo largo de la investigación y en el intento de cumplir con diferentes expectativas como residentes y como actores institucionales.

Por otro lado, más allá de ser una herramienta epidemiológica con características propias, consideramos que este ASIS resulta un proceso de impacto en sí mismo dado que se dió una estrategia de investigación que incorpora de manera activa la participación de lxs actores sociales del barrio. Esta

participación fue principalmente en las instancias de reconocimiento de problemáticas vinculadas a la salud y de priorización de esas problemáticas (de acuerdo a criterios de gravedad, repercusión social y capacidad de intervención). Por último, entendemos que la realización de la encuesta, instrumento de fundamental importancia en la construcción de la información, también tuvo cierto impacto en la población, aunque tal vez sea muy difícil de medir. Con el mismo se intentó plantear interrogantes, informar sobre derechos y desnaturalizar las vulneraciones de los mismos: se introdujeron definiciones para que la persona tuviese como referencia en sus respuestas como la de salud integral o la percepción de género y se incorporaron temáticas puntuales que aluden a relaciones específicas de desigualdad (violencia obstétrica, migración).

Por lo tanto, con estos elementos podemos pensar que la investigación es un proceso que impacta en la práctica en salud, especialmente al incorporarla en la formación de profesionales, ya que el sólo hecho de atravesarlo genera una transformación a la hora de pararse frente al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

### **Recomendaciones**

El hecho de emprender esta investigación como parte del equipo de salud del CeSAC, de por sí, abre la posibilidad de pensar que no todas las respuestas de los efectores de salud son con prácticas asistenciales. Si bien sabemos que la concepción de salud que predomina en el sentido común genera que la demanda hacia los efectores sea fundamentalmente de prácticas asistenciales, y que muchas veces no se responde completamente a esa demanda; creemos que este proceso de investigación aporta a una visión más integral de las problemáticas de salud de la población. Esto habilita la búsqueda de formas de interpelar y transformar esa demanda (insatisfecha), generando nuevas maneras de pensar la propia salud y nuevas estrategias las prácticas de los servicios de salud.

Por otro lado, esta experiencia con las limitaciones y dificultades que se presentaron, y las estrategias y soluciones que fuimos construyendo, puede servir para futuros grupos de investigación.

### **Conclusiones**

A lo largo de este relato intentamos dar cuenta de lo que la experiencia de investigación desde un equipo interdisciplinario resulta un proceso de muchas vueltas, de acuerdos, tensiones y contradicciones que hacen avanzar el proceso. Por un lado podemos concluir que las decisiones que se tomaron como equipo fueron dando lugar a repensar el paradigma epidemiológico que predomina en este tipo de investigaciones, ampliando los límites e intentando nuevos cruces que sean válidos.

Por otro lado, la reflexión sobre la forma de interrogar el campo, la metodología, también nos trajo toda una discusión acerca de cómo triangular herramientas cuantitativas y cualitativas sin que una predominara sobre la otra. Seguir repensando las herramientas metodológicas es una forma de seguir complejizando la investigación en salud, y esta experiencia muestra la riqueza de animarse a utilizar estrategias y miradas que aporten a pensar la trama de desigualdades que predomina en esta población. Algo que podemos concluir entonces es que un ASIS necesita definir una estrategia metodológica y no simplemente “materiales”, “técnicas” y/o “herramientas”.

La apuesta de plantear un ASIS por fuera de su definición clásica, permitió cierta flexibilidad de intentar analizar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en coincidencia con nuestra concepción integral de salud. Sin embargo, la *integralidad* es justamente lo que se aparece constantemente como inabordable, pero como un desafío a definir en el conocimiento, abordaje y análisis de cada problemática que compone la vida del barrio. También entendemos que existe una relación compleja en la cual somos parte de un estado que es a la vez el marco en el que se generan todos estos niveles de desigualdad. Nos parece interesante visibilizar la idea de investigación como intervención o como práctica para dar cuenta de cómo se pueden construir vínculos más participativos, más horizontales y colectivos. Acordamos en que, si un objetivo institucional es efectivamente el acercamiento al barrio, uno de los términos en que lo debe hacer es el simbólico, ya que ciertamente no puede cambiar el esquema de (escasos) turnos o aumentar la planta de profesionales. Algo interesante que podemos mencionar aquí es que, considerando que la comprensión hegemónica de la salud es en términos de enfermedad, la demanda de la población está impulsada y organizada en lo asistencial y no en promoción y prevención. Nos resultó muy difícil poder presentarnos como un equipo de salud preguntando por los factores estructurales de la vida de las personas por la asociación entre demanda en salud y asistencia en términos de padecimientos, malestares y enfermedades. En este sentido es que nos encontramos con una de las principales barreras simbólicas a transformar en la práctica del ASIS.

Por último, consideramos que el ASIS tiene utilidad como potencial insumo para intervenciones a nivel institucional e incluso a nivel intersectorial. Esta es la forma de intervención más visible tal vez y de mayor impacto político si colabora en procesos de demandas poblacionales para exigir sus derechos.

La experiencia, en conclusión, fue muy enriquecedora para nuestra práctica cotidiana y cumple con los objetivos de formación propuestos, más allá de las limitaciones que se han mencionado.

## **Bibliografía**

CASTELLANOS PL. Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud. Bol. Epidemiológico OPS, Vol. 10, Nº 4, 1990

DAVINI, M. C. (1994) "Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje". En Jorge Haddad Q. et al, *Educación permanente del personal de salud*. WDC : OPS.

IRIART C, WAITZKIN H, BREILH J, ESTRADA A, MERHY EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev. Panam. Salud Pública/PanAm J Public Health 12(2), 2002

Souza Minayo (organizadora) (2012). Investigación social. Teoría, método y creatividad. Lugar Editorial

SPINELLI H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Revista Salud Colectiva, Vol. 6, Nº 3, Universidad Nacional de Lanús, Argentina, 2010