

***“Voy cuando ya no doy más”:***

**Estrategias para la atención integral de las/los adultas/os de Villa Hudson**



**Autoras/es:**

Acevedo, Lidia M. (Médica Generalista e Instructora de la Residencia de Medicina General Villa Hudson)

Amoroso, Antonella G. (Residente de Medicina General Villa Hudson)

Dascanio, Nadia S. (Residente de Medicina General PRIM Berisso)

Gilardenghi, M. Mercedes (Residente de Medicina General Villa Hudson)

Layús, Pedro (Residente de Medicina General Villa Hudson)

Milone, Laura. (Residente de Medicina General Hospital Cestino Ensenada)

Szumilo, Lila E. (Residente de Medicina General Hospital Cestino Ensenada)

Valeriano Gómez, Edgar (Jefe de residentes de Medicina General Villa Hudson)

**Colaboradoras/es:**

Bernabé Herrera, Ana - De Oliveira, Rocío - Díaz, Vanesa - Dionisi, M. Eva - Escalante, Karina - Godoy, Alejandra - Motto, Juan P. - Ojeda, Ana - Sueldo, Fanny – Sciarini, Leticia - Tarríos, Jonatan - Villordo, Roxana

**Centro de Salud Evaristo Rodríguez, Barrio Villa Hudson, Florencio Varela  
Año 2019**

<p><b>“VOY CUANDO NO DOY MAS” ESTRATEGIAS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LOS/AS ADULTOS/AS DE VILLA HUDSON, FLORENCIO VARELA, BUENOS AIRES</b></p>
<p>Autoras/es: ACEVEDO, L; <u>AMOROSO, A</u>; DASCANIO, N; <u>GILARDENGHI, M</u>; LAYUS, P; MILONE, L; SZUMILO, L; VALERIANO GOMEZ, E.</p>
<p>Centro de Salud Villa Hudson Iberia 359, Florencio Varela, Bs As, Argentina CP 1888 <a href="mailto:antoamoroso@hotmail.com">antoamoroso@hotmail.com</a> Tel: 2284221981</p>
<p>Trabajo de investigación con enfoque cualitativo.</p>
<p>Clínica Ampliada.</p>
<p>El examen médico efectuado en personas aparentemente sanas, ha sido considerado una importante práctica de medicina preventiva, o una práctica innecesaria. En países desarrollados y no, la cobertura es baja. Desde lo biomédico queda reducido a pruebas multifunción, desde lo antropológico está influido por los contextos socioculturales.</p> <p><b>¿Es posible mejorar el cuidado de la salud del adulto/a generando estrategias que contemplen sus percepciones adaptadas al contexto singular?</b></p> <p><b>Objetivo general:</b> Conocer la realidad del adultos/os jóvenes y medios, para mejorar las estrategias de cuidado integral de salud, en Villa Hudson, año 2019.</p> <p><b>Diseño:</b> Cualitativo, Fenomenológico. <u>Universo</u> los adultos/as del sistema local de salud. <u>Muestra</u> Los que participan de espacios colectivos del barrio y la jornada de salud.</p> <p><b>Métodos</b> se realizan grupos focales, mapeos colectivos.</p> <p><b>Resultados:</b> la mayoría, están abocados a “cuidar”, especialmente las mujeres que integran espacios barriales; el rol materno como proyecto de vida. Los hombres están atravesados por otros mandatos, ser fuerte, y proveedor, el cuidado de su salud queda postergado.</p> <p><b>Conclusiones:</b> determinaciones vinculadas al capitalismo, género, barreras de acceso hacen que el adulto/a, acuda al sistema de salud ante una dolencia.</p> <p><b>Propuestas:</b> <u>Generar espacios de entrada libre:</u> jornadas de control integral de salud; espacio de atención semanal; jornadas de PAP; taller salud sexual</p> <p><u>Promover dispositivos preexistentes:</u> posta sanitaria móvil, turnos programados en actividades territoriales</p> <p><u>Crear espacios para reflexión y cuidado de salud de los hombres</u></p> <p><u>Mejorar resolutividad</u> fortaleciendo el trabajo en equipo y en red.</p>

Palabras clave: salud, adulto, contexto, acompañamiento

## **Introducción:**

El examen médico general efectuado periódicamente en personas aparentemente sanas, ha sido considerado por algunos como una de las principales prácticas de la Medicina Preventiva, y por otros como una práctica innecesaria (1) (2).

En los datos que surgen de nuestros Análisis Situacionales de Salud (ASIS) anuales, el control periódico de salud en las/los adultas/os no supera el 30% (3). Tanto en países desarrollados como subdesarrollados, el examen médico periódico no se practica comúnmente en adultas/os; es más frecuentemente aplicado al cuidado de las/los niñas/os. En las/los adolescentes y adultas/os, el examen médico periódico ha sido reemplazado, en gran medida, por visitas asociadas a la presencia de síntomas y signos que adolecen las personas, concentrándose en este aspecto la atención del médico, dejando a un lado el cuidado integral (1).

No encontramos en la bibliografía consultada material dedicado al cuidado de la salud de la/el adulta/o joven y medio; en su mayoría se refiere al acompañamiento de la adulta/o mayor. Lo que está detallado al respecto describe un grupo de normativas biomédicas de intervención, por lo que nos surgen las siguientes preguntas: ¿el control periódico de salud de la adulta/o se limita a una serie de pruebas multifunción?; tal como está planteado, ¿apunta al cuidado integral de la persona?; ¿dónde queda la accesibilidad y la inclusión de las circunstancias psico-sociales que atraviesan, las crisis, los miedos, las percepciones de su propia salud?

Buscando respuestas en otros paradigmas, desde una visión más antropológica encontramos las siguientes declaraciones: “las personas presentan comportamientos y pensamientos singulares en cuanto a la experiencia de la enfermedad, así como nociones particulares sobre salud y terapéutica y están influidas por los contextos socioculturales en que habitan”. A lo largo de la vida, los individuos son gradualmente socializados en patrones culturales vigentes, construidos a través de la interacción social cotidiana. Es por esto que las personas replican principios y patrones ideales acerca de cómo comportarse, vestir, comer, y de técnicas sobre cómo diagnosticar y tratar las enfermedades.

Además, se afirma que “los sistemas de atención a la salud son sistemas culturales, deberían ser consonantes con los grupos y realidades sociales, políticas y económicas que los producen y replican” (4).

La profunda crisis que asiste al paradigma del modo actual del trabajo en salud hace necesario repensar la escucha, el acogimiento, las prácticas de cuidado, el compromiso, la responsabilización, es decir, todo aquello que apela a la creación de un vínculo humanizador en la atención en salud.

Como integrantes de un equipo de salud, y articulados en red con numerosas organizaciones barriales, nos preguntamos:

*¿Es posible mejorar el cuidado de la salud generando estrategias que contemplen las percepciones de las/os adultas/os acerca de la misma, adaptadas a su contexto singular?*

**Objetivo general:**

Conocer la realidad de las/los adultas/os de entre 20 y 64 años, con el fin de mejorar las estrategias para el cuidado integral de su salud, en el barrio de Villa Hudson durante el año 2019.

**Objetivos específicos:**

- Identificar los perfiles de las/los adultas/os.
- Conocer sus percepciones sobre su propia salud.
- Identificar las barreras de accesibilidad para la atención de la salud.
- Planear para concretar estrategias de atención integral de la salud con componentes interdisciplinarios e intersectoriales, según las singularidades de las personas y su contexto.

**Marco teórico:**

El paradigma biomédico del control periódico de salud de las/os adultas/os se centra en numerosas recomendaciones de pesquisa e identificación de factores de riesgo que apuntan al acompañamiento y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), sin tomar en cuenta las singularidades, las múltiples dimensiones de las personas, y las necesidades de las/os adultas/os (5).

Una investigación de Cochrane concluyó que los controles de salud tienen poco o ningún efecto sobre la mortalidad total, sobre la cardiopatía isquémica mortal y no mortal, y en la mortalidad por cáncer, con un nivel de evidencia de certeza alta; y que tienen poco o ningún efecto sobre la mortalidad cardiovascular y sobre el accidente cerebrovascular mortal y no mortal, con nivel de evidencia de certeza moderada (6).

Los estudios complementarios que tienen evidencia como preventivos de morbimortalidad son: el examen citológico cérvico-vaginal (PAP, para detectar cáncer de cérvix uterino), la mamografía (para cáncer de mama), el antígeno prostático específico (PSA) más examen ultrasonográfico de la próstata (para cáncer de próstata), la detección de sangre oculta en materia fecal (SOMF), más sigmoidoscopia flexible o colonoscopia (para cáncer de colon), y el estudio de los lípidos (1).

En contraste a lo expuesto, la Guía Panameña de Salud del Adulto amplía las dimensiones de intervención, incorporando con más fuerza el componente psicológico, que incluye recreación, trabajo y enfermedades laborales, redes personales, y determinantes sociales de la salud (7).

Por la trascendencia que tiene el posicionamiento del **concepto de salud** desde donde decidimos realizar este trabajo y nuestra praxis, es que vamos a recorrer un poco la historia, y cómo fue transformándose desde las diferentes disciplinas de las ciencias sociales:

Saforcada (1988), del campo de la psicología, postula que “la salud es la situación de relativo bienestar psíquico, físico y social –el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia social determinada– considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre el individuo y su ambiente” (8, 9).

Enrique Pichon-Riviere, psicólogo social argentino, plantea la salud como adaptación activa a la realidad, es decir, un proceso dialéctico de interacción creativa, transformadora entre el sujeto y la realidad, entre su mundo interno y su mundo externo. Por lo tanto, los criterios de salud y enfermedad, de normalidad y anormalidad no son absolutos, sino situacionales y relativos. Así, estar “sano” implica aprehender las diversas situaciones que nos toca vivir y transformarlas, modificándonos también a nosotras/os mismas/os.

Desde la sociología, los actuales enfoques sociomédicos refieren que los sistemas de salud deben ser considerados como sistemas sociales y culturales (10).

Al afrontar esta relación entre los factores sociales, la salud y la enfermedad, el profesional de la salud se adentra en relaciones de mayor complejidad, tales como la influencia de la enfermedad o la salud sobre las conductas, y viceversa; dependencia que es influida por la relación del hombre (y la mujer) con su entorno social, por la posición socioeconómica que ocupa, y por su conducta social. Resulta cada día más visible la gran desigualdad social ante la enfermedad y la muerte, que hace imposible soslayar el carácter de

clase de la problemática de salud. La salud o la enfermedad, al igual que la educación o los recursos materiales, son bienes en disputa a los que las/os poderosas/os acceden diferencialmente, y cuyo acceso a las/os dominadas/os se limita en función de los intereses de las/os dominantes (10,11).

Dentro de la antropología médica, Ackerknecht (fundador de la antropología médica norteamericana) en 1940 desarrollaba la idea de entender la medicina como una práctica inseparable del resto de la cultura y sociedad. De esta manera reconocía que la percepción del estado de enfermedad, su diagnóstico depende de factores culturales, y que el tratamiento sigue la lógica de las creencias. En su planteo no solo está presente el reconocimiento de la diversidad cultural, sino que se resalta la existencia de varias medicinas, cada una de ellas ligada a su cultura particular.

Posteriormente, Eduardo Menéndez, antropólogo argentino, desarrolla otra propuesta desde el campo de la antropología médica latinoamericanista. Su perspectiva se construye desde una revisión crítica de la producción teórica elaborada por la antropología clásica y posicionamientos culturalistas posteriores, indicando que la misma ha puesto centralmente la mirada en la estructura de significados y secundarizando la estructura social. Para este autor, en las sociedades la estructura social y de significados incluye condiciones de diferenciación y desigualdad que se expresan no sólo a través de los diferentes sujetos sino de las relaciones sociales que se desarrollan entre ellos. Las diferenciaciones y desigualdades entre los sujetos se expresan en función del lugar que se ocupa en la estructura social (clases sociales), las pertenencias religiosas, étnicas, de edad, género, que en el marco de las interacciones sociales (micro y macro) establecen relaciones de diferenciación y desigualdad, pero también implican procesos transaccionales (12).

Laurell, médica y socióloga mexicana, considera que durante los últimos veinte años ha surgido una corriente de pensamiento en el campo sanitario conocida como Medicina Social, que estudia la salud-enfermedad como una expresión de procesos sociales, estableciendo la necesidad de analizar estos fenómenos en el contexto económico, político e ideológico de la sociedad, y no sólo como procesos biológicos que atañen a los individuos (13). Siguiendo esta visión, el sector Salud no puede actuar solo, porque la mayoría de los factores que la determinan están fuera de su competencia y analizar la salud independientemente de lo social, sería asumir un modelo abstracto y unilateral que mostraría una visión distorsionada

de la realidad, puesto que el hombre al que se quiere brindar salud es un ser vivo que piensa, siente, actúa y se desarrolla en sociedad (10).

Alicia Stolkiner, psicóloga argentina (1987) a su vez, ubica el campo de la salud como territorio de confrontación en el que confluyen y antagonizan cuerpos conceptuales y paradigmas distintos. Cada momento histórico no sólo plasma una particular representación de hombre/mujer y de sus elementos entre sí y con la naturaleza, sino también estructura una ideología, producto de un movimiento permanente de transformación, que transparenta entre sus prácticas sociales el proceso de salud.

El paradigma de salud colectiva es ampliamente superador del paradigma tradicional, en ambos el componente principal de sus programas de acción es el equipo de salud. En el tradicional, este equipo es poco más que monodisciplinar, a diferencia del paradigma de salud colectiva donde el equipo es multidisciplinar. En el primero el componente comunidad es sólo colaborador, y en el segundo es partícipe, entendiendo la participación como tomar parte en los procesos de decisión.

En el paradigma de salud comunitaria, el componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante. Desde este posicionamiento, no se concibe la salud como un estado, sino como un proceso dinámico, activo que nos exige (re)pensar el proceso salud-enfermedad y las prácticas en salud desde la singularidad de cada sujeto y la complejidad de los escenarios que habite. Resulta entonces necesario como trabajadoras/es de la salud del primer nivel de atención, la co-construcción de marcos teóricos que nazcan desde nuestras comunidades (8,9).

Del movimiento de epidemiología crítica latinoamericano surge el concepto de la “determinación social de la salud”, cuya idea central es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico. Las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina, asumiendo a la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual, y sosteniendo una perspectiva conflictual de ésta; en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, y hace que los individuos padezcan el proceso salud-enfermedad-atención de forma diferencial, según clase social, género o etnia. Esta teoría cuestiona así el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo, levantadas por la OMS, cimiento del Modelo Médico Hegemónico (14).

Finalmente y como síntesis a lo expuesto, adherimos a lo postulado por Floreal Ferrara, ex ministro de salud de la provincia de Bs. As, que postula “la salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos” (15).

En sintonía con estas definiciones de salud, es importante pensar las **redes** con la que cuentan los individuos, ya que una red personal estable, sensible, activa y confiable protege a las personas de las enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida, es decir, es salutogénica. Podemos afirmar que existe una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud (16).

Otro concepto importante cuando hablamos de salud es el de **accesibilidad**. Esta se define como una sucesión esquemática de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica, hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de servicios médicos (17). Ha sido definida, también como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población, entendiéndolo como un problema de oferta. A lo largo de la misma, pueden producirse diferentes barreras que será necesario eliminar para facilitar el acceso. Algunos ejemplos de estas son: geográficas, económicas, administrativas o culturales

El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta, es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios de salud a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Por lo tanto, la accesibilidad es la relación entre los servicios y los sujetos en la que tanto unos como otros contendrían, en sí mismos, la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (18).

Desde el Modelo médico hegemónico, por otra parte, el lugar que ocupa la salud de los/as adultos/as jóvenes y medios es el de la búsqueda del “adulto/a sano/a” que pueda repararse para volver al círculo productivo.

Desde los fundamentos del Instituto de Medicina del trabajo se sostiene que “un adulta/o de 30, 35, 40 años que está trabajando 8, 10 o 12 horas por día, conmueve menos (que embarazadas, niños/as y personas mayores); hasta se tiene la impresión de que esta persona está en la plenitud de su vida, y que no tiene mayores posibilidades de enfermarse.

También, las propias fábricas han ido realizando un proceso selectivo que hace que sus obreros sean lo “más sano”, al menos, de la población trabajadora (19).

Todas estas características con respecto a la salud de las/os adultas/o se ven atravesadas de manera transversal por el género y sus desigualdades. El **género** en interacción con la clase social, la edad, etnia, raza y el territorio, se sitúa como uno de los ejes de desigualdad que atraviesan la estructura social, determina jerarquías de poder y conlleva desigualdades en las oportunidades de tener una buena salud. Dentro de los determinantes estructurales relacionados con el género y salud, suelen destacarse procesos como alfabetización y educación, la transición demográfica o la globalización, sin olvidar la posición socioeconómica.

El sistema de género no sólo conforma creencias, valores y costumbres, también contribuye a las diferencias en la exposición y vulnerabilidad. Así mismo interviene tanto en la construcción de las identidades como en la asignación de expectativas y responsabilidades (mandatos), ya que esto subraya los riesgos y problemas de salud que se enfrentan como consecuencia de la interpretación social del papel asignado.

Las desigualdades de género varían a lo largo de la vida, por las distintas características físicas y psicológicas en cada grupo etario, y por las distintas etapas que se atraviesan a lo largo de todo el ciclo vital (20)

El **patriarcado** como categoría de análisis es fundamental para entender la política, el pensamiento y la historia. Nos permite explicar estas desigualdades que existen y los procesos que hacen a la salud integral de la mujer en su contexto socio-histórico. Victoria Sau (1989) ha definido el patriarcado como una “toma de poder histórica por parte de los hombres sobre las mujeres cuyo agente ocasional fue de orden biológico, si bien elevado éste a la categoría política y económica. Dicha toma de poder “pasa forzosamente por el sometimiento de las mujeres a la maternidad, la represión de la sexualidad femenina, y la apropiación de la fuerza social de trabajo total del grupo dominado, del cual su primer, pero no único producto, son los hijos” (21).

Teniendo en cuenta todo lo hasta ahora enunciado, nos posicionamos desde el concepto de **integralidad** que, de algún modo, fusiona muchos de los conceptos antes desarrollados. La integralidad de la práctica que produce cuidado se vincula entonces con el reconocimiento de lo diferente y singular del otra/o en su forma de vivir, de pensar, de estar en el mundo, de desear como productor de vida y de otros saberes. Se trata de dejarse afectar por el encuentro para construir, juntas/os, las estrategias cuidadoras que, desde esta perspectiva, serán integrales. Se trata de poner la centralidad de las prácticas de cuidado en las demandas y necesidades de las personas y de los colectivos para desde allí resignificar modos instituidos como, por ejemplo, la clínica como un espacio de intercambio, compartido, a partir de las necesidades y de los diferentes modos tecnológicos de actuar (22,23)

## **Diseño:**

### **El contexto:**

El lugar donde se desarrolla el trabajo es el barrio de Villa Hudson, Municipio de Florencio Varela, segundo cordón del conurbano bonaerense, provincia de Buenos Aires. El barrio es de densidad urbana y semiurbana, con 110 manzanas y alrededor de 20.000 habitantes, predominantemente adultas/os jóvenes, y niñas/os de edad escolar. Son familias estables, con más de cinco años de estadía en el barrio, provenientes en su mayoría de distintos ámbitos de provincia de Buenos Aires, en menor grado de otras provincias argentinas, y un bajo porcentaje de otros países limítrofes.

Cuenta con instituciones formales como el Centro de Salud, tres escuelas de Educación básica EGB nº50 con ESB nº 16, EGB nº57 con ESB nº52 y EGB nº 5. Dos Jardines de Infantes 522 y 525, ESB 1ª ciclo nocturno. ESB 2º ciclo, se incorpora en el 2014. Dispone de una Sociedad de Fomento, una Unión de Gestión Local, tres comedores con convenio, dependientes del Municipio en su administración, y actualmente se incrementaron notablemente el número de comedores y merenderos sin convenio, sostenidos por ONG y movimientos de desocupadas/os. También existe una red interinstitucional que se reúne quincenalmente para debatir y planificar acciones conjuntas. En la actualidad además se suman varias cooperativas de trabajo, de diferentes movimientos sociales populares.

El 29,85% de la población según los datos del ASIS 2018 tiene necesidades básicas insatisfechas (NBI). Dispone la mayoría de servicio de agua de red, luz eléctrica, gas predominantemente envasado y en algunas viviendas conexión de red. Las/os adultas/os de

nuestro barrio representan el 46.12% de nuestra población; el 30% son adultas/os jóvenes, el 15.12% adultas/os medios, y el 1% adultas/os mayores. El índice de desocupación real, sumando desocupadas/os, temporarias/os y precarios es del 30%, y solo el 29% es asalariado formal. El 28% tiene primaria incompleta, aumentando el índice de escolarización desde las Fines y las cooperativas, y el 22% realiza controles periódicos de salud. El 28% de las adultas/os tiene vacunas completas, y un 46% ha realizado un control de salud odontológico el último año. Sumando mujeres y varones, la utilización de métodos anticonceptivos es del 60%, y del 40% restante sólo el 8% refiere estar en búsqueda de un embarazo. Las principales actividades del tiempo libre son “quedarse en casa con los chicos, cuidar a los Animales, ir al Campo, ir a la Plaza integrar algún grupo religioso, ir a la feria” (3)

El Centro de Salud tiene un horario de funcionamiento de 7 a 19 hs. de lunes a viernes, y los sábados de 8 a 14 hs. El equipo de salud cuenta con tres médicas generalistas, dos psicólogas/os, dos trabajadoras sociales, un dentista, una psicopedagoga, una ginecóloga, cuatro enfermeras/os, una obstétrica, cinco administrativas, y una promotora de salud. La residencia de Medicina General cuenta con tres residentes, el jefe de residentes y la instructora. Son numerosas las formas de acceder para las/os adultas/os: turnos por demanda que se dan en el día; se realiza seguimiento longitudinal con turno programado cuando tienen alguna enfermedad crónica; existe una posta sanitaria móvil que funciona los últimos viernes de cada mes, de entrada libre y sin turno previo donde se hacen controles de salud de niñas/os, adultas/os, embarazadas, control odontológico, vacunación, entrega de métodos anticonceptivos; los viernes funciona un taller de salud sexual donde se entregan turnos para colocación de DIU e implante subdérmico, y en el día se entregan métodos hormonales y de barrera, además de la consejería en derechos sexuales, sexualidad, mitos, etc.; la residencia realiza un ASIS anual, y en cada salida a terreno se entregan turnos programados a las personas que estén con alguna necesidad, y hay un día en que se realiza el consultorio de ASIS; se realizan tres jornadas de PAP al año, los días sábados, de acceso libre y sin turno a las mujeres que lo soliciten; los martes se realiza el testeo rápido de VIH y sífilis, que es puerta de entrada a muchas/os adultas/os; y además funciona la enfermería como una forma de resolver la demanda insatisfecha, ya que atienden por orden de llegada a todas las personas que lo demanden, articulando con las/os médicas/os cuando así lo requiere la situación. Se realizan reuniones de equipo periódicas, se hacen capacitaciones para todo el equipo de diferentes situaciones, y hay espacios para trabajar interdisciplinariamente situaciones

complejas de salud. Además, se realizan según la coyuntura encuentros intersectoriales para trabajar distintas problemáticas barriales.

Sumado a todo esto no podemos dejar de mencionar la profunda crisis socioeconómica que atraviesa el país y nuestra comunidad, esto reflejado este año en el aumento de la demanda de atención por el aumento de desempleo, el aumento de familias en situación de vulnerabilidad social que acuden en búsqueda de recursos básicos, el aumento del número de comedores ante la gran demanda, el avance del narcotráfico en nuestro barrio. Todos estos hechos marcaron el contexto en el que viven las familias de nuestra comunidad.

### **Tipo de Trabajo:**

Este trabajo tiene un diseño **cualitativo** de tipo **Fenomenológico**, cuya finalidad es entender las percepciones de los participantes acerca de su situación. Se pretende explorar, describir y comprender las vivencias de las/os adultas/os. Se busca encontrar puntos en común y contextualizar esas experiencias y de esta forma poder entender la realidad de la situación de este grupo etario, en el barrio de Villa Hudson.

### **Universo:**

Todas/os las/os adultas/os de la población bajo responsabilidad, usuarios/as y no usuarios/as del servicio público de atención del centro de salud de Villa Hudson, Florencio Varela, de entre 21 y 64 años.

### **Muestra:**

Fue una muestra **estratificada intencionada**, ya que corresponde a la división de la población en subgrupos con características internamente homogéneas. Las/os adultas/os que participan de diferentes espacios barriales, instituciones, cooperativas de trabajo, espacios educativos, espacios religiosos y los que asisten a la jornada de salud.

### **Métodos de recolección de datos**

El primero de los métodos de recolección fue durante la jornada de salud integral del adulta/o, donde no hubo turnos programados, sino que se atendió a demanda. Se realizó un día sábado desde las 9 y hasta las 14 hs. Elegimos ese día porque asumimos que hay una gran cantidad de adultas/os que no accedían a atenderse ya que trabajan de lunes a viernes, volviendo a sus casas luego del horario de atención. Allí se utilizó como herramienta una historia clínica preestablecida elaborada y consensuada por el equipo en forma de **entrevista semiestructurada** (ANEXO 1), que abordaba distintas dimensiones de lo que consideramos un

control integral de salud. Se indagó en motivos de consulta y sobre la motivación de la asistencia a la misma, anotando las percepciones de las personas que concurrieron.

La jornada se organizó y se difundió semanas previas a través de carteles en instituciones formales y no formales del barrio, por redes sociales, y el boca a boca. La misma contó con diferentes espacios de atención, promoción, y educación para la salud, llevados a cabo por personal del centro de salud y algunas/os voluntarias/os. Se realizó la pesquisa de SOMF, llevado a cabo por el personal de administración; el testeo rápido de VIH (consejería y toma de muestra realizada por la residencia); vacunación, medición de peso y altura (cálculo de índice de masa corporal IMC), toma de presión arterial, llevado a cabo por las enfermeras; hubo un espacio de promoción de hábitos saludables; se realizó el taller de baile y recreación “moviendo el esqueleto”, que facilita la psicopedagoga; y hubieron varios espacios de consultorio que atendieron las/os residentes y médicas de planta. Además, se realizó un taller de planificación familiar, hubo entrega de métodos anticonceptivos y asesoría sobre violencia de género a cargo de la promotora de salud; se dieron turnos de laboratorio y estudios programados; se hizo entrega de medicación por el personal administrativo. Hubo un consultorio de atención odontológica y se dispuso un espacio para venta de verduras frescas a precios económicos y agroecológicos por el Instituto de desarrollo local del municipio (IDEL), además de consejos de cómo preparar comida saludable, a cargo de las referentes de dos comedores barriales. Hubo consejería sobre hábitos tóxicos, tabaco y alcohol, a cargo de estudiantes de medicina de la UNLP (grupo P.I.N.O), y se facilitó un espacio para recolección de opiniones sobre la jornada, a cargo de una vecina cooperativista del barrio. La distribución y asistencia a los diferentes espacios fue ofrecida de acuerdo a edad, género y necesidad.

Al terminar el control de salud integral cada participante se llevó una libreta de salud del adulta/o, en donde se anotaron: peso, altura, IMC, odontograma, y si había alguna ECNT; también las vacunas que se aplicaron en la jornada. Además, si era necesario se dieron turnos programados para posterior control y seguimiento.

Otro método de recolección utilizado fueron los **grupos focales**, que siguiendo la concepción de Kitzinger son “espacios de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos”. Estos grupos eran internamente homogéneos en su constitución; pero en su selección, heterogéneos

intencionalmente, a fin de recolectar diversidad de percepciones acerca de la problemática y que puedan representarse las diferentes miradas (24).

Se realizaron un total de 4 y contaban con entre 6 y 10 personas. Se contemplaron varios de los espacios preexistentes constituidos en el barrio vinculados al centro de salud. Se concretaron en los siguientes grupos: Comedor Rincón, Capilla Desatanudos, Centro de Desarrollo Infantil “Las Ardillitas” Cooperativa Darío Santillán. Las preguntas disparadoras fueron las siguientes:

- Cuando te dicen Control de Salud ¿en qué pensás?
- ¿Ustedes se hacen controles de salud? ¿Por qué sí? ¿Qué te lo facilita? ¿Por qué no?
- ¿Cómo les gustaría a ustedes que fuese un control de salud?

El último instrumento que utilizamos para la recolección de datos fueron los **mapeos colectivos**, para conocer y caracterizar los perfiles de las/os adultas/os de la comunidad.

Como plantean los autores, entendemos al Mapeo colectivo como “una práctica, una acción de reflexión en la cual el mapa es sólo una de las herramientas que facilita el abordaje y la problematización de territorios sociales, subjetivos, geográficos”. Sobre un soporte gráfico y visual se visibilizan las problemáticas más acuciantes del territorio, identificando a las/os responsables, reflexionando sobre conexiones con otras temáticas, y señalizando las consecuencias.

La variante de Mapeo que utilizamos fue la de “construyendo perfiles” un instructivo prefijado, el dibujo del cuerpo humano, con preguntas preestablecidas para cada parte del cuerpo. El fin de esta técnica es la “señalización sobre figuras para reflexionar acerca de cómo impactan ciertos discursos dominantes sobre los cuerpos, modelando percepciones, imaginarios y significaciones acerca de los roles sociales de sectores o comunidades.”

Se realizaron en total 5 mapeos agrupados por géneros: Comedor Rincón, Capilla Desatanudos, Centro de Desarrollo Infantil “Las Ardillitas”, Cooperativa Darío Santillán. A excepción de la cooperativa en donde se establecieron dos grupos, uno de mujeres y otro de varones, el resto de los espacios estuvieron constituidos en su totalidad por mujeres.

El instrumento prefijado fue el siguiente:

- Cabeza: preocupaciones, pensamientos, qué cosas les gustan y cuáles no, historia que los atraviesa, familia, contexto, hogar.
- Ojos: qué ven, a qué le prestan atención
- Oídos: qué escuchan, a qué le prestan oído, qué cosas prefieren no escuchar
- Boca: qué dicen, qué callan
- Manos: qué hacen en los diferentes momentos (trabajo, tiempo libre, hobbies, cotidianidad)
- Corazón: valores, inquietudes, sentires
- Pies: Por dónde transitan, cuáles son sus recorridos, qué temores o miedos a meter la pata tienen
- Placer- Disfrute: se tomó la totalidad de cuerpo

Finalmente se decidió realizar el dibujo del cuerpo en el momento de la actividad, en vez de llevarla pre armada, y se fue construyendo en base a las experiencias de vida, sentires y representaciones de los grupos, donde las/os participantes fueron guiando la elaboración de la figura humana (25).

#### **Consideraciones éticas:**

Las consideraciones éticas tenidas en cuenta para la realización de los distintos instrumentos de recolección de datos incluyeron un consentimiento informado que se realizó verbalmente, que contemplaba la posibilidad en cualquier momento de revocar la participación de los mismos. A su vez, se garantizó el anonimato al respecto de las percepciones volcadas en los espacios participativos, y se tuvieron en cuenta las actividades descritas por Emanuel, E., que incluye el cambio de opinión durante la investigación (revocabilidad), la privacidad y confidencialidad, la necesidad de compartir los nuevos descubrimientos obtenidos y los resultados de la investigación cuando finalice la misma (26,27).

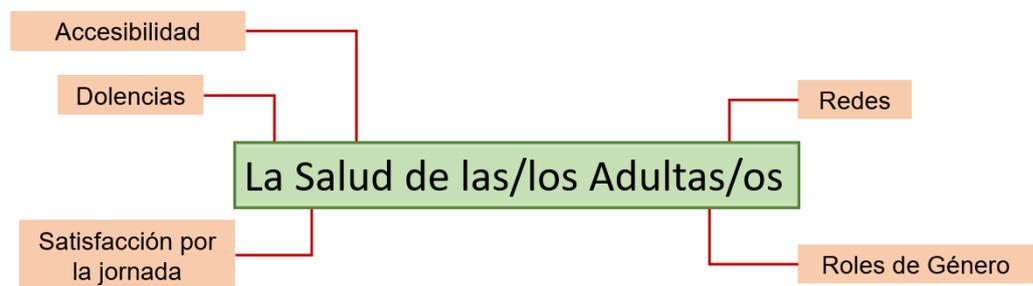
**Resultados:** Las percepciones y las categorías se adjuntan en el ANEXO 2.

**Análisis e interpretación de resultados:**

Adjuntamos los resultados cuantitativos de la Jornada de adultas/os (ANEXO 3). En el análisis que realizamos en la reunión de equipo, hubo acuerdo en que la jornada fue un éxito por la gran asistencia de parte de la comunidad y por el trabajo en equipo e intersectorial llevado a cabo ese día. Nos dimos cuenta de la necesidad de generar ese tipo de jornadas con alguna periodicidad para facilitar el acceso a la atención de las/as adultas/os con los dos criterios ya mencionados.

Del análisis de las entrevistas semi-estructuradas de la Jornada de adultas/os pudimos agrupar las percepciones de las/os adultas/os de la siguiente forma:

**Cuadro 1:**



Una de las cuestiones que quisimos indagar en la jornada es la situación de las/os adultos/as en cuanto a la atención de su salud. Es así que en la mayoría de las entrevistas surgían los temas relacionados a la **accesibilidad**, tanto porque habían discontinuado su atención, como porque nunca habían consultado antes: *"trabajo de lunes a lunes" "tengo problemas de horario por el trabajo y cuestiones familiares"* "No paro todo el día, ando muchísimo".

Aunque estas percepciones dan cuenta de que las cuestiones de accesibilidad tenían que ver por un lado por la oferta de horarios de atención, la disponibilidad de turnos y la priorización de otras cuestiones, entendemos que la accesibilidad no es solo una cuestión de oferta, sino que también entra en juego las subjetividades de las/os usuarias/os. Es así que ante estas dimensiones de la accesibilidad también vemos que se entremezclan los roles de género que condicionan la atención de la salud de las/os adultas/os que atendimos. "En la accesibilidad al derecho a la salud de sujetos y colectivos están presentes, aspectos materiales de producción sociohistórica de masculinidades-femineidades y sus relaciones; sistemas de valores y creencias en relación con los cuerpos y sus cuidados; modelos científicos de interpretación e intervención técnico-profesional" (28).

Por un lado, las mujeres expresaban que relegaban la atención de su salud, porque priorizaban sus roles de cuidadora de sus familias: *“Nunca pude sacar turno, siempre estoy con los chicos.”* *“Vengo siempre (al CAPS) por mis hijos, hoy me tocó a mí.”*

Con respecto a los varones la situación fue diferente. A diferencia de las mujeres, a la Jornada asistieron varones que por primera vez se atendieron en el centro de salud, ya sea porque solo acudían a las guardias o porque antes tenían obras sociales en donde solo se atendían como requisito del trabajo. Los varones expresaron que se sentían saludables, y que fueron persuadidos por sus parejas a atenderse: *“Yo vine porque mi jermu me consiguió el turno”* *“Nunca consulto no me hace falta, desde chiquito aprendí a no necesitar nada externo”*.

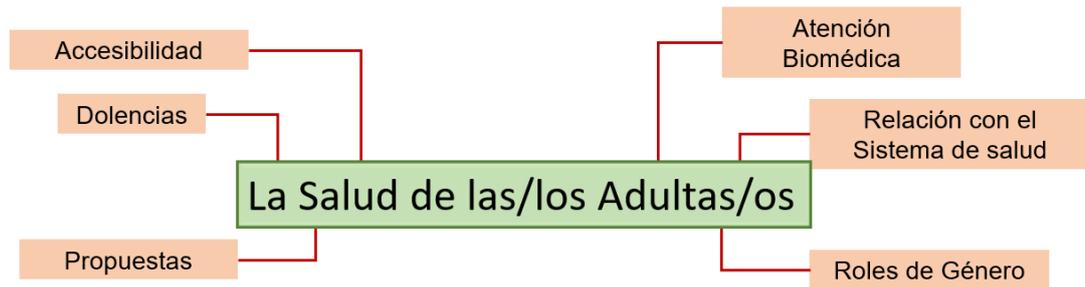
Teniendo en cuenta estas variables descriptas, la comunidad que asistió a la jornada demostró su satisfacción por la misma, resaltando el haber podido aprovechar la oportunidad de poder atenderse.

En el caso de los varones si bien se mostraban sanos y sin ningún problema, tenían dolencias inespecíficas que no tenían una causa orgánica. En el caso de las mujeres sí daban cuenta de la dolencia y consultaban por ello, pero también lo asociaban a alguna causa orgánica. En ambos casos si bien las/os adultas/os asociaban sus dolencias a causas como *“la presión alta”*, *“problemas en el corazón”*, *“problemas en los pulmones”*, *“problemas en el estómago”*, y que esto debería estudiarse con algún examen complementario; en la mayoría de los casos todo era producto de situaciones singulares de cada persona, que generaban distintos grados de sufrimiento, tales como la pérdida de algún familiar, situaciones de violencia de género, situación socioeconómica, desgaste por los mandatos de género de cada una/o, entre otras.

Dimos cuenta que todas estas dolencias requerían un abordaje integral y no solo biomédico para dar respuestas reales a estas necesidades. Es por eso que tanto el acompañamiento y seguimiento, como el aprovechamiento de las otras disciplinas y de las redes barriales se vuelven fundamentales, a esas situaciones que habitualmente desde la hegemonía se les ha dado una respuesta biomédica. *“La clínica no es solo un saber diagnosticar y curar los problemas de salud sino también un proceso y un espacio de producción de relaciones e intervenciones que se dan de un modo compartido en el cual hay un juego entre necesidades y modos de actuar”* (29).

Del análisis de los grupos focales se establecieron las siguientes categorías:

**Cuadro 2:**



Del análisis surge que la mayoría de las/los adultas/os presentan en su imaginario un control de salud basado en el examen físico, cuya categorización fue el **modelo biomédico**: *“Control de salud es que te revisen toda, que te hagan análisis de sangre”* y en la realización de estudios complementarios. Si estos elementos no están presentes, el control es considerado incompleto, *“Análisis, mamografía o ecografía, y un electro(cardiograma) cada tanto”*. La necesidad de escucha no está presente, aunque surge como requisito para una minoría, Muchas/os expresaron que *“el médico no está para eso”*, volviendo a recaer en el modelo biomédico de atención: *“Cada uno con cada cosa, para hablar tenés ir al psicólogo o al trabajador social”*. Sostiene E. Merhy que *“la crisis del paradigma el modo actual del trabajador medico esta puesta en el distanciamiento de los intereses de los usuarios, el aislamiento con respecto a otros trabajadores de salud, el desconocimiento de la importancia de las prácticas de salud de otros profesionales y el predominio de modalidades de intervención centradas en tecnologías duras y un saber estructurado reducido a procedimientos”* (29). Parecería que hemos construido con nuestro accionar este pensamiento en el inconsciente colectivo de nuestra comunidad.

Es impactante a su vez que si bien muchas/os de las/os adultas/os que concurrieron tenían ya diagnosticada alguna ECNT, y eran controlados en OOSS, clínicas, o en el hospital, fue repetida la situación de que su atención se centrara en lo meramente farmacológico, y no en los cambios del estilo de vida: *“vine a la jornada porque uso insulina, pero el diabetólogo nunca me dijo que tenía que hacer dieta” “no sabía que tenía que cambiar la alimentación”*. La atención tiene que tratar de poner la centralidad de las prácticas de cuidado en las demandas y necesidades de las personas y de los colectivos para desde allí resignificar modos instituidos como, por ejemplo, la clínica como un espacio de intercambio, compartido, a partir de las necesidades y de los diferentes modos tecnológicos de actuar (29).

Las/os adultas/os no sienten la necesidad de ocuparse de su salud en términos de cuidado, o bien no tienen tiempo para realizarlo, o les resulta dificultoso el acceso al sistema de salud *“no me hago controles porque soy sano”*; *“¿te digo la verdad?, me da fiaca”*. Prefieren asistir cuando realmente les urge alguna dolencia *“Voy cuando ya no doy más”* o por obligación porque se lo requieren desde el trabajo. Esta percepción de estar saludables, porque pueden levantarse todos los días y hacer sus tareas cotidianas, hace que las/os adultas/os demanden atención médica en situaciones de enfermedad que generalmente las/os incapacita para poder continuar con las mismas.

En los diferentes grupos surgieron muchas **críticas al sistema de salud**, en cuanto a la accesibilidad, horarios, tardanza de turnos de estudios complementarios, *“no es culpa del que atiende, es culpa del sistema que hay mucha gente”*, *“Vos te levantas con toda la buena predisposición y llegas a la salita y no hay más turnos”*. La gran mayoría acude al centro de salud y al hospital local. Si bien las críticas son reales, también se registraron opiniones en las que se expresó cierta confianza hacia el centro de salud *“la salita es diferente porque te dan confianza, porque podés hablar”*, *“vivo acá en la sala”*, *“yo consulto por todo”*. Respecto a la accesibilidad, vemos también que se encuentra influida por cuestiones de **género**, la mujer encargada de las/os hijas/os, de la casa, el hombre que sale a trabajar: *“Vivo retirada de la sala, los turnos son muy tempranos, tenés que organizarte con los chicos para ir.” (mujer)* *“hace mucho que no me hago, la última vez fue para entrar a la empresa” (hombre)*.

“La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil, y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad estriba, principalmente, en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción, pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores” (30).

En los distintos grupos surgieron **propuestas** que tienen que ver con una mayor rapidez respecto a la obtención de turnos y resultados de estudios, también se propuso la escucha como parte de un control de salud ideal, se pidió información para saber por qué sería importante realizarse chequeos *“tiene que tener análisis y que te escuchen”*, *“una charla previa para tomar conciencia de lo importante es el control”*, *“Que empiece y que termine en el día el examen y los estudios”*.

En cuanto al concepto **holístico** de su salud, algunos perciben que hay otras esferas que forman parte de la misma, surgieron cuestiones que tienen que ver con la salud del adulta/o, como por ejemplo, poder sentirse bien consigo mismo y con los demás, generar

redes continentes para la cotidianidad, formas de vincularse, actividades que pueden realizar por gusto, placer, crecimiento propio, *“me gusta ver felices a mis hijos”, “Verme linda y hermosa, me amo como soy. Dios me conserva bien.” “juego a la pelota con mis amigos” “Hago un curso de jardinería” “Hablamos entre nosotras acá, es un espacio de contención, me hace bien este lugar”, “me gusta ir a la escuela”.*

Como contracara al disfrute, aparecieron las **preocupaciones**, se mostró temor por el presente de sus hijas/os, la falta de actividades y oportunidades para las/os adolescentes, miedos por la realidad actual del barrio, las drogas, el consumo, la violencia, que la crisis económica y social del país acrecienta: *“mi hijo no tenía nada para hacer y agarró la calle”, “me duele no encontrar la solución para que mi hijo no se vaya de la casa”, “los jóvenes no tienen proyecto, están desfasados, no les dan bola solo les importa los buenos alumnos” .*

Los **Mapeos colectivos** que realizamos en los diferentes espacios nos permitieron profundizar mucho más en las realidades de las/os adultas/os, tanto en la percepción de su salud, en sus redes, en sus pensamientos, sentimientos y estrategias de cuidado.

En cuanto a los varones, durante la realización del mapeo se encontraban cohibidos, reservados, no tan abiertos para hablar, poco dispuestos. Posiblemente se deba a que no están acostumbrados a expresar lo que sienten, sus preocupaciones y dificultades. Sus respuestas eran acotadas y reflejaban pensamientos concretos desde donde era difícil el desarrollo de cada idea o reflexión acerca de los temas que surgían. Pudimos percibir que sus preocupaciones giraban en torno a la familia, el trabajo, la economía, el paso del tiempo y el deterioro físico. Estas situaciones que atraviesan y marcan con mayor impacto a los hombres, inferimos que ocurren por su rol de género, que los posiciona en un lugar de mayor indefensión para enfrentar todo aquello que pudiera surgir y que, en muchos casos, desemboca en toma de decisiones que llevan a situaciones de mayor dificultad como consumo problemático de alcohol, drogas, alejamiento de la familia y del entorno contenedor. En cuanto al alcohol, existe en muchos casos un consumo problemático: *“mi mujer casi me echa porque llegaba en pedo” “casi pierdo a mi familia por el alcohol”, “Mi papá era alcohólico y siempre peleaba con mi mamá... por eso no quiero tomar...nunca entendí que se siente tomar alcohol”, “Vos tomabas para esquivar las penas”, “por el alcohol se enojó mi señora y no me quiere ver hace 7 años.”*

Hubo diferencias en la actitud entre el espacio grupal y lo que observamos en el espacio individual de la consulta en los varones. En los espacios grupales, parecían tener una

limitación para expresar sus preocupaciones y emociones, quizás por la mirada de otros hombres. Esta situación no se ve reflejada en el espacio individual de las consultas, donde independiente de la persona que los recibe (hombre o mujer) se evidencia la necesidad de hablar. Quizás sea por un modelo de atención que apunta a una escucha activa, sin prejuicios y con la intención de ver más allá de lo biomédico; o tal vez se sienten más cómodos por no sentir la mirada de esos otros, atravesada por los mandatos culturales, que esperan que responda de determinada manera, sin mostrar que sufre, llora, y se emociona al hablar de su familia, porque todo ello lo haría menos fuerte y por lo tanto menos masculino.

Pocos tenían una actividad recreativa y proyectos. Solo un joven de un grupo expresó su deseo de viajar y conocer otros lugares, el proyecto de una casa y proyectos hacia el futuro. Pudo percibirse que es tal la situación de vulnerabilidad, que en su mayoría las/os adultos/as atraviesan lo cotidiano, con dificultades para poder sobrellevar diariamente las necesidades humanas básicas como la alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, etc. Ambos grupos tiene una visión pesimista de la realidad: *“violencia, se lastiman a personas, las drogas, la inseguridad, las personas están muy aceleradas, la corrupción”* Aunque las mujeres, jefas y sostén de familia en muchos casos, además del trabajo eligen hacer y aprender otras actividades, obtener herramientas, formarse en cursos, terminar la escuela, tener proyectos. Esto no se hizo muy consciente en la oralidad, pero sí se expresó en las partes emergentes del cuerpo en los mapeos colectivos, como *“a ponerle el pecho” “a poner las ganas y a salir de vuelta” “las ganas de vivir, de progresar” “ fuerza en mi trabajo, en mi estudio”*.

En los grupos en los que compartimos con las mujeres pudimos visualizar que el apoyo entre ellas, el compartir situaciones difíciles y la escucha, hace que estos espacios sean muy valorados, ya que encuentran en ellos la contención que necesitan: *“Cuando me pasa algo o estoy mal, yo sé que en el grupo voy a encontrar sentirme mejor”, “las llamo y yo sé que están”*. Estos vínculos que generan entre ellas son algo poderoso y permite que siempre estén buscando salida a situaciones sin importar su gravedad, o cuan extremas sean, porque en ellos es donde encuentran el impulso para seguir luchando: *“Con todo lo que me pasó en la vida... ya no le tengo miedo a nada”*. Esto las caracteriza y las diferencia de los hombres que, en este sentido, se mantienen aislados, sin compartir con amigos o personas de su confianza, tratando de cargar solos con lo que los aqueja y este comportamiento los hace más **vulnerables**. Se atribuyen ser sostén y proveedores económicos, hombres fuertes, protectores, que no se enferman, que no están tristes, que no necesitan contención, que no tienen miedos o

preocupaciones. Entre los hombres surgió la mentira cuando se les preguntó que veían. Ellos la refieren como el ocultamiento de aquello que les afecta y la percepción de falta de interés de las personas que los rodean. Frases como: *“decir que estas bien pero no le contás nada a nadie”, “el mentir lo que nos pasa realmente, decir que estamos bien, cuando no es así... a nadie le importa”*. *“Yo quiero estar bien por mi familia”*.

Los diferentes grupos de mujeres coincidieron en la importancia del **compañerismo**, de la complicidad, de la confianza y de la escucha que hay entre ellas. Todo lo anterior fue mencionado como algo importante en sus lugares de trabajo a los que consideran sus puertas de escape y espacios donde encuentran apoyo y comprensión, donde hablan ya que prefieren no hacerlo en sus casas ni con el resto de sus familias. Ir a trabajar les produce felicidad porque ayudan a las/os niñas/os y temor en hacer algo mal con los chicos de los demás y con los propios. *“Ante situaciones de vulneración de derechos, los sujetos y colectivos atraviesan procesos de reflexividad y de participación en los que se reconocen de distinto modo, y se desarrollan acciones que son instituyentes”* (29).

Las mujeres, en general, tienen una gran sensibilidad social y son, en su mayoría, creyentes de iglesia evangélica o católica. Son cuidadoras, sostén de la casa, preocupadas por la economía, comprometidas con la comunidad, resilientes y atravesadas por la maternidad significativamente, considerando a sus hijos su motivo de mayor felicidad. Siempre pendientes de las necesidades de aquellas/os que cuidan, generalmente pareja e hijas/os. No se encuentran conformes en el lugar donde viven, *“en mi casa no estoy bien” “no quiero estar, necesito estar activa”, “al final recibís más ayuda de los de afuera que de tu propia familia”, “se quieren embarazar para irse de la casa”*. Cuando se les pregunta los lugares por donde transitan, ellas responden en su mayoría *“¿por dónde no?”*, haciendo referencia a su extensa tarea y que todo es a pie, a pulmón. Al mencionar los lugares específicos, hacen referencia a la escuela (por llevar a sus hijas/os, o por concurrir ellas mismas), la iglesia, el mercadito, la salita, la plaza del barrio, el centro de Varela. Mientras que algunas reconocen esquivar los caminos que las conducen por los lugares donde saben que venden droga a las/os adolescentes del barrio.

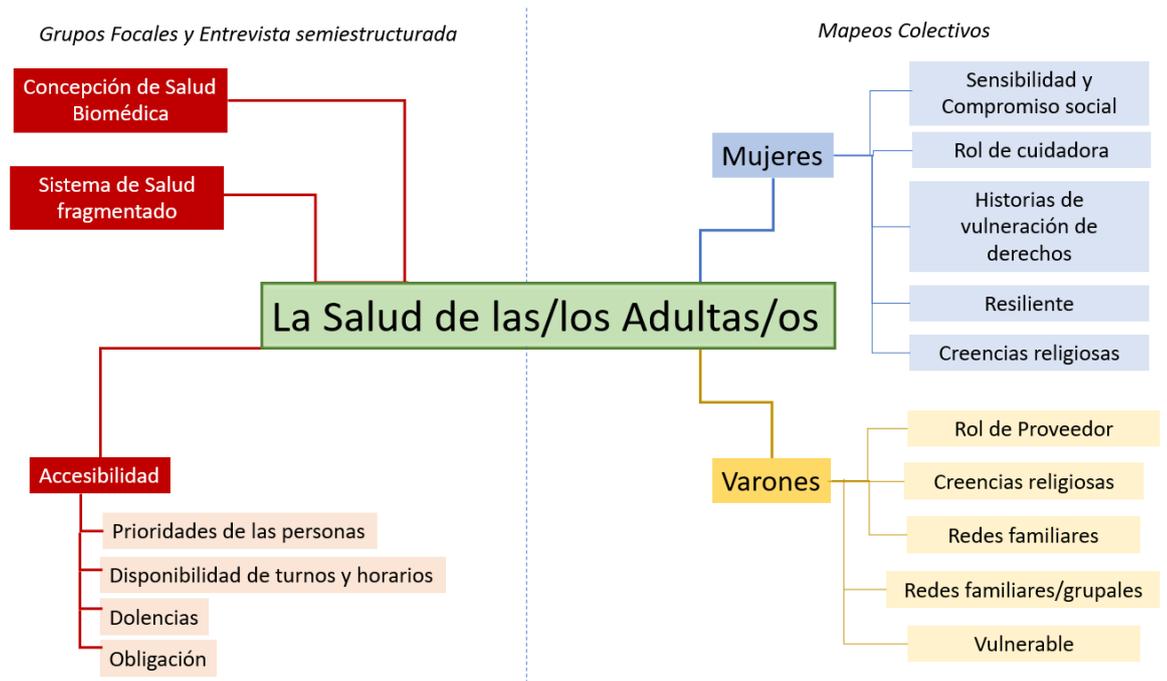
Dentro de los grupos de hombres, el placer se ve representado por las mujeres, el fútbol y tomar con amigos. En cuanto al placer ligado a la mujer, se evidenció la cosificación del cuerpo femenino *“ahora que viene el calor, tienen menos ropa”* a la vez que buscaban complicidad con sus pares para dar lugar a más comentarios de este estilo. Fue emergente en

el mapeo, y propuesto por uno de ellos, el dibujar una gota de baba por debajo de la boca. En el estereotipo de “hombre macho”, que tiene que mirar mujeres, decir y opinar de sus cuerpos, pensarlas como objeto de placer sexual, proveedoras de hijas/os y cuidadoras del hogar. No hay una sensibilización sobre temas como violencia de género, ya que solo uno de todos los hombres se atrevió a dar una respuesta diferente y habló de femicidios. Las masculinidades se hallan fuertemente enraizadas en el barrio, y están basadas en la heteronormatividad, apoyada en gran parte por las religiones y esto se ve en la conformación de la familia de tipo nuclear, que es de las más numerosas. Se refugian en el fútbol como algo que les gusta, algo de lo que hablar, un gusto para compartir con sus compañeros, y una excusa para generar vínculos y reunión. También en respuesta a sus deseos insatisfechos, inseguridades y angustias, se escudan en hábitos tóxicos, como el alcohol en su mayoría, como forma de placer, de olvido y distracción, como ya hemos mencionado.

La mayoría de las mujeres encuentra **placer** en ver bien a sus hijos, salir con amigas, a caminar, estudiar o ir a la iglesia, *“poder acostarme a mirar tv y comer”*, disfrutar de la naturaleza, ir a pasear. Estas respuestas las obtuvimos al repreguntar, ya que como denominador común las primeras respuestas se limitaban al placer ligado a la felicidad y desarrollo de otras/os, en especial sus hijo/as, o de los hijo/as de otro/as, quedando en evidencia la postergación propia, de sus cuerpos, salud, sueños y proyectos personales. No hay consciencia de sí mismas. El placer relacionado a la sexualidad y a la genitalidad surgió solo luego que lo preguntaremos explícitamente, momento en el que una mujer expresó en voz baja que para ella es lo primero. La sexualidad relacionada a la genitalidad se vive como tema tabú en estos grupos de mujeres, como algo que genera vergüenza y que no todas disfrutan gracias a dos condicionantes principales que son la religión, por un lado, y la violencia de género por otro ya que muchas sufrieron violencia por años, *“a mí me violaban”, “él me pegaba, me violaba”, “es un alivio ya no tener relaciones sexuales”, “hay mucho degeneramiento”*.

Para finalizar con el análisis y después de haber realizado la categorización y triangulación múltiple de las mismas y siguiendo los fundamentos del diseño fenomenológico sintetizamos el análisis relatado previamente en el siguiente esquema.

### **Cuadro 3:** (31,32)



## Conclusiones:

Luego de acercarnos a la población adulta de Villa Hudson, de conocerla, vincularnos y analizar lo que ocurre alrededor de su percepción sobre la salud, podemos plantear que existen tanto factores generales como particulares que inciden sobre el acceso de los mismos al derecho a la salud.

A nivel general el **capitalismo** - que caracteriza a esta etapa histórica- define al adulta/o joven como “población económicamente activa”, posicionándolo como pilar fundamental para su sostén. Para este modelo, la/el adulta/o joven tiene como función principal la producción de bienes económicos y por ende necesita considerarlo la mayor parte del tiempo, un ser biológicamente sano, incapaz de demandar al sistema de salud prácticas de cuidado, hecho que incluso se ve reforzado en la bibliografía consultada. De esta manera, la población de este rango etario queda en desigualdad de condiciones respecto a otras, consideradas vulnerables, como la pediátrica o las/os adultas/os mayores. Las jornadas laborales suelen coincidir con los horarios de atención que ofrece el sistema de salud, dificultando el acceso a la consulta.

A su vez, los **roles de género** socialmente asignados tanto a hombres como a mujeres afectan la salud de la población adulta, en tanto y en cuanto el hombre “proveedor” y la mujer “cuidadora” del grupo familiar relegan el cuidado de su salud, para cumplir con “lo esperado”.

Todo lo anterior actúa sinérgicamente para favorecer las principales **barreras al acceso** que determinan que la/el adulta/o acuda al sistema de salud solo ante una dolencia puntual, quedando desplazada la concepción de prevención de la salud. Cuando se logran vencer esas barreras, la población demanda a las/os profesionales de la salud resolutivez, traducido en diagnósticos efectivos, rápida efectivización de métodos complementarios y la garantía de un tratamiento eficaz y accesible. La población le exige al sistema de salud tecnicismo e individualidad ya que las otras dimensiones que componen la salud de los individuos - apoyo, contención, acompañamiento, sensibilidad social- la obtienen de los espacios de organización barrial ya consolidados en nuestra comunidad. Estos grupos (grupo de mujeres, cooperativas, comedores, merenderos, etc.) han colaborado en la construcción propia de salud de nuestras/os adulta/os debido a que en estos espacios luchan. Esto va en consonancia con el concepto de salud enunciado por Floreal Ferrara, ya mencionado en el marco teórico, que entiende a la salud como la capacidad de luchar ante los conflictos de la vida.

De todo lo anterior surge la necesidad de replantear nuestra praxis siguiendo lo expuesto por Emerson Merhy: “Cuando una usuaria/o de un servicio de salud busca ayuda, no está buscando simplemente exámenes, sino una solución a su problema, complicidad con él, y no solo la seguridad ilusoria de exámenes y procedimientos; buscan relaciones de confianza y la seguridad, que todo se hará para defender y restaurar su vida, para restituir la autonomía deseada”.

Esa “complicidad” a la que hace alusión Merhy resulta fundamental para la construcción y consolidación de una modalidad de atención integral que rompa con el modelo biomédico tradicional. La escucha activa, la interdisciplina, la intersectorialidad y las redes han sido las herramientas más poderosas con las que hemos contado para generar los encuentros con las/os adultas/os de nuestro barrio. El fortalecimiento de los vínculos con diferentes sectores nos permitió enriquecer nuestra mirada sobre las percepciones de salud de la población y a su vez funciono como facilitador de acceso a controles de salud de las/os participantes en términos de reciprocidad. Aquellos sectores con los que no se contaba con un vínculo previo no se lograron concretar los encuentros pactados.

Consideramos importante resaltar que otro factor que condicionó los encuentros con las/os adultas/os fueron las jornadas de paro en el contexto de lucha de los/as trabajadores de cooperativas y docentes frente a la crisis económica y social que atraviesa nuestro país.

Esto, sumado al vaciamiento que vivimos en el sector de la salud con la implementación de la Cobertura Universal de Salud, determina las condiciones de vida, de salud y el modo de enfermar de los pueblos.

*"La comunidad dueña de su salud, y por lo tanto poseedora del poder de decisión sobre la misma, será mucho más sana y longeva que aquella que lo haya enajenado". (9)*

### **Propuestas:**

Frente a lo relevado por los diferentes instrumentos, los resultados obtenidos y el análisis realizado surgen como propuestas de trabajo:

- Mejorar el acceso: La realización de jornadas periódicas de control integral de salud para las/os adultas/os de Villa Hudson. Las mismas serán llevadas a cabo los días sábados sin turno previo.
- Generar un espacio de atención semanal que dé respuesta a la demanda espontánea de salud de las/os adultas/os. Esta propuesta se sumará a la oferta diaria de atención, y será sostenida por todo el equipo de salud, que se distribuirá en distintos turnos de trabajo.
- Difundir y promover los dispositivos de entrada libre ya preexistentes: postas sanitarias mensuales y móviles, coordinación de turnos en territorio durante la realización del ASIS, jornadas mensuales de realización de PAP, consultorio semanal de PAP sin turno previo, taller semanal de métodos anticonceptivos con acceso libre- Estas propuestas surgen como estrategias de acceso, tendientes a contribuir con la disminución de las barreras impuestas por el sistema de salud, que han sido identificadas por los adultos de nuestra comunidad.
- Crear espacios para el cuidado de la salud de los hombres de Villa Hudson, que habiliten a reflexionar las masculinidades que atraviesan a los adultos de nuestra comunidad. Esta estrategia apunta a romper con las construcciones de género que obstaculizan el acceso a la salud como derecho fundamental de todas las personas.
- Aportar resolutivez en la respuesta a las problemáticas de salud mediante el fortalecimiento del trabajo en equipo y en red, generando espacios de reflexión colectiva y la continua interpelación de nuestras prácticas.

- Generar encuentros con la comunidad para la creación de espacios que fomenten la participación activa de las/os adolescentes y adultas/os jóvenes en el proceso de construcción de propuestas deportivas, artísticas, educativas y culturales que contribuyan a elevar el nivel de salud de los mismos. Dichas propuestas se constituyen como estrategias de abordaje a la problemática del consumo de sustancias que surge como la más preocupante situación emergente en todos los grupos.
- Generar vínculos con nuevos sectores que aporten a fortalecer el entramado de redes y recursos necesarios para la atención integral de la salud de las personas.

## Referencias bibliográficas:

1. Zepeda, C. A. J. (2011). El examen médico periódico del adulto asintomático. *Revista Médica Hondureña*, 79 (2), 94-97.
2. Agency for Healthcare Research Quality. U.S. Preventive Services Task Force (USPS).(2018). Clinical Guidelines and Recommendations. Rockville, MD. Recuperado de <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/index.html>
3. Residencia de Medicina General Villa Hudson (2018). Análisis de Situación Integral de Salud 2016 y 2017.
4. Langdon E. J., y Wiik F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 18 (3), 177-185. Recuperado de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf)
5. Ministerio de Salud de la Nación. (2016). Manual para el cuidado Integral de Personas Adultas en el Primer Nivel de Atención. Recuperado de: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000816cnt-2016-09\\_manual-para-el-cuidado-integral-de-personas-adultas.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000816cnt-2016-09_manual-para-el-cuidado-integral-de-personas-adultas.pdf)
6. Krogsgoll L. T., Jorgensen K. J., y Gotzsche P. C. (2019). Controles generales de salud para la reducción de enfermedades y de la mortalidad. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2019*. Recuperado de: <https://www.cochrane.org/es/CD009009/controles-generales-de-salud-para-la-reduccion-de-enfermedades-y-de-la-mortalidad>
7. Ministerio de Salud de Panamá. (2018). Normas técnico administrativas de los programas de Salud de Adulto y Adulto Mayor. Recuperado de: [https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/2018\\_pan\\_norma\\_adulto\\_adulto\\_mayor.pdf](https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/2018_pan_norma_adulto_adulto_mayor.pdf)
8. Saforcada E. (2010). Acerca del Concepto de Salud Comunitaria. 1 (1):7-9. Recuperado de: <http://www.aou.org.uy/pdf/estructura/Saforcada.pdf>
9. Sarriera J., Saforcada E., y Alfaro J. (2015). Salud Comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nuevos Tiempos.
10. García Ávila I., Benítez Pérez C. (2014). *Medicentro Electrónica*, 18 (1). Recuperado de: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1625/1336>

11. Balarezo-López G. (2018). Sociología médica: origen y campo de acción. *Revista Salud Pública*, 20 (2): 265-270.
12. Ringuelet R. (2013). Temas y problemas en antropología social. La Plata, Argentina
13. Laurell A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médicos Sociales*, (37). Recuperado de: <http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n37a138.pdf>
14. Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1): 13-27.
15. Svampa M. (2010). Certezas, incertezas y desmesura de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara 1ra Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Biblioteca Nacional.
16. Ministerio de Salud de la Nación. Módulo 9: Salud y Redes. Recuperado de: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001034cnt-modulo\\_9\\_salud-redes.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001034cnt-modulo_9_salud-redes.pdf)
17. Arredondo A., y Meléndez V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de Salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*, 34 (1): 36-46.
18. Comes Y., Solitario R., Garbus P., Mauro M., Czerniecki S., Vázquez A., y Stolkner A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14: 201-209. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
19. Testa M. (2014). La medicina del trabajo en el gobierno nacional y popular. *Salud Colectiva*, 10 (1): 109-116.
20. Escuela Andaluza de Salud Pública. Guía de Indicadores para medir las desigualdades de género en Salud y sus determinantes. Recuperado de: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/ep-escuelasaludpublicaproject/guia-de-indicadores-para-medir-las-desigualdades-de-genero-en-salud-y-sus-determinantes/>
21. La Revuelta, Colectiva Feminista (2010). Patriarcado y Género. Recuperado de: [http://www.larevuelta.com.ar/articulos/ST\\_2010\\_01\\_31\\_c.html](http://www.larevuelta.com.ar/articulos/ST_2010_01_31_c.html)
22. Terenzi Seixas C., Merhy E. E., Staeve Baduy R., y Slomp Junior H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del sistema único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12 (1): 113-123.

23. Merhy E. E., Feuerwerker L. C. M., y Silva E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*, 8 (1): 25-34.
24. Kitzinger J. (1995). Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311 (7000): 299-302.
25. Risler J., y Ares P. (2013). Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales. Buenos Aires, Argentina: Tinta Limón.
26. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Programa Regional de Bioética (2003). Pautas éticas de Investigación en sujetos humanos. Nuevas perspectivas. Recuperado de:  
[https://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=82-pautas-eticas-de-investigacion-en-sujetos-humanos-nuevas-perspectivas&category\\_slug=documentos-tecnicos&Itemid=1145](https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&alias=82-pautas-eticas-de-investigacion-en-sujetos-humanos-nuevas-perspectivas&category_slug=documentos-tecnicos&Itemid=1145)
27. Emanuel E. (1999) ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En Pellegrini A., y Macklin R., *Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional* (33-46). Santiago de Chile, Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS.
28. Zaldúa G., Longo R., Sopransi M. B., y Lenta M. M. (2013). Vulneración de derechos y alternativas de exigibilidad en salud comunitaria. *Anuario de Investigaciones*, 20 (1): 265-275.
29. Batista Franco T., Merhy E. E. (2016). Trabajo, producción del cuidado y subjetividades en salud: textos seleccionados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
30. Miranda Guerra A. de J., Hernandez Vergel L. L., y Rodríguez Cabrera A. (2009). Calidad de la atención en salud al adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25 (3):11-24.
31. Sampieri Hernández R., Fernández Collado C., y Baptista Lucio M. del P. (2014). Metodología de la Investigación 6ta Ed. México D.F, México: Mc Graw Hill.
32. Pineda E. B., de Alvarado E. (2008). Metodología de la Investigación 3ra Ed. Madrid, España: Organización Panamericana de la Salud.

**ANEXO 1: Historia Clínica-Entrevista Semi-estructurada**

**Historia Clínica Adultxs – Centro de Salud Villa Hudson**

<b>Nombre y Apellido:</b>	<b>DNI:</b>	<b>FN:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Teléfono o celular:</b>	
<b>Genograma:</b>	<b>Trabajo:</b> Formal / Informal / Cuentapropista / Temporario/ Trabajo precario / Cooperativa / Desocupadx <b>Soporte Social:</b> AUH / PMP / Disc / Otros: <b>Vivienda:</b> Materiales de paredes    piso    techo <b>Hacinamiento:</b> <b>Sistema de Excretas/Agua</b> <b>NBI: Si / No</b> ¿Cuáles? <b>Educación:</b> PC / PI / SC / SI / Analfabeto / LC precaria	

<p><b>Antecedentes personales:</b></p> <p>1era vez de control? ¿por qué ha consultado habitualmente? ¿Dónde?</p>	<p><b>Hábitos:</b></p> <p>Fuma/No fuma</p> <p>Alcohol:</p> <p>Otras Sustancias:</p>
<p><b>Antecedentes familiares:</b></p>	<p><b>MAC:</b></p> <p>Acceso a MAC: ¿cúal? ¿donde?</p> <p>Uso correcto / incorrecto</p>
<p><b><u>Redes</u></b></p> <p><b>Familiares:</b></p> <p><b>Institucionales:</b></p> <p><b>Recreativas:</b></p>	<p><b>Salud Bucal:</b></p>



**Estrategias de seguimiento:**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

## ANEXO 2: Resultados

### Resultados cualitativos de la Jornada de Adultos/as:

Categorías	Codificación
Accesibilidad	<p><i>"trabajo de lunes a lunes"</i></p> <p><i>"tengo problemas de horario por el trabajo y cuestiones familiares"</i></p> <p><i>" me controlo por DBT e HTA en el hospital, pero no puedo ir por cuestiones económicas"</i></p> <p><i>"vengo esporádicamente a la salita, y hoy quiero aprovechar el control de salud"</i></p> <p><i>"desde que me quedé sin la obra social no me control o" (varón con ECNT)</i></p> <p><i>"tengo Diabetes y el diabetólogo solo me da la insulina, pero no sé qué comer" adulto de 33 años</i></p> <p><i>"Yo tengo un polirrubro y estoy de lunes a viernes atendiendo y hoy sábado se pudo quedar mi marido."</i></p> <p><i>"Aproveche esta oportunidad, no puedo de lunes a viernes, tengo esta pelota en el cuello hace 4 meses", varon 33 años</i></p> <p><i>"No paro todo el día ando muchísimo"</i></p> <p><i>"Tengo Diabetes e Hipertensión, me hacía ver con la Dra Ana, pero mi hermana estaba mal y deje de venir."</i></p> <p><i>"Nunca tenía tiempo, para venir a los controles y necesitaba el enalapril."</i></p> <p><i>"Perdí mis controles de DBT porque mi mama se enfermo y tuve que cuidarla."</i></p> <p><i>"Trabajo de lunes a viernes como mucama en vicente lópez me voy a las 5am, vuelvo a la noche nunca puedo ir al médico"</i></p>
Género	<p><i>"Vengo siempre (al CAPS) por mis hijos, hoy me tocó a mi"</i></p> <p><i>"nunca consulto, la última vez fue por una infección en el dedo (...) no alcanza, no hay tiempo para esas cosas"</i></p> <p><i>"Yo vine porque mi jermu me consiguió el turno"</i></p> <p><i>"Nunca pude sacar turno, siempre estoy con los chicos."</i></p> <p><i>"Durante la semana tengo que llevar a los chicos a la escuela, no tengo tiempo para venir."</i></p> <p><i>"Hace 4 años que no vengo, estuve con las cosas de mi hermano que tuvo un tumor oncológico, después mi mamá también tenía una enfermedad en la médula ósea. Estoy todo el tiempo en Lomas."</i></p> <p><i>"Nunca consulto no me hace falta, desde chiquito aprendí a no necesitar nada externo"</i></p> <p><i>"La última vez que vine fue en el embarazo"</i></p>

<b>Satisfacción por la Jornada</b>	<p><i>"Hago muchas cosas en la semana, en el comedor, con los chicos, de acá para allá y mis hijos me reclaman que no estoy en casa, esta era una buena oportunidad."</i></p> <p><i>"Tuve un ACV hace unos años, después tuve que empezar a trabajar, ando muy estresada y aprovecho esta jornada para hacerme atender"</i></p> <p><i>"Gracias por la atención me voy muy conforme"</i></p> <p><i>"Gracias por esta oportunidad"</i></p>
<b>Recreación</b>	<p><i>"Salgo con el carro y de paso junto cosas para mi."</i></p> <p><i>"Estoy en Evita descamisados, voy a dar clases de apoyo"</i></p> <p><i>"Juego a la pelota"</i></p> <p><i>"Paso el fin de semana en casa"</i></p> <p><i>"Voy a jugar al futbol"</i></p> <p><i>"Voy a la iglesia evangelica pentecostal"</i></p> <p><i>"juego a la pelota con mis amigos"</i></p> <p><i>"Hago un curso de jardineria"</i></p> <p><i>"Hago un curso de peluqueria"</i></p> <p><i>"una vez a la semana viene una nutricionista de cormillot"</i></p> <p><i>"Hacemos partidos de fútbol"</i></p> <p><i>"Ayudó en el comedor y me gusta estar con los chicos"</i></p>
<b>Dolencias</b>	<p><i>"vengo a un control de salud, pero quería sacarme la duda de unas lastimaduras que tengo en los pechos"</i></p> <p><i>"vengo por control, pero tengo un dolor en la costilla"</i></p> <p><i>"Nunca me hice el control de salud, pero también vine porque tengo los pechos lastimados y me pican mucho."</i></p>

	<p><i>"Aproveche esta oportunidad, no puedo de lunes a viernes, tengo esta pelota en el cuello hace 4 meses, varon 33 años"</i></p> <p><i>"Tuve un ACV y tengo presion alta, mis patrones me dijeron que vaya."</i></p> <p><i>"perdi a mi mamá, me agito, tengo palpitaciones, dolores en el brazo en los pulmones, (trae un ECG)"</i></p> <p><i>"Tengo estos dolores de espalda"</i></p> <p><i>"Me duele mucho el cuello"</i></p> <p><i>"Tengo dolores en el cuerpo y también dolor de cabeza"</i></p> <p><i>"Desde que falleció mi mama me duele todo el cuerpo y la cabeza"</i></p> <p><i>"Me falta el aire, me duele el pecho"</i></p> <p><i>"Me duele el estomago, no puedo comer nada, me agarran náuseas"</i></p> <p><i>"Tengo dolores en el Pecho"</i></p> <p><i>"Me duele el brazo, la cabeza, me siento cansada"</i></p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### **Resultados de los Grupos focales:**

<b>Atención Biomédica</b>	<p><i>"El control de salud es la presión, si tiene diabetes, análisis, un chequeo. "</i></p> <p><i>"análisis, mamografía y ecografía y un ecg cada tanto"</i></p> <p><i>"yo por lo menos quiero que me hagan todo, placa, orina, hiv, hpv"</i></p> <p><i>"Control anual, chequeo de salud, todo lo que sea clínico, ginecológico... (nombra el pap)"</i></p> <p><i>"Para ver cómo funciona el cuerpo"</i></p> <p><i>"saber como estas de salud"</i></p> <p><i>"Para ver como estas, todo el cuerpo, la cabeza los pies y el estómago" Varón</i></p> <p><i>"No es ir al medico cuando te pasa algo, si no no es control."</i></p> <p><i>"Control de salud es que te revisen"</i></p> <p><i>"análisis completo, orina, peso"</i></p>
<b>Preocupaciones</b>	<p><i>"Mi hijo consume me gustaría que hubiese un espacio en la salita para que lo ayuden"</i></p>

	<p><i>“a los padres jóvenes que les den consejos para ser responsables”</i></p> <p><i>“me duele no encontrar la solución para que mi hijo no se vaya de la casa.”</i></p> <p><i>“los jóvenes no tienen proyecto están desfasados, no les dan bola solo les importa los buenos alumnos”</i></p> <p><i>“mi hijo no tenía nada para hacer y agarró la calle”</i></p>
<p><b>Género/Rol de cuidadora</b></p>	<p><i>“si me pasa algo veo que esté todo controlado y puedo ir, y a veces se me pasa antes de ir”</i></p> <p><i>“Entre el tiempo de la cooperativa y mis hijos, llevarlos ya me pone nerviosa”</i></p> <p><i>“No me hago ningún control, me cuesta ir no me gusta ahora voy por el nene que se enferma a cada rato.”</i></p> <p><i>“Vivo retirada de la sala, los turnos son muy tempranos, tenes que organizarte con los chicos para ir.”</i></p> <p><i>“mi ex pareja me pego con un caño en la mano y me cuesta escribir.”</i></p> <p><i>“primero mis hijos y después yo”</i></p> <p><i>“mi pareja me pegaba, ya estoy separada, y me da miedo levantarme temprano para ir a la salita, ahora estoy con mareos debería ir”,</i></p> <p><i>“Esta bueno porque mi mujer se hizo y le encontraron un montón de cosas yo me tendría que hacer.”</i></p>
<p><b>Masculinidades/ Rol de Proveedor</b></p>	<p><i>“No me hago controles porque soy sano” “te digo la verdad me da fiaca”</i></p> <p><i>“hace como 3 meses tenia turno, pero me olvide, soy re colgado”</i></p> <p><i>“Antes me hacia porque me jugaba al fútbol”</i></p> <p><i>“la última vez que me hice fue cuando trabajaba en limpieza”</i></p>

	<p><i>"hace mucho tiempo que no me hago, me hicieron para entrar a la empresa"</i></p>
<p><b>Propuestas</b></p>	<p><i>"Me gustaría que hablen de nutrición"</i></p> <p><i>"Talla y peso, quiero que lo revisen bien"</i></p> <p><i>"Control de salud es que te revisen toda, análisis de sangre"</i></p> <p><i>"Cada uno con cada cosa, para hablar tenés ir al psicólogo o al trabajador social"</i></p> <p><i>"estaría bueno que tengan estudios"</i></p> <p><i>"tiene que tener análisis y que te escuchen"</i></p> <p><i>"una charla previa para tomar conciencia de lo importante es el control"</i></p> <p><i>"Que empiece y que termine en el día el examen y los estudios"</i></p> <p><i>"Cada barrio tendría que tener un hospital y no una salita"</i></p> <p><i>"los médicos tendrían que tener un poco de psicólogos"</i></p>
<p><b>Accesibilidad</b></p>	<p><i>"por qué la administrativa rebota gente si no es médica"</i></p> <p><i>"los chequeos no los terminamos de hacer porque no nos dan los turnos o cuando nos dan no vamos"</i></p> <p><i>"Me dieron una inyeccion y me pidieron un laboratorio, hice la cola y no había turnos"</i></p> <p><i>"Vos te levantas con toda la buena predisposición y llegas a la salita y no hay mas turnos"</i></p> <p><i>"Siempre pasa algo en la salita" (con respecto a los turnos de estudios)</i></p> <p><i>"Arranco pero no puedo seguir con los estudios (por trabajo), ahora somos pocas, y no nos da el tiempo para poder ir"</i></p> <p><i>"si tenés varios chicos, tenes que sacar un turno por persona."</i></p>

	<p><i>"hay que ir muy temprano y tenés que estar afuera sola"</i></p> <p><i>"cuando me siento un poco mal me planto ahí y me atienden"</i></p> <p><i>"ahora no me estoy controlando pero tengo diabetes"</i></p> <p><i>"que te pongan tantas trabas te desmoraliza"</i></p> <p><i>"hay que faltar el trabajo para ir al control, no conseguís turno y no te quieren hacer certificados"</i></p>
<b>Priorización de las dolencias</b>	<p><i>"Se va ante la necesidad"</i></p> <p><i>"Cuando estoy mal voy"</i></p> <p><i>"Voy cuando ya no doy más"</i></p> <p><i>"Voy porque tenía mareos,"</i></p> <p><i>"ahora me tengo que hacer porque tengo tiroides"</i></p> <p><i>"tengo problemas de vesícula"</i></p>
<b>Críticas al sistema de salud y las instituciones:</b>	<p><i>"Si vas al hospital, te dicen que tenes que ir al hospital de tu zona, ya te desmotiva"</i></p> <p><i>"en la comisaría también te hablan mal"</i></p> <p><i>"Vas por un dolor en el pecho y cuando esta el electro ya se te paso el dolor"</i></p> <p><i>"no me gusta que me digan que estoy gorda"</i></p> <p><i>"se burlan de mi por el acento"</i></p> <p><i>"no es culpa del que atiende es culpa del sistema que hay mucha gente"</i></p>
<b>Confianza en el sistema de salud:</b>	<p><i>"tenemos que tener confianza en poder contar lo que nos pasa"</i></p>

	<p><i>"la salita es diferente porque te dan confianza porque puedes hablar"</i></p> <p><i>"vivo acá en la sala"</i></p> <p><i>"yo consulto x todo"</i></p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Resultados de los mapeos colectivos:**

<b>Categoría</b>	<b>Codificación</b>
<b>Sensibilidad/compromiso social</b>	<p><i>"casos de violencia" "como los chicos se tratan con violencia, algo que para ellos es natural". "los que venden, los que van a vender, es natural el tema del consumo y la venta" "Realmente estamos preocupadas por eso"</i></p> <p><i>"No tiene calzado los niños van sin bañarse y sin abrigo y sabes que la mamá tiene posibilidades y no lo hace."</i></p> <p><i>"No hay salida laboral, no lo buscan porque están en la esquina"</i></p> <p><i>"Cada vez son más chicos los que están consumiendo."</i></p> <p><i>"la inseguridad, la salud, el consumo de drogas, la higiene de los chicos que vienen al comedor, en las condiciones que los mandan, que mandan los tupper, las ollas, que a veces tienen mugre de días".</i></p> <p><i>"A veces los adultos, los responsables no vienen. "por los hijos vienen a prepotearte"</i></p>
<b>Situación socio-económica</b>	<p><i>"Quién va a gobernar dentro de poco"</i></p> <p><i>"la comida no alcanza en el comedor"</i></p> <p><i>"No tenemos trabajo, cuesta vivir sin trabajo"</i></p>
<b>Preocupaciones (con respecto a los chicos de barrio, a los propios).</b>	<p><i>"acá los chicos quieren mandar ellos" "vos no sos mi mamá pero si le pasa algo somos responsables"</i></p> <p><i>"estamos continuamente con ellos, es lo que más nos llega"</i></p>

	<p><i>“También estoy contenta”(cuando uno de los chicos aprobó).</i></p> <p><i>“Tristeza. (cuando ven las condiciones de los chicos )”</i></p> <p><i>“Escuchamos a los jóvenes cuando tosen es que se están drogando”</i></p> <p><i>“mucho piedad, misericordia. Hay personas que la están pasando mal.”</i></p> <p><i>“Amor por el prójimo, por los niños”</i></p> <p><i>“Ponerse en el lugar del otro si uno tiene un poquito de amor en el corazón”</i></p> <p><i>“Impotencia porque uno no es nada, porque los que tienen herramientas no hacen nada. Los chicos que no comen, duermen en el suelo, trabajan en los carros y nosotras no podemos hacer nada”</i></p> <p><i>“Angustia por tantas familias vulnerables, chicos que los llevan a trabajar”</i></p> <p><i>“Falta de atención a los niños, a los padres no les interesa”</i></p> <p><i>“Escuchar es re importante, porque cada uno tiene sus problemas y son diferentes. No me gusta que te tiren abajo, que te digan no vas a poder. A mi me gusta intentar.”</i></p>
<p><b>Violencia</b></p>	<p><i>“Mucha maldad, piñas”</i></p> <p><i>“me infla las venas la injusticia, es algo que me hace mal”</i></p> <p><i>“injusticia, violencia, maldad”</i></p> <p><i>“la gente está acelerada, está sensible, reacciona mal”</i></p> <p><i>“droga que lleva a más violencia”</i></p> <p><i>“venden droga en todos lados “</i></p>

	<p><i>“los que nos cuidan están con los que venden droga, vemos pasar a la policía que se lleva la bolsa, qué hacemos con eso? “</i></p> <p><i>“la droga se compra como caramelos”</i></p> <p><i>“inseguridad, hay muchos robos, hubo 4 femicidios”</i></p> <p><i>“drogas, en el fondo”</i></p> <p><i>“degeneramiento”</i></p> <p><i>“agreden mucho a los chicos”</i></p> <p><i>“le dan plata a los soldaditos para que vendan”</i></p>
<p><b>Familia</b></p>	<p><i>“reniego, reniego mucho con los nenes. “Te voy a matar” (a la hija)</i></p> <p><i>“Disfrutar de mis nietos”</i></p> <p><i>“Poder compartir tiempo con mis papas, mi hermano”</i></p> <p><i>“Ver bien a mi marido y a mis hijos”</i></p> <p><i>“Que voy a ser abuela”</i></p> <p><i>“Pienso en mis hijos, tengo uno en el Chaco.”</i></p> <p><i>“A veces pienso en la familia, por mi hermano si estará bien, si no por mi mamá que piensa en él.”</i></p> <p><i>“Huellas que podes dejar, son guías, para los que te siguen. Los hijos siguen tus pasos”</i></p> <p><i>“Seguimos adelante por los chicos”</i></p> <p><i>“Yo quiero estar bien por mi familia”</i></p>
<p><b>Miedos relacionados a la familia</b></p>	<p><i>“Tengo miedo por mis hijos cuando se van de joda”</i></p> <p><i>“Volver a hablar con mi hermana, porque no la quiero cerca.”</i></p> <p><i>“Falta de cariño de los chicos. Veo “maltrato en mis sobrinos”</i></p>

	<p><i>“A mis viejos el dia que no estén más, porque ya están grandes”</i></p> <p><i>“Me preocupo cuando mi hija se va, no puedo dormir cuando ella sale”</i></p> <p><i>“Me preocupa mi familia”</i></p> <p><i>“Miedo a los accidentes y por la salud”</i></p> <p><i>“Que venga el Alzheimer”</i></p> <p><i>“Un paro cardiaco por las preocupaciones”</i></p> <p><i>“Amor, infidelidad, muerte”</i></p> <p><i>“Dar pasos en falso”</i></p> <p><i>“Malas decisiones”</i></p> <p><i>“Lastimar a las personas”</i></p>
<p><b>Maternidad</b></p>	<p><i>“Cómo los crío para que no hagan cosas que no tengan que hacer”</i></p> <p><i>“En tu casa vos los cuidas, después afuera hacen lo que quieren, por eso no hay que hablar de los hijos de los demás”</i></p> <p><i>“Los hijos, el trabajo, la economía, siempre dejamos para lo último nuestra salud”</i></p> <p><i>“Me privo de momentos de felicidad por mis hijos”</i></p> <p><i>“Disfrutar más, no tener que decir hoy salgo y mañana volver a empezar porque la plata no alcanza para darle de comer a tus hijos”</i></p> <p><i>“Tengo muchos problemas en casa y eso me afecta a la cabeza, pero no me hago atender porque tengo muchos hijos”</i></p> <p><i>“Ver mi esfuerzo reflejado en mis hijos y también verlos cuando están mal para ayudarlos”</i></p> <p><i>“Veo como madura mi hijo más chico”</i></p>

<p><b>Creencias</b></p>	<p><i>“Servir a Dios que me salvó del cáncer”</i></p> <p><i>“Predicar la palabra de Dios”</i></p> <p><i>“Orar, bendecir, hacer alimentos para la iglesia”</i></p> <p><i>“Yo voy a la iglesia soy cristiano “</i></p> <p><i>“Para mi existe el bien y el mal, el blanco y el negro, está el diablo y está dios, no hay grises”</i></p> <p><i>“Soy de mucha oración, me encanta cantar. Escucho mucho a Dios”</i></p>
<p><b>Roles de Género</b></p>	<p><i>“Yo no le cuento nada a mi marido porque viene muy cargado”</i></p> <p><i>“Trabajamos, limpiamos. Las manos se secan por el detergente.”</i></p> <p><i>“Tengo miedo a formar nuevas parejas”</i></p> <p><i>“Estoy más contenta desde que me separé”.</i></p> <p><i>“Lavo, limpio, estudió, abrazo, cariño, cocina, alegría.”</i></p> <p><i>“Veo mucho a mi familia, a mi hermana la veo mal porque falleció mi vieja, yo soy mas fuerte, mi hermana es débil (varón)”</i></p> <p><i>“Hablamos de fútbol y de mujeres, de lo lindas que son y ahora que hace calor llevan poca ropa (alguien dijo agregale las babas al dibujo)”</i></p> <p><i>“Somos el pilar de la casa, tenemos una mochila que cargar, tenemos que encargarnos de todo (mujeres) “</i></p> <p><i>“Con la experiencia (violencia de género) que tuve me gusta hablar, escuchar y orientar. Me gusta ayudar. Por todo lo que yo pasé no quiero que le pase a otra mujer lo mismo que a mi”</i></p> <p><i>“Me molestan las críticas de mujeres hacia otras mujeres porque somos iguales, nos tenemos que acompañar. Las críticas para las que nos gusta andar maquilladas ni te digo.”</i></p>

	<p><i>“Hace 13 años no era un cuerpo, era un alma caminando, no tenía voz ni voto (Violencia de género)”</i></p> <p><i>“Nos daba vergüenza hablar (violencia de género). Yo si tengo que contar las cosas hoy, las voy a contar “</i></p> <p><i>“Miedo a la violencia de género”</i></p> <p><i>“Hacerle mate a mi marido cuando vuelve de trabajar”</i></p>
<p><b>Placeres/gustos</b></p>	<p><i>“me gusta descansar, estar en casa con los chicos”. Me gustaría estar más tranquila, más seguridad, más talleres, la inclusión de adolescentes”.</i></p> <p><i>“Sentir la caricia, el abrazo de otro”</i></p> <p><i>“El trabajo, la pelota y Dios”</i></p> <p><i>“Compartir una comida con las compañeras”</i></p> <p><i>“Verme linda y hermosa, me amo como soy. Dios me conserva bien.”</i></p> <p><i>“Acostarme y comer helado”</i></p> <p><i>“Ir al mar, me encanta la naturaleza”</i></p> <p><i>“Estar con mis hijos”</i></p> <p><i>“Ver bien a mis hijos”</i></p> <p><i>“Estar con la pareja/ familia”</i></p> <p><i>“Comer tirada mirando tele”</i></p> <p><i>“Estar en casa, sin obligaciones”</i></p> <p><i>“Me gustaría viajar a otro lado, conocer, sacar fotos”</i></p> <p><i>“Estar con el celular”</i></p> <p><i>“Control remoto”</i></p> <p><i>“Manejar el auto”</i></p> <p><i>“Hago panadería”</i></p> <p><i>“Me gusta la costura, estar en casa”</i></p>

	<p><i>“Cuando cobramos”</i></p> <p><i>“Salir en familia a pasear”</i></p> <p><i>“La casa en silencio “</i></p> <p><i>“La casa limpia”</i></p> <p><i>Salir con amigos</i></p> <p><i>Tener salud</i></p> <p><i>Ayudar</i></p> <p><i>Arreglarse</i></p> <p><i>“Ver felices a los hijos”</i></p> <p><i>“Disfrutar de la familia, no hace falta la plata”</i></p> <p><i>“Me gusta bailar y arreglar mi jardin, mis plantas, mi huerta”</i></p> <p><i>“Ahora me tomo una hora por dia para caminar, me despejo de todo”</i></p> <p><i>“A mi me gusta ir a la escuela”</i></p> <p><i>“Poder ayudar a alguien”</i></p> <p><i>“Me gusta ver la unión, en mi familia, en todo”</i></p>
<p><b>Redes</b></p>	<p><i>“Mi tema, mis angustias no las hablo con nadie”</i></p> <p><i>“yo me callo, no soy de hablar, callo miro, observo”</i></p> <p><i>“Quiero recuperar a mi familia porque ahora estoy solo”</i></p> <p><i>“siempre ayudas pero no recibis lo mismo del otro, vos estas en una mala situación pero estas solo”</i></p> <p><i>“Yo me guardo las cosas para no perder la calma”</i></p> <p><i>“No hablo, yo exploto”</i></p> <p><i>“Yo me calmo llorando en casa sola”</i></p> <p><i>“Aunque estemos mal aparentamos estar bien”</i></p>

	<p><i>“La mentira, por ahí unos quieren mostrarse como que están bien pero en realidad están mal”</i></p> <p><i>“Me gusta compartir una comida con mis compañeras”</i></p> <p><i>“Charlo mucho con mis compañeras”</i></p> <p><i>“Si no hay comunicación y compañerismo no hay nada”</i></p> <p><i>“Mi tema personal lo callo, pero se lo digo a alguien que si lo escucha”</i></p> <p><i>“Compromiso, amor al trabajo!”</i></p> <p><i>“Ponemos los pulmones cuando venimos acá, como la vida misma”</i></p> <p><i>“Se lo decimos al referente grupal”</i></p> <p><i>“El amor es el motor principal. Yo conocí el amor cuando vine acá a trabajar (al comedor)”</i></p> <p><i>“Gracias a Dios caí en este lugar. Vine a buscar comida y a la semana no me quería ir”</i></p> <p><i>“Cuando uno necesita a la otra siempre está”</i></p> <p><i>“Amistad, acompañamiento, contención”</i></p> <p><i>“Hablamos entre nosotras acá, es un espacio de contención, me hace bien este lugar”</i></p> <p><i>“Nos ayudamos”</i></p> <p><i>“Nos saludamos”</i></p>
<p><b>Consumo Problemático</b></p>	<p><i>“Yo no tomo alcohol porque cuando era chico mi papá cagaba a palos a mi mamá por tomar, nunca entendí qué se siente, porque les gusta tanto.”</i></p> <p><i>“Yo tomaba para esquivar las penas, para evitar problemas”</i></p> <p><i>“Se enojó mi señora y no me quiere ver hace 7 años ( por tomar)”</i></p> <p><i>“Algunos se descontrolan, no saben tomar, yo tomaba pero después no molestaba a nadie”</i></p>

<p><b>Proyectos de vida</b></p>	<p><i>“estamos Jardinería en el Club San Luis y es como un ratito que tenemos vamos a empezar a hacer Tai Chi (sueltan risas).”</i></p> <p><i>“Hago todo lo que puedo, todo lo que puedo hacer, aprender, lo hago”</i></p> <p><i>“Quisiera un futuro mejor en proyectos, metas, tener buen trabajo, buena casa, buena economía”</i></p> <p><i>“Ser feliz”</i></p> <p><i>“Llegar bien a la vejez”</i></p>
<p><b>Resiliencia</b></p>	<p><i>“Con la vida misma ponemos los pulmones, cuando venimos acá”(haciendo referencia al lugar de trabajo)</i></p> <p><i>“A poner ganas y salir de vuelta”</i></p> <p><i>“La fortaleza en mi trabajo, en mi estudio”</i></p> <p><i>“Dejar los problemas de lado y a seguir”</i></p> <p><i>“Las ganas de vivir, de progresar”</i></p>
<p><b>Lugares que se transitan</b></p>	<p><i>“Por donde se vende droga no se puede circular”</i></p> <p><i>“Andamos por las escuelas, la salita y la iglesia”</i></p> <p><i>“A lo de mi mamá, a la sala, por Varela (centro) y el comedor (lugar de trabajo)”</i></p> <p><i>“Del trabajo a casa, y de casa al trabajo”</i></p> <p><i>“Andamos por la sala, por las escuelas (16 y 50), por la Soc de Fomento (FINES).”</i></p> <p><i>(y por donde no)</i></p> <p><i>“Por todos lados, me recorro villa hudson, por eso no engordamos”</i></p> <p><i>“Merendero, escuela, casa, casa de la madre”</i></p> <p><i>“No pasamos por la tosquera, por la inseguridad y que no se puede salir a la noche”</i></p> <p><i>“Ando por todo el barrio, tranquila”</i></p> <p><i>“No evito a las personas las cruzo igual, camino por todo el barrio”</i></p>

	<p><i>“Voy a comprar, a casa, al hospital, a la salita, a la iglesia, visitamos familias en el barrio”</i></p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*“Voy a la estación de Varela, a la peatonal”*

**ANEXO 3: Resultados cuantitativos de la Jornada de Adultos/as**

<b>Número total de Asistentes</b>	56	
<b>Sexo</b>	Varones: 11	Mujeres: 45
<b>Edad</b>	21-40 años 26	41-64 años Sin datos 28            2
<b>Trabajo</b>	Trabajo formal 8 informal        10 ama de casa     5 changas 4 cooperativa     5 cuentapropista 7 desocupados/as 10 precario 1 sin datos        6	
<b>Educación</b>	PI 9 PC 10 SI 11 SC 15 T/U 1 sin datos 10	
<b>Soporte Social</b>	si        20 no        30 sin datos 6	
<b>Uso de MAC (métodos anticonceptivos)</b>	si 24 no 18 menopausia 5 sin pareja 2 sin datos 7	
<b>Hábitos</b>	fuma    si        7 no        44 alcohol si        13 no        38 drogas si        3 no        48 sin datos 5	
<b>Redes</b>	familiares    36    13 institucionales 15    34 recreativas 22    27 sin datos 7 sin redes            9	
<b>Motivos de consulta</b>	CPS 19 Demanda 25 Traído por otros 1 Sin datos 11	

Número de prestaciones realizadas:

Vacunación	50
Atención Médica	56
Testeo Rápido VIH / Sífilis	24, todos no reactivos
Atención odontológica	36, 17 requieren arreglos de caries, 22 extracciones, 31 ya practicaron una exodoncia (extracción previa), y 8 ya tenían arreglos de caries previos.
Testeo rápido SOMF	16 (2 positivos que accedieron a colonoscopia)
Consejería y entrega de MAC	14
Consejería de cesación tabáquica y alcoholismo	12