

“Nacer en determinado lugar te condiciona”. Salud, derecho a la ciudad, crisis y participación en un barrio reubicado

“Being born in a certain place conditions you”. Health, right to the city, crisis and participation in a relocated neighborhood

María Sofia Bernat (<https://orcid.org/0000-0002-7178-3829>)¹

Abstract *The present paper analyzes, in the context of a settlements' relocation, the participation and tactics developed by the Barrio Nuevo inhabitants and doctors of a Health Centre in La Plata (Argentina), to face the crisis that is taking place in the country from the application of austerity policies. Our assumption is that community participation and in health issues (understood in a holistic sense) makes it possible to identify and intervene in social conditions, such as the right to the city, to produce changes in the health situation of the territory. For this, we will investigate the crisis, the current public policies and the modes of participation. Specifically, we will develop the experience of a Health Situation Analysis (ASIS) held in the territory and we will analyze the relationship between the right to health and the right to the city. The methodology used is ethnography. We carried out participant observations, in-depth interviews, a health workshop and participated in the ASIS. We conclude that there is a dialectical relationship between the right to the city and to health and this is a collective construction. All community participation strengthens health interventions. This is essential in crisis contexts to fight for violated rights.*

Key words *Health, Crisis, Participation, Right to the City, ASIS*

Resumen *Este artículo analiza, en el marco de una relocalización de asentamientos, la participación y las tácticas de los/as habitantes de Barrio Nuevo y médicos/as de un Centro de Salud de La Plata (Argentina) ante la crisis acontecida a partir de la aplicación de políticas de austeridad. El supuesto del que partimos es que la participación comunitaria y en el campo de la salud (entendida en un sentido holístico) posibilita identificar e incidir en los condicionantes sociales, como el derecho a la ciudad, para favorecer transformaciones de la situación de salud del territorio. Para ello, indagaremos la crisis, las políticas actuales y los modos de participación. En particular, desarrollaremos la experiencia de un Análisis de Situación de Salud (ASIS) en el barrio y analizaremos la relación entre derecho a la salud y derecho a la ciudad. Se empleó una metodología etnográfica. Se realizaron observaciones participantes, entrevistas en profundidad, un taller de salud y se participó en el ASIS. Concluimos que hay una relación dialéctica entre derecho a la ciudad y a la salud y ésta es una construcción colectiva. Toda participación barrial fortalece las intervenciones en salud. Ello es indispensable en contextos de crisis para luchar por derechos vulnerados.*

Palabras clave *Salud, Crisis, Participación, Derecho a la ciudad, ASIS*

¹ CONICET/Instituto de Estudios Comunicacionales en Medios, Cultura y Poder “Aníbal Ford”, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata. Calle 44 n° 676, 1900, La Plata. Buenos Aires Argentina. sofiabernat@gmail.com

Introducción

El presente trabajo, enmarcado en una investigación posdoctoral, se propone analizar las tácticas¹ de los/as habitantes de Barrio Nuevo y de los/as médico/as de un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en el marco de una relocalización frente a la crisis acontecida en Argentina. El supuesto del que partimos es que la participación comunitaria y en el campo de la salud² (entendida en un sentido amplio) posibilita identificar e incidir en los condicionantes sociales, como el acceso justo al hábitat y al derecho a la ciudad, para favorecer transformaciones de la situación de salud del territorio. Para ello, describiremos la crisis, las políticas públicas actuales y los modos de participación construidos –entendidos como tácticas– para modificar la situación de salud del lugar. En particular, desarrollaremos la experiencia de un Análisis de Situación de Salud (ASIS). En esa línea, nos preguntamos: ¿Cómo se habita la crisis en la salita (CAPS)? ¿Qué tácticas trazan los actores para intervenir?

Cabe aclarar que Barrio Nuevo es producto de la relocalización de asentamientos ubicados a la vera del arroyo El Gato, por lo que, la mayoría de sus habitantes no se conoce. Luego de la inundación de 2013 –una de las más graves que afectó a la ciudad–, el Instituto de la Vivienda Provincial (IVBA) puso en marcha una relocalización para efectuar obra hidráulica. Las mudanzas se desarrollaron entre 2015 y 2018 e implicaron el traslado de las familias primero a viviendas provisorias (de durlock) y luego a definitivas (de ladrillo). Con respecto a los servicios, hay gas sólo en algunas casas definitivas, el IVBA afirma que el agua es potable, pero para muchos/as vecinos/as está contaminada, y la luz es de obra. A los fines de describir las características sociodemográficas del territorio, adelantamos los resultados del informe preliminar del ASIS³, según el cual el 70% de la población habita en viviendas definitivas y el 29% en provisorias. Allí se aclara que “en el 57% de los hogares encuestados viven menos de 2 personas por cuarto, mientras que en el 39% lo hacen de 2 a 3 personas. En el 4% restante existe hacinamiento crítico”. Con respecto a los ingresos, tomando los valores de referencia del Instituto Nacional de Estadística y Censos, se constata que el 49% de los habitantes vive por debajo de la línea de indigencia y el 42% por debajo de la línea de pobreza. El 70,85% accede al sistema público de salud.

A pocas cuadras del barrio se halla el CAPS mencionado, que está integrado por personal de

planta y residentes de medicina general. En 2018, a su vez, se abrió un puesto de salud –con menor complejidad– en una de las casas definitivas. Allí los médicos del CAPS trabajaron durante algunas semanas, cuando su salita estaba en reparación.

Es importante destacar que el sistema de salud argentino se constituye por el sector público, privado y de seguridad social. Según los médicos del CAPS, es un sistema mixto pero no integrado: no hay buena articulación. Agregan que el sistema estatal se divide en Nación (piensa la filosofía de salud), Provincias (se encargan de la implementación regional) y Municipios (implementación local).

Aquí nos enfocamos en el primer nivel de atención, que está formado por los centros que previenen enfermedades, atienden patologías frecuentes y se caracterizan por construir un vínculo directo con el territorio. Ejemplo de ello son los CAPS, que favorecen el acceso de las comunidades a los servicios de salud.

Metodología

Empleamos una metodología cualitativa etnográfica⁴. Como continuación de la tesis doctoral⁵, cuyo trabajo de campo se hizo entre 2013-2017, para este artículo efectuamos en 2018-2019 1 diario de campo, 4 entrevistas en profundidad a vecinas del barrio, 2 entrevistas ad hoc grupal a médicos/as del CAPS, observaciones participantes de eventos, participamos en un ASIS, en un taller de salud y en encuentros para abordar los resultados del relevamiento con las vecinas.

En la etnografía tiene un rol preponderante la descripción densa⁶ y parte del punto de vista de los sujetos que protagonizan las prácticas. Por eso, la selección del corpus se realizó a partir de la observación de la predominancia de mujeres en el rol de cuidado de la salud. Las vecinas relataron que ellas se ocupaban de la salud de sus familias y participaron en la confección del ASIS. Sin embargo, no desconocemos que una indagación con entrevistados varones arrojaría otros resultados, que estimamos analizar en futuros artículos. Entre los/as médicos había hombres y mujeres. Aclaramos que no incluimos el nombre de ningún actor interviniente para preservar su identidad.

Crisis en Argentina

Una señora llega al puesto de salud del barrio. Le acaban de avisar que al día siguiente deberá

viajar en ambulancia al Hospital Garrahan (a 60 kilómetros) para que le hagan estudios a su beba con cáncer. No hay vehículo disponible y su única opción es el tren. Finalmente, el esposo de una enfermera la lleva y resuelve el problema tejiendo “redes”; como afirman los/as médicos/as del CAPS. Notas de campo del 3/10/2018

Barreto⁷ sostiene que las actuales políticas de austeridad preocupan por los daños ocasionados: señala que a partir de 2015 con los cambios gubernamentales se implementaron políticas neoliberales que generaron una crisis –entendida como un proceso político-social– e incidieron en el campo de la salud. Un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales⁸ afirma que en 2018 ocurrió una crisis cambiaria en Argentina que devaluó más del 100% la moneda nacional frente al dólar estadounidense. El gobierno solicitó un préstamo al Fondo Monetario Internacional y se comprometió a ejecutar un ajuste con reducción del gasto público lo que, según el informe, afecta a la salud. En relación a la historia del país, para Chaloum y Varas⁹, se extrema el peso de la deuda externa y se reduce la inversión pública en salud, de modo que las provincias deben afrontarlo, pero la coparticipación no cubre los gastos de las transferencias y ello afecta al sector.

Las políticas de austeridad ponen en riesgo el acceso a derechos humanos, como salud y hábitat justo. Según informes de la Fundación Soberanía Sanitaria¹⁰, en el país se redujo el presupuesto destinado a salud, el gobierno nacional disolvió el Ministerio de Salud y lo convirtió en Secretaría, disminuyen los sueldos de los/as médicos/as, faltan insumos y profesionales en los hospitales públicos, hay despidos en la salud pública y problemas de infraestructura. Sobre ello, los médicos destacan: “Cuando era Ministerio, Nación se encargaba de bajar los planes a municipio, además de la vigilancia epidemiológica, de tener en cuenta las catástrofes, articular con entes internacionales, gestión. Hoy todo eso está librado al mercado y se avanza hacia un sistema privado”.

Señalamos que, más allá de lo aquí expuesto, no hay información oficial sobre la incidencia de la crisis en salud en La Plata. De acuerdo a las entrevistas, los CAPS son espacios clave dentro del sistema y se ven afectados por el ajuste. Según datos oficiales¹¹, en La Plata hay 46. Para los médicos: “Donde más se puede visibilizar la crisis es en el primer nivel porque es donde tenés más acceso con la comunidad. La complejidad que se atiende tiene que ver con la complejidad social actual”. En relación a las salitas de La Plata, señalan:

Es un municipio que nunca priorizó la salud por haberse apoyado en el sistema provincial. Como somos capital de provincia, hay muchos hospitales y la gente lo que no resuelve en la salita, va al hospital. Entonces, nunca hubo una política sanitaria seria para el primer nivel -Médico.

Los/as médicos describieron la situación del CAPS: mencionaron la escasez de profesionales (faltaba una obstetra y una psicóloga) y calificaron de “deplorables” y “precarias” las condiciones edilicias. Estas deficiencias se evidenciaron en la ausencia de gas durante el invierno, la electrificación de las paredes y los riesgos que todo ello supuso. A su vez, no recibieron medicación para sostener tratamientos:

Al llamar a la farmacia o al dispensario de la Secretaría de Salud te dicen que no hay muchas cosas y que probablemente no manden por un tiempo -Médico.

Al no tener respuestas, producen soluciones de forma “artesanal” y constituyendo “redes”: se comunican con otro hospital o colega.

También constatan la aparición de enfermedades que deberían estar erradicadas: “La sífilis es una enfermedad muy vieja y con una política sanitaria más o menos seria se puede erradicar. Tuberculosis lo mismo. Enfermedades que son del siglo XX: la cura está, es barata. Son enfermedades de la pobreza en general”, expresan. Ello se relaciona con el planteo de Di Virgilio¹², que indica que el carácter social de la salud-enfermedad se comprende en los modos específicos de enfermar y morir de las poblaciones: “Debe ser posible identificar perfiles epidemiológicos diferenciados según la posición de los agentes en la estructura social”.

Spinelli² agrega que las causas de los problemas epidemiológicos que afectan a los colectivos son las desigualdades sociales y aspectos ligados a lo que aquí llamamos derecho a la ciudad: acceso al agua, a la vivienda, al trabajo, etc. Especificamos que este concepto refiere al derecho a construir las ciudades según nuestras necesidades y deseos¹³ e incluye el derecho a un hábitat justo –por eso es fundamental el barrio–, a un ambiente sano, a la vivienda adecuada, a la salud y participación. De ahí radica su importancia en tanto condicionante en salud.

Debido a lo expuesto y al intento de trasladar a una médica a otro CAPS o despedirla si se negaba, en 2018 se organizó un “Abrazo a la Salita”, que consistió en un encuentro frente a la unidad sanitaria del que participaron trabajadores/as de la salud, vecinos/as, referentes comunitarios y sindicales. El resultado fue que las autoridades

municipales prometieron mantener a la doctora y garantizar los pedidos de infraestructura e insumos. El balance fue el siguiente:

Nos sorprendió la respuesta de la comunidad porque fueron muchos y por lo que decían, que te hacía llorar: cómo el hecho de laburar más o menos bien, con qué poquito, se le puede cambiar la vida a la gente, garantizando un derecho básico como es la salud -Médico.

Fuimos con todo el barrio a apoyar a los chicos. Fue muy emocionante -Vecina.

Thielmann¹⁴ explica que la crisis afecta a la salud por su impacto negativo en la cotidianidad, en las condiciones laborales y sociales, la inseguridad, la pobreza. Así, en relación al barrio, a partir de entrevistas, de conversaciones informales y de observaciones participantes en el comedor afirmamos que la crisis se observa en el hecho de que muchas personas se quedaron sin trabajo en el último tiempo, aumentó la cantidad de familias que concurrían al comedor, en el cual escaseaban recursos para abastecer a la población (por ello se creó una asociación civil para demandar recursos al Estado), y también se incrementó el consumo de drogas entre jóvenes (las vecinas afirman: “Acá hay mucho tranzas y la policía no hace nada. Antes de mudarnos no había tantos”; “Acá hay mucha droga, en el otro barrio no se veía”): todo ello se vincula con los condicionantes que veremos a continuación. Además de las técnicas nombradas, este último dato se constata en el informe preliminar del ASIS, donde para los habitantes la principal problemática es el consumo de drogas.

Discusión

Consideraciones sobre salud

Proponemos corrernos de la visión simplista que enfatiza el binomio salud-enfermedad. Partimos de una perspectiva de derechos, que pone el eje en los procesos, alejándonos de una idea que asemeja salud con el estado de completo bienestar. Se entiende el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado desde una dimensión sociocultural y dialéctica. Entonces, salud refiere a una construcción colectiva, histórica, constituida por conocimientos científicos, populares, normas y prácticas sociales.

Ávila-Agüero¹⁵ indica que “sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud” y que se vinculan con aspectos familiares, ambientales, económicos, sanitarios, culturales,

entre otros. Son elementos (modificables) que condicionan la salud de los sujetos. Aquí preferimos hablar de *condicionantes* porque *determinantes* da cuenta de una relación lineal causa-efecto con la que no acordamos y cuyo empleo es riesgoso en ciencias sociales ya que posibilita caer en miradas biologicistas que desestimamos.

En esa línea, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas indica que el derecho a la salud está vinculado y depende del ejercicio de otros derechos humanos¹⁶. Implica la atención de la salud y de sus condicionantes: el acceso a una vivienda digna, al agua potable, al ambiente sano, etc. Entonces, el hábitat y el derecho a la ciudad son condicionantes fundamentales: las problemáticas de salud trascienden lo biológico; son cuestiones políticas, sociales, económicas y estos dos aspectos juegan un rol preponderante. Tal como plantea Junge¹⁷, “la salud es parte de la experiencia vital de las personas y la vida no se restringe a sus aspectos fisiológicos; por ende, la salud no puede reducirse al enfoque biomédico”.

Ávila-Agüero¹⁵ marca la necesidad de generar las condiciones para que los/as sujetos desarrollen su autocuidado, lo cual no es suficiente con el acceso a información, sino que señala los vínculos entre salud, hábitat y políticas públicas. Asevera que la mayoría de los problemas de salud se debe a condiciones socioeconómicas pero en este campo predominan soluciones centradas en el tratamiento de enfermedades, sin intervenir sobre las “causas de las causas”.

Los condicionantes sociales se vinculan a los contextos en los que los/as sujetos viven. Algunos de ellos son: vivienda, alimentación, participación, educación, trabajo, ocio. Se relacionan con las políticas públicas en territorio y ello tiene consecuencias –no deterministas– para la salud. De ahí radica la importancia de la relocalización en la salud de las familias de Barrio Nuevo. El énfasis en los condicionantes es fundamental en nuestro estudio, donde indagaremos las tácticas empleadas para afrontar la crisis.

La relación entre la salita y el barrio

Un médico ve a un chico de 4 años trepándose a las vías. Se acerca, le grita y él baja. Una vecina le charla mientras otro residente le quita espinas de sus pies descalzos. El nene, que apenas habla, pide algo para comer: le dan galletitas, aunque creen que es celíaco. Las instituciones gubernamentales conocen la situación, pero por falta de financiamiento –o de voluntad– no intervienen.

En Argentina, la definición de Estado pondera la multiplicidad. Con el abandono del gobierno y la crisis, nunca fue tan claro que el Estado somos todos/as.

Notas de campo del 16/07/2019

El Centro de Salud está a pocas cuadras de Barrio Nuevo y su área programática comprende tal territorio y otros barrios con características socioeconómicas similares.

Sobre los datos epidemiológicos de la población, los/as médicos/as entrevistados/as proponen pensarlos desde la base poblacional en la que, según el ASIS, predomina una población infantil. Señalan que observan bajo peso, baja talla y trastornos de neurodesarrollo: “La mayoría de sus causas son cuestiones sociales o de la crianza”, afirman. Agregan que muchas de las enfermedades biológicas actuales, como cuadros respiratorios, se relacionan con las dinámicas familiares y las cuestiones de vida: “Hay una determinación social de la salud: nacer en determinado lugar te condiciona”, amplían. Otras enfermedades comunes son la parasitosis y escabiosis y, por último, explican que hay situaciones que consideran parte de la salud y que existen en el barrio: violencia de género y violencia infantil.

Para su formación, los/as residentes del CAPS hacen trabajo comunitario, corriéndose del “modelo médico hegemónico”¹⁸, y desarrollan la “posta migrante”, que es “salir del consultorio a compartir en los espacios de la comunidad”, indican.

Así, comenzaron a ir al barrio en octubre de 2016 ya que recibían consultas de pacientes desconocidos. En ese momento en Barrio Nuevo había pocas viviendas definitivas y la mayoría de las familias residía en casas provisorias, en un contexto de “ausencia total del Estado”, señalan. Su primera aproximación fue a través del comedor:

Empezamos a sostener la copa de leche para a través de eso trabajar algunas cuestiones con los chicos: se hizo un mapeo, juegos, distintas actividades, mientras algunos atendíamos, facilitábamos turnos -Médico.

Además, se realizaron talleres sobre salud de mujeres y eventos con otros actores que participaban en el barrio para su integración. También constituyeron un espacio de formación interna para el abordaje del trabajo comunitario ya que querían evitar una tarea asistencial como la que hacían dentro del CAPS y en cambio favorecer una práctica poniendo en juego un concepto de salud integral.

Luego, para no imponer sus prejuicios o lo que ellos/as consideraban prioridades de la

población, decidieron emprender un ASIS, subrayando en sus relatos la necesidad de la participación de los/as vecinos/as para evitar que los gobiernos neoliberales “te saquen todos los derechos”. Para ello, realizaron encuentros donde trabajaron la concepción de salud y pensaron colectivamente el relevamiento.

Tales intervenciones constituyen tácticas para abordar integralmente la salud del barrio con el objetivo de producir transformaciones en la situación de salud en un contexto de crisis política, social y económica. Hablamos de táctica como “terreno del débil”¹⁹ en el sentido de que estos actores reconocen las reglas del juego y los límites establecidos por la hegemonía, pero también encuentran grietas que les permiten actuar, trazar tácticas a modo de resistencia con fines de emancipación, de fortalecimiento democrático y equidad²⁰.

Análisis de situación de salud en Barrio Nuevo

Vecina: quiero una salita nueva porque mucha gente del barrio la necesita.

-¿Y qué les dijeron?

Vecina: Garro [el intendente de La Plata] dijo que estaban haciendo la gestión para que funcione como una sala y no como un puesto, porque un puesto no tiene nada que ver con una sala. El puesto es menos que una sala. Ojalá que con el relevamiento se pueda hacer eso.

El relevamiento al que la vecina hace referencia es el ASIS, en el que deposita expectativas para que sea una herramienta de lucha para la apertura de un nuevo CAPS. Éste es llevado a cabo en el marco del trabajo comunitario que realizan los/as residentes y en un contexto de profundización de la crisis. Según Pría Barros et al.²¹, se trata de una actividad significativa en la Atención Primaria de la Salud, cuyo objetivo es “identificar las características sociopsicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución”. Es decir, se necesita conocer para intervenir, para que la producción de conocimiento local se convierta en una herramienta que contribuya a la organización y a la lucha por acceder a recursos y derechos.

Para efectuar un ASIS es indispensable partir de una concepción holística de salud. Así, subrayamos la incidencia de las condiciones de vida

en salud. Di Virgilio¹² se pregunta por las consecuencias del entorno barrial en los procesos de salud-enfermedad y sostiene que incide por la influencia de los modos de vida, de la convivencia con situaciones de violencia, los riesgos vinculados a brotes epidémicos, etc. Chiara²² añade que “las desiguales condiciones de vida, los factores de riesgo ambiental, la movilidad, el acceso a los servicios y las relaciones entre servicios y establecimientos son algunos de los problemas que ponen en evidencia la relevancia de la dimensión territorial en la política sanitaria”. A saber: es primordial conocer el acceso (o no) al derecho a la ciudad para indagar la situación de salud del barrio.

Como indicamos en el apartado “Metodología”, recordamos que participamos del ASIS en el momento de realización de encuestas. El relevamiento propiamente dicho se efectuó entre octubre y diciembre de 2018 y se encuestaron 284 viviendas de un total de 393. Las restantes no fueron consultadas ya que no se encontraba ningún integrante de la familia. Se intentó relevar a toda la población y no sólo a la que concurre a la salita con el fin de visibilizar problemáticas muchas veces ignoradas por el campo de la salud.

El ASIS se realizó junto a habitantes de Barrio Nuevo y estuvo a cargo de la residencia. En la etapa de diagnóstico y relevamiento se coordinó con la Secretaria de Redes de la Facultad de Ciencias Médicas, la Secretaria de Salud de la Universidad Nacional de La Plata y la del municipio. El objetivo fue conocer las características del barrio e identificar sus condicionantes sociales, para elaborar un diagnóstico y un plan de acción en vistas a transformar la situación de salud de la comunidad.

En octubre se llevaron a cabo 2 encuentros en el comedor, donde se presentó el trabajo del CAPS y la historia del barrio en la voz de sus vecinas, se recorrió el territorio, se compartieron saberes teóricos y se repartieron folletos para que toda la comunidad estuviera informada del relevamiento. Luego, se realizaron 6 jornadas para encuestar con los grupos mencionados y 2 sólo con residentes. Por último, se efectuó un encuentro con expertos/as en la técnica encuestas para pensar la sistematización de datos y para capacitarnos en georreferenciación en vistas al procesamiento de la información, que se realiza en 2019.

Según Pría Barros et al.²¹, cuando se emprende por primera vez el ASIS en una comunidad, es fundamental indagar cuestiones culturales, históricas y geográficas. Por eso, la encuesta confidencial contenía los siguientes ejes, varios de los cuales fueron propuestos por las vecinas: in-

formación personal (nacionalidad, género, nivel educativo, ocupación, ingresos, cobertura de salud); proveniencia antes de la relocalización; autopercepción en relación a la salud; lugar de concurrencia ante un problema de salud; realización de actividades recreativas; participación en organizaciones; participación en eventos barriales; problemáticas y aspectos positivos del territorio.

Otra cuestión a destacar es que se tomó como unidad de análisis a la familia. Ello permitirá identificar quiénes están en riesgo, con alguna enfermedad o sanos/as con fines de prevención, promoción, etc. Según Pría Barros et al.²¹, es significativo porque se trata del primer eslabón para compartir hábitos que hacen a la salud.

Luego de la sistematización y análisis, se elaborará un plan de acción a partir de los problemas que las vecinas y médicos/as consideren prioritarios. Es decir, se pone el acento en la participación y se entiende que es necesario ir más allá de las enfermedades de quienes concurren al CAPS y abordar los condicionantes, especialmente en contextos de crisis. Por ejemplo, durante el relevamiento reconstruimos las siguientes historias que dan cuenta de la crisis y de las condiciones de vida: un adulto integraba una cooperativa, pero para garantizar la comida de su familia realizaba trabajos extra, como cortar el pasto (vulneración del derecho a la alimentación); una mujer embarazada y ama de casa dio de baja el cable porque no le alcanzaba el dinero para pagarlo (vulneración del derecho al ocio); una familia no tenía gas porque no podía costearlo (vulneración del derecho al acceso a servicios adecuados); al comedor asistían niños/as y en reiteradas visitas en 2018 observamos la presencia de personas mayores (vulneración del derecho a la soberanía alimentaria): todo ello describe condicionantes que inciden –y perjudican– la salud de los/as habitantes y, gracias al trabajo de campo iniciado en 2013, afirmamos que se han potenciado en contextos de crisis, como el actual, ya que generan angustia y no se garantiza la satisfacción de necesidades básicas. En esa línea, Merlín²³ indica: “El neoliberalismo enferma porque la angustia se manifiesta en el cuerpo”.

Barreto⁷ señala la urgencia de estudiar las consecuencias de las actuales políticas de austeridad –con el acento puesto en los condicionantes– para ensanchar las investigaciones existentes e incluir la mirada latinoamericana. Para ello, en nuestro caso estimamos será necesario sistematizar y estudiar los datos que arrojará el ASIS junto a otras técnicas como la entrevista semiestructurada para profundizar el análisis e incluir en el plan de acción abordajes sobre los condicionantes.

En síntesis, para los actores mencionados el ASIS permite conocer las necesidades de la población con el fin de planificar colectivamente intervenciones desde el campo de la salud, lo cual es indispensable cuando escasean recursos y se recrudecen problemáticas por la crisis. Al partir de una mirada integral, se entiende que las prácticas comunitarias que favorezcan el tejido social son saludables. Por ello, desde la salita se propician y acompañan modos de organización barriales.

Otras participaciones

Toda relocalización conlleva crisis y pérdidas porque implica el abandono de la comunidad y del hogar²⁴. Por eso, cobran mayor relevancia las participaciones, pues contribuyen al fortalecimiento de la salud y de sus condicionantes. Por ejemplo, sin las redes que nombraremos, hubiera sido más dificultosa la realización participativa del ASIS. Kees Bahl²⁵ plantea que la participación e integración del barrio es fundamental para superar los problemas de salud y de sus condicionantes y entiende que la ausencia de una historia común barrial implica soledad, lo cual para el autor es problemático en referencia al cuidado y agregamos que también lo es en relación al desarraigo, una consecuencia altamente posible de la relocalización. Entonces, la participación incide en la salud en términos amplios.

Queremos detenernos en estos aspectos ya que en 2018, luego de un conflicto armado con un barrio lindante, los/as vecinos/as se organizaron con el objetivo de lograr unidad barrial y contener a los/as niños/as y jóvenes. Junto a actores externos (médicos/as, referentes universitarios, estatales, etc), se realizaron ferias de comidas, torneos de fútbol, se festejó el Día de la Niñez, entre otros, que favorecieron la pertenencia al territorio y el establecimiento de relaciones sociales.

De percibirse al barrio como inseguro y con el tejido social desarticulado, estas intervenciones contribuyeron a dotarlo de otros sentidos y a estrechar vínculos, todo lo cual se enlaza a la salud ya que, según las vecinas, “salud es vivir en un lugar seguro” y es producir espacios de dispersión. Notamos que la participación ayuda a la constitución de espacios seguros y, así, se puede habitar el barrio de otros modos: con menos miedos, con organización, solidaridad. Para Mozo²⁶, hay que fomentar intervenciones que impliquen “recetar sociabilidad”, lo cual “es hacer Medicina Preventiva, es hacer ‘medicina desmedicalizada’”, es

incidir en salud entendiéndola desde sus condicionantes.

Conclusiones

-¿Qué opinan de la reubicación?

Médico: la vivienda es un derecho y, con todas las complejidades que hubo, esas personas accedieron a un derecho.

Médica: a su vez, se vulneraron otros derechos, como a elegir.

Médico: también depende con quién hablás porque dentro del barrio hay mil barrios. Muchos vienen relocalizados re desprolijo, de un día para el otro, una angustia tremenda y otros estaban en la calle y al otro día tuvieron una casa.

Médico: también hay quien construyó su casa, se la tiraron abajo y eso es...

Médica: su historia.

Entendemos que a partir de este estudio de caso se producen saberes para trascenderlo y analizar la situación de salud en Argentina y sus abordajes. A lo largo de estas líneas quisimos destacar la importancia de pensar el acceso al derecho a la salud de manera indisociable de sus condicionantes sociales y, de ese modo, del derecho a la ciudad, ya que hay un área de vacancia en la literatura sobre este tema. Así, podemos formular la relación dialéctica entre estos conceptos y sostener que no hay acceso a la salud sin derecho a la ciudad, pero tampoco hay una conquista plena del derecho a la ciudad sin acceso a la salud. De hecho, quienes trabajamos esta perspectiva entendemos que la salud es parte indisociable del derecho a la ciudad y de ahí cobra relevancia pensar la salud a partir de la relocalización. Ávila-Agüero¹⁵ indica: “No es posible que atendamos pacientes en los hospitales y les recuperemos la salud para devolverlos a las mismas condiciones insalubres, de precariedad, de mala alimentación, de pobreza que los enfermó” y, en ese sentido, la relocalización implicó mejoras en la situación habitacional de muchas familias.

Thompson Fullilove²⁷ plantea que en las relocalizaciones se produce lo que llama “root shock”, término proveniente de la jardinería, que observa que una planta arrancada del suelo entra en estado de shock y puede morir. Con esa metáfora, la autora indica que el hogar y barrio dan arraigo al mundo y la relocalización provoca un trauma y shock, que aquí son abordados, en términos de salud, desde el trabajo comunitario. Al respecto, Kees Bahl²⁵ señala que en el territorio existen problemas y facilitadores de salud, como

por ejemplo, “que el barrio se integre implica que se constituyan lazos y apoyos para situaciones problemáticas (...) y construir una forma diferente de habitar la ciudad es, en definitiva, parte del derecho a la salud”.

La participación juega un rol preponderante tanto en el derecho a la ciudad como en el derecho a la salud. Sobre este punto, permite correrse de un concepto de salud en el que prevalece la mirada de los/as profesionales y pone de relieve conocimientos, percepciones y sentimientos de los sujetos. Es importante salirnos del modelo médico hegemónico que enfatiza los saberes expertos y bregar por una concepción de salud que contenga las miradas excluidas: pues, siguiendo a Róvere²⁸, indicamos que la tarea esencial de la salud es incluir. El neoliberalismo ve a la salud

como algo individual y aquí entendemos que es una construcción colectiva, que trasciende lo que ocurre en el consultorio y toda forma de intervención comunitaria facilita o fortalece las intervenciones en salud. La participación se vuelve aún más relevante en contextos de crisis porque posibilita repensar y afianzar la comunidad y luchar colectivamente por derechos vulnerados desde las políticas públicas, como fue el caso del “Abrazo a la Salita” y el ASIS. También creemos que es fundamental en contextos de bienestar socioeconómico ya que permite seguir construyendo lazo social y cuidar los derechos conquistados, todo lo cual es constitutivo de la salud. Pero en momentos de crisis participar es más significativo porque el ajuste económico recorta derechos sociales y tiende a descolectivizar a la sociedad.

Referencias

1. De Certeau M. *La invención de lo cotidiano I*. Méjico: Universidad Iberoamericana; 1996.
2. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva* 2010; 6(3):275-293.
3. Observatorio de Políticas en Salud de la UNLP. *Informe preliminar. Relevamiento sociosanitario Barrio Nuevo – Ringuet*. La Plata: UNLP; 2018.
4. Guber R. *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Argentina: Paidós; 2005.
5. Bernat MS. *Transformaciones socio-urbanas y vida cotidiana: el caso de la relocalización de un asentamiento de Ringuet (2013-2017). Habitar (después de) la inundación* [tese]. Argentina: FPyCS-UNLP; 2018.
6. Geertz C. *La interpretación de las culturas*. España: Gedisa; 2003.
7. Barreto ML. La austeridad visita a América Latina: Aprendizajes de la reciente experiencia europea sobre el estudio de sus efectos en la salud. *Salud Colectiva* 2018; 14(4):681-684.
8. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). *La situación de los derechos económicos, sociales y culturales en la Argentina*. Argentina: CELS; 2018.
9. Chaloum MJ, Varas NI. *Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs): Una estrategia de salud comunitaria en la zona sanitaria V, San Juan*. Villa María: UNVM; 2016.
10. Fundación Soberanía Sanitaria (FSS). *Informes* [página web]. Argentina: FSS; 2018. Disponible en: <http://soberaniasanitaria.org.ar>
11. Municipalidad de La Plata. *CAP's (Centros de Atención Primaria – Salud)* [página web]. Disponible en: <https://www.laplata.gob.ar/#/ciudad/caps>
12. Di Virgilio M. La dimensión territorial de la política sanitaria. In: Chiara M, compiladora. *Gestión territorial integrada para el sector salud*. Los Polvorines: UNGS; 2015. p. 47-60.
13. Harvey D. *Ciudades rebeldes. Del derecho de la ciudad a la revolución urbana*. Madrid: Ediciones Akal; 2013.
14. Thielmann K. La crisis y la salud. ¿La salud en crisis? *Revista Cubana de Salud Pública* 2012; 38(2):278-285.
15. Ávila-Agüero ML. Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense* 2009; 2(51):71-73.
16. Azrak D. El derecho a la salud en la ciudad. In: Azrak D. *Pensar la ciudad*. ADA; 2018. p. 461-492.
17. Junge P. Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica. En: *IV Congreso Chileno de Antropología*. Santiago de Chile: Colegio de Antropólogos de Chile A. G; 2001. p. 18-23.
18. Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Basaglia F. *La salud de los trabajadores*. México: Nueva Imagen; 1978. p. 11-53.
19. Documento de Cátedra de Comunicación y Educación. *Una primera aproximación al campo de Comunicación/Educación*. Argentina: Cátedra de Comunicación y Educación; 2007.
20. Rovere M. El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social* 2016; 12(6):23-41.
21. Pría Barros M, Louro Bernal I, Fariñas Reinoso AT, Gómez de Haz H, Segredo Pérez A. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General* 2006; 3(22):1-10.
22. Chiara M. *Gestión territorial integrada para el sector salud*. Los Polvorines: UNGS; 2015.
23. Stagno G. *El neoliberalismo enferma porque la angustia se manifiesta en el cuerpo* [entrevista de N Merlin na Internet]. Canal Abierto 29 Dez 2018. Disponible en: <http://canalabierto.com.ar/2018/12/29/el-neoliberalismo-enferma-porque-la-angustia-se-manifiesta-en-el-cuerpo/>
24. Bartolomé L. *Relocalizados: Antropología Social de las Poblaciones Desplazadas*. Argentina: IDES; 1985.
25. Bahl K, Emmanuel A. El problema de la tierra: derecho a la salud y derecho a la ciudad [objeto de conferencia na Internet]. En: *X JIDEEP*; 2017; La Plata, Argentina. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/63823>
26. Mozo C. Aportaciones y potencialidades de la Antropología de la Salud. *Revista Andaluza de Antropología* 2013; 5:1-11.
27. Fullilove MT. Psychiatric implications of displacement: contributions from the psychology of place. *Am J Psychiatry* 1996; 153(12):1516-1523.
28. Róvere M. *Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. Córdoba: El Ágora; 2016.

Artigo apresentado em 24/01/2019

Aprovado em 12/07/2019

Versão final apresentada em 27/09/2019

