



**FLACSO**  
ARGENTINA

**PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO**  
**MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO**

**Equidad en Salud y Territorio: Experiencias de trabajo en red  
desde un Hospital Público en Salta, Argentina.**

**Tesista:** Lic. Homero David Hidrobo Unda

**Directora:** Gretel Echazú PhD.

Tesis para optar por el grado académico de Magister en Desarrollo Humano

Salta, junio de 2020

# Contenido

## Tabla de contenido

AGRADECIMIENTOS .....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
Capítulo I. Aspectos Metodológicos .....	11
1. Enfoque Metodológico .....	11
2. Estrategias de Investigación .....	13
3. Herramientas de Registro y Construcción de Sentidos en Campo.....	14
a) Revisión de fuentes secundarias .....	14
b) Análisis de la Información de la Encuesta de Zona Norte .....	15
c) Actas de Reuniones .....	17
d) Diario de Campo.....	17
e) Entrevistas en profundidad con actores clave .....	18
4. Técnicas de Análisis .....	19
Capítulo II. Salud, Bienestar y necesidad de equidad. ....	20
1. Acerca del Concepto Salud .....	20
2. La Equidad y su relevancia en la garantía del derecho a la salud .....	22
3. Posibilidades de equidad en salud desde una experiencia de trabajo en red .....	26
CAPÍTULO III. El Programa Comunitario de un hospital público de especialidades en la Zona Norte. Reconociendo el espacio y su gente.....	28
1. Introducción .....	28
2. Historia de la Red Comunitaria e institucional de Zona Norte.....	28
3. Programa Comunitario en Zona Norte .....	32
4. La Zona de Influencia de la Red de Zona Norte .....	35
a) Características Geográficas y de ocupación de la zona.....	35
b) Instituciones .....	37
c) Información Sociodemográfica y Económica de la Población.....	38
d) Situación Económica y Empleo .....	40
e) Principales Problemas .....	40
f) Situación de Salud .....	41
g) Atención en Servicios de Salud .....	42
h) Atención en el Hospital .....	46
5. Situaciones sociales relacionadas a la salud .....	48

a) Consumos Problemáticos .....	49
b) Racismo y Exclusión.....	51
c) Violencia Intrafamiliar .....	53
6. Conclusión .....	54
Capítulo IV. Allí donde la equidad es menester: lugares de clase, procesos de racialización y su impacto en la salud. ....	56
1. Introducción .....	56
2. La graduación de los anteojos: Sobre el lugar de enunciación del investigador .....	57
3. La Red de Zona Norte: punto de partida, nave nodriza y laboratorio de equidad.....	59
4. Configuraciones espaciales: Reflejos de la colonialidad en Salta.....	61
5. Percepciones locales de racialidad .....	62
6. Racialización, desigualdad e inequidad en la atención de salud.....	64
7. Usando las piedras de los muros para construir puentes: la red como un colectivo de garantía de la salud .....	67
8. Identificación de inequidades, grupos prioritarios y propuestas para el territorio. ....	71
9. Resultados de las intervenciones .....	77
10. Reflexiones sobre los procesos colectivos .....	79
Conclusiones .....	84
Bibliografía .....	87

A Citlali,  
por el ritmo y la cadencia  
de los trayectos compartidos.

## AGRADECIMIENTOS

¿Cuántas vidas caben en una sola? En la mía, al menos dos. Desembocar, por decisión propia, pero con gran incertidumbre en otra tierra, ha sido un proceso de retos permanentes que, de ninguna forma, pudieran haber sido resueltos en solitario. Es por eso que, con motivo de la presentación de la tesis para optar por el grado académico de magister en desarrollo humano, deseo expresar mis profundos agradecimientos con quienes, de forma directa e indirecta, han influido en la experiencia que se expondrá a continuación.

En primer lugar, mis sinceros agradecimientos para Asociación Manos, piedra angular y familia, con quienes conocí y aprendí del trabajo colectivo en lugares donde éste era una necesidad vital. De esos aprendizajes surgieron varias ideas y oportunidades que posibilitaron llegar al hospital y la zona donde se desarrolla este estudio. Gracias a Lucía Doljanín, por abrir esa puerta.

A los servidores de salud que han participado en las distintas actividades organizadas por el Programa Comunitario. Al jefe del mismo, Licenciado Humberto Pineda y a Silvana López les agradezco su apertura y voluntad de trabajo en equipo.

Mis más gratas consideraciones con la Red de Zona Norte “Compartiendo Desafíos” y con aquellas personas que le dan vida. En especial, reconocer en María Sol Villena y Álvaro Arias su potencia para el sostenimiento del trabajo en conjunto. Asimismo, agradecer a Florencia Castillo, Silvana Ávila, Claudia Soloza, Iván Carvajal y José Horacio Aguirre, por aceptar participar de este estudio y relatar sus experiencias, percepciones y sentimientos.

A Virginia Galíndez, María Sol Villena, Elfi Jockers, Vivian Camacho y Rosana Castro, por aceptar leer este trabajo, compartir sus observaciones y recomendaciones. A Virginia agradecer todo su apoyo y contención durante estos años. A mis padres por nunca dejar de estar, allá a lo lejos y con su presencia cada vez que es requerida. A Vivi, por su impulso permanente para poner las manos y el corazón por la salud de los pueblos.

A Citlali, compañera de camino y colega, agradecer su apoyo profesional y afectivo en cada una de las etapas de este trabajo. A Simona, que desde muy pequeña se ha reconocido como parte del equipo de antropología.

Un agradecimiento profundo a Gretel Echazú, la directora de esta tesis, cuyo apoyo ha sido inconmensurable. Agradecer la generosidad de compartir sus conocimientos teóricos, orientar los lineamientos y estrategias de análisis, permitirme conocer autores y hacer más fácil el ejercicio de poner en palabras aquellas cosas que venían apareciendo, en primer lugar, como sensaciones.

A toda la diversa gente de la zona norte de la ciudad de Salta: Gracias.

## INTRODUCCIÓN

-¿Cómo se escaparon del museo?- con asombro y humor preguntaba una profesional del equipo de salud de un hospital público de especialidades, al cual nos habíamos sumado en calidad de antropólogos. Y es que todavía no es común en la provincia de Salta, Argentina, la inclusión de profesionales de las ciencias sociales en áreas que, hasta hace poco, consideraban la asistencia biomédica casi como la única forma de incidir en la gestión de la salud.

Llamó la atención entonces la voluntad institucional de potenciar un Programa Comunitario y más aún que su equipo proponga y desarrolle acciones fuera del nosocomio, en el contexto de un sistema de salud provincial donde este tipo de unidades, ocupan el mayor nivel de complejidad e históricamente han centrado su trabajo puertas adentro.

El siguiente estudio sistematiza y analiza las potencialidades, alcances y limitaciones en la garantía de la equidad en salud, que tuvo la primera experiencia de trabajo de este programa en territorio, entre octubre de 2016 y diciembre de 2017. En este lapso, el equipo comunitario acompañó en procesos de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2017) a una Red Comunitaria ubicada en Zona Norte.

Dicha red inició sus labores en 2008 como respuesta a las situaciones de violencia de género que acaecían en la zona y, para el momento del estudio, estaba conformada por agrupaciones barriales, instituciones públicas y actores de la sociedad civil, que participaban en el abordaje de acciones y estrategias orientadas a la garantía y acceso a derechos de distintas poblaciones en situación de vulnerabilidad.

En un primer momento, justificamos nuestra presencia en la red siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS, 2013), que enfatiza en la participación de los distintos niveles del sistema de salud en la puesta en marcha de estrategias transversales que promuevan un rol activo de la población en la gestión de su salud, con enfoques intersectoriales en su cobertura. En esta línea, reconocimos que la inclusión de un hospital de alta complejidad en el tejido social sanitario, podía ser un elemento muy valioso al momento de propiciar acciones que faciliten el acceso a servicios de salud.

Como concepto orientador, categoría de análisis y eje transversal de esta investigación, se utiliza la noción de “equidad”, que habilita la propuesta acciones de garantía y acceso a derechos allí donde el sistema de salud, con su estructura y funcionamiento no alcanza a llegar debido a su carácter homogeneizante de generalidad, indiferenciación y normatividad abstracta. En este contexto, la equidad procura la ampliación de las oportunidades de los seres humanos reconociendo las particularidades de los casos (Alzraqi, 2007; Breilh 2010) para que las personas puedan lograr una buena salud, producto de arreglos sociales adecuados y potenciando los recursos que brinda el sistema de salud.

Estudiar la salud desde este enfoque implica, observar la oferta de servicios médicos, el modelo de prevención y atención de enfermedades, la infraestructura y el financiamiento del sistema de salud; pero sobretudo las determinaciones sociales, históricas y de políticas públicas vigentes (Amartya Sen, 1999; Linares- Pérez, 2008). Demanda tener conocimiento de la realidad sociodemográfica, epidemiológica y de acceso a servicios de salud del territorio y sus miembros, así como analizar las redes y discursos que se generan y reproducen en el desarrollo de acciones de salud (Alazraqui, 2007).

A su vez, este estudio de caso analiza las posibilidades que tiene un ejercicio equitativo de la salud para facilitar el desarrollo humano, el cual se entiende como el tránsito hacia la calidad de vida de las personas, a partir del alcance de capacidades, logros y libertades de los seres humanos (Anand y Sen; 1994). Tiene que ver con la ampliación de derechos y fomento de oportunidades, dentro de las que destacan tres fundamentales: disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y, finalmente, tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de “vida decente”<sup>1</sup> (PNUD, 1990).

Al hablar del ejercicio de la equidad como mecanismo para facilitar el desarrollo humano en el ámbito de la salud, se entiende a esta última como colectiva, es decir, como un proceso multidimensional (social, territorial, histórico y complejo), relativo y contextual; ya que se mueve en los entramados sociales y comprende un conjunto articulado de prácticas, conocimientos, desarrollos científicos y formas de relacionamiento individuales, particulares y sociales (Almeida Filho, 2006).

Si bien algunos de los fines de la salud implican lograr el bienestar físico, mental y social, también van de la mano con alcanzar una forma de vida autónoma y solidaria, consustancial con las culturas humanas a nivel local, nacional, regional y global. En este contexto, la salud no es una experiencia aislada, sino que se construye en un entorno específico, a partir del relacionamiento con un otro, no necesariamente humano, e involucra ámbitos tan variados como el arte, el espacio para el ocio, la soberanía alimentaria, etc. Este hecho deviene de una trayectoria, por lo tanto, tiene una historia, o muchas historias matizadas por relaciones de poder que, siguiendo el enfoque de equidad, producen desigualdades, inequidades e iniquidades. Estos tres conceptos se irán explicando en el estudio.

Por último, la salud colectiva involucra a las poblaciones mismas como generadoras y agentes de su salud, pero también demanda la responsabilidad del Estado para garantizar estos derechos y el trabajo de las ciencias para producir conocimientos socialmente sensibles (Morales et al, 2018; Breilh, 2015, Almeida Filho y Silva Paim, 1999; Silva Paim, 1992; Granda, 2003, 2004).

Esta comprensión de la salud, está emparentada íntimamente con un concepto ancestral del mundo andino que ha sido retomado en los últimos años, incluso con carácter constitucional en países como Bolivia y Ecuador: el “Buen Vivir” o “Sumak

---

<sup>1</sup> En el enfoque del Desarrollo Humano, el nivel de vida es **el bienestar que una persona**, como integrante de un grupo, aspira o puede llegar a aspirar. Para esto es importante que cuente con las suficientes oportunidades que le permitan acceder a funcionamientos, a partir de los cuales podrá accionar capacidades que le permitan una agencia en su vida y contexto.

Kawsay". Sumak significa lo ideal, lo hermoso, lo bueno, la realización; y kawsay, es la vida, en referencia a una vida digna, en armonía y equilibrio con el universo y el ser humano, en síntesis, el sumak kawsay significa la plenitud de la vida (Kowii, 2015).

Implica la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. Supone también tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno - visto como un ser humano universal y particular a la vez - valora como objetivo de vida deseable (Pedregal Casanova, 2017).

Según Acosta (2015), economista ecuatoriano que fue presidente de la Asamblea Constituyente que estableció al Buen Vivir como eje transversal de la Constitución de 2008 de su país, este concepto implica romper con la idea de desarrollo clásico, que se ancla sobre la dominación y explotación, sostenida en el divorcio profundo entre economía y naturaleza. Propicia en este sentido, un reencuentro entre la vida del ser humano y la naturaleza. De esta forma, desplaza la figura androcéntrica del ser humano y lo reconoce como parte de un sistema que lo abarca y sostiene.

Esta mirada sistémica, permite entender a la salud como un fenómeno que trasciende lo individual, lo unicausal y lo meramente biologicista, ya que considera que la situación de salud se construye a partir y a través del vínculo con otro que no es solamente lo humano, sino que incluye la necesidad de relacionamiento con la naturaleza.

Para identificar el acceso a las oportunidades relacionadas a una vida larga y saludable y precisar la relevancia de la equidad en ello, el estudio plantea un trabajo teórico-metodológico de reconocimiento de ejes de opresión a través de una lectura crítica de las intersecciones de las variables género, pertenencia a un grupo étnico-racial<sup>2</sup> y clase social; las cuales condicionan el acceso a la salud en múltiples niveles que van desde lo propiamente estructural hasta la construcción de subjetividades individuales y grupales (Crenshaw, 1994). Dentro de este análisis, ninguna de las categorías anteriores anula la otra sino que interactúan para facilitar o dificultar el acceso, gestión y goce de la salud.

En el caso de estudio, analizamos cómo el fortalecimiento de redes (comunitarias, de recursos y operativas), conformadas por actores institucionales, referentes barriales y vecinos de la Zona Norte de la ciudad de Salta, pueden facilitar el acceso a derechos de formas innovadoras y creativas, factor que influye en una gestión de la salud más eficiente, eficaz, efectiva, cálida y oportuna.

---

<sup>2</sup> En el presente documento, el término raza no se refiere a una categoría biológica taxonómica, sino que corresponde al uso social y de representaciones sociales emergentes a partir de luchas y demandas de la sociedad civil en el marco del combate al racismo estructural en las Américas (Segato, 2007).

En este sentido, se busca respuestas a las situaciones de salud a partir de la particularidad de cada caso, de un permanente trabajo intersectorial y multinivel (Alazraqui, 2009). Esto se hace evidente, cuando se identifican factores fuera de la comprensión y práctica médica, que se convierten en barreras para el acceso a los servicios, influyendo directamente en el estado de salud de la población. En este contexto, se torna necesario co-construir otro tipo de respuestas en el marco de las que el Hospital, como parte del sistema, debería ser partícipe y en algunos casos protagonista de estos esfuerzos.

El estudio de las acciones realizadas, permite identificar alcances, construir modelos y proponer estrategias de garantía de la equidad en salud y políticas públicas que respondan a los sistemas de referencia-contrareferencia, efectividad de procedimientos y tratamientos médicos, mejoramiento de los servicios; e incremento de la participación de la ciudadanía en acciones de salud y de los profesionales en el territorio.

El trabajo está estructurado en cuatro capítulos. El primero aborda la propuesta metodológica de este estudio de caso, entendiéndolo como la descripción sistemática de la experiencia de acompañamiento del Programa Comunitario de un hospital público de especialidades (en adelante Programa Comunitario) a una Red Comunitaria ubicada en Zona Norte de la ciudad de Salta (en adelante la Red), desde un enfoque etnográfico y utilizando estrategias de investigación-acción participativa (Ander-Egg, 2003; Fleischer, 2006; Restrepo, 2016).

Dicha experiencia se encuentra en un campo de problemas vinculado a unidades de análisis definidas desde el enfoque de Desarrollo Humano (Archenti; 2016). En este caso, se identifica como problema el desigual e inequitativo acceso a los servicios y necesidades de salud por motivos relacionados con la clase social, género y/o pertenencia étnico-racial-nacional. La unidad de análisis de la cual se parte es el trabajo articulado en Red. Esto implica identificar actores, hacer una caracterización sociodemográfica, económica y territorial de la zona, visualizar aquellas acciones y espacios donde se hacen presentes situaciones de desigualdad, inequidad e iniquidad<sup>3</sup> en temas de salud.

Para ello, se utilizan diferentes herramientas cuantitativas y cualitativas de registro y construcción de sentidos en campo tales como: revisión de fuentes secundarias, análisis de la información de una Encuesta realizada por el Programa Comunitario en la Zona, acta de reuniones, diario de campo, entrevistas a profundidad con actores claves. De esta base surge la identificación de actores (institucionales y de la sociedad civil) que forman parte de la Red de Zona Norte.

---

<sup>3</sup> Brevemente, la inequidad se refiere a la existencia de diferencias y variaciones sistemáticas, innecesarias y evitables entre personas. Tiene directa relación con las determinaciones sociales y viene dada por tres fuentes primarias: la clase social, el género y la condición etnonacional. Las desigualdades serían la expresión observable “típica y grupal” de la inequidad, es decir, su prueba empírica. No son diferencias solamente, sino que tras de ellas subyacen estructuras y dinámicas de poder. Iniquidad, son aquellas inequidades que no son sólo evitables sino también inicuas (desleales, vergonzosas e injustas) y que resultan de la injusticia social ante las diversidades, desigualdades o diferencias (Almeida Filho, 1999 b; Breilh, 1997, 1998, 2010).

El segundo capítulo presenta con más detenimiento los conceptos que guían este trabajo: equidad y su relevancia para garantizar el derecho a la salud, y salud como construcción histórica y colectiva. Posteriormente, se plantean las posibilidades de uso del concepto de equidad desde una lectura etnográfica.

El tercer capítulo, de carácter etnográfico, presenta una descripción de la participación del Programa Comunitario en la Zona Norte, reconociendo las características que definen este espacio y los actores sociales que lo constituyen. Para esto relata la historia de la Red y de la participación del Programa Comunitario en la misma. De igual forma, describe su zona de influencia a partir de la presentación de las características geográficas y de ocupación de la zona, Instituciones, información sociodemográfica y económica de la población, situación económica y empleo, principales problemas y desafíos. Posteriormente, se presenta una descripción de la situación sanitaria de la zona, exponiendo principales situaciones y determinaciones sociales de salud, y barreras de acceso en la misma.

Finalmente, el cuarto capítulo agudiza su mirada etnográfica al tratar específicamente del acceso a la salud desde prácticas territoriales concretas, llevadas a cabo en el tiempo de estudio. A partir de la narración de la participación del equipo del Programa Comunitario en cuatro actividades organizadas desde la Red, se sistematizan los alcances del trabajo en red y la potencialidad del uso del concepto de equidad para garantizar el derecho a la salud en la zona de estudio, tanto en lo que hace a la detección de situaciones de salud, en la atención y en la formación de profesionales. En relación al análisis de la participación en la Red, se profundiza en las potencialidades y tensiones de la construcción colectiva, los diferentes niveles de participación de los actores y la forma en la cual estas relaciones y niveles de participación, dan forma a las acciones en este espacio comunitario.

## Capítulo I. Aspectos Metodológicos

El siguiente estudio de caso, analiza posibles alcances, potencialidades y límites en la garantía de la equidad en salud durante el trabajo conjunto del equipo del Programa Comunitario de un Hospital Público de Especialidades (Nivel 4) con una red comunitaria e institucional, ubicada en la zona norte de la ciudad de Salta, desde octubre de 2016 hasta diciembre de 2017.

Dicho acompañamiento constituyó la primera intervención extra hospitalaria del Programa Comunitario desde su reactivación en 2016 y tuvo entre sus objetivos contribuir a los procesos, acciones, actividades y redes comunitarias que promuevan el mejoramiento y cuidado de la salud de la población. De igual forma, buscó habilitar espacios de intercambio entre los diferentes actores comunitarios para trabajar conjuntamente en la co-construcción de estrategias destinadas al mejoramiento y cuidado de la salud, promoviendo simultáneamente instancias de organización socio-comunitarias (Doljanín e Hidrobo, 2016).

Se entiende “estudio de caso” como la descripción sistemática de una experiencia dentro de un campo de problemas vinculado a unas pocas unidades de análisis desde el enfoque de Desarrollo Humano (Archenti, 2016). En esta ocasión, se identificó como problema el desigual e inequitativo acceso a los servicios y necesidades de salud por motivos relacionados con la clase social, género y/o pertenencia étnico-racial- nacional. En este contexto, se partió del estudio del trabajo articulado en red como unidad de análisis. De esta base surge la identificación de participantes institucionales y de la sociedad civil, que forman parte de la Red de Zona Norte.

En un primer momento, se identificaron aquellas personas y grupos que tienen dificultades en el acceso a servicios de salud, para poder estudiar qué acciones se han realizado y se podían realizar en función de garantizar este derecho por medio de la equidad. Esto implicó contar con un encuadre teórico que permita conceptualizar salud, equidad y desarrollo humano; hacer una exposición del contexto sociodemográfico y económico del lugar de estudio; y analizar, desde una perspectiva propositiva, las dinámicas relacionales del Programa Comunitario del HSB con la Red de Zona Norte y sus actores, buscando facilitar el acceso a los servicios y necesidades de salud; y reconociendo limitaciones y oportunidades de mejora.

### **1. Enfoque Metodológico**

El enfoque para esta investigación sigue una línea metodológica vinculada a la etnografía, entendida como la descripción del hacer humano desde la perspectiva de la misma gente, es decir, desde la comprensión de las prácticas a partir de los significados que ellas adquieren para los distintos actores inmersos en las mismas (Restrepo, 2016).

Se reconoce la centralidad de las voces de los actores durante el análisis y la reflexión de los procesos de participación, prevención, promoción y tratamiento en salud que dan cuenta de las formas de habitar e imaginar, de hacer y significar los mismos (Fleischer, 2006;

Restrepo, 2016). El acercamiento desde una perspectiva etnográfica, contribuye a comprender cómo en el fluir de la vida diaria, existen diversos instrumentos y memorias que no traspasan de la esfera de lo oral ni son registrados, pero que son fundamentales para el análisis pues por su intermedio se piensa y define la historicidad de un proceso (Crespo y Tozzini, 2011)

El registro de dichas voces es producto de una serie de experiencias, entre las cuales se reconocen observaciones, entrevistas, conversaciones, inferencias e interpretaciones (Restrepo, 2016), llevadas a cabo por quien investiga. Por otra parte, la etnografía supone una estrategia de investigación que implica una densa comprensión contextual de un escenario para establecer conexiones y conceptualizaciones que lo vinculan con escenarios más generales (Ibíd.). Este abordaje resalta las singularidades de un contexto en un tiempo determinado para establecer, esbozar o facilitar preguntas que contribuyan a la comprensión y conceptualización de lo que sucede en otros contextos.

Es por esto que un estudio con enfoque etnográfico se vale de herramientas de registro y construcción de sentido que son especialmente cualitativas, y que permiten caracterizar la población, identificar características generales, pero también identificar puntos de vista, opiniones y posicionamientos. No se deja de lado, sin embargo, las herramientas cuantitativas, entendiendo que tanto la información cualitativa como cuantitativa, presentan diferentes aspectos de la realidad. Siguiendo a Pinheiro y su equipo (2006), se entiende que, si bien los estudios cuantitativos nos permiten inferir en algún punto seguridad en la prueba de algún dato de la realidad, son las construcciones abstractas las que nos permiten hacer interpretaciones de aquellos datos. Los dos métodos encuentran su límite ante la grandeza de los fenómenos de la subjetividad humana y es por ello que necesitan caminar juntos.

Visto lo anterior, el primer paso de la investigación consistió en llevar adelante una revisión bibliográfica direccionada a lograr una comprensión interdisciplinar, crítica y actualizada de los conceptos de salud como construcción colectiva, equidad en salud, desarrollo humano, intersecciones y participación. Sobre la base de esta revisión, se presenta un encuadre teórico ajustado a la explicación del concepto de equidad en salud en el marco del estudio de caso presentado.

Atento con la importancia que tiene la descripción del contexto en el enfoque etnográfico, se repasaron de forma exhaustiva las características sociodemográficas, económicas, educativas, organizativas, territoriales y de salud de la zona de estudio. En esta línea se relevaron también las distintas instituciones, organizaciones de la sociedad civil y grupos de vecinos que participaron activamente durante el acompañamiento del Programa Comunitario a la Red.

Finalmente, reconociendo el lugar de enunciación del autor como parte integrante de la investigación, pero también con razones particulares, institucionales, estructuras y coyunturas que determinaron la elección del campo (Ferreira y Fleischer, 2014), se ejerció una narrativa que incluye cuatro intervenciones del Programa Comunitario con la Red en el lapso de un año y dos meses. Dicho ejercicio no buscó el logro de una “visión universal”

sobre la situación a explorar sino que buscó presentar la multiplicidad de experiencias, y los distintos lugares desde los cuales se presenta la complejidad de la realidad. De ahí, la importancia de los testimonios y la pertinencia de presentar algunos relatos en primera persona, entendiéndonos parte de los procesos de construcción colectiva.

Así es como se propone hacer un recorrido exploratorio donde se hacen presentes intereses, emociones, y actitudes circunstanciales que permiten identificar prácticas institucionales y vecinales, formas de garantizar la equidad en salud pero también barreras para el alcance del derecho a la salud. A partir de lo anterior, se busca analizar lógicas y dinámicas internas, plantear hallazgos y proponer mejoras.

Para dicho análisis, se utiliza el concepto de intersecciones, que se comienza a desarrollar en el marco de los derechos humanos, el feminismo negro y los movimientos sociales; y permite localizar a los sujetos de acuerdo a su particular posición dentro del grado de opresiones existentes: género, raza, clase, sexualidad, roles socialmente atribuidos, barrio, deficiencia, dolencia crónica y otros marcadores de diferencia que, de acuerdo con los contextos, se traducen en desigualdades y, de forma combinada, producen o potencian formas muy particulares de subalternidad, así como también posibilidades de emancipación (Crenshaw, 1994; Echazú y Fagundes, 2018).

Estos elementos cobran estratégica importancia en el logro de una equidad sensible al buen vivir de las poblaciones urbanas y periurbanas del norte argentino. En este sentido, se toman en cuenta los siguientes indicadores centrales: acceso a los servicios de salud, capacidad de comunicación entre los efectores de salud y grupos con situaciones y problemáticas de salud, y presencia de distintas determinaciones sociales que podrían influir en sus dinámicas de salud.

## **2. Estrategias de Investigación**

Como estrategia transversal de aplicación del estudio, se seleccionó la Investigación-acción participativa, que supone “la simultaneidad del proceso de conocer y de intervenir, e implica la participación de la misma gente involucrada en el programa de estudio y de acción” (Ander- Egg, 2003). A partir de la narración de cuatro actividades que se desarrollaron desde octubre de 2016 a diciembre de 2017, se presentan las perspectivas, formas de organización, propuestas y actividades de los distintos actores participantes en relación al acceso de servicios, necesidades y formas de gestión de la salud.

Resaltar la multiplicidad de agentes que intervinieron durante el tiempo de estudio, es fundamental ya que implica la presencia de sujetos activos, que contribuyen a conocer y transformar la realidad en la que están implicados. De esta forma, los propósitos con los cuales el investigador se acercó al territorio, no fueron definitivos, ni estuvieron terminados y variaron en la medida de las orientaciones que va marcadas por el colectivo, en este caso, una red comunitaria e institucional ubicada en la zona norte de la ciudad de Salta (Ander- Egg, 2003).

El estudio tiene carácter participativo con una propuesta de presencia activa del investigador como parte del proceso de gestión de estas acciones en la búsqueda por visibilizar procesos y proponer oportunidades de mejora. La forma de llevar a cabo el estudio ya fue un modo de intervención, se desarrolló de acuerdo a la presentación de un primer proyecto, se ejecutó y enriqueció con los aportes e ideas del colectivo. Esto implicó para el investigador una actitud de horizontalidad, que viene dada a partir de los objetivos comunes y las responsabilidades concretas frente a la organización, desarrollo y evaluación de las acciones en común.

A partir de la Investigación-acción participativa se pueden generar procesos de investigación mixtos, triangulando datos de tipo cuantitativo y cualitativo, centrando el análisis en el diagnóstico y la solución de un problema específico y práctico (Creswell, 2014), que está enraizado en las demandas de las comunidades.

### **3. Herramientas de Registro y Construcción de Sentidos en Campo**

Considerando que el proceso de acercamiento y participación con la Red de Zona Norte fue planificado con anterioridad, el equipo del Programa Comunitario del hospital se valió de herramientas de registro de información cuantitativas y cualitativas, con el fin de dar cuenta del avance del trabajo, dado que la experiencia de intervención fue considerada piloto y de aprendizaje significativo.

El presente estudio se valió de los métodos de registro que se detallan a continuación. Para la etapa de sistematización y valoración de los hallazgos y aprendizajes, se han incorporado herramientas metodológicas tales como los itinerarios terapéuticos y categorías de análisis como las intersecciones, que ya se mencionaron anteriormente. A continuación, se presentan las herramientas de registro y construcción de sentidos en campo que fueron utilizadas.

#### **a) Revisión de fuentes secundarias**

A partir de un relevamiento exhaustivo del material bibliográfico existente en redes de producción de saberes locales, nacionales e internacionales, especialmente andinos y latinoamericanos; se indagó información secundaria referente a los conceptos de equidad, participación, redes, salud colectiva, salud social, información estadística (INDEC, Estadísticas Salta) sociodemográfica, económica y de salud. De igual forma, se revisó las “lecturas de la realidad” desarrolladas por profesionales residentes en psicología comunitaria que desarrollan su proceso formativo en la zona. A partir de esta información se fue reconstruyendo históricamente la experiencia de las personas, comunidades e instituciones, lo cual fue fundamental para hacer un recuento de aquellos momentos significativos para cada sujeto social en cuestión y que marcaron el rumbo de la investigación o aún la limitaron, obligándonos a redefinirla (Zúñiga, 2013).

A esto se suma la investigación y generación de tablas estadísticas propias a partir de la información y proyecciones del Censo de Población y Vivienda de 2010 realizado por el INDEC y disponible en el sistema de recuperación de datos para áreas pequeñas por

microcomputador (REDATAM). A partir de las bases de datos sobre radios censales de la ciudad de Salta, se realizó una desagregación que se acerca a los distintos barrios de la zona y se obtuvo información confiable acerca de la población, sexo, grupos de edad, condiciones de trabajo, entre otros datos. Igualmente fue información base para la construcción de la muestra de la Encuesta que llevó a cabo el Programa Comunitario del HSB en Zona Norte.

#### b) Análisis de la Información de la Encuesta de Zona Norte

Como una de las fuentes privilegiadas que utiliza esta investigación se encuentra la información relevada a partir del *“Estudio de la Situación de Salud en la Zona Norte de la ciudad de Salta. Herramientas para un Plan de Acción del HSB”* llevado adelante por el Programa Comunitario del Hospital, durante los meses de septiembre y octubre de 2017. La información corresponde a datos demográficos, de acceso a servicios de salud, salud sexual, relaciones intercomunitarias, aspectos sociales, epidemiológicos, de percepción y satisfacción en los servicios de salud.

Estos datos fueron obtenidos por medio de una Encuesta Descriptiva Observacional que posibilitó identificar y describir las características generales de la situación de salud de la Zona Norte de Salta Capital. El tipo de muestreo fue aleatorio bietápico proporcional por conglomerados de contextos socioeconómicos (zona de residencia y apariencia de la vivienda) y estratificados por sexos y grupos de edad. El margen de error fue de 6,2% y el nivel de confianza de 95% (PCHSB, 2017).

En relación al nivel socioeconómico de los encuestados, el 11% correspondió a nivel residencial, 20.2% a medio, 43.6 % a popular y 24,6 % a precario. El 57,6% de personas encuestadas fueron mujeres y el 42.4% hombres. El 57% de la población tenía entre 20 y 49 años, el 14,4% entre 50 y 64 años, un 14% entre 15 y 19 años, y otro 14% entre 65 años o más.



*Ilustración 1. Levantamiento de la Encuesta de Situación de Salud. Septiembre de 2017*

Tabla 1: Ficha técnica de la encuesta de situación de salud. Septiembre 2017

FICHA TÉCNICA	
<b>UNIVERSO</b>	74.929 personas que tienen 15 o más años y que residen en cualquiera de los barrios definidos para la Zona Norte de la ciudad de Salta
<b>MUESTRA</b>	243 Casos
<b>TIPO DE MUESTREO</b>	Aleatorio por conglomerados de niveles socioeconómicos (zona de residencia, apariencia de la vivienda) y estratificado proporcional a la pirámide poblacional municipal por grupos de sexo y grupos de edad.
<b>TÈCNICA</b>	Encuesta directa en hogares por cuotas.
<b>MARGEN DE ERROR</b>	6,20%
<b>NIVEL DE CONFIANZA</b>	95%
<b>ESTIMACIÓN DEL UNIVERSO</b>	Conteo de la población de Zona Norte por radios censales desagregados por grandes grupos de edad (15 a 64 años y 65 años y más) y sexo
<b>DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL</b>	Por grupos de edad y sexo, proporcional a los porcentajes del censo 2010 para Salta Capital
<b>DISTRIBUCIÓN SOCIOECONÓMICA</b>	<p>Se escogieron barrios y sectores representativos de niveles socioeconómicos a partir del criterio residencial y de vivienda, teniendo en cuenta las siguientes características.</p> <p><b>APARIENCIA DE LA VIVIENDA (por observación)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Residencial (Casas o apartamentos de lujo con jardines bien cuidados, garaje para varios carros, vigilantes, etc.)</li> <li>2. Medio (Casas de material en buen estado. Apartamentos medianos en edificios bien conservados)</li> <li>3. Popular (Casas o apartamentos de material pobre descuidado o mal pintado, madera o prefabricado. Paredes de ladrillo sin revestir, pisos de cemento, techos de aluminio)</li> <li>4. Precario (Casas con materiales improvisados chapa, pallets, plástico, ladrillos sueltos, cartón, etc.)</li> </ol> <p>El nivel socioeconómico está referido al criterio de tipo de residencia. Se establecieron aglomerados por zona residencial con las siguientes categorías: residencial, medio, popular, precario a partir de las características de la vivienda. La proporción para cada aglomerado se realizó contabilizando la población correspondiente a cada categoría por radio censal.</p>

Esta información, fue utilizada para delimitar el contexto sociodemográfico, económico, de prácticas de salud y de opiniones sobre los servicios de salud de la población de la zona de estudio. Las herramientas cualitativas permiten dotar de sentido las tendencias que se puedan observar y dan forma a los procesos, sus dinámicas y contradicciones a lo largo de un año y 5 meses de acompañamiento.

### c) Actas de Reuniones

De forma complementaria, se utilizarán las actas de reuniones que fueron levantadas durante todo el proceso de acompañamiento del Programa Comunitario a la Red de Zona Norte. Siguiendo a Gomes da Cunha (2004) se entiende a las actas de reuniones como un tipo de archivo y como tal, un sistema de enunciados, verdades parciales, interpretaciones construidas histórica y culturalmente constituidas, sujetas a lecturas y nuevas interpretaciones. Dichas actas remiten al registro de la participación del equipo del Programa Comunitario en las reuniones de Red y registran los temas revisados y los acuerdos alcanzados. Es un material valioso dado que incluye marcas, señales, inscripciones e indicios que permiten hacer interpretaciones sobre las dinámicas de organización y toma de decisiones dentro de la RZNCD. De igual forma, a medida que se avanza en el estudio de estos archivos, se descubren puntas de investigación que permiten que el documento adquiera ritmo y camino propio (Gil, 2010). Por último, sirve para ordenar la información que ha sido relevada con otros instrumentos y dota de una necesaria historicidad a los relatos presentados.

### d) Diario de Campo

Durante el tiempo de acompañamiento del Programa Comunitario a la RZNCD, elaboré un diario de campo que recoge la descripción e impresiones sobre algunos contenidos referidos a las acciones que se venían llevando adelante y a las impresiones que las mismas generaban en el desarrollo de los procesos.

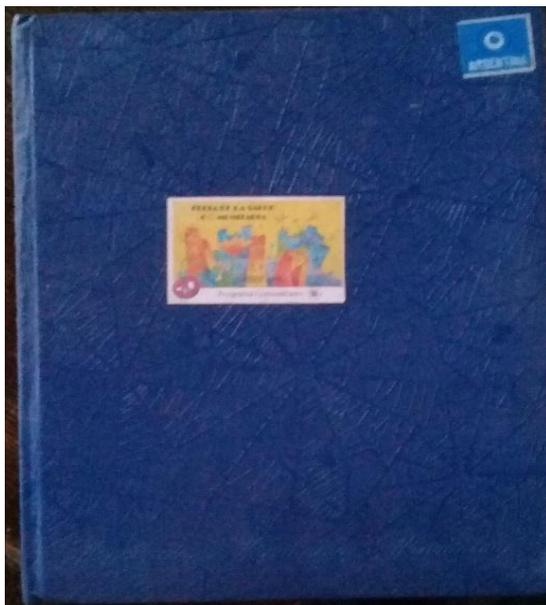
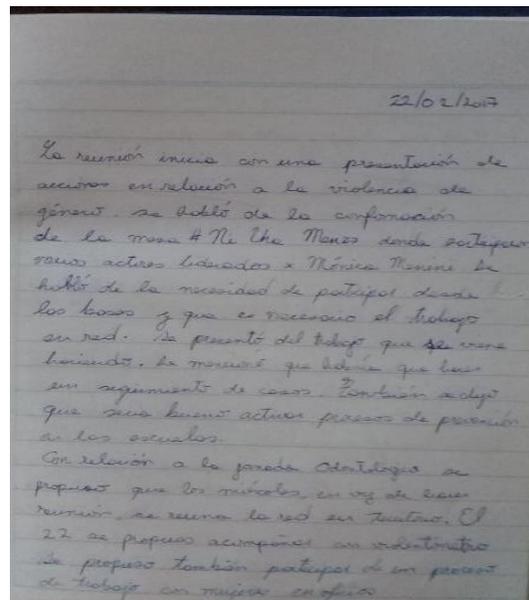


Ilustración 2. Diario de campo 2017



El mismo contiene información sobre percepciones, desacuerdos, datos específicos sobre los actores, posibilidades de trabajo conjunto y reflexiones elaboradas sobre la marcha. El diario de campo permitió desentrañar algunos sentidos que en el Acta, por sus características de formalidad, se pueden perder.

### e) Entrevistas en profundidad con actores clave

Dentro del itinerario, se considera fundamental el testimonio de quienes formaron parte del proceso y se conformaron como partícipes estratégicos. Resguardando su identidad, se llevaron a cabo siete entrevistas semiestructuradas a profundidad, dirigidas a actores de la Red o participantes de las actividades organizadas en el período de la investigación. Dichas entrevistas indagaron en las opiniones y percepciones que los distintos participantes de las actividades relatadas tenían de las mismas.

De igual manera, sirvieron para recuperar la historia de la red y comprender los procesos de organización, armado, “personalidad” de la red, al igual que sus tensiones y conflictos. Por su parte, fueron de gran utilidad al momento de delinear ejes y propuestas de acción.

Por su parte, también posibilitaron el análisis de las formas y mecanismos mediante los cuales los distintos actores interactúan entre sí, que puntos de confluencia y conflicto se encuentran, y de qué forma estos se resuelven o no dentro de la Red Comunitaria.

*Tabla 2: Ficha técnica entrevistas semiestructuradas*

<b>FICHA TÉCNICA</b>	
<b>Participantes</b>	Personas que participaron activamente de la RZNCD durante el tiempo de acompañamiento del Programa Comunitario del HSB
<b>Personas entrevistadas</b>	Siete personas que participaron activamente en las acciones que acompañó el Hospital. Los entrevistados fueron los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una médica de la institución que participó en las campañas de Papanicolau.</li> <li>2. Una referente de la Policía Comunitaria de la Zona.</li> <li>3. Una referente de la Iglesia evangélica y Fundación “Proyectar”.</li> <li>4. Un referente de la Agrupación La Poderosa y vecino de la zona.</li> <li>5. Un referente del Comedor Niños en Acción y vecino de la zona.</li> <li>6. Una referente del Programa de Atención a la Víctima, del Ministerio de Gobierno, Derechos Humanos y Justicia de la Provincia de Salta.</li> <li>7. Psicóloga del Centro de Salud Nro. 55. San Roque del Barrio 17 de Octubre.</li> </ol>
<b>Tipo de Relevamiento</b>	Etnográfico, participante y presencial
<b>Contenidos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trayectoria en el trabajo comunitario</li> <li>2. Tipos de trabajo comunitario</li> <li>3. Fortalezas y debilidades del trabajo comunitario.</li> <li>4. Retos y desafíos del trabajo comunitario.</li> <li>5. Trabajo en conjunto con el Programa Comunitario del HSB: Fortalezas, logros y oportunidades de mejora.</li> </ol>

#### **4. Técnicas de Análisis**

Para el análisis se utilizaron conceptos como equidad, intersecciones, tipos de participación y trabajo articulado en red, los mismos que se profundizarán en el siguiente capítulo. A partir de estos elementos se identificaron formas de participación en la red, potencialidades, limitantes y conflictos.

## Capítulo II. Salud, Bienestar y necesidad de equidad.

### 1. Acerca del Concepto Salud

A pesar de las aproximaciones conceptuales que se puedan hacer sobre el concepto de salud, es importante destacar que el mismo es polisémico, parte del autorreconocimiento y se configura de acuerdo a las construcciones sociales y culturales de la población (Alazraqui, 2007; Fleischer, 2006; Spinelli, 2009). En el mes de septiembre de 2017, durante el acompañamiento del equipo del Programa Comunitario del HSB a la RZNCD, se aplicó una encuesta y una de las preguntas fue con qué palabras el entrevistado relacionaba el concepto de salud. El 38% relacionó la idea de salud con nociones de bienestar o felicidad, el 26% con ausencia de enfermedad o problemas físicos, el 21% con equilibrio o armonía y un 13% con energía o vitalidad.

Dentro del estudio formal del concepto salud, el más difundido en la actualidad, es quizás el desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, que la caracteriza como un “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades<sup>4</sup>. Esta definición, de fácil lectura y utilización en políticas públicas a nivel mundial; permite la comprensión de la salud como un fenómeno universal que implica la conjunción de diversos factores que se definen de forma particular, de acuerdo con los contextos y no solamente extrapolan la práctica médica, sin embargo, entraña algunos limitantes que se pasará a explicar a continuación.

Desde las líneas de pensamiento de la salud social y colectiva, el fenómeno salud no puede ser pensado como un “estado” del ser, sino que necesariamente se trata de un devenir y un “proceso multidimensional” (social, territorial, histórico y complejo) (Morales et al, 2018) que abarca y correlaciona elementos generales, particulares e individuales. El epidemiólogo ecuatoriano, cofundador del movimiento latinoamericano por la salud colectiva Jaime Breilh (2015), explica que si bien tenemos a cada persona con su salud, familia, relaciones, es decir con su estilo de vida individual; ese estilo se presenta en la dinámica particular que le impone a nivel de su grupo las condiciones globales a que su grupo pertenece, su clase social, etc. Ese modo de vida se da a nivel macro o general, gracias a la lógica social que se ha impuesto para organizar la política del entorno.

Afirmar que la salud es un fenómeno que se mueve en los entramados sociales, conlleva a pensar que se configura de formas heterogéneas de sentido y de praxis. Para analizar el uso y la función de concepto salud, consideramos los postulados de Naomar de Almeida Filho, pionero de la Epidemiología Crítica y reconocido especialista en el campo de la Salud Colectiva, y Jairnilson Silva Paim, sanitarista bahiano reconocido como uno de los líderes del movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña. Dichos autores (1999), plantean tres campos de expresión del fenómeno salud: científico, de conocimiento y de prácticas. En el campo

---

<sup>4</sup> Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 7 de abril de 1948, Nueva York.

científico se producirían saberes y conocimientos acerca del objeto “salud” a partir de la participación de varias disciplinas que lo contemplan desde varios ángulos.

La salud vista desde el campo del conocimiento, investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social; procura comprender las formas con que las sociedades identifican sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para enfrentarlos.

Como campo de prácticas, la salud envuelve diversas acciones realizadas por agentes especializados o no, en espacios variados y no solamente en los reconocidos oficialmente como siendo parte del “sector salud”. Estas prácticas atienden las necesidades sociales de salud y se sirven de herramientas como los distintos saberes, disciplinas, tecnologías materiales y no materiales. Entre las actividades se pueden mencionar intervenciones centradas en y desde los grupos sociales y en su relación con el ambiente, independientemente del tipo de profesional y del modelo de institucionalización que esté siendo esgrimido.

Siguiendo a Jairnilson Silva Paim (1992, 158), la praxis de la salud comprende un “conjunto articulado de prácticas técnicas, científicas, culturales, ideológicas, políticas y económicas, desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación, informadas por distintas corrientes de pensamiento, resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud”.

Este recorrido nos permite entender que, más allá de un estado fijo e inmutable, la salud es un proceso dinámico que entraña al menos tres dimensiones (general, particular e individual), se genera en función a contextos y puede ser entendida desde un campo científico, de conocimiento y/o de praxis. Así, por ejemplo, en las visitas previas a una de las intervenciones que se narrará en el capítulo IV, se contactó con una de las referentes de un merendero de la zona.

Al visitarla, se encontraba muy preocupada esperando a su marido, que días atrás había tenido un episodio de desmayo que fue vinculado con una diabetes que padece. Antes de su diagnóstico, la señora relató que el conocimiento sobre la enfermedad era escaso y que, a pesar de los consejos médicos, su marido no se cuidaba con la alimentación.

Si bien, había comenzado un tratamiento, la dificultad para conseguir la insulina, una situación de consumo problemático, entre otras cosas; hacía muy difícil que esta persona adhiriera al tratamiento. Esta persona era albañil de profesión y nunca había tenido acceso a una obra social, lo que le hacía totalmente dependiente de la atención pública. De igual forma, había comenzado a tramitar un certificado de discapacidad por obesidad, pero tampoco lo había terminado (Diario de campo, agosto 2017).

De este ejemplo se rescata que el “mundo de la salud” trasciende ampliamente el modelo biomédico, el cual mira el problema central y objeto en el cuerpo enfermo, el sujeto en los profesionales de los servicios, y la práctica en la asistencia (Breilh, 2015). Por el contrario, se considera que, al hablar de salud, es imprescindible conectar a la persona con su clase y

a la clase con su sociedad. En este sentido, el contexto cobra singular importancia ya que la patogenia o proceso dañoso a la salud, no arrancaría de un factor aislado contiguo empíricamente al individuo, sino de un complejo conjunto de procesos que determinan la exposición, la vulnerabilidad y la capacidad de afrontamiento de una persona, de su familia y de su grupo (Breilh, 2015).

Hay múltiples dominios concatenados donde, si bien a nivel singular se encuentra la persona que padece la enfermedad, con su salud, su familia y su estilo de vida; se observa que ese estilo de vida tiene relación directa con la dinámica que se le impone a nivel de subgrupo, las condiciones globales del grupo al que pertenece, su raza-etnia, su género y su clase social. En esta línea, Jaime Breilh propuso en 1977 el concepto de determinaciones sociales, que plantea que el individuo con su fenotipo, genotipo y estilo de vida, se desarrolla en un proceso particular, y este proceso particular se desarrolla en una sociedad con su lógica que le impone condiciones. Estos tres niveles no son independientes entre sí, sino que se interrelacionan permanentemente y se dan forma entre ellos.

## **2. La Equidad y su relevancia en la garantía del derecho a la salud**

En el marco dado, Amartya Sen (1999), el economista nacido en la India, precursor del enfoque de Desarrollo Humano, reconoce que la salud de la población debe aceptarse como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo ya que el mismo tiene como objetivo principal la mejora de nuestras vidas y las libertades que disfrutamos, y una de las libertades más importantes es poder gozar de una vida larga y saludable, sin la exposición a enfermedades y causas de morbilidad y mortalidad evitables.

Para el autor (2001), la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades que tenemos motivo para valorar. La salud, se constituye como uno de los tres niveles<sup>5</sup> de desarrollo esenciales para ampliar las oportunidades del ser humano y para la consecución una vida decente (PNUD,1990).

En el contexto regional y tomando en cuenta los aportes que hace el conocimiento ancestral a la construcción de conocimiento, la categoría de “vida decente” y la mirada de salud como un fenómeno integral, encuentra paralelismo con el concepto del Buen Vivir o Sumak Kawsay, en kichwa. Este concepto se refiere a la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza como garantía de prolongación de las culturas humanas.

---

<sup>5</sup> Los niveles de Desarrollo Humano esenciales se muestran en la siguiente definición de Desarrollo Humano: “es un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar en el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles del desarrollo, los tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no se poseen estas oportunidades esenciales muchas otras alternativas continúan siendo inaccesibles” (PNUD, 1990).

Supone también tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno -visto como un ser humano universal y particular a la vez- valora como objetivo de vida deseable (Pedregal Casanova, 2017).

En este contexto, conceptos relacionados a las formas de organización indígenas, permiten comprender mejor este posicionamiento. Por ejemplo, el término Ayni, corresponde a una forma de vida de los pueblos andinos quechuas y kichwas, que se manifiesta como relaciones sociales basadas en la ayuda mutua y en la reciprocidad. Una forma práctica de ello es la minka, que implica el trabajo colectivo enfocado al bienestar de las comunidades y que se replica de una familia a otra en función a las necesidades que se observen.

En este amplio marco ingresa el concepto de equidad, que en el ámbito de salud corresponde a un sistema donde nadie se encuentre en desventaja para alcanzar las potencialidades de salud colectiva e individual, en un contexto de Buen Vivir.

Según el informe de la OPS (2011) y un estudio realizado por Bergel (2007), la identificación de la falta de oportunidades en salud, no se hace solamente a partir de la atención en la carga biológica, los comportamientos o la oferta sanitaria (posibilidades de acceso a los servicios médicos, modelo de prevención y atención de enfermedades, arquitectura institucional, financiamiento del sistema de salud), sino que existen otros factores que tienen una gran incidencia tales como la infraestructura de la vivienda, al acceso de agua potable y saneamiento, y a las posibilidades de nutrición, las cuales, a su vez, dependen, entre otros determinantes del acceso a educación, oportunidades de empleo decente, de la distribución del ingreso y de la dinámica de crecimiento de la economía. Como se verá más adelante, estos accesos son diferenciales de acuerdo a la clase, etnia-raza-nacionalidad, y género.

Esta posición abre la mirada para reconocer espacios, colectivos, prácticas y barreras que escapan a los entramados legales e institucionales de cobertura y acceso a los servicios de salud; y donde el concepto de equidad cobra importancia, comprendiendo en primera instancia que permite resolver aquellas situaciones (particulares) donde la ley, por su condición de generalidad y universalidad, estaría incapacitada. La equidad representaría, frente a la razón legal, el sentimiento de la justicia que a veces se aparta de la ley, lo establecido o lo regular, para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían, lo que Linares Pérez (2008) denomina una “legal injusticia” (Linares- Pérez; 2008). Es decir, la condición de generalidad de la ley, le dificulta la aplicación en casos particulares. En estos casos, enfatiza el principio aristotélico, la equidad interviene para juzgar, no a partir de la ley, sino a partir de la justicia que la misma ley está dirigida a realizar.

En el ámbito sanitario, la equidad busca el suficiente acceso a oportunidades para que las personas puedan lograr una buena salud, producto de arreglos sociales adecuados. Esto no implica solamente la oferta de servicios médicos, o del modelo de prevención y atención de enfermedades, o de la arquitectura institucional y el financiamiento del sistema de salud;

sino que tiene que ver con diferentes determinaciones sociales, históricas y de política pública vigente (Amartya Sen, 1999; Linares- Pérez, 2008).

Para tensionar aún más la complejidad del término, en el año 1999, Naomar Almeida Filho realizó un análisis de la producción científica en el amplio campo temático de los estudios sobre las condiciones de vida y la situación de Salud en los países de América Latina y el Caribe. Este documento sistematizó diversas posturas de autores en torno a desigualdad, inequidad e iniquidad. Este autor, realizó una síntesis de dichos conceptos, procurando un diálogo entre distintos autores, entre los cuales, destaca el médico ecuatoriano Jaime Breilh.

A partir de este análisis, Almeida Filho (1999 b) plantea que la inequidad se refiere a la existencia de diferencias y variaciones sistemáticas, innecesarias y evitables en el seno de las poblaciones o agregados humanos. Viene dada por las relaciones y contrastes de poder que existen en una formación social. Para Breilh (1997) la inequidad es el resultado de una historia de acumulación de poder y resulta de un proceso en que una determinada clase social se apropia de las condiciones del poder que son generalmente interdependientes: apropiación y acumulación económica, política y cultural. Para hacerlo debe subordinar o excluir a otra u otras clases sociales.

Tiene directa relación con las determinaciones sociales en salud, ya que moldea los rasgos de los componentes estructurales del modo de vivir y explica las notables diferencias entre dichos modos de vivir de acuerdo a tres fuentes primarias de inequidad: la clase social, el género y la condición etno- nacional (Breilh, 2010). Ya en 1998, Breilh habla al respecto:

Lo diverso fructifica como una característica enriquecedora y se constituye en potencia favorable, porque las relaciones intergéneros, interétnicas y entre edades son solidarias y cooperativas... pero cuando aparece históricamente la inequidad, es decir la apropiación de poder y la concentración del mismo en unas clases, en uno de los géneros y en algunas etnias, entonces la diversidad, en lugar de ser fuente de avance humano, pasa a ser vehículo de explotación y subordinación (Breilh, 1998)

Considerando lo anterior, Almeida Filho (1999) plantea que el término inequidad se refiere a las injusticias sociales que determinan las desigualdades. No son observables a primera vista y se relacionan con las estructuras de la sociedad. Es decir, serían características inherentes a una sociedad que impiden el bien común.

En el estudio de la epidemiología, Breilh (2015) señala que es a partir de este tipo de análisis que se puede fundamentar y comprender los aspectos más específicos de problemáticas históricamente abordadas desde un enfoque exclusivamente biomédico como, por ejemplo, los procesos transmisibles. Es así que los procesos que hacen a la transmisión, como la construcción de fuentes infectivas, o la construcción de patrones de exposición, dependen de condiciones estructuradas del modo de vida, que condicionan los estilos de vida personales posibles.

Si la inequidad es ese conjunto de injusticias estructurales que influyen en la situación de salud de las personas, la desigualdad es la expresión observable “típica y grupal” de la inequidad. Sería la prueba empírica de la inequidad y se puede expresar a partir de indicadores (Almeida Filho, 1999 (b)). Al respecto Breilh (1997) ejemplifica:

Es el caso de la desigualdad de salario entre clases sociales o entre géneros que corresponde a la inequidad en el proceso de producción y distribución económica. Es el caso de la desigualdad de acceso a un servicio de salud apropiado entre dichas clases, entre grupos etno nacionales o entre varones y mujeres, que corresponde a la inequidad del mercado o del comportamiento distributivo del estado.

Esta definición, reconoce que la desigualdad en salud no puede ser entendida como diferencia solamente, sino que tras de ella subyacen estructuras y dinámicas de poder. Por su parte inequidad, son aquellas inequidades que no son sólo evitables sino también inicuas (desleales, vergonzosas e injustas) y que resultan de la injusticia social ante las diversidades, desigualdades o diferencias.

Se considera al concepto de equidad como un eje pertinente para la presente investigación, debido a que permite desplegar elementos creativos en la prevención, promoción, asistencia y mitigación en salud. En el caso particular del Programa Comunitario, este enfoque justifica la presencia de un dispositivo hospitalario en el ámbito territorial, ya que propicia el acceso concreto a los servicios de salud.

En esta línea, para entender las barreras de acceso a la salud, por parte de la población de la Zona Norte de la ciudad de Salta, no es suficiente analizar la cobertura de los servicios de salud, sino que es necesario buscar en procesos de inequidad, desigualdad e iniquidad, las causas y los mecanismos por los cuales el acceso a la salud no se puede concretar.

Complementando lo anterior, la académica afro estadounidense Kimberlé Crenshaw (1994), activista del movimiento feminista negro, pone énfasis en los factores que intervienen para que estas situaciones se presenten en la realidad de formas muy distintas, principalmente en poblaciones racializadas o con historial de discriminación.

En este sentido, y plasmando el aporte y las demandas de los movimientos sociales negros de Estados Unidos, la autora señala que las diferentes formas de opresión aparecen como capas múltiples, que a menudo convergen en la vida de estas personas. Estos elementos se pueden observar a partir de una lectura de clase, pero es un error pensar que es una cuestión ligada solamente a la pobreza. La autora propone que para entender la realidad de las personas excluidas, la visión de clase se debe complementar con la de raza y género. De acuerdo al contexto, puede ingresar también la visión étnico nacional, generacional y de diversidades sexuales. Las intersecciones entre los elementos mencionados, permite acercarnos más a la realidad de estas personas, pero también participar de la elaboración de propuestas de políticas públicas más acordes con la situación que vivencian y con las barreras de acceso a las que se tienen que enfrentar en sus historias de vida. Es por esto que estos conceptos servirán como ejes reflexivos e indicadores para el presente estudio.

### **3. Posibilidades de equidad en salud desde una experiencia de trabajo en red**

Con los elementos mencionados se hace una reflexión sobre el concepto de equidad en salud a partir de la narración y análisis de los procesos de organización, planificación, ejecución y evaluación de la experiencia de acompañamiento de dos miembros del Programa Comunitario de un hospital público de especialidad, en las actividades llevadas adelante por la Red de Zona Norte, entre el mes de octubre de 2016 y diciembre de 2017.

Estas actividades serán analizadas a partir del itinerario del investigador, es decir, de una cadena de eventos sucesivos que forman una unidad articulada compuesta por un conjunto de planos, estrategias y proyectos que persiguen objetivos en particular (Alves y Souza, 1999), en este caso, el acompañamiento en representación del dispositivo de acción territorial de un hospital público de especialidades de la ciudad de Salta. La primera actividad se dio con el propósito de garantizar los derechos de las mujeres a través de la oferta de servicios de salud, jurídicos y de información sobre violencia de género. La segunda, correspondió a un espacio de oferta de servicios de salud. La tercera, a un evento de promoción de la salud y de derechos con adolescente. La última, se refirió a la siguiente edición de la primera actividad de estudio.

Este análisis busca profundizar en las elecciones, propuestas, potencialidades, posicionamientos y alcances que se dan a partir del trabajo en conjunto de los diferentes actores que integran una red comunitaria e institucional ubicada en la zona norte de la ciudad de Salta. Se entiende que estos actores responden a un contexto sociocultural específico y generan posibilidades en relación a las redes operativas con las que disponen y que se condensan en el espacio organizativo de la red.

En el caso de la definición de la Red de Zona Norte como sujeto colectivo de estudio, es necesario puntualizar que está constituida por una gama muy amplia de actores que tejen distintos tipos de vínculos, cumplen funciones distintas que transbordan varias esferas de la vida. En esta línea, Fergusson y Góngora (2007) plantean al menos tres dinámicas en las que las redes pueden funcionar: red subjetiva comunitaria, red de recursos y red operativa. La red subjetiva comunitaria es el conjunto de personas y sus interconexiones con las cuales los operadores de un proyecto, tienen relaciones “amistosas”. Entre otras cosas, sirven para brindar seguridad, apoyo y cuidado a los participantes de acciones comunitarias.

La red de recursos es aquí definida como el conjunto de actores/nodos (personas, grupos, instituciones, organizaciones etc.) y sus conexiones con la comunidad, que son directamente contactados por los operadores en el transcurso del trabajo de calle y de comunidad, y que poco a poco son integrados entre los aliados que pueden apoyar el trabajo de inclusión (Ibíd.). Esta red cambia permanentemente y está sujeta a continua actualización, por lo que requiere de una perspectiva dinámica y continua de registro de datos. Finalmente, la red operativa es comprendida como el conjunto de personas (operadores) y sus conexiones, que constituyen el equipo de trabajo para la inclusión social en una comunidad local.

La presencia o no de estas redes, su fuerza y capacidad resolutive en el territorio, además de la oferta y demanda de cada actor de las mismas y su capacidad de interrelación con los otros actores, permitió identificar y analizar dos aspectos macro del estudio de la equidad en salud. Si bien se hace esta diferenciación con fines analíticos, en la realidad estas dinámicas se intersectan permanentemente tanto dentro como fuera del colectivo que se propone estudiar.

## CAPÍTULO III. El Programa Comunitario de un hospital público de especialidades en la Zona Norte. Reconociendo el espacio y su gente.

### 1. Introducción

La relación entre el Programa Comunitario y la Red de Zona Norte se estableció en el marco de un proceso complejo, cuya comprensión implica revisar la historia de cada parte e identificar los grupos e instituciones que participaron durante el tiempo de estudio. Así, el presente capítulo recorre brevemente la historia de estos dos conglomerados, sus características de funcionamiento, lugares donde están situados, personas y sectores que los conforman y ejes transversales de acción. y motivos por los cuales estos últimos han sido elegidos como tales

### 2. Historia de la Red Comunitaria e institucional de Zona Norte

La Red de Zona Norte, se formó en 2008 como respuesta a dos situaciones relacionadas con violencia de género. La primera, en 2004, correspondió al asesinato de Rosana Alderete, vecina del asentamiento Martín Güemes (ubicado en el área de influencia del Centro de Salud de Castañares) junto con dos de sus tres hijos, a manos de su ex pareja. Este evento fue el detonante para la activación del segundo factor, que fue la creación de la Ley Provincial 7403, llamada “Protección de Víctimas de Violencia Familiar”. Dicha normativa, en su aplicación, preveía la conformación de redes de soporte comunitario:

Estábamos en la aplicación de la Ley Provincial 7403 de Violencia Familiar. Entonces nace el Programa [de Violencia Intrafamiliar] con la mirada de activar redes comunitarias. Se contrataron operadoras que puedan conocer su zona. Había que armar redes para sostener y acompañar a la víctima... Como operadoras, comenzamos a convocar a todos los referentes de instituciones formales y no formales (Operadoradora de violencia de la Secretaría de Protección a la Víctima, entrevista, septiembre de 2019)

Con esta impronta, la red ha venido trabajando ininterrumpidamente, aunque los participantes, dinámicas y temáticas consideradas como prioritarias han tenido amplia movilidad. Entre los principales propósitos que guían las acciones de la red, se encuentran: a) Forjar una unidad interinstitucional, interdisciplinaria y vecinal organizada para el servicio comunitario; b) Articular esfuerzos para la realización de eventos preventivos y de servicio social; c) Generar un espacio para la cooperación y el diálogo de los diversos actores de la comunidad; d) Conocer y actuar de modo específico en las problemáticas comunitarias; e) e integrar a la comunidad en actividades culturales, recreativas, de interés público y de servicio social.

Como uno de los logros de la red se encuentra la elaboración de un Protocolo de Actuación en casos de violencia de género, fenómeno que se entiende como cualquier “conducta, acción u omisión, que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal” (artículo 4 de la Ley 26.485).

Dicho protocolo incorpora iniciativas de acompañamiento de las distintas instituciones de la zona a las personas que sufren violencia de género. Para el 2016, muchas de las actividades que se plantearon en el marco de la red, tenían como objetivo dar a conocer y efectivizar las acciones que se consagraban en el mismo. Otras acciones, incluían dentro de sus lineamientos el componente de mitigación de la violencia de género, aunque no sea este el objetivo principal.



*Ilustración 3. Reunión periódica de la Red*

En este marco, el Programa Comunitario acompañó a la Red desde octubre de 2016 hasta diciembre de 2017, en las siguientes actividades:

*Tabla 3: Eventos realizados en el tiempo de análisis. Elaboración. David Hidrobo. 2019*

<b>Actividad</b>	<b>Fecha</b>
Semana de la Calidad de Vida de la Mujer	22 a 27 de noviembre de 2016
Campaña de servicios de salud: odontología y fonoaudiología	21 de marzo a 7 de abril de 2017
Ciclo de capacitaciones sobre violencia de género. Violencia de Género. Qué Hacemos?	10 al 31 de Mayo 2017
EnRedArte	Octubre 2017
Segunda Semana de Calidad de Vida de la Mujer	Noviembre 2017

Con el objetivo de contribuir a la organización de estos eventos, participar en actividades periódicas y evaluar todas las acciones, el Programa formó parte de las reuniones semanales

que se llevaron a cabo los días miércoles con instituciones y referentes de la zona pertenecientes a diversos campos, lo cual implicó un espacio interdisciplinario que tuvo como actores relevantes los que se presentan en el mapa y tabla siguientes<sup>6</sup>.

Tabla 4: Instituciones participantes durante el período de análisis. Elaboración: David Hidrobo, 2019

	<b>Institución, Organización, Grupo</b>	<b>Tipo</b>
1	Fundación Proyectar	Organización de la Sociedad Civil
2	Centro de Movilización al Servicio (CEMAS)(Fund. Proyectar)	Organización de la Sociedad Civil
3	Grupo de Asistencia Legal para la Familia (ALFA) (Fund Proyectar)	Organización de la Sociedad Civil
4	Centro de Salud Nro. 11, Ciudad del Milagro	Salud Pública
5	Centro de Salud Nro. 15. Castañares	Salud Pública
6	Centro de Salud Nro. 55, 17 de Octubre	Salud Pública
7	Centro Integrado Comunitario (CIC) Barrio Unión	Centros Municipales
8	Comedor de Juan Manuel de Rosas	Organización barrial
9	Comisaría 103. Ciudad del Milagro	Institución policial
10	Secretaría de Abordaje Integral de las Adicciones	Institución de Gobierno
11	Subcomisaría de Campo Castañares	Institución policial
12	Hospital San Bernardo	Salud Pública
13	Programa de Odontología de la Provincia	Salud Pública
14	Programa de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Salta	Educación
15	Colegio San José	Educación
16	Escuela Nro 4041. Ingeniero Patricio Soca	Educación
17	Casona Histórica Campo Castañares	Patrimonio Histórico
18	Secretaría de Derechos Humanos	Institución de Gobierno
19	Agrupación La Poderosa	Organización de la Sociedad Civil
20	Grupo de Mujeres Juan Manuel de Rosas	Organización barrial
21	Grupo Los Ranchines	Organización barrial
22	Comedor de Asentamiento Universitario	Organización barrial
23	Agrupación Barrial Niños al Rescate	Organización barrial
24	Secretaría de Protección a la Víctima	Institución de Gobierno
25	Centro Vecinal del Barrio 1 de Mayo	Organización barrial
26	Centro Barrial Padre Pepe di Paola	Centros Municipales
27	Iglesia Evangélica Casa de Dios	Institución Religiosa
28	Iglesia Evangélica Roca Eterna	Institución Religiosa
29	ANPUY	Organización de la Sociedad Civil

<sup>6</sup> Las instituciones que no se encuentran en el mapa, se presentan fuera del área de influencia

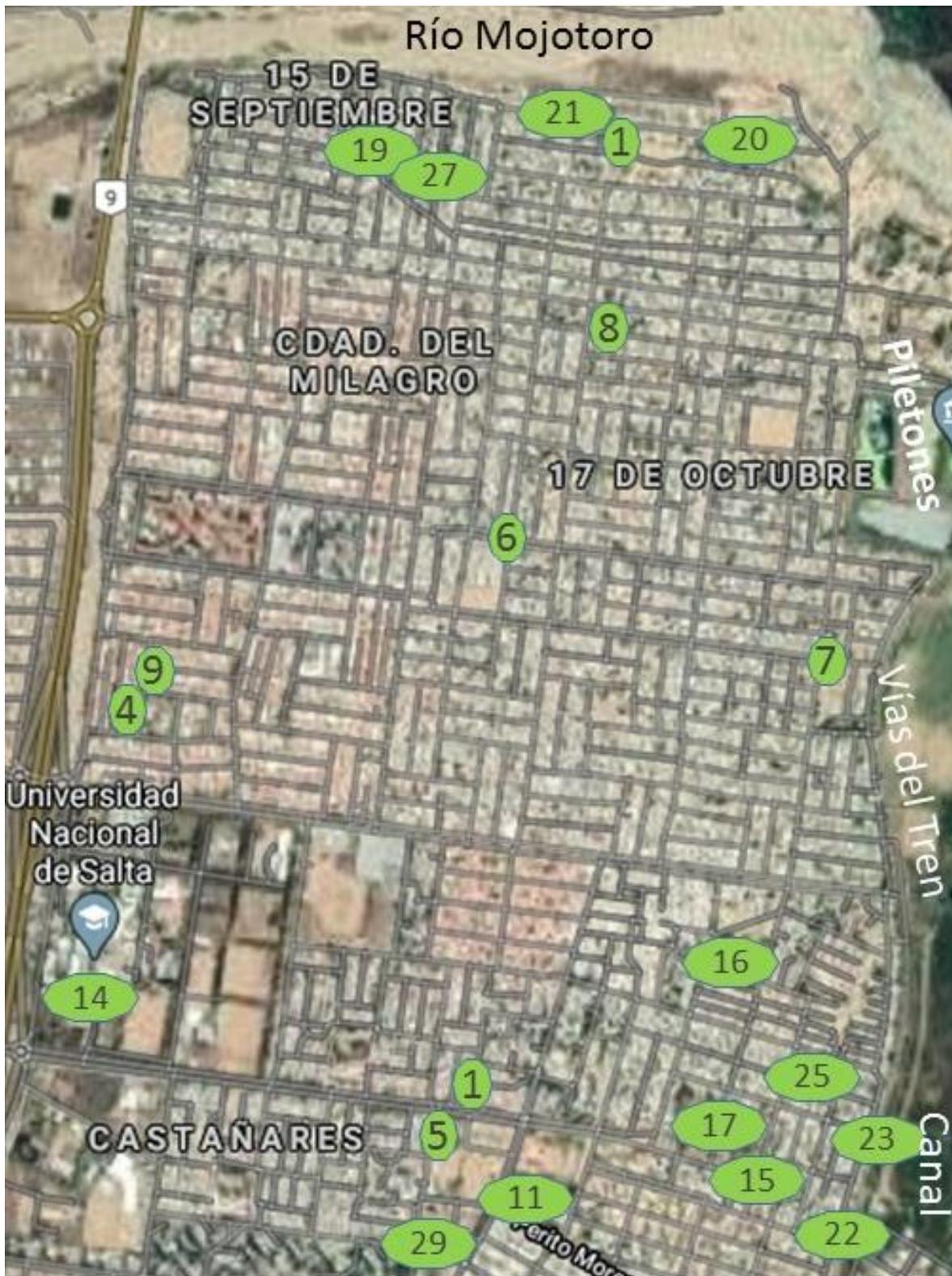


Ilustración 4. Mapa de instituciones dentro de la zona.<sup>7</sup>

De las 29 instituciones mencionadas, se aprecia que el 20% correspondían a organizaciones barriales, el 17% a instituciones de salud pública y el 17% a organizaciones de la sociedad civil. Las instituciones de gobierno, educación y policiales se encuentran en igual porcentaje (10%). Se registró, además, instituciones municipales (7%), religiosas (7%) y una referente al patrimonio histórico (3%).

Cada institución participó de forma distinta. Se pudo observar la presencia de un actor que cumplió la función de eje articulador y que descansó en la figura de Fundación Proyectar. A este, se sumaron algunas organizaciones, entre las que resaltan las sanitarias, principalmente a través de las residentes de psicología comunitaria y otras profesionales de las instituciones; el Programa Comunitario del Hospital San Bernardo y representantes de organizaciones barriales. Otros actores cobraron relevancia durante la ejecución de actividades específicas, y otros prestaron su espacio o colaboraron en la logística de las actividades.

### **3. Programa Comunitario en Zona Norte**

El hospital de este estudio, se inauguró el 20 de febrero de 1960 como Hospital General de Agudos. Desde el año 1999, y mediante la Ley Provincial Nro. 6841, pasó a tener la categoría de hospital público de autogestión, en el marco del proceso de reestructuración de hospitales públicos.

Dentro del sistema público de salud, el hospital se ubica en el cuarto nivel de atención, que corresponde al de mayor complejidad. Su área de influencia son los 23 departamentos de la provincia y el sur de Bolivia (MSPS, 2010) y cuenta con varios servicios que son referentes en la región NOA. Está especializado en atención de agudos, pero cuenta también con consultorio externo de varias especialidades. Es el último eslabón del sistema de referencia y contrarreferencia, recibiendo derivaciones de tercer nivel (en total 8 hospitales cabeceras de área operativa), segundo nivel (36 hospitales generales) y primer nivel (centros y puestos de salud).

Dentro de esta estructura, el primer nivel de atención, por sus características de emplazamiento territorial y por su trabajo enmarcado en la estrategia de Atención Primaria en la Salud (APS), ha sido el que más ha procurado la participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de la salud y en los enfoques intersectoriales de la misma (OMS, 2013).

Dicho nivel es de gran importancia en la identificación y seguimiento de personas en situación de riesgo, actividades de prevención, promoción de la salud y atención de baja y mediana complejidad. Los hospitales, en cambio han sido mayormente considerados por sus funciones centradas a la asistencia a personas que padecen alguna patología o han sufrido situaciones que afectan directamente su bienestar físico y desempeño orgánico.

---

<sup>7</sup> Con la excepción de las instituciones que se encuentran aglutinadas en Fundación Proyectar (CEMAS, ALFA, Iglesia Roca Eterna), aquellas que no aparecen en el mapa se encuentran fuera del área del estudio.

Cabría preguntarse entonces cuál es el lugar de un hospital de cuarto nivel de atención en el territorio. Siguiendo la investigación etnográfica en la práctica de la biomedicina desarrollada por Fleischer (2006), se observa que las experiencias de dolencia, a pesar de haber sido institucionalizadas en gran parte a través de los servicios formales de salud, no son meramente biomédicas sino que lo exceden, apareciendo en el contexto de otros espacios físicos, con historias sociales particulares, en poblaciones que tienen ciertas dinámicas y prácticas respecto a la salud. Estas comunidades relacionan los fenómenos salud-enfermedad-tratamiento a ciertas prácticas y sentimientos de lo cotidiano, a ciertos itinerarios personales y colectivos, a una historia específica, a las situaciones concretas de salud mental, etc.

Frente a esta dinámica, la Comisión de Alto Nivel a 40 años de Alma Ata (OPS, 2019) enfatiza la necesidad de impulsar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que cuente con un primer nivel de atención resolutivo, apoyado por servicios especializados, entre ellos los hospitales, con el fin de garantizar un acceso real a los servicios de salud con oportunidad, calidad y continuidad.

En octubre de 2016, a través de su Gerencia General, el hospital decide repotenciar el Programa Comunitario, entidad que constaba en el Estatuto Orgánico desde la creación del nosocomio, pero que se encontraba sin funcionamiento. Se convocó entonces a dos antropólogos a participar del diseño y ejecución de un plan de acción. Posteriormente se incluyó al equipo a dos psicólogos más.

En primer lugar, el Programa Comunitario buscó la inserción del hospital como un actor en los procesos de organización y participación colectivos en relación a la salud. Para esto se fomentó el acercamiento de la casa de salud hacia los diferentes niveles de atención en salud y hacia la comunidad, a través de la realización de actividades directas en territorio teniendo en cuenta que, como hospital de máxima complejidad y referencia en la provincia estas experiencias en territorio urbano, permitían conocer las condiciones de acceso a la salud de una parte de la población y a partir de ellos rediseñar y adecuar los servicios teniendo en cuenta las necesidades encontradas

Por una parte y siguiendo las recomendaciones de la OPS (2010), se consideró la prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, de preferencia en entornos extra hospitalarios. Como hospital de máxima complejidad y referencia de la provincia, se tomó como universo de responsabilidad a la totalidad de personas que cubre el sistema de salud. La experiencia territorial, en este contexto, permitió conocer, entre otras cosas, las condiciones de acceso a la salud de la población usuaria de un sector o muestra (Zona Norte) y con estos elementos, permitió rediseñar y adecuar los servicios en función de las barreras de acceso identificadas, solicitudes y necesidades percibidas por la comunidad.

Se buscó, igualmente, acercar una atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad (2019); considerando las dimensiones físicas, mentales, emocionales, culturales y sociales a lo largo del ciclo vital de las personas. Para esto era necesario lograr un mayor grado de conocimiento de la población y sus necesidades. Esta información sirvió para brindar una atención que se adapte a sus necesidades específicas, y permitió entablar

relaciones de empatía, respeto y confianza; pero también para encontrar mecanismos a través de los cuales la comunidad gestione su salud mediante estrategias de educación para la salud, autocuidado y autogestión de la salud, reconociendo a la persona como actor en su salud y también en su curación, en un marco de garantía de los derechos y de corresponsabilidad.

Se buscó, de igual forma, una participación social amplia, y como punto de partida se puso énfasis en la transmisión de información (sensibilización, formación, capacitación) que permitiese a las personas entender su situación de salud, alternativas, oportunidades y soluciones. Para esto se propuso procesos de investigación continua que permitan disponer de información necesaria y suficiente acerca de la situación de salud de la población, desde la perspectiva de los actores de las comunidades; y posibilite diseñar estrategias de intervención desde esa mirada.

En esta línea, el Programa Comunitario reconoció el capital social de las poblaciones, con el objetivo de aprender y acompañar mecanismos comunitarios que posibiliten hallar respuestas de salud alternativas y complementarias (OPS, 2002). Esto, tal vez, es uno de los grandes enfoques que ha brindado la antropología al estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención, comprendiendo que todo grupo social, ajeno a su nivel de educación de educación formal, genera y utiliza criterios preventivos, de atención o mitigación, respecto de por lo menos una parte de los padecimientos que los sujetos y grupos reconocen que están afectando real o imaginariamente su salud, o aspectos de la vida cotidiana relacionados con ella (Menéndez, 2017).

Fuera de considerar a estas prácticas correctas o incorrectas, es necesario reconocer que los grupos producen y reproducen representaciones y prácticas sociales de salud y es fundamental trabajar con ellas en una propuesta de escucha comunitaria. Siguiendo a Menéndez (2017), el reconocimiento de estos procesos por parte de la salud pública supondría un cambio radical en sus enfoques dado que permitiría tender un puente entre distintos conocimientos e identificar mecanismos de prevención y asistencia que logren adherencia y cercanía de estas iniciativas con la población.

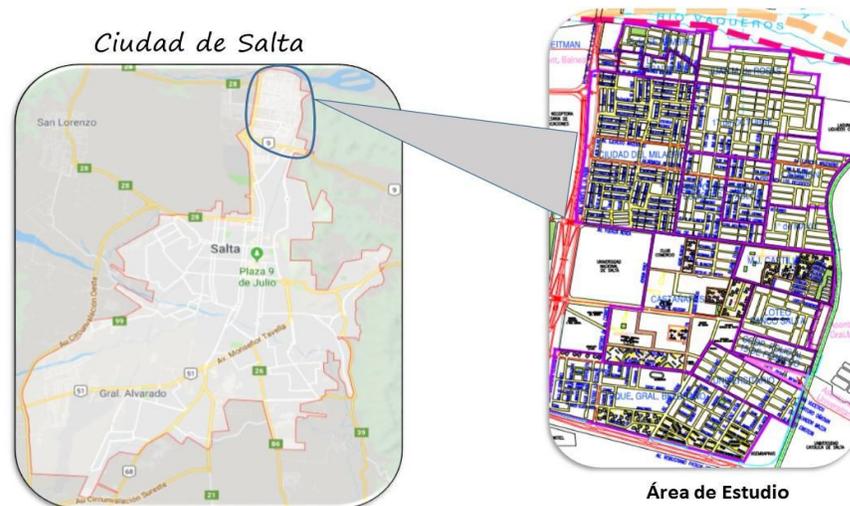
Es por esto que se trabajó directamente con vecinos, organizaciones de la sociedad civil e instituciones de la zona, de tal manera que las inquietudes y aspiraciones de las poblaciones fueran entendidas y consideradas. De esta manera se buscó animar y alimentar los vínculos sociales, contribuir con la mejora continua de la calidad de los servicios de salud, tender puentes que permitan una mayor y mejor accesibilidad para que las personas tengan acceso a atención dentro del hospital, lograr oportunidad en el diagnóstico de patologías, y aportar con espacios de formación para estudiantes, profesionales y población en general.

La participación del Programa Comunitario en la Red de Zona Norte fue la primera experiencia territorial que se desarrolló en el marco de la anterior propuesta. La entrada se dio a partir del contacto de una de las antropólogas que había trabajado previamente en un proceso de capacitación con la Red. La participación activa se dio desde octubre de 2016 hasta abril de 2018.

#### 4. La Zona de Influencia de la Red de Zona Norte

##### a) Características Geográficas y de ocupación de la zona

El área de estudio se encuentra en la zona norte de la ciudad de Salta, capital de la provincia homónima ubicada en el Noroeste Argentino (NOA). Limita al norte con el río Mojotoro, también llamado Vaqueros, al sur con la Av. Robustiano Patrón Costas, al este con la vía ferroviaria que se dirige a la ciudad de Güemes y al oeste con la Av. Héroes de la Patria que se transforma en la Ruta Nacional Nro. 9.



*Ilustración 5. Mapa de la ciudad de Salta y zona de estudio*

Específicamente, el acompañamiento del Programa Comunitario a la Red, se dio en el área de influencia de tres Centros de Salud: El Nro. 55 “San Roque” de Barrio 17 de Octubre; el Nro 11 “Virgen de las Lágrimas de Ciudad del Milagro; y el Nro. 15 “Sagrado Corazón de Jesús” de Barrio Castañares. Estas tres áreas operativas cubren un total de 19 barrios (Ver tabla 5).

La zona se comenzó a poblar masivamente, en la década de los '70. Algunos factores que influyeron fueron la delimitación del terreno del Monumento Histórico “Casona de Castañares” y la construcción del grupo 200 viviendas de Castañares que estaba destinado para la vivienda de personal militar. La metodología de construcción de barrios en “grupo de viviendas” se mantuvo hasta la primera mitad de la década de los '80 y fue llevado adelante por el Fondo Nacional de la Vivienda (FONAVI). En Castañares se construyó seis grupos, con un total de 2092 viviendas (López Soto, 2015).

Otro barrio que se comenzó a formar a partir de la primera mitad de la década de los '70 es Ciudad del Milagro, el cual empezó en las cercanías del Río Vaqueros y se extendió en cuatro etapas, cubriendo las zonas comprendidas entre cuatro Avenidas: Libertad, 17 de Junio, Fuerza Aérea y Héroes de la Patria. Como en el caso anterior, las casas fueron entregadas

con servicios (Figuroa, 2015). Sin embargo, esta zona comenzó a considerarse como residencial, mientras que la anterior de clase media, mayoritariamente. Es importante mencionar, que desde la década de los '80 se comienzan a construir departamentos multifamiliares, que se pueden observar en Castañares, Ciudad del Milagro y Primero de Mayo.

Tabla 5: Barrios incluidos en el estudio por áreas sanitarias de responsabilidad. Elaboración. David Hidrobo, 2019.

ÁREA DE RESPONSABILIDAD	Barrios
<b>CS. 11 "Ciudad del Milagro"</b>	15 de Septiembre
	Asentamiento Balneario
	Ciudad del Milagro
	Patricia Heitman
	Tradición
<b>CS. 15 "Castañares"</b>	15 de Febrero
	Asentamiento Universitario
	Barrio Universitario
	Castañares
	Divino Niño
	Loteo Banco Salta
	Manuel J. Castilla
	Villa Lata
<b>CS. 55 "17 de Octubre"</b>	17 de Octubre
	Barrio Unión
	Juan Manuel De Rosas
	Juan Pablo II
	Leopoldo Lugones
	Primero De Mayo

A esta urbanización planificada, se le suma otra que comenzó como asentamientos informales o tomas, y que en algunos casos mantiene su condición de irregularidad. Tal vez uno de los barrios más antiguos de estas características es 17 de Octubre. El mismo comenzó como una toma de terrenos fiscales y el trazado de calles y dotación de servicios se dio posteriormente. La misma forma de toma fue dada en Barrio Unión, el cual se creó en 1987 (Guaileola, 2014). Otros barrios de condiciones de poblamiento similares, son Juan Pablo II y Leopoldo Lugones.

Durante la década de los '90 y hasta la actualidad, la zona ha experimentado nuevos procesos de urbanización en zonas de amortiguamiento, ya sea de la línea férrea, el Río Mojotoro (Vaqueros) y las plantas de tratamiento de líquidos cloacales (piletones). Dicha situación, como se profundizará más adelante, trae consigo la aparición de distintas patologías, principalmente dermatológicas y respiratorias.

Entre estos barrios se encuentran Juan Manuel de Rosas, Balneario, 15 de Septiembre, Asentamiento Universitario, Divino Niño, Manuel J. Castilla, Villa Lata y Barrio Unión. Muchos de estos barrios todavía se encuentran en condición de asentamiento y no cuentan con los servicios básicos (López Soto, 2015; Giaileola; 2014). Sin embargo, algunos barrios, a pesar de no contar con los permisos de urbanización, cuentan con construcciones hechas con materiales duraderos y acabados de calidad. Gran parte del Asentamiento Manuel J. Castilla, por ejemplo, es plenamente urbano en la actualidad. Esto, sin embargo, no evita que se encuentren en riesgo de inundaciones o accidentes. De igual forma, la presencia de alergias y patologías dérmicas es frecuente principalmente en niños. En el próximo capítulo se profundizará el análisis sobre estas formas de ocupación de la tierra y sus intersecciones con los elementos de clase y raza.

b) Instituciones

La oferta institucional es amplia en relación a otras zonas de la ciudad, concentrando algunas instituciones que brindan cobertura a toda la urbe y que se mencionaran a continuación. De las sesenta y cuatro instituciones identificadas, treinta y tres correspondieron al área de responsabilidad del Centro de Salud de Castañares; dieciocho al de Ciudad del Milagro; doce al barrio 17 de Octubre La distribución de las instituciones por categorías sería la siguiente:

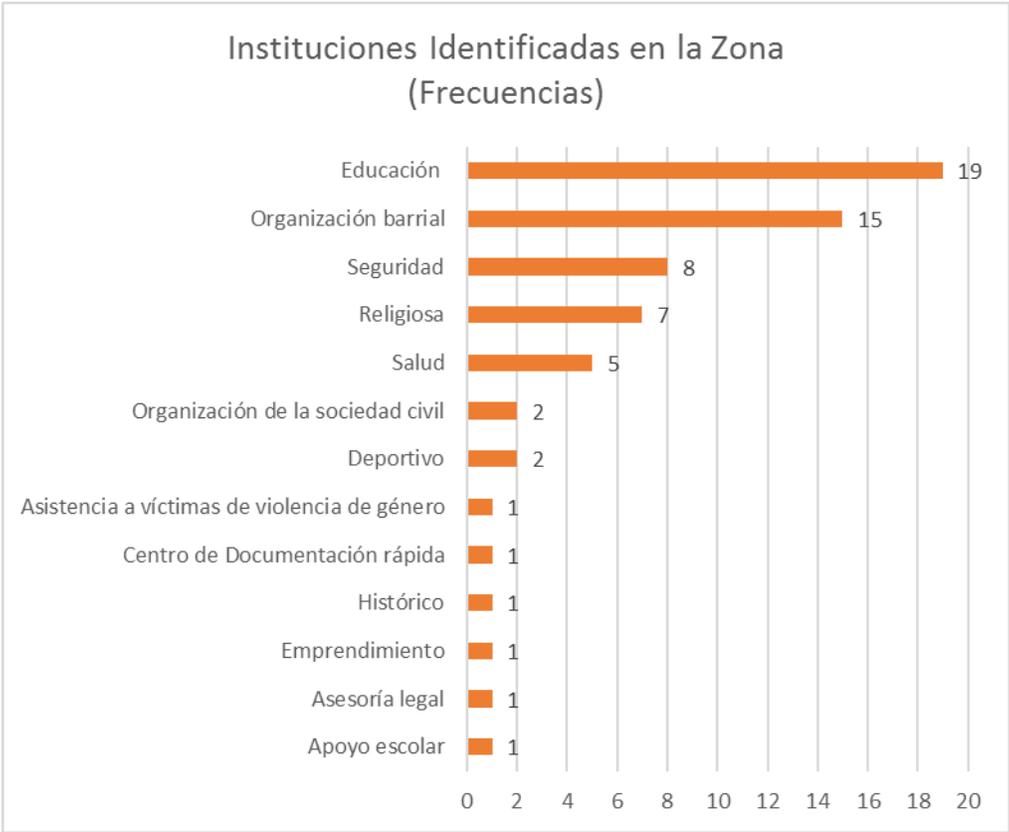


Ilustración 6. Instituciones identificadas en la zona. Realización: David Hidrobo

En toda la zona se identificaron diecinueve instituciones educativas, tres de las cuales corresponden a educación inicial, siete a primaria, seis a secundaria, una a terciaria y dos a superior. Es importante destacar que las dos universidades más grandes de la ciudad, se encuentran en el sector.

Por su parte, se observó quince organizaciones barriales, que se desglosan en cuatro centros vecinales, cinco comedores o merenderos, dos centros de jubilados, una agrupación barrial, un centro comunal, un Centro Integrador Comunitario y un Club.

Entre las instituciones de seguridad (8), se observan tres seccionales de policía, tres Centros de Inclusión Transitoria, un Centro de Atención a Menores en conflicto con la Ley Penal y un Cuerpo de Bomberos. En relación a la salud, se relevó tres centros de salud, una policlínica privada y una residencia para adultos mayores. Ciudad Judicial, también se encuentra aledaña a la zona.

Entre las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el sector, llama la atención la Fundación Proyectar, la cual tiene una línea de asesoramiento legal, llevada a cabo por el grupo Asesoramiento Legal Familiar (ALFA) y también un trabajo de apoyo y contención a jóvenes a través del grupo CEMAS.

### c) Información Sociodemográfica y Económica de la Población

Según la proyección del INDEC para 2017, la población de la zona sería de 51126 personas, que representan el 8.4% del total de la población de la ciudad. De la misma, el 48% son varones y el 52% mujeres.

Pirámide Poblacional de la Zona de Estudio  
(Porcentajes)

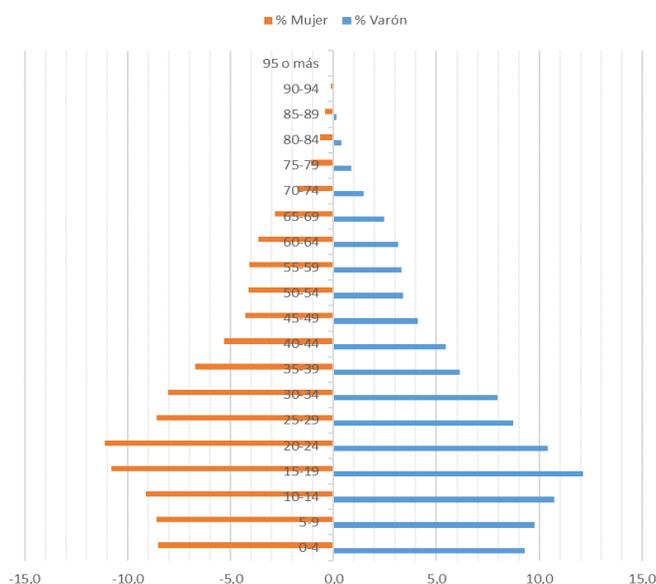


Ilustración 7. Pirámide Poblacional de la zona de estudio. Información: Censo de Población y Vivienda 2010.

Según el gráfico de la pirámide poblacional, se puede observar una base ancha, que se sigue ensanchando hasta los dieciséis años. Después de esta edad y hasta su cúspide, la población va disminuyendo progresivamente. Este formato del gráfico, nos permite inferir que existe una baja mortalidad materna, que la población ha crecido rápidamente y que es predominantemente joven. Para 2010, la población de la ciudad Salta representaba el 31% del total de población de la provincia y aglutinaba el 50% de la población urbana de la misma (Censo de Población y Vivienda).

De igual forma, contaba con una densidad poblacional correspondiente a trecientas once personas por kilómetro cuadrado, superando ampliamente el promedio provincial, que era de 7.8 habitantes por kilómetro cuadrado (Romero, 2014). Como se observa, la ciudad presentaba y presenta una fuerte concentración demográfica en relación al resto de la provincia.

Ahora bien, la forma como se ha dispuesto esta concentración en el espacio urbano, no es casual y responde a dinámicas que son determinadas a través de las interacciones entre sus subsistemas y componentes, que interactúan en una trama compleja y asimétrica de oposiciones, decisiones y asignaciones políticas de actores sociales y sus impactos sobre el espacio, el ambiente, la economía, la cultura y la esfera institucional (Karol, 2016)

En esta línea, se observa que los principales focos de crecimiento se centran en asentamientos que se han ubicado a la orilla del Río Mojotoro (Vaqueros), en la zona de amortiguamiento de las vías del tren o de los piletos (estructuras que contienen líquidos cloacales). Dichos espacios aglutinan población procedente de barrios pauperizados del centro de la urbe, zonas agrícolas pertenecientes a latifundistas, zonas de desmontes y de países limítrofes como Bolivia.

En la zona, la población nacida fuera de la República Argentina, ronda el 3%, sin embargo, se identificaron zonas donde la presencia de personas extranjeras es mayor. Así, los barrios Leopoldo Lugones, Juan Manuel de Rosas, 17 de Octubre y Primero de Mayo, presentan entre un 7% y 5% de personas nacidas fuera del país. A partir de la observación en territorio, se puede afirmar que la mayoría de esta población proviene del Estado Plurinacional de Bolivia. Entre algunas zonas de origen que se mencionaron se encuentran: Tarija, Potosí, Sucre y La Paz.

La presión demográfica sobre esta zona, pone en evidencia procesos económicos y sociales, en la provincia y región. Entre ellos destaca la aplicación del modelo agrícola a gran escala que se desarrolla en la provincia desde mediados de los 80, y que ha cronificado las situaciones de desigualdad rural, expulsando a pobladores tradicionales de las zonas agrícolas y ubicándolos en las zonas periféricas de las ciudades (Slutzky, 2004).

De igual forma, aunque menos agresivo que en otras ciudades latinoamericanas, el centro de Salta ha sido reorganizado para ser promovido como destino turístico, razón por la cual, se han acentuado dinámicas de exclusión hacia personas pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos o muy bajos, motivando su traslado habitacional. A esto se suma la transformación que ha experimentado esta zona, de ser fuertemente habitacional a convertirse en predominantemente comercial.

Es así que el área central de Salta es el distrito de la ciudad que en los últimos años ha expulsado a la mayor cantidad de población. Mientras que, en el período 1990-2007, la ciudad creció un 44%, el centro redujo en un 20% su población (s/n, 2008). Sumado a lo anterior, varios asentamientos y zonas que estaban pobladas de manera informal y que habían sufrido inundaciones o deslizamientos de tierra, han sido reubicados en zonas periféricas.

Estas y otras circunstancias, han ido generando que un número creciente de personas tengan que aceptar vivir en la ciudad soportando condiciones de vida precarias y deterioradas, en un contexto de marginalidad habitacional y social (Clase 6, Análisis de Políticas Públicas, FLACSO, 2016). Esto implica también que gran parte de la población deba acceder a los mercados de tierra informal, a tierras relegadas de la legislación urbana y ambiental, o aquellas no aptas para la urbanización.

#### d) Situación Económica y Empleo

En base a información del INDEC (2010), el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) en la zona de estudio, es de 13.6%. Sin embargo, existen lugares donde esta situación alcanza al 29% de los hogares. Entre los barrios que oscilan entre el 20% y 29% se encuentran: Juan Manuel de Rosas, Asentamiento Balneario, Divino Niño y Leopoldo Lugones. Asentamiento Universitario, Primero de Mayo y Barrio Unión presentan un 19% de hogares en esta situación.

En relación al empleo, la desocupación en la población económicamente activa sería del 6%. Sin embargo, Barrio Unión presenta el 11%, Ciudad del Milagro y Castañares el 8% y 17 de Octubre el 7% de desocupación.

A partir de una encuesta que el Programa Comunitario realizó en zona norte durante el mes de septiembre de 2017; se identificó que en el 51% de hogares donde había personas económicamente activas, éstas se encontraban en condiciones de trabajo estable. Sin embargo, al desglosar esta información por nivel socioeconómico se observó que en el sector residencial el 76% de jefes de hogar tenía un trabajo con contrato y derechos laborales (obra social, aportes jubilatorios, vacaciones pagas, salario familiar, etc.) mientras que solo el 22% del sector precario trabajaba en parecidas condiciones.

#### e) Principales Problemas

La siguiente información ha sido extraída de los resultados de la Encuesta de Opinión Pública realizada por el Programa Comunitario durante el mes de septiembre de 2017 (EZNPC) en 243 hogares. A nivel general, la situación que aparece como más crítica se refiere a los consumos problemáticos, tema que se ampliará más adelante. En el sector popular y precario es donde este fenómeno se presenta con mayor gravedad.

Tanto el segundo como el tercer problema que preocupa mayormente a la gente de la zona, tiene que ver con temas de violencia. Así, la inseguridad y la falta de policías son situaciones que preocupan al sector medio (21.3%), residencial (20.7%) y popular de la población; mientras que las peleas, conflictos violentos y desunión entre vecinos preocupan

principalmente al sector precario (13.6%), seguido por el popular (12.5%). Por su parte, el 23.4% de la población del sector manifestó su preocupación por robos o asaltos. Muchas de estas situaciones son atribuidas a los habitantes de los asentamientos y/o barrios populares de la zona.

El reconocimiento de problemáticas ligadas a factores ambientales, se refleja principalmente en el sector precario tanto en relación a la falta de calles pavimentadas (16.9%) como a la suciedad, microbasurales, contaminación (15.3%) y la falta de servicios (13.6%).

Finalmente, es interesante mencionar que el 44.8% de la población del sector residencial, no encuentra algún problema significativo dentro de su barrio, mientras que solamente el 1.7% del sector precario, piensa de la misma manera.

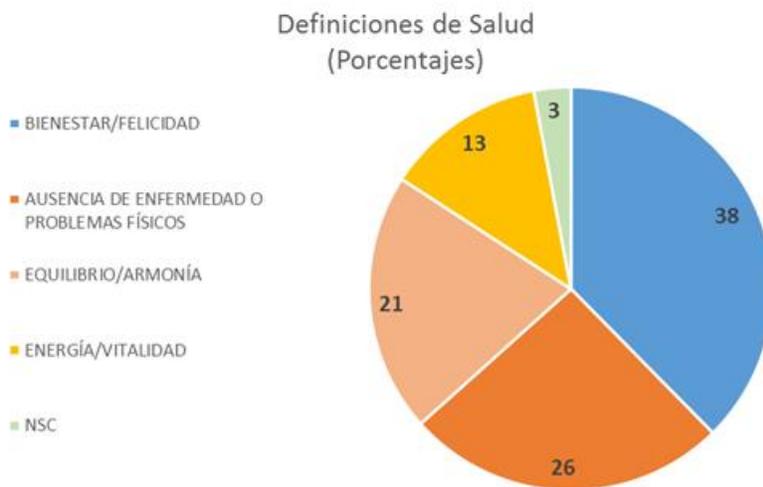
	Total Zona Norte	Residencial	Medio	Popular	Precario
Adicciones, consumo de droga	23,2	0,0	14,9	30,2	28,8
Inseguridad, falta de policías	16,2	20,7	21,3	19,8	3,4
Ninguno, no hay problemas	14,9	44,8	19,1	12,3	1,7
Peleas, conflictos violentos, desunión	10,0	3,4	4,3	12,3	13,6
Calles de tierra, falta de asfalto, polvo	7,5	0,0	4,3	5,7	16,9
Suciedad, microbasurales, contaminación	7,5	10,3	4,3	3,8	15,3
Delincuencia, robo, asalto	6,6	10,3	23,4	1,9	0,0
Falta de algun/os servicio/s	5,8	0,0	4,3	3,8	13,6
Nsc	4,6	0,0	0,0	7,5	5,1
Abuso policial	2,1	0,0	4,3	1,9	1,7
Accidentes de tránsito	1,7	10,3	0,0	0,9	0,0

Ilustración 8. Cuál es el principal problema que identifica en el lugar donde vive?

#### f) Situación de Salud

El estudio llevado a cabo durante el mes de septiembre del 2017, puso especial atención en las percepciones de las personas de zona norte sobre su salud y la salud de su comunidad. Es por esta razón, que se preguntó qué palabra o frase definía mejor lo que cada persona

entendía por salud. El 38% de la población definió a la salud como bienestar o felicidad; un 25% con ausencia de enfermedades o problemas físicos. Un 21% con equilibrio y armonía y un 13% con energía y vitalidad.

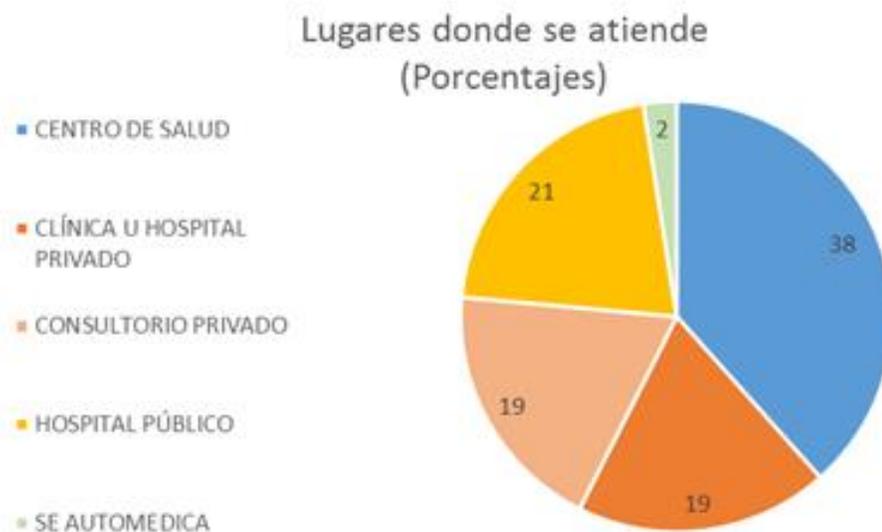


*Ilustración 9. ¿Cuál de estas opciones define mejor lo que ud. entiende por Salud?*

En relación a estas percepciones, el 66% de encuestados consideró que se encontraba bien de salud, mientras que un 19% consideró que muy bien. Por su parte, el 14% manifestó que se encontraba mal de salud. Llama la atención que el 72% de encuestados relacione a la salud con factores no biomédicos. Solamente un 26% relaciona la salud con la ausencia de enfermedad o problemas físicos. La principal relación con la salud es el bienestar y felicidad, mientras que el equilibrio y armonía; y la energía y vitalidad, ocupan porcentajes inferiores. Durante la investigación, se apreciará la presencia en el relato de los encuestados y participantes de la red, de muchos valores ligados a la garantía de la salud, que tienen que ver con el acceso a los servicios de salud, pero también con la no discriminación, con la posibilidad de reconocimiento social y la participación; factores que se ligan a los conceptos antes mencionados y que tienen que ver con el Buen Vivir, en la medida que exponen un horizonte de relación armónica consigo mismo, con los demás y con el entorno.

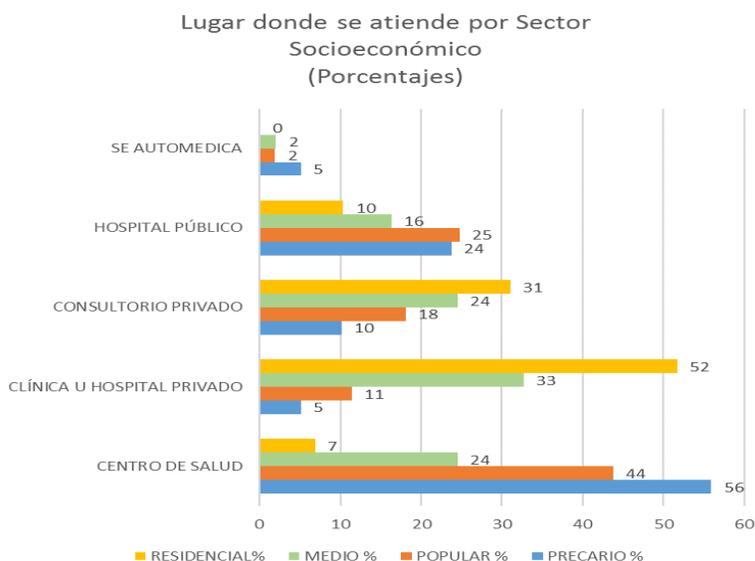
#### g) Atención en Servicios de Salud

En referencia a la atención médica, se consultó a los encuestados donde resuelven con mayor frecuencia sus problemas de salud y se constató que el 59% de la población de ZNS lo hace en el sistema público de salud. De este porcentaje, el 38% manifestó que se atiende en los centros de salud de sus zonas. Un 21% por su parte, lo hace en hospitales públicos y el 38% resuelve sus problemas de salud en el sector privado, ya sean clínicas, hospitales o consultorios privados.



*Ilustración 10. Generalmente, ¿dónde acuden a resolver los problemas de salud?*

Al profundizar en los sectores socioeconómicos que se atienden en cada uno de los servicios, se observa que el 83% del sector residencial acude a servicios de salud privados, al igual que el 57% que el sector medio, el 29% del sector popular y solamente el 15% del sector precario. Por su parte, en los servicios públicos de salud se atiende un 80% de hogares del sector precario, un 69 % del popular, un 40% del medio y solo un 17% del residencial.



*Ilustración 11. Lugares de atención de la población.*

Relacionado a lo anterior, se observa que, en cuanto a la satisfacción del servicio, los hospitales públicos cuentan con un 76,5% de calificación positiva y los centros de salud, con

un 61,3%. A pesar de esta imagen positiva, el contraste entre los servicios públicos y privados es importante.

Tabla 6: Calificación del servicio de las instituciones de salud.

		¿CÓMO CALIFICA EL SERVICIO QUE RECIBE EN ESE LUGAR?						
		Muy bueno	Bueno	Positivos	Malo	Muy malo	Negativos	Nsc
CUANDO ALGUIEN DEL HOGAR TIENE UN PROBLEMA DE SALUD, ¿A DÓNDE ACUDEN PARA RESOLVERLO?	Hospital publico	23,5	52,9	76,5	17,8	3,9	21,6	2,0
	Centro de salud	8,6	52,7	61,3	31,2	6,5	37,6	1,1
	Clínica u hospital privado	50,0	41,3	91,3	8,7	0,0	8,7	0,0
	Consultorio privado	41,3	43,5	84,8	8,7	4,3	13,0	2,2

Para los servicios públicos, el promedio del porcentaje de la percepción positiva es de 69% (Bueno, Muy Bueno) mientras que en el privado es de 88.5%. Es decir, la imagen positiva de los servicios privados es 19.5 puntos porcentuales mayor que la imagen de los servicios públicos.

### Satisfacción en la Atención de Salud por Sectores Socioeconómicos (Porcentajes)

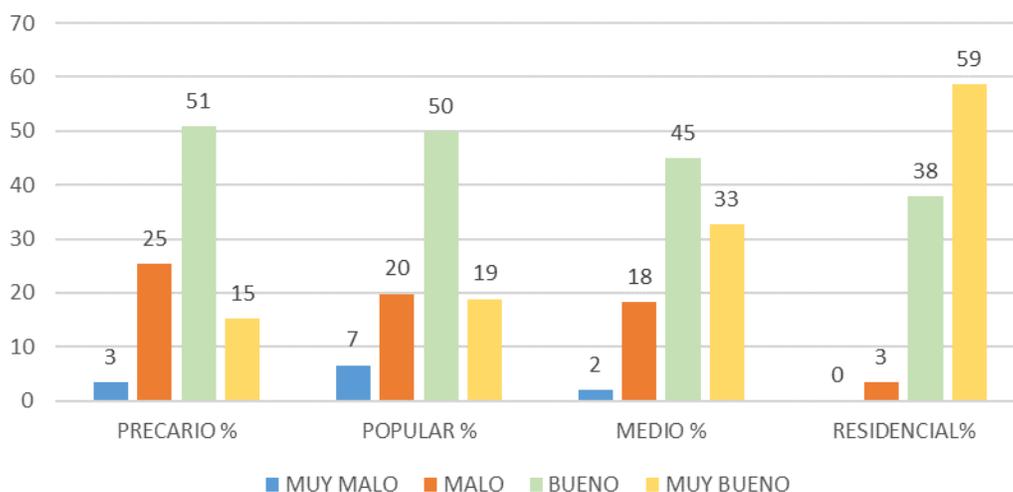


Ilustración 12. Calificación del servicio por niveles socioeconómicos.

Como se observa, el 97% de los encuestados pertenecientes al sector residencial, tienen una percepción favorable con respecto a la atención de salud que reciben. Es el único sector socioeconómico donde la mayoría de personas (59%) calificó al servicio de salud como muy

bueno. Entre las razones para esto, se halla la presencia de buenos profesionales, el poco tiempo de espera y el buen trato.

El sector medio muestra mayores matices en lo que hace a esta cuestión. Quienes calificaron favorablemente a los servicios de salud que reciben, valoraron una atención completa, buen trato, buenos profesionales y que no hay un tiempo de espera considerable. Por su parte, se registró un 21% de percepción negativa en relación al servicio. Quienes se pronunciaron en esta dirección, señalan que hay demoras en la atención, hay insuficientes medicinas, insumos y servicios, no hay buenos profesionales y han sufrido maltrato.

En el sector popular, el 69% reportaron una percepción positiva de los servicios de salud. Entre las razones que destacan, se encuentra la atención completa, buen trato y buenos profesionales. Por su parte, el 27% calificó como malo o muy malo el servicio. La demora en la atención, la falta de medicamentos e insumos, y el maltrato, resaltan en las causas de esta puntuación.

Finalmente, en el sector precario, el 66% de encuestados tenía una mirada positiva del servicio que había recibido. Entre los aspectos que motivaron esta calificación se encontraban la presencia de buenos profesionales, buen trato y poca espera. Entre las razones que motivan la calificación negativa (28%) se encuentra la demora en la atención, la dificultad para acceder al servicio, falta de medicinas e insumos y el maltrato.

Las referencias a maltrato representan el 6.5% del total de las percepciones de la atención en salud. El 50% de estos casos se encuentran en el sector popular, el 25% en el precario, el 19% en el medio y el 6% en el residencial.

En relación a las causas más frecuentes de la valoración positiva, se observa que la mayoría de los entrevistados que pertenecen al sector medio, popular y precario, valoraron en primer lugar el buen trato. En el caso del sector residencial, se valoró en primer lugar la presencia de buenos profesionales en los servicios. Este factor fue considerado como segunda causa de valoración positiva en el sector medio y precario, mientras que en el sector popular y residencial se valoró a la poca espera como segunda causa. Este elemento fue considerado como tercera causa de calificación por el sector medio y precario.

De la información anterior, se reconoce la importancia que tendría el buen trato en la percepción de satisfacción de la atención en salud. Su ausencia se muestra principalmente en el sector popular y precario. Aunque no se profundizará aquí sobre este tema, sería importante identificar cómo el fenómeno del maltrato se relaciona con las intersecciones de clase, edad, etnia- nacionalidad-raza y género, dentro del sistema de salud. De igual forma, sería pertinente preguntarse si el buen trato es una variable que influye en la valoración positiva de los profesionales, más allá de su saber técnico.

Otro factor que incide con importancia en la calificación de los servicios de salud es la accesibilidad, que se muestra en los tiempos de espera, presencia de profesionales, medicamentos, entre otros elementos. En relación al sistema público de salud y su menor calificación en comparación con el privado, se puede señalar que, si bien en casi todos los

barrios existen centros de salud públicos, el acceso a los servicios que allí se ofrecen, reviste algunas dificultades:

Es un centro de salud con casi 17000 habitantes en el área de responsabilidad, hay mucha demanda. La mayoría de la gente no tiene obras sociales entonces recurren mucho al centro de salud. Muchos cuando tienen que atenderse hacen fila desde las 5 de la mañana para turnos en la mañana y para turnos en la tarde desde las 10. (Psicóloga del Centro de Salud Barrio 17 de Octubre, octubre 2019)

De ahí que la principal causa de calificación negativa por parte de los sectores precario, popular y medio, tenga que ver con la demora en la atención. El segundo malestar reportado por el sector precario y medio fue el maltrato. En el caso del sector popular fue la falta de medicinas.

En la semana pasada fui a pedir turno para odontólogo en el centro de salud y no conseguí. Parece que no hay muchos odontólogos, es difícil conseguir turno... Lo bueno sería que vengan y atiendan... Hay que quedarse a dormir para conseguir turno. (Vecino de Villa Lata en Doljanín, 2017)

Tiene sentido entonces, que el sector residencial, donde el 83% de su población se atiende en los servicios de salud privados, sea el único donde la mayoría (59%) afirma que los servicios de salud son muy buenos. Se podría pensar, que este sector tiene mayores posibilidades de decidir cómo, cuándo y dónde atenderse, sin necesidad de largas esperas y de situaciones de incertidumbre en la posibilidad de acceder a buena atención, profesionales, medicinas e insumos necesarios.

#### h) Atención en el Hospital

En relación a la atención en el hospital del estudio, se registró que en un 48% de los hogares, algún miembro se había atendido en dicha casa de salud durante el último año. A partir de la información obtenida, se identifica que el sector precario es el que se atiende con mayor frecuencia. Un 66% de hogares de este sector manifestó haberse atendido durante el año en el HSB. Por su parte, en el sector popular, un 53% de personas utilizó algún servicio del hospital. En el sector medio (35%) y residencial (14%) los porcentajes de acceso a los servicios del HSB disminuyen.

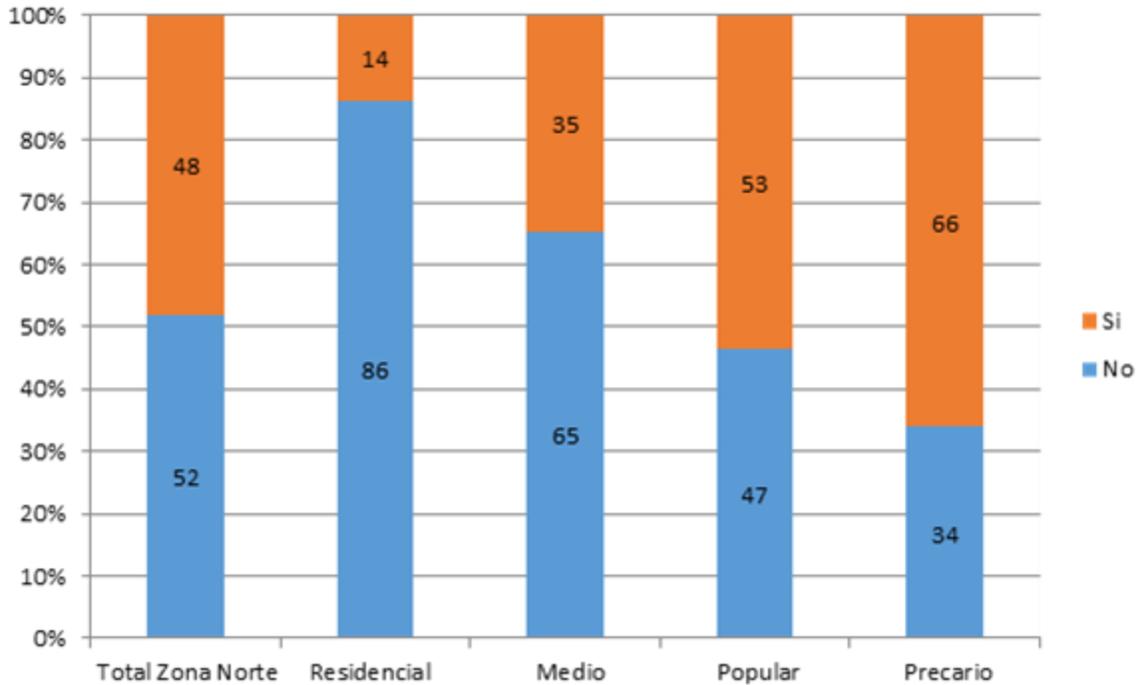


Ilustración 13. ¿Ud. O alguien de su familia ha utilizado algún servicio del HSB en el último año?

El 63% de las personas que se atendieron en el hospital, entraron por guardia. Un dato peculiar, es que el sector residencial registró un 100% de atenciones por consulta externa. Los demás sectores mantienen valores parecidos de ingreso por guardia. Podríamos pensar que el sector residencial se atiende mayoritariamente cuando existen situaciones de salud o patologías que demandan la intervención de especialistas. En los otros sectores, habría alrededor de un 30% de personas que accedieron por consulta externa.

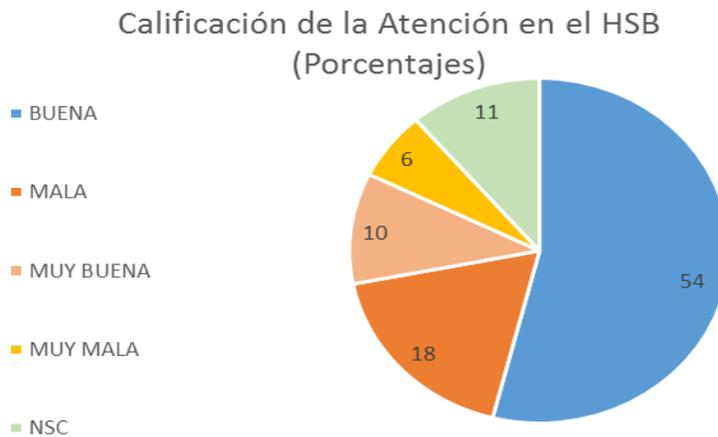


Ilustración 14. Calificación del Hospital San Bernardo.

En relación a la calidad de la atención, se observa que el 64% de las personas que se atendieron en el hospital lo califican positivamente. Sin embargo, solo el 10% de este porcentaje puntúa como muy buena la atención. En el otro extremo, un 28% califica entre muy malo y malo el servicio.

## 5. Situaciones sociales relacionadas a la salud

La situación de salud individual de una persona está interconectada con la situación particular (familia) y general (sociedad) en la que se encuentra (Breilh, 2015). Es por esto que en la encuesta se relevó situaciones sociales tales como el consumo de drogas, discriminación, embarazo no deseado, violencia familiar y suicidio, que son identificadas como relevantes en la vivencia y percepción de salud de la zona de estudio.

El 61% respondió que el consumo de drogas afectaba entre mucho o algo a su barrio. En base al acompañamiento de campo, se observó que esta situación no afecta solamente a la salud individual o relaciones de las personas que consumen, sino que también repercute en la percepción de seguridad, los grados de violencia y el tejido de vínculos sociales.

Siguiendo en frecuencia, el 38% de los participantes encuentra que la discriminación afecta mucho o algo. Le sigue la violencia intrafamiliar con un 36% de personas que lo ven como una situación que afecta algo o mucho, un 33% que cataloga de la misma forma al embarazo no planificado y un 24% que reconocen de esta manera al suicidio.

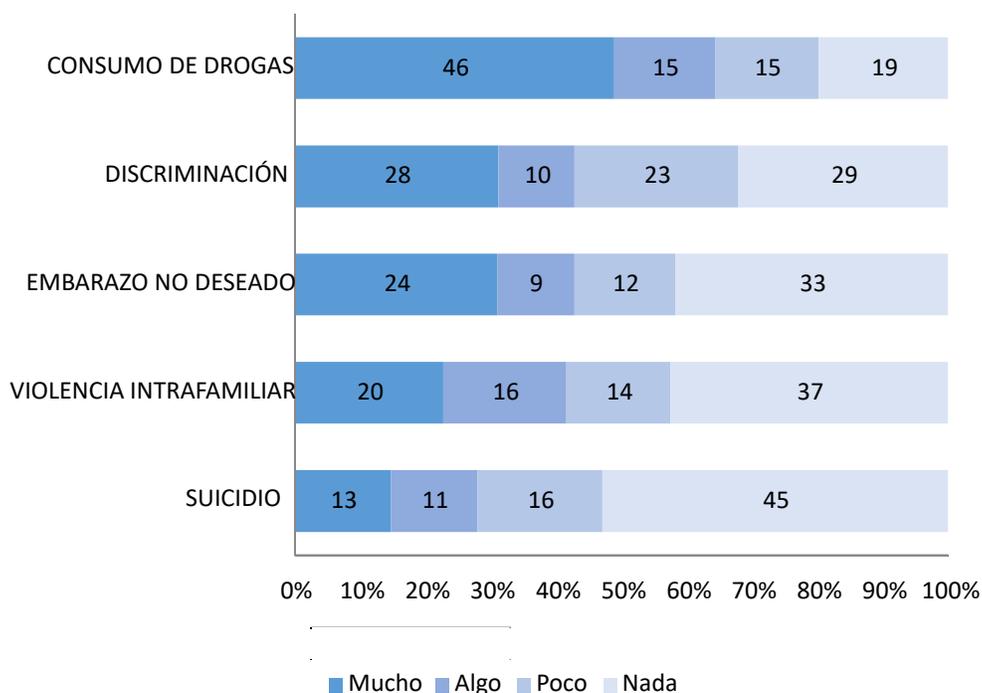


Ilustración 15. ¿Cuánto afecta cada una de las siguientes situaciones a las personas que viven en el barrio?

A continuación, se presenta un desglose de las situaciones de consumo problemático, discriminación y violencia intrafamiliar, teniendo en cuenta que estos tres temas fueron retomados en el trabajo articulado con la red. Para ello, se incorpora información proveniente de testimonios y entrevistas. No se pretende en este apartado hacer un encuadre conceptual de cada una de las situaciones, sin embargo, se utilizan categorías teóricas que permitan dar sentido e hilar los datos cuantitativos y cualitativos en el contexto del estudio.

#### a) Consumos Problemáticos

Como ya se señaló, para el 23% de los encuestados el principal problema en su barrio son los consumos problemáticos, siendo este porcentaje el mayor en comparación con otras situaciones percibidas. De igual forma, el 46% de encuestados considera que el consumo de drogas afecta mucho a las personas de la zona, mientras que el 15% reconoce que afecta algo.

En relación a sectores socioeconómicos, la percepción de mayor gravedad se dio en el popular, donde un 30% de hogares se encontraba preocupado por el tema. Le sigue el sector precario con un 29%. Tanto en el sector popular como precario esta situación se percibe como la más grave. En el sector medio un 14,9% manifiesta que se siente preocupado por el consumo de drogas, mientras que en el sector residencial esta situación no se menciona como un problema.

Al respecto, Fergusson y Góngora (2007) afirman que si bien el consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas<sup>8</sup> legales e ilegales no son situaciones que se circunscriben a una clase o grupo social en particular, impactan más en aquellas personas y grupos que cuentan con menos recursos y medios para defenderse, responder y reponerse. Volviendo a la encuesta, el 11% del total de hogares reconoció que alguien de la familia había tenido problemas de consumo, sin embargo, solo el 3% de esta población accedió a algún tratamiento.

En el sector popular, el número de hogares que registró alguien en situación de consumo ascendió a 14%. De este porcentaje un 6% había seguido algún tratamiento. En el sector precario, el 13% de los hogares mencionó el problema y solo 3% había accedido a algún tipo de tratamiento. En relación a la accesibilidad de posibles tratamientos, la psicóloga de uno de los centros de salud de la zona afirma que:

Influye mucho el tema de la accesibilidad. Alguien que tiene que hacer un tratamiento de adicciones y tenga que ir a Betania [centro de rehabilitación privado que tiene convenio con el Gobierno Provincial] simplemente no tiene plata para el colectivo (Psicóloga del Centro de Salud Barrio 17 de Octubre, entrevista, octubre 2019)

---

<sup>8</sup> Se utiliza el término “sustancias psicoactivas” y no “drogas”, porque se entiende que este segundo término tiene una carga estigmatizante y prejuiciada.

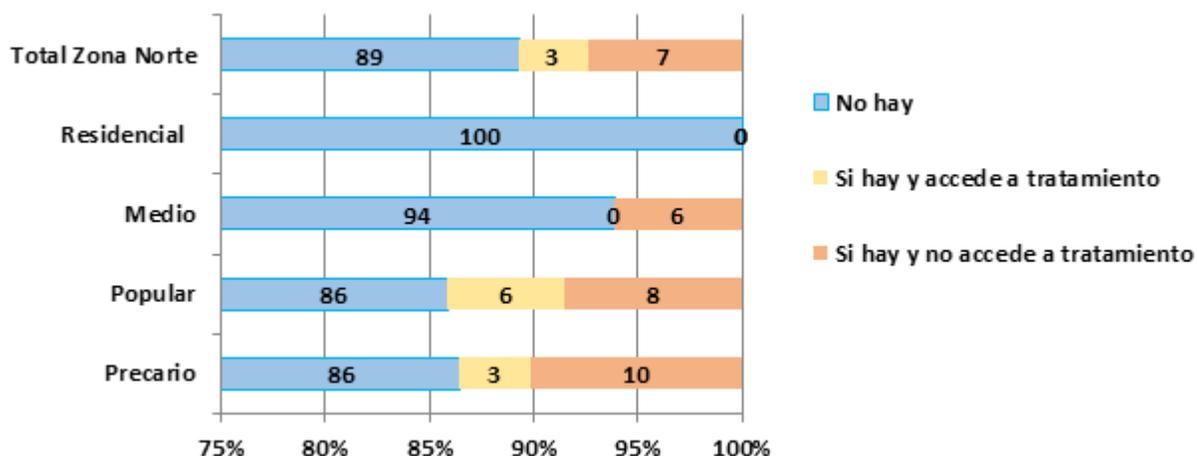


Ilustración 16. En el hogar, ¿hay alguna persona que tenga problemas a causa del consumo de drogas?, ¿Esa persona pudo acceder a tratamiento terapéutico?

En relación a la magnitud del problema, el 75% de personas del sector precario manifiesta que afecta mucho o algo. Le sigue el sector popular con 68%. Repasando la información, se observa que, a pesar de que solamente el 11% de los hogares registró situaciones de consumo problemático, este fenómeno es percibido como el principal problema del barrio por el 23% y el 61% de hogares opina que afecta entre algo y mucho al barrio. Esto da cuenta de la característica de la situación en estudio como un problema social, que afecta no solamente a quienes consumen sino al entorno particular (familia) y social de forma importante (Breilh, 2015).

Siguiendo a Fergusson y Góngora (2007), en el imaginario social, las personas que consumen son asociadas con la delincuencia, la enfermedad y la degeneración. En este punto, el 71% de los hogares que reportaron que alguna persona de su núcleo había vivido situaciones de consumos problemáticos, afirmó que la discriminación afectaba algo o mucho en su barrio. Este conjunto de percepciones, ideas e interpretaciones (llamadas “representación social del farmacodependiente”), generan prácticas de intolerancia y discriminación hacia las personas que consumen, pero también construyen una percepción de inseguridad en los territorios.

Con el rancho nos juntamos en la canchita a la tarde. Jugamos al fútbol, a veces fumamos marihuana. Nosotros no fumamos paco, solo marihuana. Por ahí los vecinos nos ven mal, pero nosotros no hacemos daño a nadie, los que nos conocen saben que cuidamos el barrio, que no se metan de afuera y hagan quilombo (Joven participante de actividad EnRedArte en Juan Manuel de Rosas, Diario de Campo, octubre de 2017)

En estos casos, a la condición de consumidores se suma la pertenencia a un barrio marginalizado y, como veremos en el próximo capítulo, el factor racial. En este contexto, se presenta una percepción social, que también es ejercida por las fuerzas de seguridad, que mira a estos “otros” como un atentado para la vida, una amenaza o un peligro, cuya eliminación, en palabras del filósofo camerunés Achille Mbembe (2011), “reforzaría el

potencial de vida y seguridad”-. De ahí que las prácticas de represión y supresión de derechos de esta población sean frecuentes y muchas veces estén avalados por sectores de la sociedad civil.

Así como vienen de buenitos ahora [policía comunitaria] hubieran venido la semana anterior cuando le reventaron la casa a la tía de la nena. Por eso les tienen miedo. Por eso no hay como darles la confianza, porque te pintan de colores hasta que les ordenan reprimir (vecina de Manuel J. Castilla, diario de campo, febrero de 2017)

Expresiones como “negros de mierda” o “hay que matarlos a todos” han aparecido en distintos momentos de nuestro acompañamiento en territorio, e incluso pasan con naturalidad en los contenidos de las redes sociales y medios de comunicación. Esto se lleva a cabo a pesar la existencia de órganos públicos de lucha contra la discriminación y racismo (INADI), recomendaciones y punitivas nacionales e internacionales. Parecería entonces que estas vidas valen menos y el estado, en muchos casos, actúa validando quienes merecen vivir y quienes deben morir, o aquellos cuya garantía de derechos es secundaria. Al ejercicio de estas prácticas, Mbembe (2011) denomina necropolítica.

#### b) Racismo y Exclusión

Dentro de las situaciones sociales vinculadas a la salud, la discriminación fue considerada por los encuestados como el segundo factor que afecta algo o mucho al barrio. Siguiendo a Segato (2007) mientras que el prejuicio es la actitud racista en el fuero íntimo, de las convicciones personales, frente a un otro distinto y enfrentado; la discriminación implica ofrecer oportunidades y tratamientos negativamente diferenciales a las personas sobre las cuales recaen dichos prejuicios, lo cual restringe el acceso pleno al usufructo de recursos, servicios y derechos.

Este tratamiento diferenciado es muy amplio e incluso puede reducirse a no actuar, es decir, a no realizar ningún gesto de atención específica con relación a una persona que necesita de esta atención, mientras sí se dispensa esa atención a personas del grupo no discriminado.

El 38% de los encuestados consideraron que esta situación afecta entre mucho y algo a las personas del barrio. Este porcentaje varía si se lo lee por sectores socioeconómicos. En el sector popular el 48% de los encuestados afirmaron que la discriminación es un problema. Lo propio lo hizo un 40% del sector precario, un 26% del medio y un 17% del residencial.

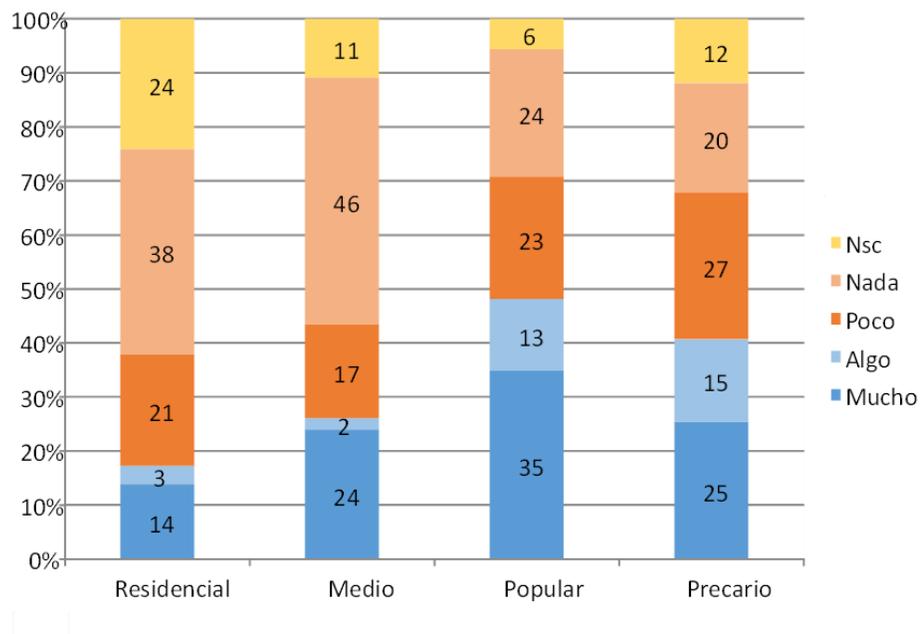


Ilustración 17. ¿Cuánto afecta la discriminación a las personas del barrio: nada, poco, algo o mucho?

Es interesante observar que, en el sector residencial, un 24% de encuestados eligieron no posicionarse en relación al tema, aduciendo desconocimiento de la situación. Si bien, en el apartado que hace referencia a consumos problemáticos de sustancias psicoactivas se marcó la relación entre aquella situación y la discriminación, a partir de los relatos de diferentes actores de la red, es posible identificar otros escenarios. El espacio educativo es uno de ellos. En diversas conversaciones que tuvimos con adolescente y jóvenes, muchos de los cuales habían desertado del sistema educativo, encontramos el factor discriminatorio como un motivo de la situación anterior, o como una situación a superar dentro de un entorno hostil. Al respecto, Deneulin (2014) afirma que "el hecho de vivir o no en un asentamiento informal (o barrios empobrecidos) tiene importantes consecuencias en las oportunidades que las personas disponen para vivir bien. Uno de los participantes de la red, vecino del Barrio 15 de Febrero y referente de la agrupación "La Poderosa" señalaba:

Siempre fui muy callado hasta que salí de ahí [Colegio católico del centro de la ciudad]. Trataba de pasar desapercibido por sentirme distinto, que no encajaba, yo sentía que cualquier cosa que hacía era mal vista, por eso no era abierto a mis compañeros. No decía de donde venía. Cuando salí de ahí, cambié muchas cosas, pensé, fue una época bastante compleja (entrevista personal, agosto de 2019).

Como antecedente de este relato, es necesario marcar que la familia del entrevistado, había optado por llevarlo a un institución en el centro de la ciudad, a unos diez kilómetros de su residencia, por motivos de prestigio de la institución y para garantizar su continuidad escolar, dado que los colegios de la zona se encontraban en permanente paralización. Sin

embargo, el costo de esta decisión, en un primer momento, fue la negación de una identidad territorial estigmatizada por otra aceptable para el nuevo conjunto social.

Este testimonio se puede interpretar a partir del concepto que la filósofa, escritora y activista brasileña, Sueli Carneiro (2007) presenta como epistemicidio. El mismo se refiere al proceso de prohibición social y exclusión de oportunidades que sufren los grupos racializados e inferiorizados (indígenas, negros, villeros) y que influye en la limitada capacidad de acceder al principal activo de movilidad social que es la educación. La autora señala que esta dinámica o dispositivo educacional y, de forma más amplia, de construcción y legitimación de saberes, se constituye como una fuente de aniquilamiento no sólo de la capacidad cognitiva y de la confianza intelectual, sino también de las propias experiencias personales y comunitarias en el todo social.

El fenómeno del epistemicidio implicaría la degradación de la autoestima que el racismo y la discriminación provocan en el cotidiano escolar, por la negación de los “no blancos” de su condición de sujetos de conocimiento, por medio de la desvalorización, negación y ocultamiento de las contribuciones epistemológicas y de conocimiento, por la imposición del blanqueamiento cultural y por la producción del fracaso y la deserción escolar. Lo anterior también implica la exclusión del espacio de la palabra, de la participación. Estos elementos se tomarán en cuenta cuando se analice los tipos de participación de la diversidad de actores de la red en las actividades tendientes a la salud.

### c) Violencia Intrafamiliar

Al igual que las situaciones anteriores, en la encuesta se consultó cuánto afectaba la violencia intrafamiliar en la zona de residencia y el 51% afirmó que entre algo o mucho.

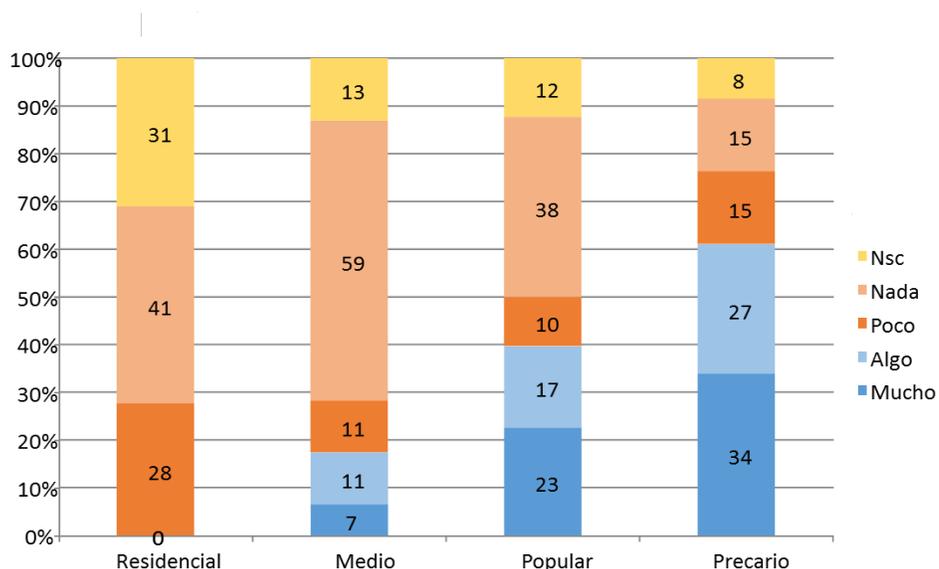


Ilustración 18: En su opinión, ¿cuánto afecta la violencia intrafamiliar en su barrio?

Al analizar los datos por sector socioeconómico, llama la atención que mientras en el sector residencial no existe una percepción de gravedad de la situación, dado que nadie opina que

el problema afecta algo o mucho a su población, en el precario, el 61% coincide en que este problema afecta algo o mucho al barrio.

Si bien la violencia intrafamiliar abarca diferentes situaciones dentro del núcleo familiar, es necesario recordar que la RCZNCD, tuvo como uno de sus objetivos principales de creación, la lucha contra la violencia de género, entendida como aquella forma de violencia ejercida contra la mujer por su condición de mujer, que se construye en un contexto histórico de opresión y se diferencia de acuerdo a las particularidades de raza-etnia, clase, edad y situación de cuidados.

Varias de las acciones durante nuestro tiempo de acompañamiento se dirigieron justamente a la prevención y mitigación de situaciones de violencia de género poniendo a disposición servicios de salud, legales, psicológicos, de seguridad entre otros. Durante el próximo capítulo se retomará varias de ellas.

## **6. Conclusión**

A partir del recorrido del presente capítulo, se identifica, en un primer momento, una zona que cuenta con varias instituciones, servicios y organizaciones que actúan de formas distintas, articuladas o no, en relación a las problemáticas que se presentan en la comunidad. En este contexto, desde sus inicios, la Red de Zona Norte ha buscado ser un actor aglutinante de estas diferentes instancias organizativas y de acción, que permita tener respuestas operativas frente a la violencia de género. Teniendo en cuenta la complejidad de esta situación, en el trayecto aparecieron distintas estrategias de trabajo con la comunidad encaminadas a la garantía de derechos.

Dichas acciones varían en el tiempo, como así también varía la participación de las organizaciones e instituciones, generando una permanente movilidad a través de una Red que tienen una historia construida y algunos referentes permanentes.

En este contexto, a partir del 2016, el Programa Comunitario de un hospital público de especialidades comenzó a participar como integrante de las reuniones periódicas de la Red de Zona Norte y a partir de las mismas, en las distintas acciones que desarrollaban. Se identificó también aquellas situaciones sociales que influían en el estado y accesibilidad a la salud de las diferentes áreas de influencia de dicho dispositivo de organización. Como se observa, varias de estas situaciones como los consumos problemáticos, la discriminación y la violencia, son percibidos con gran preocupación por la población.

Por otra parte, se observa que la mayoría de la población accede a los servicios de salud por medio del sistema público. Sin embargo, la posibilidad de un acceso efectivo entraña una serie de dificultades que no tienen que ver siempre con la cobertura que el sistema ofrece. En este sentido, se presentan situaciones de desigualdad, inequidad e iniquidad en la posibilidad de la gestión de procesos de salud- enfermedad- atención.

En el próximo capítulo, a través de la narración de experiencias acaecidas durante el acompañamiento del Programa Comunitario a la Red en mención, se profundiza en aquellas

situaciones que pueden ser un obstáculo para el acceso a la salud, algunas de las dinámicas que intervienen en esta dificultad, pero también en las estrategias para posibilitar el acceso a este derecho.

## Capítulo IV. Allí donde la equidad es menester: lugares de clase, procesos de racialización y su impacto en la salud.

*“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio, los microbios como causas de enfermedad, son unas pobres causas”.*

Ramón Carrillo

### 1. Introducción

A modo de presentación de una narrativa donde dialogan las voces de distintos participantes de la Red de Zona Norte, el presente capítulo sistematiza y analiza las potencialidades, alcances y limitaciones en la garantía de la equidad en salud que tuvo una experiencia de acción colectiva en la cual participó el equipo del Programa Comunitario entre octubre de 2016 y diciembre de 2017.

Teniendo en cuenta que la narrativa es un espacio privilegiado para hablar de la experiencia humana, compartirla y encontrar en ella sentidos (Maluf, 1999), el capítulo recorre un itinerario enunciado a partir de varios procesos de participación, organización y desarrollo de acciones comunitarias.

Como itinerario se entiende aquel conjunto de trayectorias que se viabilizan en un campo de posibilidades socioculturales, para la elaboración e implementación de acciones específicas y a veces contradictorias (Alves y Souza; 1999), tanto a nivel individual como comunitario. En relación a este último elemento, el estudio de los caminos recorridos por un colectivo para garantizar derechos, entre ellos el de la salud; permite identificar múltiples lógicas, causas estructurales (clase, etnia- raza, género) y conyunturales en la consecución de este objetivo. Es así que, la complejidad de la interrelación entre los elementos que intervienen en la consecución de acciones de cuidado y garantía de derechos, hace que este tipo de estudios abandonen cualquier tentativa estricta de formalización; sin embargo, este campo abierto, en permanente construcción, expone una experiencia que, en sí, es ya un aprendizaje (Gerhardt, 2006).

Los itinerarios aquí presentados buscan identificar las dinámicas contextuales donde se presentan desigualdades, inequidades e iniquidades en salud, así como también procuran delinear las prácticas de intervención y acompañamiento en los territorios, las relaciones generadas entre los diferentes agentes y las potencialidades y limitaciones derivadas de estos procesos.

En este sentido, a partir del estudio de un trabajo articulado en red, se analizará la potencialidad de ampliación de las capacidades comunitarias para favorecer el acceso a la salud de la población, con foco en las distintas intersecciones que influyen en las barreras de acceso y las posibilidades de equidad en salud.

## 2. La graduación de los anteojos: Sobre el lugar de enunciación del investigador

Al hablar de lugares de enunciación, la filósofa y periodista brasileña Djamila Ribeiro (2017), hace énfasis en la necesidad de hacer un quiebre con las “visiones universalistas” del conocimiento, que ubican al quehacer científico en un marco de objetividad única y al investigador(a) como la voz que representa lo “real” por sí mismo. En contraposición con este pensamiento, la teórica propone reconocer los puntos de partida sobre los cuales se desarrollan los esfuerzos de cada investigador(a), que se manifiestan como experiencias personales, pero que se asientan, ineludiblemente, sobre condiciones sociales.

Para la mejor comprensión de esta idea, la autora se apoya en la teoría del punto de vista (*standpoint theory*), la cual afirma que las personas tienen distintas formas de vivir experiencias, de discernirlas y de construir conocimiento, de acuerdo con las vivencias históricamente compartidas, las cuales marcan oportunidades y limitaciones que atraviesan al sujeto diariamente como parte del grupo al que pertenece.

En este sentido, la filósofa feminista estadounidense Donna Haraway (1995) enfatiza en la importancia del conocimiento situado y de la perspectiva parcial como formas de alcanzar consensos inestables sobre versiones “objetivas” de fenómenos específicos en la construcción de conocimiento. Observando el acercamiento desde las diversas miradas, señala que cada una de ellas está formada por un sistema perceptivo activo que construye traducciones y maneras específicas de ver. En la construcción de una ciencia democrática e inclusiva, esto implica la necesidad de generar conocimientos parciales, localizables y críticos, comprendiendo que aquella persona que asume un proceso de conocimiento, es parcial en todas sus facetas, nunca se presenta total o terminada, y no se encuentra simplemente ahí y en estado original.

Es por esto que ocupar un lugar dentro de la investigación es una práctica clave que da base al conocimiento e implica responsabilidad en las prácticas (Haraway, 1995). Así es como, previo al inicio de la descripción del itinerario como participante de las distintas actividades organizadas por la Red de Zona Norte (octubre 2016 - diciembre 2017), considero necesario caracterizar, en primera persona, mi lugar de enunciación” (Ribeiro, 2017), que es la definición del lugar vital y contextual desde el cual escribo como hombre cisgénero, heterosexual, de mediana edad, migrante y runa.

Comienzo por el final, explicando que la categoría de autoadscripción étnica “runa” surge de una construcción personal y grupal de la juventud de mi propio lugar de origen, Quito-Ecuador, durante mediados de los años 2000. Parte del reconocimiento, de la lucha histórica de los pueblos y nacionalidades indígenas y su vasto conocimiento. Esta definición intenta trascender el concepto de mestizaje, entendido como una construcción que se ha asentado en la negación tanto de las matrices culturales “indígenas” como de la participación en los lugares considerados como “blancos” (Kingman, 2002; Kowii, 2015). Runa es una expresión kichwa que significa “persona”: en su construcción identitaria, acepta la matriz indígena como un elemento constitutivo, reconoce el propio lugar de

nacimiento como un territorio ancestral y concilia aquellos aprendizajes ancestrales con los impartidos por la cultura “occidental” (Venturoli, 2019).

En la República Argentina, mi primera característica identitaria se relaciona con la condición de migrante latinoamericano, específicamente ecuatoriano. Ella se explicita principalmente por mi acento peculiar; podría afirmar que la expresión más recurrente durante mi permanencia en el país ha sido “¿de dónde sos? Digo, por la tonada”.

Esta característica ha traído consigo distintas situaciones relacionadas a la curiosidad y simpatía por parte de ciudadanos(as) argentinos(as); pero también ha dado lugar a la discriminación. No han sido pocas las situaciones personales experimentadas durante el trayecto migratorio en frases como “con los extranjeros todo bien, pero hasta la tercer semana” o “vos tenés que entender que acá en la Argentina es así”, aún cuando se hable de situaciones que afectan a toda la región. Esta desigualdad manifiesta socialmente por mi origen migratorio se ha matizado gracias a que en los lugares donde he trabajado, ubicados en los márgenes de la ciudad de Salta, hay importantes poblaciones migrantes, ya sea provenientes del interior de la provincia o del Estado Plurinacional de Bolivia, en su mayoría.

Los tipos de comida y sus formas de preparación, las formas de compartirla, el humor, la matriz de pertenencia étnica, las experiencias de discriminación; han marcado muchas veces una suerte de identificación con las familias migrantes y descendientes de migrantes.

Si bien mi experiencia profesional en mi natal Ecuador venía dada por una participación en el sector público, en la investigación etnográfica y de opinión pública; a mi llegada a la Argentina pasé a formar parte de una organización de la sociedad civil que trabajaba en barrios de zonas urbano - marginales, y a partir del mismo pasé a integrar dispositivos territoriales de abordaje de consumos problemáticos que se coordinaron con la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).

Por medio de esta alianza, inicié la coordinación de varios dispositivos territoriales llamados Puntos de Encuentro Comunitario (PEC), proyecto que consistió en la articulación ejecutivo-sociedad civil, para el desarrollo acciones de prevención, promoción y asistencia en relación a los consumos problemáticos en barrios urbano marginales. Esta experiencia me permitió conocer muchas familias, grupos organizados, organizaciones de la sociedad civil e instituciones de zonas históricamente relegadas y con un amplio crecimiento poblacional en los últimos veinte años, constituidos por la fuerte presencia de migrantes de la provincia y de países lindantes.

En octubre de 2016, junto con mi colega antropóloga, fuimos invitados por el gerente general del hospital a repotenciar el Programa Comunitario que, si bien existía en términos formales documentados desde la propia creación del hospital, se encontraba varios años inactivo. Hace una década, había funcionado como un dispositivo para recolectar ropa o víveres, hacer un ropero hospitalario y distribuir lo sobrante en barrios periurbanos. A nuestro arribo, dependía del programa jurídico y los dos servicios que funcionaban dentro del programa eran Servicio Social y el Servicio pastoral, a cargo de la iglesia católica.

Uno de los principales objetivos propuestos en el momento inicial fue acercar los servicios del Hospital al territorio, y para esto se diseñó un proyecto llamado “Patiperro” que buscaba identificar referentes en las distintas localidades de la ciudad de Salta y generar, de forma participativa, propuestas de intervención. El primer lugar de aplicación del mismo fue la Red de Zona Norte.

En este contexto, considero que mi lugar de enunciación parte de mi situación migratoria, se relaciona permanentemente con mi formación académica como antropólogo, estudiante de desarrollo humano y salud colectiva, y es influenciado por la experiencia en los barrios urbano - marginales de la provincia de Salta donde he trabajado durante más de cinco años. Es importante colocar aquí que, aunque hubo períodos de visitas regulares a la zona con una frecuencia de dos o tres veces a la semana desde 2014 a 2017, nunca residí en ninguno de los barrios del presente estudio, por tanto, mi mirada también presenta aspectos propios de una mirada exógena que constituye, junto con mi identidad migratoria, la manera a partir de la cual realizo este ejercicio de comprensión de las experiencias y realidades comunitarias bajo estudio.

### **3. La Red de Zona Norte: punto de partida, nave nodriza y laboratorio de equidad**

Entre los meses de septiembre y octubre del año 2016 el Programa Comunitario del Hospital incorporó un equipo interdisciplinario con el objetivo de diseñar y ejecutar un proyecto que atiende a la necesidad de estrechar vínculos con la población y mejorar sus funciones de articulación con el hospital y, de forma más amplia, con el sistema público de salud provincial. Se buscó construir y/o activar mecanismos y circuitos de retroalimentación, a partir de la inserción del hospital como un actor más dentro de los procesos de organización y participación colectivos que estaban teniendo lugar a nivel barrial.

El 12 de octubre de 2016, día del respeto de la diversidad cultural en Argentina, nos dirigimos con mi colega hacia el Centro Vecinal del barrio Ciudad del Milagro, donde participamos por primera vez en una reunión de la Red de Zona Norte. La invitación se dio a partir del contacto con una de sus fundadoras, con quien mi colega había compartido una jornada previa de formación.

En esa primera reunión, que incluía representantes de extensión universitaria de la Universidad Nacional de Salta, de Fundación Proyectar, operadoras territoriales del Ministerio de Derechos Humanos y Justicia, representantes de centros de salud, residentes de psicología comunitaria, trabajadoras sociales, policía comunitaria y referentes de grupos de vecinos; se estaba planificando la puesta en marcha de las “Cuartas Jornadas de la Calidad de Vida de la Mujer”, que se llevarían a cabo en distintos barrios de la Zona Norte de la capital salteña.

En el marco del análisis de equidad en salud, la definición y posterior reconocimiento tanto de los lugares seleccionados como de las personas que habitan y trabajan en ellos; posibilidad la observación de la realidad sociodemográfica, epidemiológica y de acceso a servicios de

salud del territorio y sus miembros, así como la identificación de redes y discursos que se generan y reproducen en el desarrollo de acciones multisectoriales -esto es, tanto comunitarias como institucionales - del ámbito de la salud (Alazraqui, 2007).

Dicho estudio nos permitió también, identificar desigualdades, inequidades e iniquidades en salud que, siguiendo a Breilh (2015) condicionan el acceso a la equidad, y se riñen directamente con la justicia social. Volviendo a la planificación de la red, se decidió desarrollar las jornadas en cuatro barrios donde los participantes venían trabajando y que, como característica común, habían empezado como asentamientos: Villa Lata, Asentamiento Universitario, Juan Manuel de Rosas y 15 de Septiembre. A lo largo de nuestra participación en la RZNCD, la decisión de trabajar en barrios marginalizados y/o asentamientos se mantuvo en la gran mayoría de propuestas que se activaron en otros territorios de la zona.

Este factor reviste particular relevancia, teniendo en cuenta, como señala la OPS (2011), que la identificación de la falta de oportunidades en salud, además de tomar en cuenta la existencia y accesibilidad a los servicios asistenciales sanitarios; implica considerar factores como las condiciones de vivienda, acceso a servicios básicos, posibilidades de nutrición que, a su vez, están ligados con el acceso a educación, oportunidades de empleo decente, de la distribución del ingreso y de la dinámica de crecimiento de la economía.

En la ciudad de Salta, siguiendo los estudios de Aguilar y Sbrocco (2009) y Machuca (2016) sobre hábitat y urbanismo, podemos observar que desde los años '80, el sector socioeconómico bajo conformó asentamientos en zonas fiscales o con restricciones de construcción, como estrategia emergente de urbanización; dada la imposibilidad de acceder a los planes de vivienda o financiamientos gubernamentales desarrollados a partir de la década del '60 y dirigidos a las clases medias asalariadas entre las cuales destacan militares, grupos de profesionales, entre otros.

Álvarez y su equipo (2012) exponen que, a pesar del reconocimiento formal del derecho a una vivienda digna en la Constitución Argentina; las políticas en este rubro han sido escasas para los sectores populares, y han llevado a este segmento de la población a buscar otras estrategias como las tomas, ocupaciones o invasiones urbanas.

Los barrios que fueron seleccionados en este primer acompañamiento correspondían a esta dinámica y fueron: Villa Lata, Asentamiento Universitario, Juan Manuel de Rosas y 15 de Septiembre. Villa Lata y Asentamiento Universitario, son dos ocupaciones que se formaron alrededor de la línea ferroviaria y de un canal que recorre paralelo al anterior. En épocas estivales sufren de inundaciones y tienen acceso informal a los servicios. Por su parte, Juan Manuel de Rosas y 15 de Septiembre, se desarrollaron en los márgenes del río Mojotoro o Vaqueros. Han sufrido también de inundaciones, y recientemente han accedido a servicios de luz y agua (Gaileola, 2014; López Soto, 2015).

Este acceso desigual a la vivienda, servicios, el riesgo latente de inundaciones y siniestros por la cercanía de las vías del tren, advierten una primera situación de inequidad, es decir, la existencia de diferencias y variaciones sistemáticas, innecesarias y evitables. Para Breilh (1997) estas situaciones serían resultado de una historia de acumulación, en la cual una

clase social se apropia y acumula condiciones interdependientes de poder económico político y cultural; en detrimento de otras clases sociales. Más adelante se profundizará en estos componentes.

#### **4. Configuraciones espaciales: Reflejos de la colonialidad en Salta.**

Los barrios y asentamientos mencionados, empiezan en las calles y avenidas donde terminan aquellos “barrios planificados”, entre los cuales destacan Castañares, Ciudad del Milagro y Primero de Mayo. Esta división espacial tiene también un componente de diferenciación social marcado, que establece una frontera, entendida en primer término como una construcción material, pero también como un dispositivo simbólico (Spíndola, 2016). Así, por ejemplo, a pesar de la cercanía, el tránsito de personas se circunscribe muchas veces a los barrios de los cuales ellas se sienten parte, quedando sentando que, cruzando la calle, es un sitio peligroso por un lado, o donde no se será bien recibido, por el otro.

Siguiendo a Bourdieu (1980), trazar una frontera implica un ejercicio de jerarquización entre un nosotros y un otro, donde los agentes insertos en campos de fuerza, demarcan su espacio social y despliegan sus capitales estructurando sus diferencias. Dentro de esta demarcación espacial, Giménez (2006) afirma que el espacio es apropiado, ocupado y dominado por un grupo social en vista de asegurar su reproducción y satisfacer sus necesidades vitales que son a la vez materiales y simbólicas.

Un primer indicio de tal demarcación en la zona de estudio, surgió de un testimonio de mi compañera antropóloga, quien residió en esta región durante su infancia (años '90):

Yo vivía en Ciudad del Milagro y el primer barrio que comenzó a crecer por una toma fue Juan Pablo II. Nosotros de niños no podíamos ir allí, porque estaba la Villa y nos decían que era peligroso (Citlali Doljanín, entrevista, febrero de 2017).

Este testimonio exige pensar a la frontera como un concepto multidimensional que va más allá de ser reducido a un fenómeno simplemente de clase, de una diferencia surgida de la posibilidad o imposibilidad de acceso económico, ya que no solamente hace alusión a la pobreza, sino que la relaciona también con una supuesta característica de los habitantes de este espacio: su peligrosidad intrínseca. Es importante mencionar que esta relación entre raza y peligrosidad no es nueva. Nancy Leys Stepan (1991), por ejemplo, plantea que los estudios de eugenesia que se desarrollaron en Argentina desde la década de los 30 del siglo XX, tenían entre sus objetivos el mejoramiento racial a partir del matrimonio de la población local con inmigrantes europeos sanos moral y físicamente, con el objetivo de promover una “raza nacional” virtuosa.

Para comprender las razones de los atributos y representaciones sociales que se asientan en cada lado de la frontera y que influyen en la reproducción de los procesos de desigualdad e inequidad en Salta, debemos recurrir al concepto de colonialidad que, a su vez, tiene al

racismo y a la racialización de las relaciones sociales como un elemento fundante y estructurador de la sociedad.

Siguiendo a Quijano (2014), la colonialidad es una forma de orden mundial, que comenzó a estructurarse con la conquista española en América y que, entre otras cosas, codificó las diferencias entre conquistadores y conquistados a partir de la idea de raza, es decir, una supuesta estructura biológica que ubicaba a la cultura europea u occidental como culminación civilizatoria y situaba a otros grupos en un lugar de “natural” inferioridad. Esto se evidenció y evidencia de diversas formas hasta nuestros días, en la división de roles, trabajo, derecho sobre el uso de la tierra y participación política.

El europeo racializado, que pasó a llamarse “blanco”, estableció su relación de alteridad frente a dos grandes colectivos: indígenas y negros. Esta reducción de la gran diversidad americana y africana favoreció una identidad racial, colonial y negativa que tuvo al menos dos implicaciones decisivas. La primera que todos aquellos pueblos fueron despojados de sus propias y singulares identidades históricas. La segunda, que esta simplificación implicó el despojo de su lugar en la historia de la producción cultural de la humanidad. Es decir, los amplios y milenarios conocimientos que formaban parte del acervo cultural de estos pueblos, fueron ocultados, combatidos y desestimados. En términos de Quijano (2014):

El patrón del poder fundado en la colonialidad implicaba un patrón cognitivo, una nueva perspectiva de conocimiento dentro de la cual lo no-europeo era el pasado y de ese modo inferior, siempre primitivo.

Esta configuración política, social y cultural, marca profundamente las formas de relacionamiento que habrá en América y se conforma como una base sobre la cual se construirán las sociedades nacionales, su políticas y prácticas.

## **5. Percepciones locales de racialidad**

En un terreno práctico, lo anterior no quiere decir que los distintos conocimientos de salud indígenas o africanos se hayan perdido del todo en América, pero sí que en gran medida perdieron su carácter público de validez. Recordemos que los sistemas de salud son conjuntos articulados de prácticas y técnicas científicas, culturales, ideológicas, políticas y económicas, que se dan en campos de poder. Sin desaparecer totalmente, las prácticas de salud tradicionales, han tenido que ocultarse para sobrevivir al interior de un sistema nacional que desconoce la eficacia, pertinencia de su aplicación y su significatividad cultural, pero que, para muchas personas y grupos, sigue siendo una opción legítima para la autogestión de la propia salud.

De ahí, por ejemplo, que cuando desde el Programa Comunitario se preguntó como parte de la encuesta de situación en salud, si alguna persona de la familia se había atendido con un curandero, el 67% afirmó que no lo había hecho. A esto se suma que en el 41% de hogares, algún miembro conocía la existencia de curanderos en la zona y un 26% prefería no contestar. Los motivos de consulta tenían que ver con cura del empacho, del espanto, mala suerte, mal de ojo y envidia, principalmente. Esto da pautas para pensar que el acceso

a formas tradicionales de salud sigue vigente en los barrios de este estudio, pero no se lo hace de una forma pública.

De igual forma, los conocimientos de prevención y mantenimiento de la salud tradicional han sido históricamente minimizados incluso en el pasado reciente. Al respecto, un hombre de 84 años, kolla de Iruya que tenía familiares en Villa Lata, compartía:

¿Cómo le gusta a usted el mote? [preparación de maíz cocido], ¿pelado o sin pelar?... A mí me gusta sin pelar porque eso le va limpiando todo el estómago, el aparato digestivo que le dicen. Pero eso no le gustaba al doctor, decía que por comer esa porquería, que así lo decía, es que yo me enfermaba. Yo no le he hecho caso y siempre hemos tenido mote en mi casa (Vecino de Villa Lata, Diario de Campo, febrero de 2017).

Ahora bien, es importante recalcar que este patrón racial de valoración de una construcción cultural en detrimento de otras y de validación de jerarquías de un grupo sobre otro, no tiene cimientos científicos en el ámbito de la biología, sino que es producto de una construcción social, histórica, ideológica y epistemológica que sigue vigente en los sistemas sociales analizados (Segato, 2007; Quijano, 2014).

En el contexto urbano, la práctica neocolonial se reedita en lo que la investigadora salteña Sonia Álvarez y su equipo (2012) llamarían “ciudadanías de segunda”. Históricamente, las personas que integran este grupo han sido quienes han conformado el país fuera de la idea de una Argentina blanca y europea, heredera de la perspectiva colonial antes mencionada. En este grupo se incluirían migrantes del interior, del Estado Plurinacional de Bolivia (y de otros países latinoamericanos en menor cantidad), pobres y personas pertenecientes a pueblos originarios.

A partir de este fenómeno se puede comprender que la desigualdad en el acceso a la vivienda pase por la percepción sobre quién tiene derecho a la misma, que a su vez viene matizada por cuestiones morales y prácticas racistas. Para explicar lo anterior, Álvarez (2017) toma una clasificación que era usada por las clases altas de salteñas como forma de delimitación del nosotros y el otro, y que parte de la autoidentificación como “gente decente” o “gente de bien”, en oposición a otro grupo que no sería merecedor de dichos atributos.

Históricamente, esta “gente decente” compartía virtudes sociales, atributos, posturas, maneras y creencias. Dichas gentes correspondían a aquellas familias con apellidos ligados al proceso de colonización europea de la región, que cuentan con recursos económicos, participan activamente de la actividad política y/o son poseedores de tierra. Con el tiempo esta categoría se fue ligando también a aquellos nuevos pobladores que hacían alianzas con este anterior grupo (Ibíd. 2017).

En contraposición, se encontrarían aquellas personas “no decentes”, que eran consideradas inferiores. Este grupo, considerado como “chusma” ya por el expresidente Domingo Sarmiento (1874) a mediados del siglo XIX, involucra gauchos, kollas, indios, bolivianos entre otros; y tendría ciertos atributos no compartidos y rechazados por el

primero. Entre ellos, Álvarez (ibid) menciona la falta de filiación ligada a la amoralidad de sus progenitores y a la errancia, la escasez de recursos económicos, la condición social de clase, la violencia y el peligro.

A pesar que Salta ha crecido poblacionalmente de forma exponencial durante los últimos 30 años (Machuca, 2016), las dinámicas racistas y racializadas continúan y se expresan a partir de la idea de una matriz cultural superior entendida como una superación y cúspide cultural (civilización vs. barbarie). Esto se observa en mecanismos cotidianos de discriminación, la cual justifica y reafirma un orden social neocolonial, y que tienen como objetivo el control y el mantenimiento de dinámicas basadas en las desigualdades. Dicho mecanismo, siempre violento, se expresa en formas de autoritarismos, expresiones xenófobas, apodos, violencia física, etc.

Se retoma el testimonio de uno de los jóvenes referentes de la organización “La Garganta Poderosa” en barrio 15 de Septiembre, que evidencia las situaciones antes mencionadas:

Durante mucho tiempo para mí ser de una villa, de un barrio pobre fue algo negativo, porque cuando estaba en la secundaria, decir que era de "15 de Septiembre" que era una villa, era una vergüenza, entonces yo decía que vivía en Ciudad de Milagro. Por el hecho de que me digan el villero, el pobre, morocho, aún más yendo a un colegio del centro (entrevista personal, 12 de agosto de 2019).

La presencia de la discriminación es un tema permanente, del cual muy pocas veces se habla en el ámbito de lo público. Pertenecería a un orden prefijado, que se reafirma con las actitudes cotidianas y se sostiene en el ordenamiento territorial.

## **6. Racialización, desigualdad e inequidad en la atención de salud**

Al reconocer la presencia de una construcción estructural racista, podemos observar que, por extensión, la misma se reproduce en el sistema de atención de salud. En este punto el racismo cobra características institucionales. Se entiende por racismo institucional al fracaso o dificultad colectiva de una organización para proveer un servicio apropiado a las personas por causa de su color de piel, rasgos físicos (forma de la nariz, labios o textura de su cabello), así como su cultura, lenguaje u origen étnico. Puede ser detectado en procesos, actitudes y comportamiento que desembocan en discriminación por preconceptos involuntarios o voluntarios, ignorancia, negligencia y estereotipos racistas, que causa desventajas a personas sobre quienes recae (Kalckman et al, 2007).

Si hablar de racismo en Argentina, sigue siendo un tabú, hacerlo sobre racismo institucional lo es más aún. La validación de las prácticas y procedimientos consideradas “aceptables” en salud, viene de la mano de un pensamiento colonialista que se ancla en varios instrumentos legales, de los cuales se tomará uno de los primeros. Ya en 1906, la Comisión encargada de la elaboración del código penal, que fuera aprobado en 1921, señalaba en el artículo 225 del proyecto de código, lo siguiente:

El curanderismo, en todas sus formas, es uno de los peores enemigos de la salud, a la vez que un medio inicuo de explotación; lo primero, porque cuando no precipita la muerte con procedimientos absurdos y antihigiénicos, deja avanzar las enfermedades mediante el empleo de medios completamente pueriles e inocuos; lo segundo, porque aprovecha del sufrimiento y del dolor para hacerse pagar generosamente su engaño y su mala fe. La Comisión piensa, pues, que es necesario una vez por todas acabar con este mal que, desgraciadamente, se extiende en todas partes gracias a la divulgación de ciertos medios que pueden dar resultado en manos de un hombre de ciencia, pero que son una desgraciada parodia en poder del charlatán (en Riccardini, s/f).

Bajo este encuadre, los conocimientos populares y ancestrales, han quedado fuera del ámbito de lo reconocido y han sido considerados peligrosos, mentirosos e inferiores. Entran en el universo de la superstición e ignorancia, junto con quienes los practican. Una vez más, se hace presente el colonialismo en las prácticas de salud, desconociendo el conocimiento cultural de las poblaciones.

Por otra parte, el racismo institucional se hace presente también a través de estereotipos racistas de diferentes operadores de salud basados en el desconocimiento y desvalorización de las prácticas tradicionales y de las formas de gestionar la salud de las poblaciones, pero también en los impactos que tiene el racismo en la vida de las personas, el acceso a los servicios y la calidad de la atención (Batista y Barros, 2017). Por ejemplo, frente a la dificultad de comprensión de una familia indígena, acerca de un procedimiento avanzado que implicaba la mutilación de un miembro de un adolescente indígena; uno de los médicos encargado del caso, manifestaba:

Qué bueno que hablen con la familia. Nosotros les hablamos, les explicamos todo, pero no entienden, son como animalitos, nos ven, nos oyen, pero se quedan callados (diario de campo, noviembre de 2018)

Por su parte, estos estereotipos intersectan no solo dimensiones raciales, sino también factores étnico-nacionales y de clase social. El testimonio presentado a continuación evidencia esta situación:

Permitime hacerte una pregunta. Si vos tenes una galleta y vas en tu auto y pasa un niño de la calle por la ventana y te la pide: ¿A quién se la das? ¿A tu hijo o al niño? Discúlpame, pero yo le doy a mi hijo. Por eso, estoy convencido que a los bolivianos no hay que regalarles la atención de nuestro sistema de salud y primero se las daremos a los argentinos, después si sobra, a otros (cirujano del hospital, Diario de campo, julio de 2019).

Este ejemplo, muestra un tipo de pensamiento muy extendido por los medios de comunicación locales, que naturaliza la pobreza, el trabajo infantil y niega el acceso a derechos universales. Expone también un nítido mensaje: atendemos primero a nuestros semejantes, mientras excluimos al otro racializado. Ahora bien, como se profundizó en el anterior apartado, el factor nacional no es el único a la hora de definir semejantes y

extraños. Necesariamente, estos pensamientos influyen en el trato diferencial que se da a quienes ingresan en los servicios de salud.

En el estudio de situación de salud, que realizó el Programa Comunitario en la zona, se observó que la población precaria y popular (donde se concentran las poblaciones descendientes de pueblos originarios, del interior y migrantes) tenía una percepción mucho más negativa sobre la atención de salud que el sector medio o residencial. Como se observa en la tabla 6, mientras en el sector precario, el 28% calificó entre malo y muy malo el servicio, y en el popular el 27%; en el sector medio solo un 20% pensaba de esta manera y en el residencial apenas un 3%. En relación a la percepción del servicio como muy bueno, la diferencia también es llamativa. En el residencial el 59% califica de muy buena a la atención, sin embargo en el precario, solo lo hace el 15%. Algunos de los datos que se presentan a continuación pueden ayudar a comprender esta notoria diferencia.

Entre las principales causas de la calificación negativa por parte de personas que son parte de grupos vulnerables, se encuentra la demora en la atención, falta de insumos y maltrato dentro de la institución, como se observa, dos de las tres respuestas más frecuentes se refieren a barreras de acceso en la atención, y la tercera apunta directamente a factores de discriminación. Kalckman y colaboradores (2007), manifiestan que las situaciones vinculadas al racismo institucional, se dan en su mayoría de forma velada, dado que existe legislación que lo prohíbe. Se manifiesta, entre otras cosas, en el menor acceso y asistencia a la atención. Mecanismos como las prolongadas esperas, las recomendaciones morales en consultorio, el desprecio o cuestionamiento de formas tradicionales de curación, las recomendaciones nutricionales o sanitarias fuera de los contextos sociales y culturales, que se sostienen en el imaginario de ignorancia o “poca moral” del paciente, son algunas formas cotidianas de estas prácticas.

Siguiendo a los autores, estas situaciones no explícitas de discriminación, generan en las poblaciones discriminadas sensaciones de impotencia que son violentas y que se equiparan a la agresión física porque las víctimas no encuentran acceso a recursos y apoyos adecuados para protegerse del agravio de sus consecuencias indeseables.

A modo de ejemplo, en relación al maltrato percibido, las y los vecinos mencionaron cuestionamientos del personal sanitario sobre su forma de vivir la salud, crianza, comportamientos sexuales o “ignorancia”. Todas estas características son categorías morales y denotan la percepción de algunos operadores de salud acerca de la incapacidad de las vecinas y vecinos para gestionar su salud y la de su familia de forma autónoma.

Mi hijito el menor venía [hace] algunos días con diarrea, yo había preguntado para ir a la salita, pero estaba llena. No lo iba a llevar a pasar frío. Hasta que se puso peor y me tocó ir... la doctora que lo vio me comenzó a reclamar, que por qué lo traigo así, que si no me daba cuenta que estaba mal... yo lo había cuidado todos esos días, pero no podés decir nada ve' (Vecina residente en 15 de Febrero, Diario de campo, octubre de 2017)

Este testimonio de una madre soltera, perteneciente a uno de los asentamientos donde la red efectuó varias actividades en el tiempo de estudio, muestra un abordaje prejuicioso por

parte del personal de salud hacia la paciente, lo cual se convierte en una barrera de acceso a la salud, no sólo en casos de urgencia como el anterior, sino también en el acompañamiento de prácticas preventivas o de control y profundiza la vulnerabilidad al intersectarse factores de género y clase social. Viendo lo anterior, podemos decir que el acceso a los servicios es inequitativo cuando implica para quien lo usa, ubicarse en una posición de inferioridad y desventaja en relación a quien atiende, que no solamente muestra un lugar de superioridad intelectual o de conocimiento, sino también moral y en ocasiones racista. Como señala Werneck (2016), este tipo de situaciones cronifican el estado de salud de las poblaciones discriminadas y racializadas, debido a que las actitudes y prácticas mencionadas, hacen más difícil el acceso a servicios de salud es más difícil y el uso de medios diagnósticos y terapéuticos es más precario, produciendo peores pronósticos para las dolencias que les afectan.

En esta línea, Sacchi et al (2007), quienes estudiaron la baja utilización del sistema de salud en familias pobres de la ciudad de Salta, afirman que la calidad del vínculo entre el personal de salud y los usuarios es crucial a la hora de que las familias decidan si van a hacer o no una consulta médica. Por su parte, Mendes et al (2015) señalan que, en el ejercicio del cuidado, la producción de intersubjetividades, es decir el fortalecimiento del vínculo; está dialécticamente ligado a la experiencia de la calidad de la experiencia en salud. En este sentido, a partir del cuidado, se pueden generar espacios de reflexión ético- políticos, que reconozcan la construcción de la tolerancia, el respeto a las diferencias y la solidaridad.

Justamente, el espacio colectivo de la Red de Zona Norte construía una mirada crítica a las situaciones de violencia, discriminación, racismo y exclusión; a partir de la necesidad de trabajar en conjunto y de fortalecer los vínculos entre agentes comunitarios. A continuación, se revisará sus respuestas en el tiempo del estudio y cuál el lugar que tuvo el Programa Comunitario.

## **7. Usando las piedras de los muros para construir puentes: la red como un colectivo de garantía de la salud**

A través de sus formas de organización horizontal e interdisciplinar, la toma de decisiones por consenso y el fortalecimiento de vínculos entre participantes de distintas instituciones, estratos económicos, pertenencias étnicas y religiosas; la Red de Zona Norte permitía en algún punto generar espacios de diálogo y acciones conjuntas entre referentes de los dos lados de la frontera, haciéndola porosa.

En el ámbito de la atención de salud, Terenzi *et al* (2019) señalan que establecer relaciones basadas en el vínculo entre equipos y usuarios puede mejorar el conocimiento de los profesionales acerca de los reales problemas de la población atendida y motivarlos a buscar juntos las soluciones para ella y mejorar los servicios. Está lógica aportó de forma significativa a la identificación de factores que se configuraban como barreras de acceso a la atención de salud, a pesar de que la zona contaba con cobertura sanitaria (OPS, 2019).

Esta capacidad de generación de vínculos hace que la red sea un espacio privilegiado para estudiar posibilidades de equidad en salud y garantía de derechos desde una perspectiva interseccional e intercultural.

La red comunitaria de zona norte tiene su historia y sus características... Algo súper importante son los vínculos porque es pensar que cada uno es persona y esas personas no solamente son compañeros de un trabajo, sino que también es una característica que se fortalece a través de la amistad, fortalecer ese vínculo fuera de la red facilita muchísimo el trabajo. No se entiende como un trabajo más sino con uno amigo, con alguien que confío, que me cuida. Por eso ha continuado el trabajo. ( Referente Fundación Proyectar, entrevista, 3 de agosto de 2019).

Son varias las instituciones y sectores que se han sumado a este trabajo en la lógica antes mencionada. Algunos han transitado un mayor lapso de tiempo y varios lo han hecho por tramos, acordes con su permanencia en las instituciones de las cuales son referentes, principalmente. Esto da cuenta de la enorme movilidad de esta organización en relación a sus participantes. Según el relato de una referente de Fundación Proyectar, esta diversidad permite leer a la comunidad como construcción compleja, de forma más integral:

Yo puedo tener una lectura, pero siempre va a ser incompleta. Necesito la lectura del otro que lo mira desde otra óptica. Eso va a complementar una lectura más integral. -Siempre voy a tener una mirada parcial, pero entre todos podemos tener una lectura más integral (Entrevista personal, 3 de agosto de 2019).

A continuación, se presentan algunas de las instituciones y agrupaciones que estuvieron más activas durante el tiempo del estudio. En el ámbito de salud, además de la incorporación reciente del Programa Comunitario del Hospital; los referentes de los tres centros de salud de la zona participaban activamente de las reuniones y actividades. En el caso del Centro de Salud de barrio Castañares, la participación se daba a través de al menos cinco personas: la jefa (bioquímica), trabajadora social, nutricionistas, enfermera y la residente de psicología comunitaria.

Desde el Centro de Salud de Ciudad del Milagro, colaboraban regularmente tres personas que asistían de forma itinerante: su jefa (médica), la odontóloga y algún otro miembro. Según los relatos de diversos actores de la red, la presencia de la psicóloga comunitaria había sido muy importante para fortalecer las acciones en territorio de toda la unidad operativa.

El Centro de Salud de barrio 17 de Octubre asistía a través de 3 personas. Participaba mayormente su psicóloga y nutricionista. Durante el tiempo de estudio, la participación de la residente de psicología comunitaria fue incrementándose. Estas unidades operativas, en la medida de sus recursos (profesionales y de insumos) prestaron diversas asistencias en salud, tales como vacunación, toma de medidas antropométricas, actividades recreativas de promoción de salud integral y prevención de enfermedades de transmisión sexual, crónicas no transmisibles, entre otras.

Desde las instituciones públicas, participaban activamente dos operadoras de la Oficina de Atención a las Víctimas de Violencia de Género, quienes eran fundadoras y grandes promotoras de la Red. Estas participantes tenían un rol estratégico en la comunicación entre diferentes instituciones y grupos organizados, promoviendo la participación en la red, pero también acercando referentes para actividades puntuales. Una de estas referentes históricas, relata:

Fue un trabajo de años acercarnos a las instituciones, hacerles conocer, hacerlos sentir protagonistas. Cuando se decía de qué trataba la red, fueron comprendiendo la importancia de lo que significaba. Esto llevaba mucho tiempo, dejar la nota, contar, hablar, poner ejemplos, animar, entusiasmar, conquistar en este tiempo, una tarea linda y ardua. No todos tenían respuestas positivas (entrevista personal, 28 de septiembre de 2019).

La policía de los barrios Ciudad del Milagro, 17 de Octubre y Castañares, enviaban a un representante por dependencia, que correspondía al personal comunitario. Así como la anterior institución cumplía un rol fundamental en la articulación interinstitucional, la policía lo hacía dentro de la comunidad. La cercanía y el conocimiento de la población, la capacidad de convocatoria, el diálogo con los grupos de riesgo y la generación de actividades convocantes daba mucho valor local a su trabajo.

El último año que yo estuve hicimos la Semana de Calidad de Vida de la Mujer. Más que todo yo era articuladora. Llevaba el mensaje, conectaba, preguntaba si se podía hacer las actividades, convocaba a los padres, cosas así. (Policía Comunitaria Barrio Castañares, entrevista, agosto 2019)

Sin embargo, en algunos casos, su presencia también era controversial, dado que eran quienes ejecutaban las disposiciones de operativos o acciones represivas, situación que generaba desconfianza y rechazo entre algunos sectores de la población, entre ellos, adolescentes y jóvenes.

Entre las organizaciones de la sociedad civil con mayor presencia en la red, se encontraban representantes de la Fundación Proyectar que formaba parte de la Iglesia Evangélica “Roca Eterna”, miembro fundador de la misma y ente que nucleaba varias otras iniciativas. El Servicio de Asistencia Legal y Familia (ALFA) conformado por cuatro abogados y creado en 2009, era una de ellas. Al respecto, una de las policías comunitarias, que para el 2010 prestaba servicio en Castañares, comenta:

El abogado [Servicio ALFA] estuvo en la Comisaría de Castañares dando asesoramiento jurídico. El comenzó ahí y estuvo dos años. Era muchísimo el tema de la violencia, de familias que no llegaban para hacer denuncia, sino porque no sabían cómo reclamar un juicio de alimentos. Nosotros vimos los beneficios que nos daba tener un abogado. En esa época [2009], era difícil acceder al asesoramiento gratuito, no había mediación, ahora ya está. Para nosotros fue valioso tenerlos a ellos. (Policía Comunitaria, entrevista, agosto 2019)

Apoyándose en la experiencia mencionada, en 2010 se establece la Fundación Proyectar, proponiendo acciones en respuesta a las problemáticas de violencia de género, consumos problemáticos y otras. A su vez, desde esta fundación, se creó en el 2014 el Centro de Movilización al Servicio (CEMAS). Una de sus fundadoras (Agosto, 2019), explica:

Todos los voluntarios de la Fundación eran universitarios y del interior. Veíamos que trabajaban un montón y no les iba tan bien en los estudios. Queríamos ver cómo podían trabajar y cómo podíamos apoyar. Abrimos la iglesia para que tengan condiciones más lindas: pueden cocinar, desayunar, comer. Pusimos wifi, armamos una biblioteca. Desde el año pasado estamos becando a los chicos que colaboran.

Por otra parte, y con una participación menor, se encontraba un vecino del barrio Manuel J. Castilla quien creó el consejo barrial “Niños al Rescate” y lo llevaba adelante con ayuda de su madre. Él recibía niños de los asentamientos aledaños y brindaba actividades de contención como deportes, celebraciones de fechas conmemorativas y eventualmente espacio para un merendero. En las cercanías de la casa de este referente, se encontraba una Radio Comunitaria, cuya referente, Raquel Franco, abría la disponibilidad para hacer difusión de las actividades que organizaba la red.

En barrio 15 de Septiembre se venía organizando la agrupación “La Poderosa” con una propuesta de trabajo comunitario basado en asambleas y trabajo colectivo. Durante el tiempo del estudio, dicho colectivo estuvo a cargo de la articulación de un merendero y participaron en varias actividades. Entre sus integrantes se encontraban vecinos, estudiantes y profesionales y se alternaban para participar de las reuniones de red (entrevista personal a referente de la agrupación, 12 de agosto de 2019).

En barrio Juan Manuel de Rosas, había un merendero dirigido por una referente, quien facilitó el espacio para varias actividades y participó esporádicamente de las reuniones de red. El Centro Integrador Comunitario (en adelante CIC) de barrio Unión, también participaba a través de una de sus trabajadoras, sin embargo, a mediados del año 2017 dejó de asistir por inconvenientes entre participantes.

Otras organizaciones e instituciones que cooperaron fueron la Secretaría de Abordaje Integral de las Adicciones, el comedor de Juan Manuel de Rosas y la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Salta (Diario de Campo, David Hidrobo, 8 de noviembre de 2016).

Es así que, al momento de nuestra llegada, participaban al menos once instituciones y grupos comunitarios, que fueron incrementándose hasta llegar a 18 durante el año de estudio. Todas ellas prestaban algún tipo de servicio en la comunidad, sin embargo, cuando lo hacían en el marco de la red, respondían a las planificaciones colectivas que se dirigían al objetivo principal de la red.

Al respecto, una de las fundadoras de la Red, trabajadora de la extinta Secretaría de la Niñez y Familia, relataba que la red comenzó pensándose como un dispositivo de trabajo en

relación a los casos de violencia de género y femicidios que se habían dado en la zona (Operadora Secretaría niñez y familia, entrevista, 28 de septiembre de 2019).

Nueve años después del inicio de estas actividades, funcionaba un colectivo que tenía como uno de sus pilares la planificación, ejecución y valoración colectiva de sus acciones. Para ello, contaba con una serie de agentes con conocimientos distintos y complementarios, que posibilitaron el acceso a varios de los servicios, recursos y propuestas.

Fergusson (2013) llamaría a tal agrupación una “red operativa” que posibilita la continuidad del trabajo más allá de las referencias, dependencias o intereses individuales; pero que también permite dar una respuesta más integral a la comunidad. Cada uno de los miembros de esta red, cuenta a su vez con una red de recursos que le posibilita contribuir a las acciones comunitarias frente a distintas necesidades.

De igual forma, cada nodo de la red operativa cuenta con una red subjetiva, que para Fergusson (2013) es aquella que apoya el proyecto o la organización que está realizando el trabajo de acceso y restitución de derechos. Son aquellas personas que conectan con líderes, personas significativas de la comunidad. Involucra todas aquellas personas que tienen relaciones amistosas con el equipo o la red operativa. Entre otras cosas, esta red le aporta seguridad al proyecto ya que permite contar con pares comunitarios que acompañan el proceso y tienen un grado de participación.

La posibilidad de contar con distintos recursos, que se viabilizan a través de distintos actores, permitía a la Red tener una elevada capacidad de resolución de necesidades y situaciones. En esta dirección, el médico y doctor en salud colectiva brasileño Emerson Merhy (2014) y su equipo, enfatiza la importancia que tiene para los efectores de salud salir del “muro institucional”, en tanto y en cuanto abre la posibilidad de reconocer las redes existenciales profundamente valiosas de los usuarios que atienden a las situaciones de salud, pero que también abren paso a otras formas de bienestar como el arte, la música, etc. Enfatiza que es necesario mirar al territorio como un sistema productor de agencias, que instaura redes rizomáticas- no lineales, que no están circunscriptas a un territorio único sino que circulan y generan múltiples conexiones en espacios sociales amplios.

## **8. Identificación de inequidades, grupos prioritarios y propuestas para el territorio.**

Tomando en cuenta lo anterior, muchas de las formas que se utilizó para ubicar grupos prioritarios y campos de acción, partieron de reconocer esta potencia de las poblaciones de los barrios de tejer redes dentro y fuera de sus territorios de residencia, pero también de la historia de la red como un espacio de construcción colectiva. Como ya se ha dicho anteriormente, el eje transversal de las acciones fue la violencia de género. Sin embargo, la búsqueda de comprensión y respuesta frente a este fenómeno, atravesaba los distintos sectores de la sociedad y reclamaba su diversa participación.

Las acciones que se proponían daban cuenta de un entorno en permanente movimiento, ya que variaban de acuerdo a las personas que se encontraban participando en ese

momento en la Red, los recursos con que se contaba, las necesidades que se iban identificando durante los procesos diagnósticos o en el tránsito de las actividades laborales o comunitarias que cada participante cumplía, y que se iban comunicando y dialogando en las reuniones.

En este contexto, se generaron propuestas directas en relación a la prevención y mitigación en situaciones de violencia de género, el acompañamiento a personas que han sufrido de ella; pero también a otras indirectas que tenían que ver con la prestación de servicios, actividades culturales, recreativas, entre otras; que fomentaban el acceso a la salud de distintos públicos y permitían fortalecer los vínculos con la comunidad. Sin embargo, la definición de las acciones y estrategias de aplicación a veces venía acompañada de tensiones entre los participantes de la red, situación que se revisará más adelante.

Para comprender la complejidad de estas dinámicas, se presenta cuatro actividades planificadas entre distintos actores en el marco de la red: Las Cuartas Jornadas de Calidad de Vida de la Mujer, la Campaña de Servicios de Salud, las Jornadas de EnRedArte y la Quintas Jornadas de Calidad de Vida de la Mujer. A continuación, se hace un breve repaso de ellas.

Como se señaló, nuestra primera actividad en la Red fue la participación en la organización y puesta en marcha de las “Cuartas Jornadas de la Calidad de Vida de la Mujer”, que se realizaba anualmente. Para ese momento, las representantes de los centros de salud tuvieron especial relevancia en la selección de los lugares donde se realizaría la actividad. En dos de los tres lugares seleccionados, las residentes en psicología comunitaria venían realizando actividades o habían acompañado a vecinos en varias inundaciones que se habían dado el verano anterior. A este trabajo se sumaba la presencia y el conocimiento que tenía la policía comunitaria de los vecinos y el trabajo de Fundación Proyectar en varios barrios de la zona y particularmente en Juan Manuel de Rosas.



*Ilustración 16: Camión ginecológico en barrio Juan Manuel de Rosas. 4tas jornadas de calidad de vida de la mujer*

Haciendo uso de sus amplios rizomas, estos participantes abrieron la puerta a la comunidad a través de la identificación de referentes locales con quienes habían trabajado previamente y quienes, a su vez, relataron las principales necesidades de la zona y posibilitaron que otros vecinos lo hagan también. A partir de estos testimonios se identificaron tres temas centrales: situación de carencia económica de las familias, sexualidad y crianza.

Dentro del grupo de temas de economía se contemplaron las problemáticas de autonomía, producción, ahorro, organización y emprendimientos. En cuanto al tema de sexualidad, se identificaron subtemas como autocuidado, autoconocimiento, VIH-PAP, autonomía, procreación responsable, salud sexual integral, etc. Sobre crianza no se llegó a desarrollar subtemas ni actividades (Diario de campo, David Hidrobo, 4 de noviembre de 2016).

La segunda actividad que consideramos en este recorrido es la “Campaña de Servicios de Salud” que consistió en un conjunto de consultas y asistencias en salud encabezadas por el Programa Comunitario del Hospital durante el mes de marzo de 2017. Esta actividad fue pensada a partir de las demandas de los asistentes a las Cuartas Jornadas de Calidad de Vida de la Mujer donde se solicitó, en un primer momento, servicios de odontología y oftalmología (Doljanín, 2017). La zona seleccionada estuvo conformada por asentamientos y barrios ubicados en el área de responsabilidad del Centro de Salud de Castañares tales como Villa Lata, Asentamiento Universitario, Divino Niño, 15 de Febrero, Castañares, Manuel J. Castilla, entre otros. Según los indicadores del mismo, este sector presentaba menor acceso a los servicios sanitarios.

Para la planificación y organización de estas actividades se contactó a algunos referentes que ya se habían identificado en la anterior actividad como la conductora de la Radio Comunitaria “8 de Octubre”, ubicada en el barrio Manuel J. Castilla o el referente del Consejo Barrial “Niños al Rescate”, quienes habían trabajado en varios agasajos y actividades con la red.

También se contó con el apoyo de las profesionales del Centro de Salud y de la subcomisaría del Barrio Castañares quienes participaron en el acercamiento a referentes de los barrios Castañares, Manuel J. Castilla, Divino Niño, 15 de Febrero y Asentamiento Universitario; la propuesta y planificación de actividades y la logística para la campaña. Este segundo acercamiento permitió identificar inequidades en salud, entre las cuales aparecía una vez más la necesidad de profundizar en temas relacionados a la salud de la mujer y lograr mayor efectividad en la consecución de turnos para la atención médica.

Hay muchas chicas “chicas” embarazadas en el barrio. No sé si es porque no conocen, aunque yo creo que sí conocen, porque saben más que nosotras, o es que quieren salir de su casa, quieren crecer... pero no es fácil ser madre (Referente del merendero de Villa Lata, Diario de campo, marzo de 2017)

En relación a los servicios de salud, en el sector de Villa Lata se presentó la necesidad de ciertos accesos a turnos odontológicos. Para lograr la llegada de los servicios requeridos, se solicitó la participación a distintos servicios del hospital y del Ministerio de Salud Pública. Se volvió a invitar al servicio de Citodiagnóstico que respondió afirmativamente al llamado.

Oftalmología expresó su negativa a participar, mientras que el Servicio de Fonoaudiología se puso en contacto con el Programa Comunitario para llevar a cabo una campaña en el marco de la Semana Mundial de la Audición, y fue invitado a desarrollarla durante la misma.

El Servicio de Odontología, se mostró entusiasmado con la iniciativa, pero señaló que carecía del equipamiento para realizar algunas atenciones. Se decidió entonces solicitar el camión odontológico al Programa de Odontología del Ministerio de Salud Pública. Después de varios acercamientos a este organismo, se nos dio el visto bueno para contar con el móvil, sin embargo, esta situación modificó en varios puntos la ejecución del proyecto.



*Ilustración 17: Visitas odontológicas a los domicilios de la zona.*

En primer lugar, se tuvo que cambiar los lugares que habían sido seleccionados para ejecutar los operativos, dado que el camión debía mantenerse en un lugar con vigilancia las 24 horas. Después, y debido a problemas mecánicos del transporte, las fechas también tuvieron que ser modificadas.

Por último, el camión venía con profesionales propios del MSP, que tenían horarios propios y con los cuáles, al menos en una primera instancia, se hizo difícil organizar. Afortunadamente, las relaciones de la red permitieron al equipo del área comunitaria reprogramar y conseguir las instituciones donde albergar el móvil y llevar a cabo la campaña (Doljanín, 2017). Para lo último fue crucial la participación de la policía comunitaria, quien facilitó las solicitudes de custodia del móvil.

Es importante mencionar que algunas organizaciones participantes de la red, no propusieron actividades en este marco, ya sea porque se encontraban de licencia o porque los lugares de acción no estaban en sus zonas de influencia. De igual forma, la residente en psicología comunitaria del centro de salud San Roque y una de las participantes de

extensión universitaria de la UnSa, quienes venían desarrollando un trabajo con mujeres en barrio 17 de Octubre, cuestionaron que no se hicieran las actividades en todas las zonas de influencia de la red, o que no todos los actores de la misma hubieran formado parte. Al respecto, una de las referentes de Fundación Proyectar señala:

Por ahí creo que no todo el equipo de la red entendió la idea que se proponía en la feria de la salud. Era un proyecto que [El Programa Comunitario del HSB] proponía y se acompañaba y apoyaba como red, algunas personas no lograron comprender y se generó una interferencia. Se lo supo llevar adelante (entrevista, 3 de agosto de 2019).

La tercera intervención tuvo el nombre de “EnRedArte”. Partió de la necesidad sentida por diversos participantes de trabajar con población adolescente en el diálogo y la promoción de derechos, a través de propuestas que les resultasen atractivas. En este marco, cobraron singular relevancia las acciones previas de varias agrupaciones tales como el merendero comunitario que sostenía la agrupación la Poderosa en el barrio 15 de Septiembre, los talleres de huerta, encuentros de mujeres y actividades de salida a encuentro por parte de las psicólogas del Centro de Salud San Roque en barrio Juan Manuel de Rosas; y la labor del centro vecinal “Niños al Rescate”, que se ubicaba en barrio Manuel J. Castilla. En estos sectores se decidió construir la propuesta.



*Ilustración 18: Jornada EnRedArte en barrio 15 de Septiembre.*

Se utilizaron herramientas metodológicas tales como talleres y cine-debates sobre cortometrajes que abordaban temas como roles de género, identidades sexuales y acceso

a derechos. Fundación Proyectar tuvo especial relevancia en la propuesta artística y en la identificación, armado y presentación de los audiovisuales, no solamente en la recomendación y recopilación del material, sino también en la producción del mismo. Es así que se contó con material salteño, de excelente calidad, para hablar sobre dichas situaciones.

La cuarta acción permitió cerrar un ciclo anual de nuestra participación y correspondió a las “Quintas Jornadas de Calidad de Vida de la Mujer”. En esta ocasión, la identificación de necesidades se dio por medio de los participantes de la Red. La actividad principal consistió en el desarrollo de un espacio de encuentro entre grupos de mujeres que venían generando propuestas en la zona. A esto se complementó con actividades de acceso a servicios, promoción de la salud y prevención de patologías.



*Ilustración 19: Actividad en el Primer Encuentro Interbarrial de Mujeres.*

Es por eso que cobró especial importancia la realización del “Primer Encuentro Interbarrial de Mujeres de Zona Norte”, donde se convocaron mujeres organizadas de barrios como Juan Manuel de Rosas, Ciudad del Milagro y Barrio 15 de Septiembre (Diario de campo, David Hidrobo, 29 de noviembre de 2017). Las jornadas comenzaron con dicha actividad y se extendieron durante toda la semana siguiente con diferentes actividades y servicios de salud. Entre los participantes se encontraron el Centro de Salud Nro. 55, el Programa de ETS y VIH, con quienes el Programa Comunitario del HSB tomó contacto con el objetivo de hacer pruebas rápidas de VIH, grupo ALFA (Asesoramiento Legal para la Familia) y la Secretaría de Protección Integral a la Víctima de la Provincia.

Entre las organizaciones y agrupaciones que compartieron sus espacios físicos de forma gratuita para el desarrollo de las actividades, se encontraron la Iglesia Casa de Dios, Centro

Integrador Comunitario (CIC) de Barrio Unión, Centro Comunal del Barrio Primero de Mayo y Fundación Proyectar.

## **9. Resultados de las intervenciones**

El recorrido anterior muestra que las necesidades de salud que se consideraron en las propuestas, fueron identificadas a partir de la intervención de al menos tres tipos de actores: vecinos de la zona, actores que trabajan en ella y la red como organización que facilita las anteriores.

En este sentido, las respuestas que se dieron se enmarcan en la idea de salud como una construcción que se da en el ámbito social y cultural de la población. A su vez, en estas acciones se consideraron los ejes transversales de violencia de género, grupos vulnerables y acceso a derechos; e incluyeron temas de prevención de patologías y situaciones de riesgo, promoción de la salud y otros derechos, asistencia en el ámbito de la salud y jurídico, entre otras.

Esto comprendiendo que, para el logro de la garantía de la salud, basada en las necesidades sentidas de la población, es necesario el trabajo articulado de varios sectores locales, sociales e institucionales, y que no tiene que ver únicamente con la asistencia médica, sino con un conjunto de factores que se remiten a la idea de bienestar. Esto respondería a una suerte de armado interdisciplinario e interinstitucional de un rompecabezas, donde la conjunción, diálogo y debate de las visiones parciales, van construyendo una mirada más integral de la realidad. Implica también un reconocimiento por parte de los efectores de salud, del conocimiento local y de la amplia capacidad que tienen las redes territoriales para posibilitar oportunidades vida saludable (Granda, 2003; Merhy, 2014).

Mirando la complejidad de las realidades locales, tiene sentido que las respuestas de la red hayan abarcado un abanico amplio de propuestas vinculadas con los servicios sanitarios, pero también con los jurídicos, artísticos, comunicacionales, entre otros. A estas estrategias, muchas de las cuales involucraban escuchar la voz de los distintos participantes, se sumaron acciones de comunicación directa con la comunidad, donde se visitaron los hogares y se compartieron conocimientos de salud. Este mecanismo también funcionó como una estrategia de convocatoria muy eficaz a cada una de las acciones y permitió la identificación de nuevos referentes o personas interesadas en la participación.

Las acciones de asistencia, fueron otra forma de acercamiento de los servicios de salud y resaltan por su notoriedad en el acceso equitativo a los servicios de salud. Para muestra un botón:

Hace dos años cuando se hizo en noviembre se trajo el camión ginecológico y se hicieron PAP gratuitamente y pruebas de VIH. Mi mamá se hizo el PAP por primera vez ahí. Si bien siempre se habla del tema de salud y aquí el tema de salud es muy complejo. Antes, se tenía que madrugar 3 de la mañana a pedir un turno. Ahora con el 148 te dan turnos pero de acá a un mes. Luego vino un dentista y eso acerca el servicio. Y una vez vinieron del hospital de milagro e hicieron un eco. Eso sirve mucho a los chicos (Vecino de barrio 15 de febrero, entrevista personal, 12 de agosto de 2019).

Al respecto, la médica ginecóloga del hospital a cargo de las tomas de muestras PAP, reflexionaba sobre la importancia del trabajo realizado ya que permitía llegar a un sector de la población que “realmente lo necesitaba” ya que por diferentes razones, principalmente relacionadas a las deficiencias en la educación para la salud, desconocían que era el Papanicolau y para que servía, como también la necesidad de realizarlo anualmente para prevenir el cáncer de cuello uterino.

Por otra parte, un referente de la Poderosa, comentaba que estos accesos abrieron la posibilidad de conversar, dentro de su organización, sobre diferentes temas más allá del acceso como tal:

El acceso a cuestiones de salud, la mayoría no está acostumbrado y de que podamos acá hablar de los roles, de violencia, de que venga un grupo de dentistas con cepillos, PAP. Todas esas cosas las charlamos en la Asamblea, cómo nos pensamos después de eso, como hacemos con todo lo que vamos aprendiendo. Esas fueron las cosas más ventajosas que estuvo muy piola (entrevista, 12 de agosto de 2019).

Ahora bien, un tercer factor que coadyuvó el acercamiento de los servicios fue la generación de capacidad para alcanzar una mejor calidad de vida, factor que es muy valorado por el enfoque de desarrollo humano. Dentro de los barrios, como se señaló anteriormente, las presentaciones de espacios de conversatorios posibilitaron el cuestionamiento sobre situaciones, percepciones, prejuicios, estereotipos y prácticas cotidianas, y promovieron la garantía de derechos.

Cuando se hizo la charla de educación sexual, que también es salud. Poderse expresar lo que uno siente o cómo ve la cosa. Una vez hicimos una chocolatada, en el canchón que teníamos, pasamos películas, que luego desató muchas cosas entre nosotros, entre los que íbamos a la asamblea. El corto de las mujeres chóferes y muchos chicos dijeron el rol de la mujer, que una mujer tiene que ser así, o un hombre tiene que ser así. Son cosas que nos hacen pensar nuestra forma de vernos y relacionarnos. Saliendo los estereotipos, esas cosas que tenemos impuesto (referente de la agrupación “La Poderosa”, entrevista, 12 de agosto de 2019).

Por su parte también es un espacio privilegiado para para el desarrollo de las capacidades de los profesionales en relación al trato cálido a la población y a los pacientes.

La red me habilitó a pensar con otros, pensar la salud desde un lugar más amplio, sin pensar en que uno es el centro donde la comunidad tiene que ir. Escuchar a la comunidad desde otro lugar, desde su saber, desde el aprendizaje. Saliendo del paradigma médico hegemónico. Se hace como dice el médico y no se considera la realidad de las personas, de cada comunidad. Uno saliendo puede ver cómo viven (psicóloga del centro de SLaud de 17 de Octubre, entrevista personal, 24 de octubre de 2019).

De igual forma, a partir de la puesta en marcha de estrategias territoriales donde participaban residentes del hospital, esta experiencia pasó a formar parte del proceso de formación de los mimos. Estas acciones permiten romper con el encasillamiento en el cual se ubican muchas áreas y profesionales de salud, utilizando como estrategia, el desplazamiento del mundo dentro de los servicios, y subsumiendo las prácticas de los usuarios de salud a las lógicas epistemológicas y metodológicas del campo sanitario (Merhy et al, 2014)

Para varios residentes del hospital, esta experiencia permitió escuchar demandas distintas a las que se dan en el consultorio hospitalario y varios se sintieron motivados con la forma de trabajo. Varios se animaron a proponer estrategias para brindar información y formación a los distintos grupos de población que se atendieron, lo que les ubicó en el lugar de participantes del diseño de las actividades y no solamente de la asistencia de pacientes.

## **10. Reflexiones sobre los procesos colectivos**

El ejercicio reflexivo sobre las implicancias y aprendizajes de las acciones emprendidas en el marco de la red, permite ir puliendo los abordajes y haciéndolos más efectivos en el territorio. Durante el tiempo de la investigación, los distintos agentes participantes de las reuniones y acciones llevadas a cabo, presentaron varios aportes sobre el trabajo de la red.

Uno de los más frecuente fue la importancia del hacer en colectivo. Se reconoce que, en el caso de la red, esto es fruto de una trayectoria, donde han participado distintos actores y sin la cual, la capacidad de respuesta estaría mucho más limitada. De hecho, en todas las acciones que intervenimos como Programa Comunitario, nos apoyamos en los contactos históricos que la red ha activado durante sus años de existencia. Sobre este pilar, una operadora territorial de violencia intrafamiliar, comparte:

Hubo gente que se sumaba que empezó a darse cuenta que vital era tener un espacio donde podía compartir las problemáticas, lo que le estaba pasando a su institución, porque llegaban todos con problemas. Los docentes con problemas, la salita con falta de personal, todos teníamos una problemática y permitían ver cómo se puede hacer, como articulamos (entrevista personal, 28 de agosto de 2019).

Justamente, la identificación y reconocimiento de estos limitantes estimuló la necesidad de acción en conjunto. Como ejemplo de esta dinámica, observamos que durante las “Cuartas Jornadas de Salud de la Mujer”, en diálogo con la Red, y por comunicación del personal de salud de la zona, se identificó la necesidad de reforzar en el conocimiento acerca del examen de Papanicolau y su aplicación en la zona. Aunque el Programa Comunitario del HSB ofreció acercar dicho servicio, no habría tenido ninguna repercusión si la residente de psicología comunitaria y la trabajadora social del Centro de Salud de Castañares no hubieran aportado con los contactos de los referentes sociales, o no hubieran acompañado a las visitas con ellos, quienes a su vez contribuyeron de forma decisiva en las convocatorias. Por su parte, hubiera sido mucho más difícil contar con los permisos de uso de espacio público si no hubiera sido la policía uno de los participantes.

En el campo sanitario, estos contactos facilitaron la articulación entre los diferentes niveles del sistema de salud y permitieron focalizar las atenciones a aquellas personas que se encontraban en situación de mayor vulnerabilidad o que no habían accedido a los servicios por distintas razones como las que ya se han venido exponiendo anteriormente.

A lo anterior, se suma la relevancia del trabajo colectivo como un espacio para compartir experiencias y repensar las acciones de cada agrupación o institución. Al respecto, uno de los referentes de la “Poderosa” señalaba:

Encontré gente muy piola. Trabajar en conjunto y saber que en otros barrios de zona norte se estaba trabajando, se estaba haciendo cosas. El tema de conocernos entre otros grupos. Por ejemplo, cuando la red organizó el primer encuentro interbarrial de mujeres de la zona norte, quizás las mujeres que integraban el espacio de género, pudieron conocerse con otras mujeres que estaban laburando lo mismo. Eso fortalecía el encuentro, el saber, que estamos haciendo cosas por nuestra zona y en el barrio (Entrevista, 12 de agosto de 2019).

Un siguiente factor a tomar en cuenta es la conformación de la red. Hemos dicho que si bien es un espacio abierto de gran movilidad, cuenta con un grupo más o menos estable que va diagramando las acciones. Dicho grupo, durante el tiempo del estudio, estuvo conformado en su mayoría por profesionales de las ciencias sociales y de salud. Esta forma de participación generó potencialidades y limitaciones.

Como fortalezas, varios de los participantes señalaron que posibilita sistematizar las acciones que se van realizando, exponer el trabajo en jornadas, pensar y repensar los procesos que se llevan a cabo. De igual forma, permitiría que las propuestas sean más sistemáticas y que tengan “buena calidad” (Policía comunitaria Castañares, comunicación personas, agosto 2019). Al mismo tiempo, posibilitaría la implementación de metodologías y estrategias de trabajo no convencionales y que tendrían mayor recepción en la población.

Sin embargo, esta presencia mayoritaria también traería complicaciones a la posibilidad de inclusión de otros actores. Al respecto, una de las referentes de Fundación Proyectar señala:

Una de las características de la red es que es de profesionales. A veces es un obstáculo porque cohíbe al resto de la comunidad. Se marca esa distancia: el profesional y yo (entrevista personal, 3 de agosto de 2019).

A partir del testimonio, podría pensarse que la baja participación de actores residentes de la comunidad, se daría por el motivo anterior. Sin descartarlo como una posible razón, encontramos en el trabajo de campo otros elementos que se suman al factor anterior, y que tienen que ver con elementos de clase. Al respecto, varios actores territoriales manifiestan:

Una de las cosas que se hablaba mucho era la presencia de vecinos. Si bien iban, cada tanto, no. Tal vez por los tiempos de laburo, son lógicas distintas, los miércoles a la mañana juntarse a mitad de semana, para muchos de los vecinos, trabajan, para ellos difícil ir a una reunión (Vecino de barrio 15 de febrero, entrevista, 12 de agosto de 2019).

Me acuerdo que ese encuentro de mujeres, era que iban a ir mujeres de la organización. Muchas no podían por temas de los hijos del trabajo (referente agrupación “La Poderosa”, entrevista personal, 12 de agosto de 2019).

Yo soy trabajador independiente. Yo me muevo, el día que hago algo para la comunidad es el día que no trabajo. (Referente del merendero Niños al Rescate, entrevista, agosto 2019).

Una de las constantes en estos tres relatos es la dificultad para contar con tiempo destinado a las actividades de organización. Habría una intersección entre las lógicas laborales, muchas veces inscriptas en el trabajo no formal y de cuidado que imposibilitaban la participación efectiva.

Se reconoce que las reuniones periódicas de la red, se realizaban en horarios laborales y en la mayoría de ocasiones, dentro del horario de trabajo de los participantes. Es decir, como parte del trabajo de muchos participantes se sumaba la participación en la red. Esto favorecía la participación institucional, pero en algunos casos limitaba o dificultaba la presencia de referentes barriales.

Esto también se observa en el resultado de las acciones. El proyecto EnRedArte, por ejemplo, se dirigía a una población principalmente adolescente. Tanto el equipo de “La Poderosa” como del Centro de Salud de 17 de Octubre, buscaron estrategias de convocatoria, que devinieron en una presencia de este grupo poblacional, si bien no excluyendo a las personas adultas y niñas. Sin embargo, el referente del tercer lugar donde se iba a realizar la actividad, no había tenido posibilidad de participar en las reuniones. El referente había convocado a las personas que se relacionaban más cercanamente con él y eran niños. Tanto los videos, como las actividades no habían sido pensadas exclusivamente para este grupo. A lo anterior se sumó los problemas técnicos y esto a su vez provocó momentos muy caóticos y redujo significativamente el impacto.

Ahora bien, esta forma de participación, donde las instituciones y algunos sectores de la sociedad civil, tienen mayor constancia y los referentes territoriales y otras instituciones lo hacen más esporádicamente y en las actividades puntuales, genera también tensiones. Al respecto, una de las referentes de Fundación Proyectar afirma:

Pienso que todavía no se entiende bien el trabajo de la red en la comunidad, se piensa que la red tiene que ir a solucionar cosas o la que va a brindar algún recurso, sobretodo material y en realidad no es así. Con las escuelas pasaba que van a la red cuando tienen alguna problemática. Van con la idea que la red les va a solucionar mágicamente la situación y como se dan cuenta que no es así, no vuelven. La red es un espacio para pensar entre todos y para buscar caminos posibles, no soluciones entre todos (Entrevista personal, 3 de agosto de 2019).

Por otra parte, dentro de las personas que participaban en la red, se reconoció que hay quienes lo hacen de forma intensa pero en períodos que no siempre corresponden al desarrollo de los procesos que generan. En el caso de las residentes de psicología comunitaria, por ejemplo, se valora la posibilidad de articulación, propuestas y miradas que

traen, pero se observa que mucho del trabajo que promueven, se queda estancado al momento de finalización de su residencia.

Muchas veces viene gente de afuera del barrio a hacer actividades y con el tiempo se van. Uno ya no tiene ganas de participar. Me pasaba a mí, venía gente a hacer huertas, un mes dos meses y se van. Uno se mal acostumbra. Quizás ya tiene un imaginario, a esas cosas no le toma tanta importancia. Lo hablo desde mi experiencia personal. Buscar estrategias para que se pueda acercar. Los barrios están tan acostumbrados que la gente venga, esté un tiempo y se van (referente de la agrupación “La Poderosa”, entrevista personal, 12 de agosto de 2019).

Como estrategia para revertir esta situación, tanto el referente de la Poderosa como la policía comunitaria proponían la necesidad de generar espacios propios donde los vecinos puedan articular acciones. Para el momento del estudio, ejemplos de ello fueron la agrupación “La Poderosa”, que mantenía asambleas de vecinos permanentes; Fundación Proyectar, quien trabajaba con un grupo de estudiantes que se formaban en ese espacio, pero que también brindaban apoyo a otros estudiantes; varios grupos de mujeres que desarrollaban actividades productivas y formación en derechos, entre otras (Diario de campo, 2017).

Otro reto a considerar es la resolución de tensiones dentro del equipo, principalmente en relación a la priorización de las actividades y la forma de ejecución de las mismas. Este punto es interesante porque a partir de estas discusiones aparecen cuestiones epistémicas, es decir, formas de comprender la realidad en función de paradigmas distintos. Como ejemplo, en ocasiones se apreciaba que mientras un participante o grupo de ellos, sostenía la necesidad de generar actividades continuas, otros manifestaban que cada actividad debía pasar primero por un proceso de análisis de los objetivos y de planificación de las propuestas. A su vez, dichos problemas eran explicados por los actores como situaciones morales y éticas:

Yo creo que en un equipo de trabajo, nuestros egoísmos, las carencias que podamos tener como seres humanos, recaen sobre nuestro trabajo. Hay que poner atención en cómo nos apropiamos de estos espacios, el apropiarnos tanto o tener tanta participación, o tener tanto poder de decidir, hagamos esto o aquello cuando es la hora de activar, son cosas pequeñas, yo creo que son etapas que hay que pasarlas, haber pasado por todas estas etapas de inmadurez, de enojo o celo entre actores, con respecto a la toma de decisiones (referente de la Red, entrevista, 28 de septiembre de 2019).

El testimonio de una de las referentes de la red plantea varias situaciones. En primer lugar, habla de una cuestión ética como el egoísmo, pero a través de él presenta el tema de la apropiación del trabajo y con ella, la apropiación de la voz, es decir, la validez de lo que se dice. El problema surgiría cuando una de las voces se presenta como la verdadera frente a otras que también se desarrollan en el territorio y tienen experiencias, relaciones y camino recorrido. Al respecto, la policía comunitaria de Castañares manifiesta:

Creo que todos somos líderes y a veces te sientes invadido por otro que es más líder. Y no te gusta que vean las cosas de otra forma. Son dos o tres palabras que no te gustan. No es por la red, ha sido por algunas diferencias de pensamiento, o cosas así (entrevista, agosto 2019).

Otros referentes se refieren a estas situaciones como un juego de distintos intereses, puntos de vista y expectativas con los que llegan los participantes a la red. Frente a esto, enfatizan la necesidad de mediación, en las cuales cobran relevancia personas que puedan hablar con los distintos sectores y que a su vez cuenten con otros participantes como un grupo de contención.

## Conclusiones

En un sistema de salud que considera la atención biomédica como la forma privilegiada de garantizar el acceso a la salud, y donde los hospitales se han caracterizado por atender los problemas sanitarios “puertas adentro”, fue para nosotros un reto plantear la posibilidad de salir de los muros de la institución y acompañar acciones en salud desde los propios territorios de las distintas localidades de la ciudad de Salta. Esto implicó una primera ruptura con la forma cotidiana de atención en el hospital ya que, con la excepción del programa de atención hospitalaria, las asistencias se daban en el ámbito intramuros. La participación en la red nos exigía un lugar de horizontalidad frente a los otros actores que en ella aportaban y promover la visita de profesionales, a contracorriente de sus usos y costumbres, donde eran los pacientes quienes se acercaban a los servicios.

Es aquí donde viene un primer aprendizaje. El HSB pasó a formar parte de un tejido social sanitario amplio, que aborda muchos otros elementos además de la atención médica y que tiene que ver con la posibilidad de acceso para aquellas poblaciones que están física, pero sobre todo simbólicamente lejos del sistema de salud y para ello debía hacer un proceso reflexivo de las necesidades y expectativas que identifica en el territorio.

Ya no se trata entonces solamente de la cobertura de salud, sino que se relaciona con los lugares, espacios, dinámicas, prácticas culturales y determinaciones sociales; que efectivamente influyen en el cumplimiento o no del máximo nivel de bienestar físico, mental y social de las personas y poblaciones, o algo que se le parezca (Breilh, 1997, 1998, 2010, 2015; Almeida Filho, 1999; Urbanos- Garrido, 2016).

Es muy difícil que estos factores sean reconocidos por un equipo que, aún con conocimiento técnico de las dinámicas sociales, tenga poco tiempo en el territorio de acción. Es por ello, que la institución regresó a ver la experiencia histórica de la red y fue aprendiendo, no sin dificultades, a identificar los aportes, visiones y puntos de vista que los actores iban sumando como piezas del rompecabezas de la complejidad social.

En este sentido, no se precisa solamente de la comprensión de la realidad, sino de la capacidad de acción en la misma, y esto tiene que ver con el reconocimiento y aprovechamiento de las experiencias previas, teniendo en cuenta que la red ha ido construyendo una serie de nodos y conexiones en el territorio, que se activan aun cuando los participantes ya no se encuentren. De igual forma, ha ido ganando un lugar de reconocimiento dentro de la comunidad local y la sociedad capitalina.

Esta acción no sólo genera resultados en las localidades donde se ejecuta, sino que afecta también al personal de salud. Los servicios de salud tienden a construir una imagen de los pacientes en función del intercambio que tienen dentro de las unidades operativas. El trabajo territorial rompe esta dinámica y permite una vinculación más cercana que presenta los factores de la cotidianidad en la interrelación con el otro, así como el reconocimiento de factores que no se reconocen en el consultorio.

Un ejercicio muy interesante de esta dinámica es que el profesional pasa a ser observado por el vecino y éste tiene la posibilidad de presentarse y presentar su entorno de una forma totalmente distinta a la del consultorio. Según relatos de los profesionales, esta situación permite plantear y replantear las formas del trato y los prejuicios que se construyen cuando llega un paciente de zonas urbano marginales.

Esto abrió una puerta para el ejercicio de la equidad en la práctica profesional, ya que desplaza la idea del “paciente” como un conglomerado de iguales, imagen muchas veces armada desde una mirada prejuiciada, y permite la aparición de matices, distintas realidades y distintas barreras también. Es una oportunidad de identificar cuáles son las razones que desmotivan o impiden a una persona a acercarse a los servicios de salud.

Por su parte, es un trabajo que descentra al profesional médico como eje de la atención en salud. Permite incluir nuevos actores, que en su transitar diario, van construyendo puentes de acceso para otras personas que se encuentran atravesando situaciones de desigualdad, inequidad e iniquidad en salud.

A esto se suma la necesidad de aplicar distintas estrategias para lograr la llegada de las personas a las diferentes formas de atención ofrecidas por el sistema. Esto es un reto, si se tiene en cuenta que convencionalmente el profesional espera la llegada del paciente dentro de un consultorio. En esta nueva realidad de salir al encuentro, cobra relevancia el diseño de una convocatoria activa, cercana, que permita derribar barreras, fortalezca la confianza, brinde la información oportuna y motive la participación. En este sentido, es posible considerar que es un error generar actividades territoriales que no cuenten con un trabajo previo minucioso en relación a la convocatoria.

A pesar de este valioso trabajo, es necesario tomar en cuenta la necesidad de ir generando vínculos que permitan la participación de vecinos en las actividades de organización de la red. El camino es arduo, sin embargo, existen algunos puntos que pueden servir. El primero tiene que ver con reconocer la existencia de tiempos y temporalidades distintas. Si se identifica que existen dificultades para la asistencia de vecinos por razones laborales y de cuidado, sería pertinente ver qué formas de participación posibilitan que su voz esté presente en la planificación de las actividades. En este punto el aporte de las ciencias sociales podría ser muy interesante.

Finalmente, el hecho que el equipo se considere parte integrante del tejido social sanitario, implica también reconocer la responsabilidad de contribuir a la inclusión y articulación de las distintas áreas de salud con el resto de los espacios de la práctica social, considerando críticamente sus capacidades y limitaciones. Esto se gesta en el quehacer común y en el establecimiento de redes permanentes. Dichas redes deben orientarse a lograr la efectividad en las atenciones que se dan en cada una de las unidades, en el marco del nivel de complejidad que les corresponda.

Resulta fundamental entonces abrir posibilidades de participación en conjunto, que miren la salud como una construcción colectiva, dinámica, en la cual las diferentes personas y organizaciones que participan pueden contribuir con el bienestar de sí mismo y del otro. Esta mirada colectiva posibilitará acercar soluciones para romper las barreras de inequidad,

desigualdad e iniquidad, que se presentan todavía con frecuencia en la realidad de muchas personas de la ciudad.

Estas posibilidades de trabajo colectivo y construcción de propuestas comunitarias, que vienen desde la articulación entre sociedad civil organizada, vecindad e instituciones, son ejemplos para la construcción de políticas públicas que promuevan la equidad en la atención sanitaria (Batista y Barros, 2017), pero que visibilicen también las desigualdades e inequidades, de tal manera de poder comenzar a trabajar sobre ellas, en un ejercicio consciente de aseguramiento de derechos. Es importante también construir conocimiento epidemiológico que dé cuenta de la prevalencia y persistencia de patologías y riesgos para la salud en grupos discriminados y racializados. Esto debe decantar en la capacitación de profesionales de la salud, información continua y sensibilización en la población e indefectiblemente, en la atención de salud

## Bibliografía

- Acosta, A.2015. El Buen Vivir como alternativa al desarrollo. Algunas reflexiones económicas y no tan económicas. En : Política y Sociedad, ol. 52, Num 2: 299-330
- Aguilar, M; Sbrocco, M. 2009. Transformaciones e improntas en un espacio local. El caso de Vaqueros, Salta. En Cuaderno Urbano Nro. 8, pp 159-180.
- Almeida Filho, N; Silva Paim, J. 1999. La Crisis de la Salud Pública y el Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. 1999; 75:5-30.
- Almeida Filho, N. 1999. Desigualdades de Salud en función de las condiciones de vida. OPS. Washington DC.
- Álvarez, S; Aguilar, M; Perelman, M. 2012. Desigualdad Urbana, Pobreza y Racismo: Las recientes tomas de tierra en Argentina. [file:///C:/Users/sercr\\_000/Downloads/AlvarezLeguizamonAguilarPerelman\\_2012.pdf](file:///C:/Users/sercr_000/Downloads/AlvarezLeguizamonAguilarPerelman_2012.pdf)
- Álvarez, S. 2017. Formas de racismo indio en la Argentina y configuraciones sociales de poder. Prehistoria Ediciones, Rosario, Argentina.
- Alves, P; Souza, I. 1999. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. En: Rableo, M., Alves, P., Souza, I. Experiência de doença e narrativa [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p. ISBN 85-85676-68-X.
- Ander Egg, E,2003. Repensando la Investigación-acción participativa. Grupo Editorial Lumen Humanitas. Argentina.
- Archenti, N. 2016. ¿Qué es una tesis? [Material de Aula]. Seminario de Tesis. Maestría en Desarrollo Humano, FLACSO, Argentina.
- Arri, F. 2016. Lectura de la Realidad Institucional, Centro de Salud Nro. 55 "San Roque". Residencia de Psicología Comunitaria. Salta, Manuscrito no publicado.
- Azcárate, P, 1873. Obras de Aristóteles, Volúmen 1, Imprenta de la Biblioteca de Instrucción y Recreo. Madrid.
- Batista, L; Barros, S. 2017. Enfrentando el racismo en los servicios de Salud. En: Cad. Saúde Pública 2017; 33.
- Bourdieu, P. 1980. La identidad y la representación: elementos para una reflexión crítica sobre la idea de región. En: Ecuador Debate, Nro. 67. CAAP, Quito.
- Breilh, J. 1997. Hacia una Epidemiología Dura: Retos y Avances. Casa de la Cultura. Quito.
- Breilh, J. 1998. La Inequidad y la perspectiva de los sin poder: Construcción de lo social y del género. En: Breil, J. Cuerpos, Diferencias y Desigualdades. Utópica Ediciones. Bogotá.
- Breilh, J. 2010. Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: Passos Nogueira, Roberto, ed. Determinacao social da saúde e reforma sanitária. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2010.

- Breilh, J. 2013. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). En: Rev.Nac. Salud Pública, 31 (supl 1) 813- 827
- Breilh, J. 2015. Contribución de la Epidemiología Crítica a la transformación del Sistema de Salud. Discurso en el IV Congreso de Medicina General. Villa Gesel. Argentina
- Breilh, J. 2015. Epidemiología Crítica Latinoamericana: Raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. En Morales C, Eslava J.C. 2015. Tras las Huellas de la Determinación. Memorias del Seminario interuniversitario de Determinación Social de la Salud. Bogotá, D.C: Universidad Nacional de Colombia, pg: 19-75. Colombia.
- Butler, J. 2012. ¿Puede uno llevar una buena vida en una vida mala?. En: European Graduated School. Ver: <https://ficcionalarazon.org/2014/11/25/judith-butler-puede-uno-llevar-una-vida-buena-en-una-vida-mala/>
- Carneiro, S. 2007. Epistemicidio. Revista digital Portal Geledés. En: <https://www.geledes.org.br/epistemicidio/>
- Crespo, C; Tozzini, M. 2011. De pasados presentes: hacia una etnografía de archivos. En: Revista Colombiana de Antropología, Volúmen 47 (I), enero-junio 2011, pp 69-90
- Coraggio, JL.1989. Participación Popular y Vida Cotidiana. Presentación en el plenario de Trabajo Social sobre “Democracia, derechos humanos y participación popular”, en Quito, julio de 1989.
- Coraggio, JL. 2003. Las políticas públicas participativas: ¿Obstáculo o requisito para el Desarrollo Local? Ponencia presentada en el panel “Construcción de poder político y gestión pública participativa en el ámbito local”, CENOC-CEDES-UNGS. Argentina.
- Coraggio, JL. 2004. La Gente o el Capital: Desarrollo Local y Economía del Trabajo. Abya Yala. Quito. Ecuador.
- Crenshaw, Kimberlé W. 1991. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. En: Stanford Law Review, 43 (6), pp. 1.241-1.299.
- Crespo, C; Tozzini, M. 2011. De pasados presentes: Hacia una etnografía de archivos. En Revista Colombiana de Antropología. Volumen 47 (1), enero-junio 2011. pp. 69-90
- Creswell, J. 2012. Educational research. Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research. [Investigación educativa. Planeación, conducción y evaluación en investigación cuantitativa y cualitativa]. (4ª ed). USA: Pearson. Recuperado de: <https://goo.gl/tNzcbu>
- De Certeau, Michel. 2000. La invención de lo cotidiano. 1. Artes de Hacer. Universidad Iberoamericana / Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. Ciudad de México.
- Deneulin, Severine. 2004 Crear Ciudades más Justas para la Vida: Una combinación del derecho a la ciudad y el enfoque de las capacidades en: Suárez, A. L., Mitchell, A., Lépre, E. (eds.) (2014). Las villas de la Ciudad de Buenos Aires : territorios frágiles de inclusión social [en línea]. Buenos Aires : Educa.

- Doljanín, C; Hidrobo, D. 2016. Proyecto Patiperro: Co-construcción en Salud. Manuscrito no publicado.
- Doljanin. C. 2017. Proceso de diseño, organización y y ejecución del Proyecto “Campaña de servicios de salud: odontología y fonoaudiología” del HSB en la zona norte de la ciudad. Programa Comunitario Hospital San Bernardo. Salta. Manuscrito no publicado.
- Echazú, A; Fagundes, E. 2018. El itinerario llave de Marielle Franco en la Intersección entre Violencias, Género y Salud. Em vias de publicação dentro da compilação “Saúde, Gênero e Violência”, organizado por Sabrina Cunico et al e a ser publicado pela editorial PUCRS, Porto Alegre, Brasil. Agosto de 2018.
- Ferreira J, Fleischer S, organizadoras. 2014. Etnografias em serviços de Saúde. Garamond. Rio de Janeiro.
- Fergusson, S. 2013. Las Redes, Ministerio de Salud Y Protección Social de Colombia, RASA, Prosperidad para Todos, UNODC. Videoconferencia <https://www.youtube.com/watch?v=Ou88tD1sCY0&t=77s>
- Figueroa, E. 2015. Lectura de la Realidad Comunitaria. Centro de Salud Nro. 11. Virgen de la Lágrimas. Residencia de Psicología Comunitaria. Salta, Manuscrito no publicado
- Fleischer, S. 2006. Pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala. En Athropologica v. 24, Nro. 24. Lima Diciembre 2006. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92122006000100003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92122006000100003)
- Giaileola, N. 2014. Un acercamiento al área de Responsabilidad del Centro de Salud Nro. 55 “San Roque”- Barrio 17 de Octubre. Residencia de Psicología Comunitaria. Salta, Manuscrito no publicado.
- Gerhardt, T. 2006. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. En: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov, 2006
- Gil, G. 2010. Etnografía, archivos y expertos. Apuntes para un estudio antropológico del pasado reciente. En Revista Colombiana de Antropología, vol.46, num 2, jul-dic, 2010, pp 249-278g
- Granda, Edmundo. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. Revista Cubana de Salud Pública, 30(2) Recuperado en 05 de octubre de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es)
- Guber, Rosana (2004) “Identidad social villera”, en Mauricio Boivin, Ana Rosato y Victoria Arribas Constructores de Otriedad Una introducción a la Antropología Social y Cultural, Antropofagia, Buenos Aires
- Guber, R. 2008. Observación Participante. Blog para la clase de Fundamentos Latinoamericanos de los EE. CC. 2008 Maestría de Estudios Culturales – PUCP. <http://fleecc.blogspot.com/2008/06/observacion-participante-guber-rosana.html>
- Haraway, D.J. 1995. Ciencia, cyborgs y mujeres. La Invención de la naturaleza. Editorial Cátedra. Madrid.

- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2010. Censo nacional de población, hogares y viviendas. REDATAM. Buenos Aires.
- Kalckman, S; Gomes dos Santos, C; Batista, L.E; Martins da Cruz, V. 2007. Racismo Institucional: um desafio para equidade no SUS?. En: Saude Soc. Sao Paulo, v.16, n.2, p 146-155.
- Karol, J. 2016. Desarrollo Urbano [Material de Aula] Análisis de políticas públicas desde la perspectiva del desarrollo humano I. Maestría en Desarrollo Humano. FLACSO. Argentina
- Kingman, E. 2002. Identidad, mestizaje, hibridación: sus usos ambiguos. En: Revista Propositiones, Vol. 34, Ediciones Sur, Santiago de Chile.
- Kowii, A. 2015. Senderos para reconstruir el Buen Vivir. [https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/372/File/pdfs/PAPER%20UNIVERSITARIO/2015/ArirumaKowii%20\[Sumak%20Kawsay\].pdf](https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/372/File/pdfs/PAPER%20UNIVERSITARIO/2015/ArirumaKowii%20[Sumak%20Kawsay].pdf)
- Lemke, R. Acevedo, R. 2013. Itinerários de Construcao de uma Lógica Territorial do Cuidado. Psicologia e Sociedade; 25, 9-20
- Linares-Pérez, N; López-Arellano, O. 2008. La Equidad en Salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. En: Medicina Social. Volumen 3, Nro 3, septiembre de 2008. [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)
- López Soto, A. 2016. Análisis de la Realidad. Centro de Salud Nro. 15. Barrio Castañares. Residencia de Psicología Comunitaria. Salta, Manuscrito no publicado.
- Machuca, A. 2016. La Diferenciación Socioespacial en el Gran Salta. Actas Científicas CIG-77. Semana de la Geografía, Tucumán.
- Matías, B. 2007. Salud y Desarrollo Humano. En: Cuarto Foro sobre Desarrollo Humano, PNUD Republica Dominicana.
- Mbembe, A. 2011. Necropolítica. Melusina. España.
- Menéndez, E. 1994. La Enfermedad y la Curación. ¿Qué es medicina tradicional?. En Alteridades, Vol. 4, Nro. 7. pp: 71-83. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. DF, México.
- Mendes, F; Dornelles, J; Borges, F. 2015. Discriminación y Salud: un problema de acceso. En: Revista Epidemiología y Servicios de Salud. Brasilia Vol 24 (3): pp 541-544.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2012. Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural. MSP Ecuador. Quito.
- MSP Argentina, 2014. Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, Argentina.
- Morales M, Rocha A. 2016. Debate entre salud colectiva y salud pública. En: Morales M. Cap. 2. Salud Colectiva y Salud Pública. ¿Se está hablando de lo mismo? Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Morales, M., Maldonado, L. 2018. Investigación en Salud Colectiva. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- OPS/OMS. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington D.C: ONU.
- Organización Panamericana de la Salud. 2019. "Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata". Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.
- Pedregal Casanova, R. 2017. Ecuador: ¿Qué es el Buen Vivir?. En: Resumen Latinoamericano, 18 de marzo de 2017.
- <http://www.resumenlatinoamericano.org/2017/03/19/ecuador-que-es-el-buen-vivir/>
- Pinheiro, F; Andrade, L; Muniz, R; Souza, Z. 2006. Uma reflexão sobre as abordagens em Pesquisa com ênfase na integração Qualitativo-Quantitativa. En: Revista Brasileira em Promocao da Saúde, Vol. 19 (1)
- PNUD, 1990. Desarrollo Humano. Tercer Mundo. Ed. Bogotá.
- Quijano, A. 2014. Colonialidad del Poder, eurocentrismo y América Latina. En: Cuestiones y horizontes : de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. Buenos Aires : CLACSO, 2014. ISBN 978-987-722-018-6"
- Resnizky, S. 2017. Dispositivos de Frontera. En: Frank, L; Costa. M. Comp. 2017. Acompañamiento Terapéutico: Clínica en las Fronteras. Editorial Brujas. Argentina.
- Restrepo, E. 2016. Etnografía: Alcances, técnicas y éticas. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Romero, G (Coordinadora), 2014, Anuario 2014, Dirección General de Estadísticas, Gobierno de la Provincia de Salta, Argentina.
- Ribeiro, D. 2019. Breves reflexiones sobre Lugar de Enunciación. En: Relaciones Internacionales, Nro. 39. UAM.
- Riccardini, JC. s/f. Ejercicio Ilegal de la Medicina. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/cpcomentado/cpc37772.pdf>
- Romero, G (Coordinadora), 2014, Anuario 2014, Dirección General de Estadísticas, Gobierno de la Provincia de Salta, Argentina.
- Segato, R. 2007. La Nación y sus Otros. Raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de Políticas de la Identidad. Editorial Prometeo, Buenos Aires.
- Segato, R. 2007. Racismo, Discriminación y Acciones Afirmativas: Herramientas Conceptuales. En: Ansión, J; Tubino, F. 2007. Educar en Ciudadanía Intercultural. Universidad Católica del Perú, Lima.
- Segato, R. 2010. Los Cauces Profundos de la raza latinoamericana: una relectura del mestizaje. En: Crítica y Emancipación. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. Año 2, Nro. 3. CLACSO, Argentina.
- Sen, A. 1999. La Salud en el Desarrollo. En: Bulletin of the World Health Organization, Nro. 77, USA.
- Sen, A; 2001. Por qué la Equidad en Salud? III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud. York, Reino Unido, 23 de julio de 2001.
- Silva Paim. J. 1992. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. La crisis la salud pública reflexiones para el debate, Washington DC.

- Silva. A. 2005. A emergência de Acompanhamento Terapêutico: o processo de constituição de uma clínica. Universidad Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Slutzky, D, 2004. Los conflictos por la tierra en un área de expansión agropecuaria del Noa con referencia especial a la situación de los pequeños productores y a los pueblos originarios. En : JORNADAS INTERDISCIPLINARIAS DE ESTUDIOS AGRARIOS Y REGIONALES DEL NOA, Programa Interdisciplinario de Estudios Agrarios, Universidad Nacional de Salta, Salta.
- Spíndola Zago, Octavio. 2016. Espacio, Territorio y Territorialidad. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales μ UNAM Nueva Época, Año LXI, núm. 228 μseptiembre- Diciembre de 2016 μ pp. 27-56μ ISSN-0185-1918
- STEPAN, Nancy Leys. 1991. The hour of eugenics: race, gender and nation in Latin America. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Urbanos-Garrido, R. 2016. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. en: Gaceta Sanitaria Nro. 30 pp . 25-30. España.
- Venturoli, S. 2019. Ruku, chakwa y runa: socialidad y espacios de negociación entre hombre y territorio en los Andes de Conchucos, Perú. En: Anales de Antropología, Nro. 53-1 (2019). Instituto de Investigación Antropológicas, México. <http://www.scielo.org.mx/pdf/aa/v53n1/2448-6221-aa-53-01-19.pdf>
- Werneck, J. 2016. Racismo institucional e saúde da população negra. En: Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549