INTRODUCCIÓN

«Verum ipsum factum», 'la verdad misma es lo hecho.'
Giambaptista Vico
"Recordar: del latín re-cordis, volver a pasar por el corazón."
Eduardo Galeano

En este trabajo se busca dar cuenta de la experiencia vivida con la Organización de Barrio Cerino (ver Anexo Nº 1) para controlar la reproducción del mosquito transmisor del dengue y del proceso que nos fue preparando.

La estrategia de Atención Primaria en Salud, con su enfoque integral y arraigado, la desarrollamos en Río Tercero desde el año 1992, permitiéndonos pasar por la catástrofe causada por las explosiones en la Fábrica Militar (FMRT), sosteniendo y profundizando el trabajo comunitario. Dicho *pasaje* fue posible gracias al *posicionamiento estratégico*.[1]

En "La experiencia de Río Tercero", se expresa que este posicionamiento implica estar antes de una emergencia insertos en áreas estratégicas, con objetivos claros y flexibles, capaces de ir co-evolucionando con la población, basándonos en sus relaciones de confianza. Se concluye diciendo que "el posicionamiento más ventajoso ante el fenómeno lo constituye el estar entrenados en un modo de construir estrategias de intervención".

En "La experiencia de Santa Rosa de Río Primero" (Bertucelli y Bocco, 1998) se afirma que el posicionamiento estratégico conlleva tres niveles: estar en el lugar adecuado, estar en el tiempo preciso y estar en situación de acople estructural a las redes comunitarias.

---

[1] Se entiende por *posicionamiento estratégico* el modo cómo los profesionales nos articulamos al movimiento de búsqueda de salud propio de una población. Ver el texto de Audisio, Berardo, Blatto, Bertucelli (coordinador), Cittadini y Melano (1997), al que en adelante también denominaremos "La experiencia de Río Tercero" o *Mudanzas*.

Como ya se ha reconocido, las comunidades ante la implementación de planes de políticas sociales y de salud se hallan ante procesos que "a veces las benefician y otras las avasallan." (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006)

A pesar de que se propuso "descentralización", "planificación participativa", "reforzar la autoestima de las personas", "empoderar", "propiciar respuestas colectivas", "convocar e incluir a la comunidad", en los hechos, muchas veces los responsables de realizar estos derechos, reproducimos nuestro posicionamiento jerárquico-lineal, de control. (Ídem, 2006)

Si bien en los últimos 30 años los consensos internacionales han intentado problematizar esta situación (APS[2], SILOS, Planificación Estratégica, Promoción de la Salud, Planificación Local Participativa, Municipios Saludables, APS renovada, Enfoque de Red, Enfoque de Género, Enfoque de Derechos), sería necesario seguir profundizando la autocrítica sobre las consecuencias de nuestras intervenciones en este campo y su coherencia:

- La definición de un territorio va más acá de un intento descentralizador (Cingolani, 2003): es una de las condiciones para que los profesionales podamos hacer un abordaje comunitario, pero esto no garantiza que nos desagreguemos de los procedimientos que lo obstruyen. (Chiara *et al*., 2011)
- Como plantea el documento de "APS renovada" sobre el aprendizaje en el campo de la salud comunitaria: "es una forma particular de organización de trabajo y no un tema que pueda aprenderse en un curso", "el desarrollo de actitudes sólo puede cambiar en la práctica y no en espacios hipotéticos", subrayando también que es necesario "saber hacer, querer hacer y poder hacer para actuar." (OPS, 2008)

---

[2] "El pueblo tiene el derecho y el deber de participar, individual y colectivamente, en la planificación y aplicación de su atención de salud." (OMS/UNICEF, Declaración de Alma Ata, 1978)

- Siguiendo la expresión de Matus (1985) -"ningún sistema vivo se puede planificar con métodos muertos"-, afirmamos que tampoco se puede conocer un movimiento poblacional con métodos estáticos, diseñados para otros objetivos, habituándonos, por ejemplo, al uso de relevamientos y censos externos. Si los objetivos son comunitarios, los medios deben ser comunitarios. (Cittadini, 2002)
- Considerar las experiencias de Educación Popular como aprendizajes auténticos, mediados por la *praxis* (Freire, 2008), no habilita a confundir los alcances de un abordaje grupal. ¿Puede llamarse "comunitario" a un trabajo sin estrategia poblacional? (Audisio *et al*., 1998).
- La visita domiciliaria, tarea tradicionalmente delegada al Trabajo Social (Kisnerman, 1985), muchas veces se la ha abandonado, vaciada de sentido (Silva da Cunha y Castilho Sá, 2013), o se la instrumenta como técnica de control social, asociada al rol del inspector o encuestador.[3]
- Cuando nos aproximamos investigando y nuestro propósito es lograr el protagonismo de los ciudadanos, ¿podemos seguir tratándolos como "informantes-claves"? (Sánchez L, *et al*., 2006; Toledo-Romaní, M. *et al.*, 2006), ¿es mejor separar en el inicio lo que después proyectamos unir? (ver en el capítulo 3, Reflexiones II y III).

Si la percepción y el hábito del planificador o investigador, están condicionados por su posición en el sistema, por su experiencia previa y sus intereses[4], para pasar de un enfoque normativo y abstracto, a otro situacional y procesual (Jullien, 2002), el cambio en el enfoque epidemiológico y estratégico conllevaría también un cambio epistémico y ético.

La valoración "alerta, abierta, disciplinada y pragmática de la experiencia" (Varela, 1997), enriquece la tradición de la investigación-acción, preguntando

---

[3] Ver en "Centros de Acción Comunitaria" (Bertucelli, Lerda y Mercado, 1993) el rol de la visita domiciliaria como recurso intercultural (Marconi, 1979; Huanacuni, 2010; Ministerio de Salud y Ambiente, 2010; Declaración global del Trabajo Social, 2014) y la definición de Hochmann ("virus antijerárquico").

[4] "La dificultad está en la rutina y en la red de micro-poderes que se tejen alrededor de ella." (Matus, 1985).

por la historia de los cambios que experimentó el trabajador/investigador (autorreferencia).[5]

La pregunta y los objetivos que guiaron la revisión de esta investigación-acción fueron:

¿Cómo confluir con el movimiento poblacional para controlar el dengue?

Objetivos generales

1. Identificar si las actividades propuestas por el Trabajador Social lograron confluir (acople estructural) con el movimiento poblacional.
2. Determinar si las proposiciones del profesional contribuyeron al cambio del problema abordado.

Objetivos específicos

1. Reconstruir la experiencia del investigador, identificando la secuencia de acciones desarrolladas y los momentos significativos (*pasajes*) en el proceso de reposicionamiento.
2. Confrontar la reconstrucción de la experiencia desarrollada por el Trabajador Social con los informes evaluativos del plan de acción.

La decisión de abordar esta experiencia, puso de manifiesto las siguientes motivaciones: - la necesidad personal de continuar con un camino de aprendizaje, - la valoración positiva de los resultados obtenidos, - el propósito de ir logrando una mayor articulación entre las

[5] "Todo hábito es, a la vez, perceptivo y motriz" (Merleau-Ponty, 1945). Enfocando la propia percepción como acción -"*enacción"*-, estudiamos cómo guiamos las acciones en situaciones locales, nuestra historia de acoplamiento estructural (Varela, 1993). El informe en primera persona se corresponde con esta opción epistemológica. En el capítulo 3, fundamento la opción por este diseño de investigación.

propuestas de los ciudadanos y las intervenciones institucionales, - la relevancia que le asignan los expertos (entomólogos, epidemiólogos) a la búsqueda de alternativas para “comunicarse con la comunidad”, y - el aporte que puedan hacer estas reflexiones al debate sobre el sistema de salud que queremos para la Ciudad de Río Tercero.

1.1. CONTINUIDAD DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL ÁREA DE RESPONSABILIDAD DE BARRIO CERINO (agosto 2002/ marzo 2009).

La comunidad abre su puerta desde adentro.

1.1.a. El diseño: una organización bisagra

En agosto de 2002, desde el Plan de Residencia en Salud Familiar (PRSF), comenzamos un rastreo en la Ciudad de Río Tercero con el objetivo de identificar barrios y Centros de Salud Municipales en los que fuera más conveniente desarrollar el aprendizaje con los equipos de residentes.[6]

Una de las dos poblaciones seleccionadas fue Barrio Cerino.[7] El equipo del Centro de Salud de ese barrio y las autoridades sanitarias locales nos dijeron, después de evaluar la conveniencia o no de aceptarnos, que esto podía ser de utilidad para aumentar la disponibilidad horaria, particularmente la de médico pediatra. Tomada esta decisión, nos contactaron con la tradición local en APS y nos facilitaron la inserción (ver Anexos Nº 1 y 2).

Desde este posicionamiento, desarrollamos una propuesta a las autoridades provinciales, alterna a la encuesta externa ("relevamiento")[8] y al enfoque que separaba la atención de patologías de la promoción de la salud, desvinculando lo que la Atención Primaria en Salud une -"*estrategia integral e integrada*"- (Luna *et al*., 1992; OPS, 2008).

---

[6] La duración de este plan provincial estaba prevista sólo por dos años. En Río Tercero la definición de áreas en la que un equipo es responsable de su cobertura, se sostuvo durante los últimos quince años: "*La continuidad y la concentración horaria es un criterio de gestión que garantiza la calidad en los seguimientos, las coberturas y permite el abordaje en profundidad de los problemas*" (proyecto de Ordenanza presentado el 24-11-09).

[7] Barrio Cerino tiene aproximadamente 4.500 habitantes. Cuenta con servicios de energía eléctrica, agua potable, recolección de residuos y se estaba instalando el gas natural. Las calles son de tierra, algunas con cordón cuneta.

[8] La crítica a estos procedimientos ya le hemos expuesto en anteriores publicaciones (*Mudanzas*; Cittadini, 2002). Ver también de R. Laing "La mirada diagnóstica" en "La voz de la experiencia" (1983, p. 48-50).

El Rastreo Inicial lo hicimos saliendo al encuentro de los problemas que los vecinos priorizaban y de su capacidad de cooperación[9], postergando por unas semanas nuestra integración con el trabajo de atención en el Centro de Salud. Surgió en ese momento el siguiente interrogante: ¿Cómo hacer para *entrar buscando la red*, si aún no estábamos brindando un servicio? - *"si no hay tarea que hacer, no hay forma de cooperación que ver"*- Decidimos *pedir ayuda* a los profesionales que ya venían trabajando allí y buscar, en nuestras propias redes de proximidad socio-afectiva, llegadas a las familias del barrio (ver G01).

> Llegamos a Doña Filomena a través de mi esposa -profesional de la Dirección de Acción Social-, quien tenía confianza con su hija. Ella le habló y, pasados unos días, nos contestó que su madre nos recibiría. Nos esperó con su hijo, para contarnos su historia de trabajo en el barrio. "Cuando alguien estaba enfermo -nos dijo-, lo acercábamos en un sulky hasta el Hospital", el único servicio público de salud en esa época.
>
> Para construir la "salita" -el Centro de Salud del barrio- "…no faltaba quién donara un lechón, porque éramos unidos, o un cordero, como premio para los que jugaban a las bochas, o una tasa con pasas de uva para las empanadas. Otro traía la grasa o la harina… Éramos muy, muy unidos entre nosotros." Si hacían una colecta para algún vecino que lo necesitara, le daban lo recaudado con una detallada rendición de cuentas. Cuando hacían un locro, esa noche de trabajo compartido la evocaban como a una fiesta. A Doña Filomena le gustaba animarlas contando cuentos.
>
> Se refirió también a quienes asumen responsabilidades en las instituciones, pero reciben otra respuesta de la gente: "Es que ellos no van, no van… no tienen disposición".
>
> El día en que inauguramos la ampliación del servicio, Doña Filomena, en la puerta de la "salita", les dio la bienvenida a las nuevas profesionales entregándoles un ramo de flores.

---

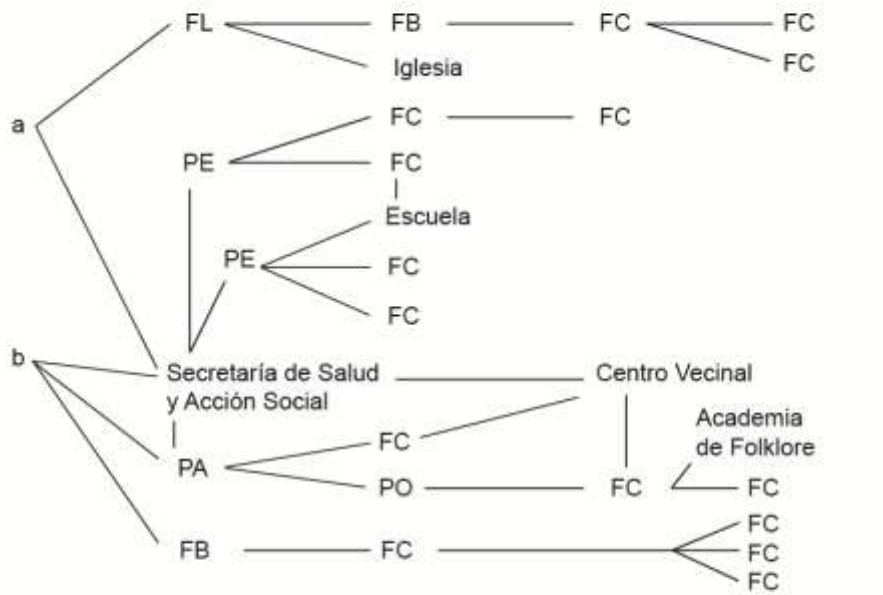
[9] Las experiencias de Río Tercero (1992-1996) y Santa Rosa de Río Primero (1996), y el Rastreo Inicial en La Para (1998), Corralito (2000) y Serrezuela (2002), fueron antecedentes de la metodología desarrollada. Las preguntas claves, brindadas por el Lic. Sebastián Bertucelli, fueron: "*Ante los problemas más frecuentes que deben afrontar: ¿qué hacen o vienen haciendo?, ¿qué sería bueno hacer?, ¿cómo?"* Este profesional cooperó con este trabajo a través de sucesivas visitas realizadas entre los años 2004 y 2006.

Este sentimiento de pertenencia ya lo habíamos percibido en el gesto de un vecino, el día de las explosiones en Fábrica Militar (3-11-95). Muchos años después de aquel suceso, cuando ya llevaba un tiempo trabajando aquí, pudimos recordar juntos ese día.

> Con un empleado de Defensa Civil, fuimos en automóvil hacia el Centro de Salud de Barrio Cerino, esquivando esquirlas que estaban en la calle, después de que Gendarmería nos autorizara el paso, ya que entrábamos al "Área Roja". Al llegar, cuando intentamos entrar, un anciano que vivía al lado nos preguntó quiénes éramos y qué queríamos, porque él la estaba cuidando. Había atado con alambre la puerta desvencijada por la estampida y vigilaba desde su casa.

G01. Gráfico de unidades de cooperación.

Red de proximidad socio-afectiva que ayudó a la Lic. Mariela Carolini (a) y al Lic. Ronald Cittadini (b), instructores del PRSF, para iniciar el trabajo en Barrio Cerino (20/8/02 al 29/8/02).



PE - Profesional del equipo de APS de Bº Cerino	FC - Familia de Barrio Cerino
PO - Profesional del equipo de APS de otro barrio	FB - Familia de otro barrio
PA - Profesional de la Dirección de Acción Social	FL - Familia de otra localidad

En el año 2003, el informe elaborado a partir del rastreo realizado, decía que "La necesidad de achicar la brecha existente entre el servicio de salud y la población, algunos vecinos la expresan de forma elocuente":

> "Muchísimo he necesitado a la pediatra y es mucha la gente que tiene el mismo problema..." "¡Queremos que nos escuchen!... ¡que cuando los necesitemos estén!"

Otros problemas expresados, eran la falta de trabajo y la necesidad de brindar mayor atención a los jóvenes. Para aproximarnos a esta realidad, se firmó un convenio entre la Municipalidad, el Centro Vecinal y el Profesorado de Educación Física del Instituto Dr. Alexis Carrel.

> Cuando revisábamos esta experiencia con Liliana, la Directora de la Escuela Primaria, recordó un hecho que reforzaba el sentido de esta alternativa para trabajar con los niños y jóvenes.
>
> Todos los lunes encontraban entreabierta una ventana de la Escuela, como si un niño hubiese entrado, pero nunca advertían que faltara nada. Pasado un tiempo descubrieron lo que estaba pasando. Los fines de semana entraban, sacaban una pelota y, el domingo a la noche, después de jugar, la devolvían.

Durante los años siguientes contaríamos además con becas especiales, como incentivo para sostener el proceso educativo de los adolescentes[10].

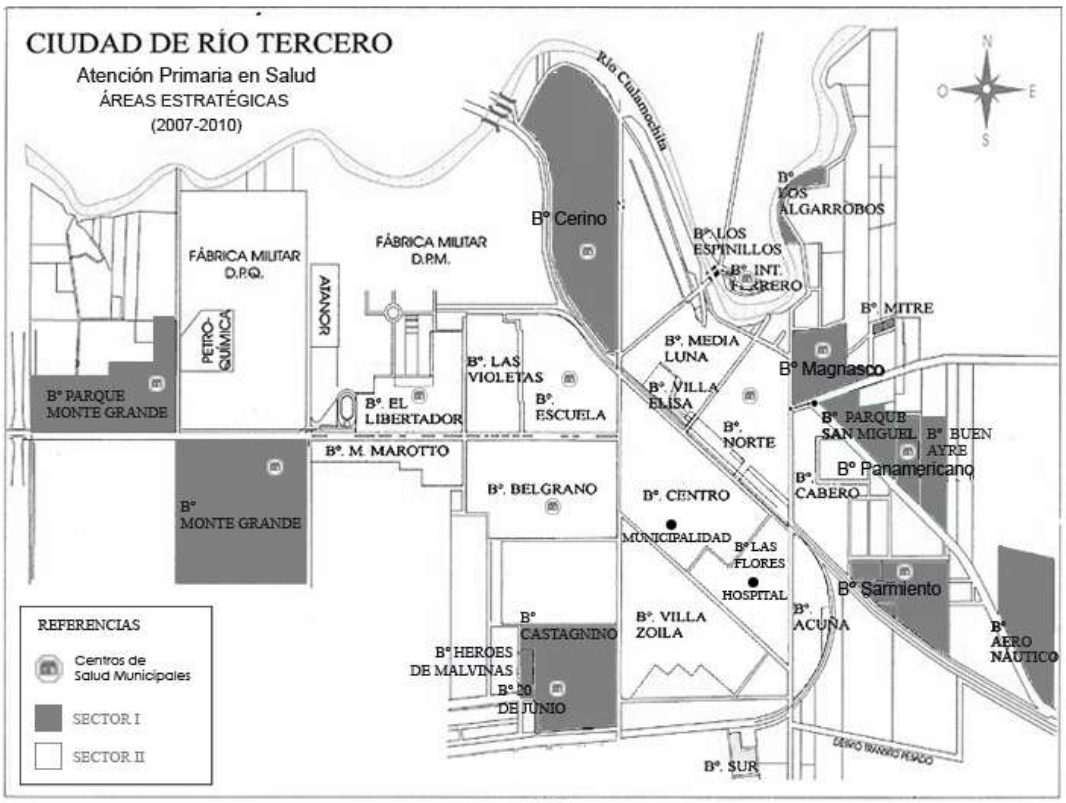
En respuesta a la demanda de los vecinos, relacionada con el servicio municipal de salud, el principal objetivo acordado fue profundizar la estrategia de APS. Para ello se aumentó significativamente la disponibilidad de los profesionales: las horas semanales de pediatría pasarían de 8 a 25, atendiendo por la mañana y por la tarde.

Cuando asumieron las nuevas autoridades municipales, en diciembre del 2003, ratificaron esta organización del trabajo. Otra alternativa que analizaron fue destinar recursos para abrir centros de atención las 24 horas. Consideramos que si se optaba por esta iniciativa, el sistema de salud terminaría esperando de noche lo que desalentaba de día. La decisión fue fortalecer la oferta de los *programas básicos* de APS: Cuidado del Crecimiento y el Desarrollo, Cuidado del Embarazo y el Puerperio, Inmunizaciones y Salud

---

[10] Con los demás Equipos de APS elaboramos este proyecto, el cual fue aprobado por el Concejo Deliberante (Ordenanza Nº 2581/2006).

Sexual y Reproductiva.[11] Esta iniciativa pudo sostenerse a pesar de la retirada abrupta de los equipos del Plan de Residencia en abril del 2004.



G02

En la búsqueda activa de cobertura, pidiendo ayuda a las familias del barrio, y con el seguimiento sistemático desde los programas, se nos fue dibujando un mapa de *familias priorizadas*[12] para concentrar la atención del equipo. Este mapa, usado como documento interno, y actualizado semanalmente en cada reunión de equipo, servía como herramienta de coordinación con la Secretaría de Acción Social del Municipio.

---

11 Con esta estrategia, alterna a la focalización (Cittadini, 2002), en los tres años siguientes se duplicó la disponibilidad horaria de los equipos de APS y la cantidad de niños en programa. Desde otro enfoque nos decían que el énfasis debía ponerse en "educar a la gente". Esta reacción es común que aparezca cuando, después de ignorar o disminuir la accesibilidad de un servicio, se le pide a la gente "que se adapte".

12 Esta expresión, autorreferencial, indica lo que tenemos que hacer como equipo, evitando nombrar a las familias por su riesgo (ibid.).

Para asumir esta tarea, aún en las situaciones más adversas y complejas, sostuvimos una pauta que nos guió para salir de la situación de profesionales-solos-ante-el-problema: *"siempre hay alguien que todavía está ayudando".*

Gladys hasta su adolescencia había concurrido a una escuela de educación especial. La afectaba una dislexia que en determinadas situaciones se le acentuaba. Desde que la conocimos la vimos deambular junto con sus dos niñas, del barrio a la casa donde trabajaba la madre o al departamentito que alquilaba su hermano, sin paradero permanente en ningún lugar, y siempre con la más pequeña en brazos. Algunos profesionales creían que ya no se podía hacer más nada para ayudarla.

Con el equipo de salud hicimos los controles de crecimiento y desarrollo de las niñas y colaboramos para que recuperaran la casa del abuelo, quien había sido internado en un Hospital Neuropsiquiátrico. La vivienda estaba abandonada y muy deteriorada. La Municipalidad y un familiar, contribuyeron con su restauración para que pudieran habitarla.

En esos primeros años, quien más le ayudaba era el hermano mayor. Cuando otro familiar se quejaba ante un profesional o con algún vecino, por la crianza de las niñas, nos reuníamos con ellos en esta casa, intentando mediar entre sus expectativas y los progresos que podía hacer Gladys.[13]

Cuando formó pareja, los familiares tomaron un poco de distancia. Para esa misma época, ella comenzó a recibir la pensión nacional y las asignaciones universales de las hijas.

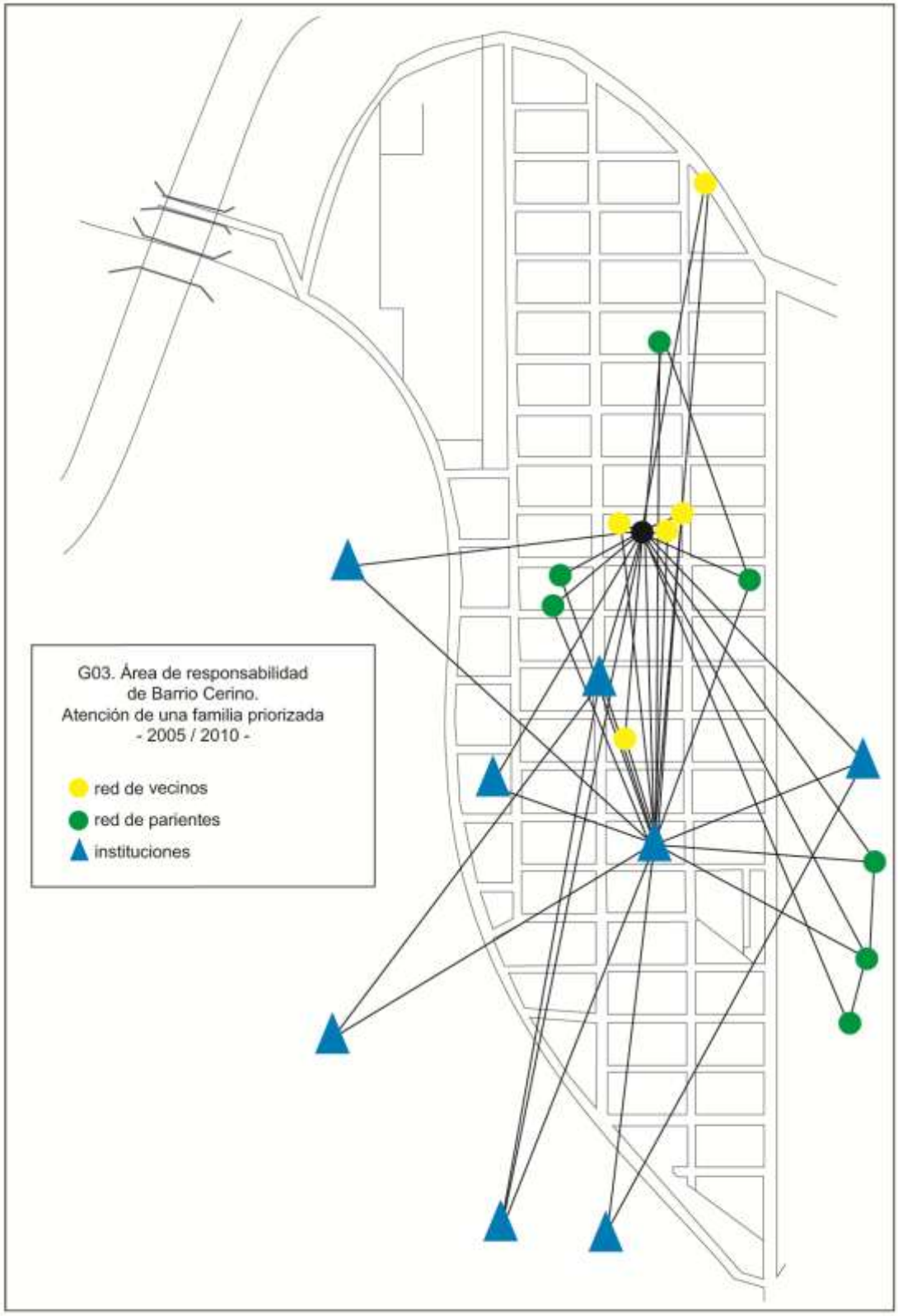
A raíz de una denuncia ante el Juzgado, un fin de semana le retiraron las niñas.[14] Durante los días siguientes nos presentamos con el fin de aclarar la situación y acordar qué debía hacerse para que volvieran con su madre. Los vecinos con quienes nos veníamos coordinando durante los últimos meses, se ofrecieron a dar su testimonio para que Gladys pudiera recuperar a sus hijas. La Escuela también elevó un informe positivo. A los quince días retornaron a su hogar.

Una vecina, nos contó que las niñas la visitaban casi todas las tardes, que jugaban con su hijo, hacían los deberes y, mientras tomaban la leche o miraban televisión, ella las peinaba (ver G03).

---

[13] Ver *Redes familiares* (Speck y Attneave, 2000) y *Familias y sistemas amplios* (Imber Black, 2000).

[14] Aún no estaba en plena vigencia la ley provincial Nº 9944 ("promoción y protección integral de niñas, niños y adolescentes").


G03. Área de responsabilidad
de Barrio Cerino.
Atención de una familia priorizada
- 2005 / 2010 -
red de vecinos
red de parientes
instituciones

A medida que nos íbamos aproximando y mudábamos nuestro posicionamiento, también iba cambiando el diagnóstico institucional del que partimos (*Mudanzas*).

Los propios sistemas de apoyo de las familias, se nos hacían visibles gracias al vínculo que se iba gestando desde el servicio. Un contexto favorable para esta búsqueda fueron las visitas domiciliarias, realizadas sin apuro, para poder escuchar, acordando antes de ir a la casa el horario en que pudieran recibirnos, pidiendo ayuda a alguien de confianza si no teníamos llegada.[15]

Para abordar casos de niños con bajo peso, las principales líneas de acción consensuadas con todos los Equipos de APS**,** fueron la calidad de atención y seguimiento profesional, y los propios recursos familiares.

Esta estrategia se sostuvo no obstante la oferta que recibíamos, de modo persistente, para que todos los niños "desnutridos" ingresaran a listados de planes de ayuda alimentaria nacionales y provinciales.

Después de los primeros meses de trabajo en el 2003, al aumentar la cobertura del Programa para el Cuidado del Crecimiento y el Desarrollo, se duplicaron los niños ingresados con bajo peso. No obstante, de 53 niños que estaban en "Protección Especial del Crecimiento" (PEC) en el 2006, sólo para 5 gestionamos ayuda alimentaria especial. Con el tiempo los resultados confirmarían, nuevamente, el acierto de esta estrategia (Cittadini, 2002).

Durante siete años evaluamos la cobertura de los programas junto con los vecinos, práctica que también había sostenido el anterior equipo. Antes del rastreo poblacional, poníamos al día y corregíamos los registros en las car-

[15] Ver en "Centros de Acción Comunitaria" (Bertucelli, Lerda y Mercado, 1993) el rol de la visita domiciliaria como recurso intercultural y la definición de Hochmann ("virus antijerárquico").

petas familiares y en el gráfico de seguimiento. Éste se mantenía actualizado gracias al trabajo metódico de enfermería, quien en la planilla de atenciones diarias anotaba la manzana y lote de cada persona que pedía un turno, de la psicóloga que registraba en el gráfico los controles, vacunas y migraciones, y de las médicas que confirmaban la dirección de la persona cuando ingresaba al consultorio.

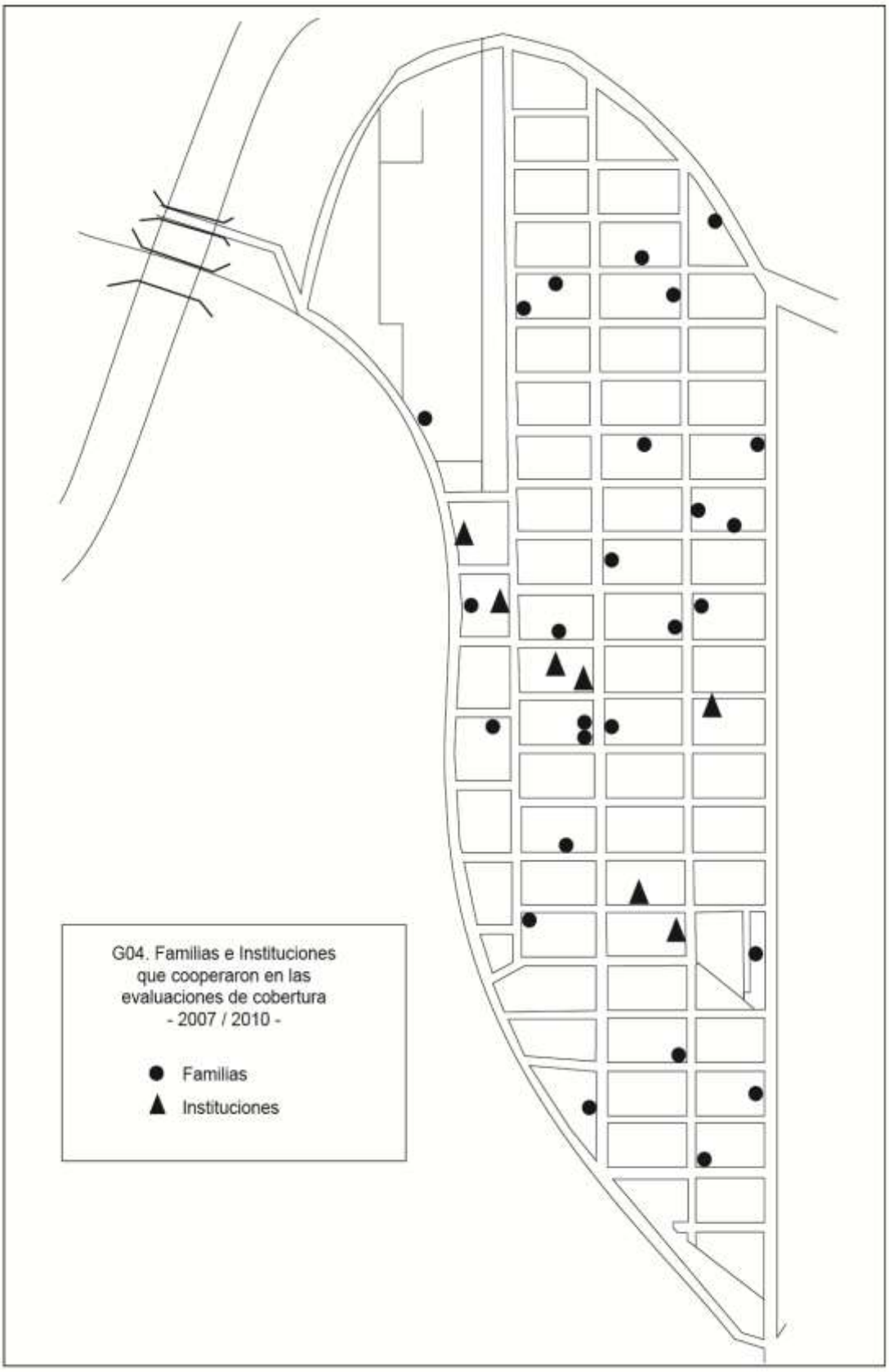
Una de las pediatras que integraron el equipo, expresaba así su valoración de este proceso:

> "Este trabajo no es charla, no es verso, es un trabajo verdadero. Donde estuve antes -en otra ciudad de la provincia- nadie ponía la dirección de las familias, no había reuniones de equipo… Íbamos, vacunábamos y volvíamos". (…)
> "No es que entran al consultorio, hacen el horario y se van, sino que tienen en cuenta el barrio, la familia…"(…) "Se acuerdan de ellas por su nombre y apellido, si eran parientes o no…, eso es conocimiento del barrio". También destacó el modo en que seguíamos a la población de niños con bajo peso.

En el contexto de la visita domiciliaria, con el mapa del barrio y el gráfico de seguimiento, íbamos recorriendo lo que la familia conocía de su vecindario, niños de 0 a 6 años y embarazadas, familias priorizadas, problemas priorizados, su opinión sobre la marcha del servicio de salud del barrio –monitoreo– y las propuestas.

Con los resultados sistematizados, una vez por año convocábamos a las 10 o 12 familias que más ayudaban (ver G04), en reuniones abiertas, a las que fueron sumándose también representantes de las Instituciones, como el Centro Vecinal, la Escuela Primaria, el Jardín de Infantes y las Iglesias. Los asistentes a estas reuniones aprobaban, ampliaban o corregían lo que presentábamos.

Los informes de cada Equipo de APS los compartíamos anualmente en una jornada interna, con los demás equipos y con la presencia de las autoridades


G04. Familias e Instituciones
que cooperaron en las
evaluaciones de cobertura
- 2007 / 2010 -
Familias
Instituciones

municipales. El resumen se hacía público después, a través de una conferencia de prensa.

Esta metodología en que las evaluaciones y la programación se hacían en forma pública y desde un enfoque profesional, contribuyeron a la reapropiación ciudadana del sistema de salud y al desarrollo de un proceso de aprendizaje permanente en servicio.[16]

La coordinación con las instituciones del barrio se fue profundizando durante los años siguientes. Con la Escuela consensuamos seguir casos que ellos priorizaran, acuerdo que se sostuvo en forma satisfactoria para esa Institución. Junto al Centro Vecinal, abordamos un problema que afectaba a muchas familias: la falta de vivienda propia. El aumento del valor de un terreno en los últimos 7 años, había sido muy superior al incremento del salario de un peón de albañil, uno de los oficios más comunes en el barrio.

Con 140 familias elaboramos el "Plan de Loteo Comunitario", en base a un catastro hecho por los vecinos y que cruzamos con el realizado por el Municipio. El propósito era que los lotes abandonados, fuesen entregados de acuerdo con criterios y puntajes que esta organización consensuó en forma democrática y pública.[17]

En cuanto a la situación del Equipo de Atención Primaria en Salud, a finales del año 2008, la organización del trabajo se veía alterada, ya que por primera

---

[16] Este procedimiento era el que presentamos como alterno cuando nos pidieron, por un lado, que bajáramos un relevamiento y, por otro, que hiciéramos "planificación local participativa". Una acción integrada surge del encuentro con el protagonismo del ciudadano, cuando nos acoplamos a la trama del movimiento poblacional que habita, cubre y recrea un territorio (Kush, 1974).

[17] Hasta este momento, sólo se obtuvo la aprobación del proyecto por parte del Concejo Deliberante (ver Ordenanza Nº 2874/2007 C.D -6/12/07- y el Semanario Tribuna 27/2/08).

vez desde que existía el Centro de Salud, el barrio no disponía de enfermera por la tarde, se habían disminuido las horas de pediatría y se trasladó a la empleada administrativa, después de haberse entrenado y logrado una buena inserción. Para responder al requerimiento de las familias, quienes nos pedían que las visitas las hiciéramos por la tarde, la enfermera solicitó hacer horas a compensar.

El 29 de diciembre del 2008, la Secretaría de Salud convocó a todos los equipos a un plenario, en el que fuimos consultados sobre la posibilidad de pasar profesionales con locaciones de servicio a planes nacionales, y sobre el nombramiento de "promotores de salud". Estas iniciativas no fueron aceptadas por los presentes, quienes aprovecharon también para solicitar que, en el caso de hacerse rotaciones de personal, éstas se fundamentaran en las necesidades del servicio.[18]

Una de las influencias que recibía la política de salud local en ese momento, inducía a dividir la atención de cada profesional en más de un Centro y sólo por la mañana. Otros proponían crear más equipos, organizados desde la diversidad de problemas y demandas (ver G06, p.46). Advertimos que las consecuencia de estas decisiones, ya las habíamos experimentado con la política implementada en el año 1996.[19]

En el informe que presentamos todos los Equipos de APS en julio del 2008, con la presencia de las autoridades y a través de una conferencia de prensa, propusimos que para abordar los problemas priorizados se desarrollara una coordinación más fluida entre todas las Secretarías y Direcciones Municipales y con el Hospital Provincial. Uno de los hechos más recientes que reveló esa

---

[18] El 24 de noviembre del 2009, en forma conjunta con todos los equipos de APS, presentamos un ante-proyecto al Concejo Deliberante para que se crearan los cargos profesionales. La mayoría tenía una locación de servicios, algunos por más de 10 años.

[19] Ver *Mudanzas* y el artículo "Debate Ciudadano: Estrategia o Dispersión", publicado por el responsable de este texto en el Semanario Tribuna el 30/4/11 y en el blog enlabrisa.wordpress.com.

necesidad, fue la explosión de una válvula en la FMRT el 6 de agosto del 2007, hecho que conmovió a la Ciudad.

La preocupación en el Área de Responsabilidad de Barrio Cerino durante los primeros meses del 2009, se centraba en el incremento de la mortalidad fetal y, particularmente, en el caso de una embarazada en programa quien, en las últimas semanas de gestación, era controlaba en una Clínica, ya que la ginecóloga del equipo estaba con licencia desde hacía dos meses y no se había nombrado suplente en su lugar.

En lo comunitario, la paulatina inserción en sus redes, nos iba mostrando sus formas, permitiéndonos escuchar las voces que las nombran…

> Rita había venido de Tucumán, del departamento Aguilares. Con su esposo y otros de sus paisanos que viven aquí, pudimos compartir uno de los viajes que hacen, casi todos los años, a su pago. Con esta red de familias migrantes, colaborábamos en la evaluación de cobertura y en la atención de personas que necesitaban ayuda. Dos de estas familias nos habían aproximado al problema de salud de Rita.
>
> Ella padecía de convulsiones, cuyas causas aún no tenían diagnóstico médico. Los estudios que le realizaron en Córdoba se habían extraviado. Cuando el esposo consiguió un trabajo formal y accedió a un especialista a través de la obra social, coordinamos el seguimiento con ese servicio privado.
>
> El día que la visité, me dijo que el tratamiento le estaba haciendo bien. Pronto vendría de Tucumán su madre y eso la alegraba. En ese momento estaba esperando a otro familiar, por unos medicamentos: "Le *mingué* que me los traiga", me comentó. Esta era la primera vez que escuchaba, en el contexto de un servicio, nombrar esta forma de ayuda típica americana.[20]

[20] "Juan B. Silva, ("Crecimiento del Habla"-1925-), entre las voces de origen indígena más usadas en nuestra patria, consigna (p. 140): "Minga (del quichua): reunión de amigos y vecinos para realizar en común y divertidamente algún trabajo, sin más estipendio que lo que se coma o beba, quedando cada cual obligado a la reciprocidad. Estar en *Minga*: estar en una de esas reuniones. *Mingar:* hacer minga, encargar" (Romero, 1963).

1.1.b. Resultados

En relación con el objetivo de “fortalecer la oferta de los Programas Básicos”, entre los años 2004 y 2009 la *tendencia a la cobertura total y permanente* se sostuvo, destacándose el incremento de la inmunización, que pasó del 74% en el año 2004 al 89% en el 2009. En el 2003, en la evaluación de cobertura, pudimos llegar a 255 niños de 0 a 5 años que vivían en el barrio, en tanto que en el año 2004 encontramos 442 niños de 0 a 6 años[21].

En el año 2002 los niños en Protección Especial del Crecimiento eran 17, mientras que, a la par que aumentaba la cobertura, se incluyeron 53 niños en el 2006. En el 2007 estos casos disminuyeron a 27.[22]

Al consultar a los vecinos, o bien en forma espontánea, ellos reiteraban conceptos sobre el servicio como:

> “Me gusta cómo atienden a mis chicos”, “Uds. están para escuchar”, “les tenemos confianza” (monitoreo del año 2003).
>
> “Tienen seguimiento de las embarazadas”, “no se olvidan de lo que decimos”, “lo que hablamos no sale de acá” (monitoreo del año 2008).

La visita al Centro de APS de miembros del Concejo Deliberante y la invitación del Ministerio de Salud de la Provincia, aportarían una mirada externa de esta evaluación:

> El 17 de marzo de 2009 recibimos junto a la médica clínica, la visita de concejales en el Centro de APS. Uno de ellos, médico pediatra, fue Director del

---

[21] La relevancia de la cobertura poblacional como premisa en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud y base para el diseño de Programas Específicos, ya la expuso con claridad el Dr. Carlos Alvarado, redactor del Documento de Alma Ata (1978). Ver también Luna y Kroeger (1982).

[22] De estos 27 niños 2 estaban normalizándose (primeros controles por encima del percentil 10 (-P10-), 17 se ubicaban entre P10 y P3 (en riesgo), 6 por debajo del P3 asociados a otras patologías, y 2 tenían sus controles atrasados. En estos años nos guiamos por la valoración antropométrica diseñada por Cusminsky y Lejarraga, anteriores al consenso OMS/2006.

Hospital y seguía de cerca la evolución del sistema de salud municipal. Venían porque habían recibido el reclamo por la salud de un niño, que podía estar desnutrido y necesitado de atención. Revisamos la Historia Clínica (Carpeta Familiar) confirmando que el niño estaba en programa, con los controles al día, la vacunación completa y con sobrepeso. En ella también constaba que se la había derivado al Hospital de Niños provincial, ubicado en la Ciudad de Córdoba, por un problema digestivo.

El Ministro de Salud invitó a la Municipalidad al XI Congreso de Secretarios de Salud de la Provincia de Córdoba, para que presentáramos el trabajo que nos llevó a tener tasas bajas de mortalidad infantil durante esos años[23]. Después de escuchar la exposición del proceso y de los resultados obtenidos, el Director del Hospital de Niños de la Provincia nos felicitó, manifestando que habíamos comunicado un trabajo con fundamento.

[23] "Río Tercero: hay menos casos de mortalidad infantil en los barrios periféricos que en el resto de la Ciudad", La Voz del Interior, 7/1/07 (ver Anexo Nº 3).

1.2. ATENCIÓN DE UN PROBLEMA PRIORIZADO: CONTROL DEL DENGUE (marzo 2009/ junio 2010).

> *"La epidemiología nos enseñó a intensificar la concentración en un lugar y en un momento, como la madre, cuando va a tener un hijo."*
>
> H. O.

1.2.a. Despliegue comunitario

En la primera semana de marzo del 2009 comenzamos a recibir en el Centro de APS de Barrio Cerino pedidos de información sobre el dengue de parte de los vecinos y, particularmente, de los estudiantes primarios y secundarios del barrio.

> "Nely", la enfermera, ingresó al equipo en el año 2002. Algunos de los profesionales que lo integraban, habían pedido su traslado a este Centro, ya que se necesitaba aumentar la cobertura de inmunización. Desde antes vivía y trabajaba en un barrio vecino y su proceso de inserción se afianzó con su modo de asumir el servicio. Ella fue la primera que nos alertó sobre esta nueva demanda.[24]

Los medios de comunicación locales venían advirtiendo sobre el problema del dengue, y debatiendo con quienes aún dudaban de que la enfermedad pudiera llegar a Río Tercero.

Para aproximarnos a un plan de acción, buscamos en la historia de la salud pública local los ensayos existentes en relación a esta enfermedad, y consultamos la bibliografía disponible sobre el tema[25]. Un ensayo local que contó con el apoyo de los vecinos, realizado en el año 2000, fue el uso público de volquetes (contenedores para la basura), ubicados en los distintos barrios de la Ciudad.

---

[24] En "La experiencia de Serrezuela" expresamos que "…este modo de trabajar con las familias, dentro de la Institución, revela la confluencia con lo comunitario no como un 'salir de la institución/salir a la comunidad', sino como *otra disposición, estratégica, sutil, para ir sincronizando con la gente*" (Peat,1995; Varela, 1996; Capra, 1998; Jullien, 1999; Morín, 2006).
[25] Almirón *et al.*, 1999; Heymann, 2005; Ministerio de Salud de la Nación, 2009.

El informe, realizado por el Secretario de Salud, expresaba que "A mediados de abril del 2000, cuando luego de una charla informativa preparatoria de la población, respecto de la vacunación antirrábica canina, se trató en forma paralela el tema del "Dengue" por funcionarios de la Dirección de Zoonosis del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba; donde se busca y detecta la presencia de larvas y pupas "Aedes aegypti"…"(p.2).

Ocurrió que, uno de los expertos, integrante del equipo que vino a dar la charla, se retiró de la misma pidiéndole al chofer de la Municipalidad que le facilitara algún recipiente vacío y lo llevara hasta una gomería, que había visto al llegar a la Ciudad. Los neumáticos a la intemperie y las piletas que allí se usan, son lugares que el mosquito elige para su reproducción. Con una muestra de las larvas que encontró en estos recipientes, regresó a la reunión y les mostró a los asistentes el nuevo problema.

Este documento, en el detalle de actividades realizadas y en la evaluación, destaca que: "Tiene muy buena aceptación y respuesta de los vecinos de los barrios de la Ciudad, la colocación de contenedores y volquetes cerca del domicilio, para que se deposite todo elemento en desuso que pueda servir como criadero del mosquito Aedes aegypti." No contó con la misma aceptación la organización de charlas (p.5).[26]

Con la Secretaría de Acción Social ya veníamos gestionando, desde hacía varios meses, la provisión de volquetes para responder a la necesidad de algunas familias de muy escasos recursos económicos que lo solicitaban.

Ante este escenario, la primera decisión fue llegar a toda la población, colocando un volquete cada cinco cuadras, para ir evaluando la respuesta de los vecinos y aproximarnos a los lugares críticos. El sentido de esta operación sería "*echar a andar una solución para conocer el problema."* [27] Tomamos una

---

[26] Roasio, Domingo, "Campaña de concientización sobre pautas de prevención del dengue", trabajo final para el curso de posgrado en Enfermedades Tropicales, Universidad Católica de Salta, Río Tercero, 2001, p. 2 y 5. Según G. Rose (1994) "Los esfuerzos de los individuos sólo tienen posibilidad de ser efectivos cuando trabajan de acuerdo con las tendencias sociales".

[27] Ver el "Diagnóstico como Plan de Acción" en Bertucelli, Mercado y Lerda (1993) y las contribuciones de Kurt Lewin (1946), y la epistemología constructivista (Kenney, 1994; Nardone, 1995). Desde la estrategia de APS realizamos un movimiento similar cuando ofrecemos controles sanos a toda una población, para ir aproximándonos, con el seguimiento de los programas y las redes comunitarias, a quienes requieren una atención especial (ver G06). Desarrollaremos estos conceptos en el capítulo "Reflexiones".

iniciativa desde una medida sanitaria aceptada por los vecinos, sin ligar a una familia o sector del barrio con el problema antes de conocer la situación.

También redactamos el texto de un volante con consignas básicas para entregar a los vecinos que concurrían al Centro de APS y pegamos en la sala de espera un mapa que avisaba dónde se iban colocando los volquetes. Por las calles comenzó a circular la propaladora de un vecino difundiendo las mismas consignas. Estas acciones las realizamos en la segunda semana de marzo.

Durante la segunda semana de abril, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Acción Social, en forma conjunta, impartieron directivas comunes para todos los Equipos.

Frente a una emergencia sanitaria, normalmente se induce a montar un plan específico desde la enfermedad. Nuestra opción fue seguir posicionándonos desde la salud, desde la capacidad de cooperación, profundizando la estrategia de APS con un enfoque integral y arraigado (Mudanzas).

El Equipo de APS continuó realizando visitas domiciliarias a las familias, para evaluar la cobertura de los programas básicos. Al coincidir los vecinos con la prioridad de este problema, se aprovechó para pedirles ayuda en la difusión de las consignas, comenzando a hacer con ellos el primer mapeo de lugares críticos para controlar la reproducción del mosquito. Si disponían de llegada de confianza, nos acompañaban para hablar con el vecino que vivía allí.[28]

> La primer familia que visitamos con la psicóloga nos comentó que su hija, estudiante secundaria, ya estaba observando con lupa los depósitos de agua para ver si había larvas, y estaban esperando poder hablar con un vecino que tenía un gallinero, para preguntarle sobre sus cuidados con los bebederos.

[28] La evaluación de cobertura como investigación-acción, resignifica el informe anual entendido de modo cartesiano/burocrático. La progresiva y permanente articulación a una organización comunitaria para proteger la vida, va abriendo una oportunidad para darnos cuenta de los recursos saludables disponibles, y concebir alternativas eficientes de abordar fenómenos poblacionales.

Fuimos después a la casa de una mujer que colaboró durante estos años con las coberturas. Su hija estaba afectada por una enfermedad infecciosa desde hacía varios meses, y temía que ésta nueva amenaza la perjudicara. Había rociado su patio con insecticida y quería podar el cerco de ligustrinas. A su esposo le habían fumigado el camión antes de entrar a la Ciudad. Estaba angustiada. Le explicamos cómo se transmitía la enfermedad y qué hacer para controlarla. Esto la ayudó a tranquilizarse.

Ya de vuelta, nos encontramos en la calle con otra vecina, miembro de una familia migrante de Tucumán, quien ayudaba siempre en los rastreos. Iba para el Centro de APS, a confirmar si el volquete que dejaron en su cuadra era de los que pedimos, para empezar a usarlo con sus vecinos.

El 23 de abril convocamos a las familias y a representantes de las Instituciones locales, para compartir los resultados de la evaluación de cobertura, y conocer su opinión sobre las primeras acciones realizadas para controlar el dengue. Mapeamos lugares críticos, como una guía para la acción conjunta y acordamos evaluarla en otra reunión, dentro de 15 días. Una familia se ofreció para confeccionar los afiches de invitación y los repartió por el barrio. Cada asistente recibiría, en los días siguientes, una copia del listado de acciones acordadas.

Ese fin de semana dos cuadrillas de vecinos comenzaron con la limpieza de los sitios. La mañana del domingo 26, estando en esta tarea, nos enteramos, por una allegada de confianza, del primer caso sospechoso de dengue en el Barrio.

Habíamos decidido con dos vecinos limpiar un baldío donde se amontonaba basura de todo tipo y, principalmente, muchas botellas plásticas. Fueron embolsadas y dejadas para que las retirara el servicio de recolección de residuos. Una vecina se sumó a cooperar y, durante los días siguientes, continuó trabajando con sus hijos limpiando el desagüe de su propiedad, algo que le venían reclamando desde hacía varios meses.

Al mediodía nos reunimos en frente de la casa del presidente del Centro Vecinal, para compartir con otra cuadrilla los resultados de lo realizado. En ese momento llegó una pareja en su ciclomotor. Eran vecinos con quienes ya veníamos trabajando, y se habían enterado por medio de un familiar, que ya había en el barrio un caso sospechoso de dengue atendido en el Hospital. Ellos propusieron

adelantar la reunión prevista y convocar a una Asamblea en la Escuela Primaria. Cuando llegó también el presidente de la Cooperadora Escolar, quien había estado con otra cuadrilla, también expresó su conformidad con la propuesta y, de inmediato, llamaron desde sus celulares a la Directora y a un funcionario municipal. El caso en estudio tenía su domicilio a una cuadra de la Escuela. La Directora respondió que si confirmaban ese día la fumigación, el lunes se suspendían las clases y se realizaba la Asamblea.

Esta situación, en que somos captados por una organización heterárquica, es un punto crucial del reposicionamiento profesional.[29]

A la Asamblea del 27 de abril concurrieron unos 60 vecinos, todas las maestras de la Escuela Primaria y del Jardín de Infantes, la Secretaria de Acción Social y miembros del Equipo de APS.[30] En ella se revisó lo que se venía haciendo y se mapearon más lugares donde actuar. La presencia del Lic. Lucio Priotti, veterinario dependiente de la Dirección de Bromatología Municipal, sirvió para satisfacer las inquietudes que los vecinos plantearon. Éste, reforzó el enfoque comunitario y la necesidad de sostener el trabajo en el tiempo, más allá de las campañas:[31]

> "Tengan en cuenta que es el principio, el inicio, de un desarrollo de lucha que va a llevarnos mucho tiempo".

Para el 1º de mayo se decidió realizar una nueva jornada de trabajo. A todos los alumnos, se les dio un mapita del barrio para que con su familia siguieran ubicando lugares críticos. Durante la novena de San José Obrero, y a través de

---

[29] El modo de deambular, trasladando la propia acción, nos pone a mano (*accesibilidad cultural*) para ser convocados en *órdenes heterárquicos* (ver Bertucelli, Lerda y Mercado -1993- y *Mudanzas*). ¿Hubiéramos confluido con la iniciativa de los vecinos, si sólo enfocábamos el caso individual y en espera? (Rose, 1985; Evans *et al.*, 1998), ¿nos habríamos encontrado si, en medio de la emergencia, optábamos por una "capacitación" alejada del servicio, desarticulada del trabajo? (Schön, l998, y ver las coplas "Pa` los cosos" –blog enlabrisa.wordpress.com-).

[30] Debatíamos, unos días después, con algunos miembros del equipo, la valoración que cada uno hacía del número de asistentes. ¿Podíamos ver esta dinámica poblacional con la teoría de grupos? La reunión es un momento privilegiado del trabajo comunitario, proceso en el cual lo no-visible, lo no-dicho, puede terminar siendo lo más eficiente. Esta presencia emerge si podemos seguir en el tiempo el rastro desplegado en la población, hilando la memoria del proceso.

[31] Ver Alvarado (1996) y *Mudanzas* (1998).

la Radio Evangélica del barrio, se continuó con la difusión de las consignas y de los pasos a dar.

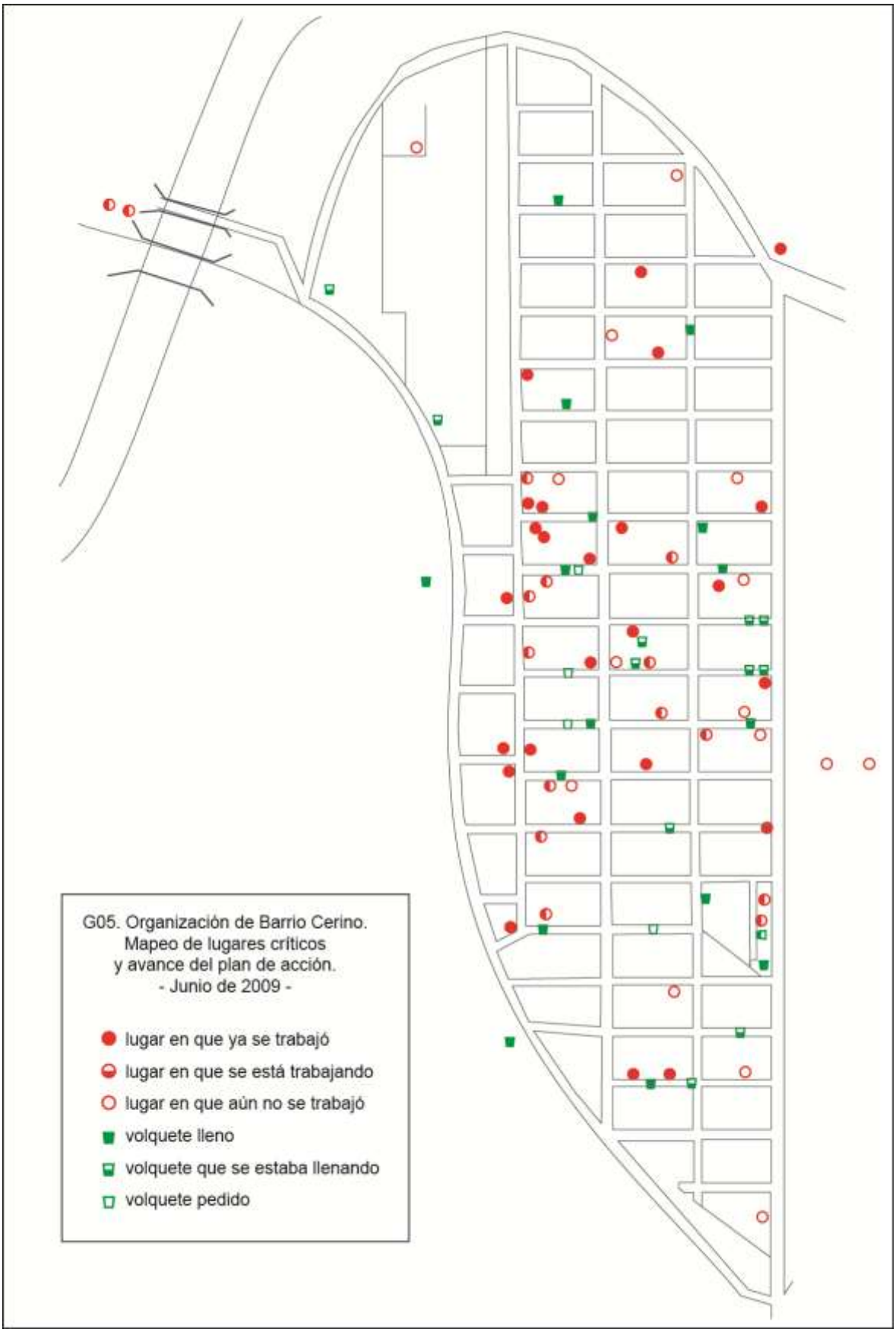
El 1º de mayo se recolectó basura a través de la carga manual de los vecinos, quienes usaron sus propios vehículos y aprovecharon los volquetes. Mientras hacían este trabajo, seguían precisando y completando el mapa de intervención. Durante las semanas siguientes continuó esta tarea con la ayuda de un camión municipal (ver G05). Funcionarios municipales nos transmitieron su sorpresa, al ver cómo las familias amontonaban materiales para desechar en frente de sus casas, para que fueran recogidos durante esas jornadas.

Si bien con la frecuencia de recolección de basura del servicio público (3 veces por semana), los vecinos estaban conformes, el modo en que se aprovechó esta alternativa parecía indicar la necesidad de un ajuste en esa prestación.

En esos días aparecieron otros tres casos sospechosos de dengue. Los profesionales del Equipo visitamos en su domicilio a las familias, siguiendo llegadas de confidencialidad y esperando la oportunidad para cada entrevista.

> Una amiga de la abuela se comunicó con el Equipo de APS. Al nieto le habían hecho análisis en el Hospital, y existía la posibilidad de que estuviese infectado con el virus del dengue. Le dijimos a la abuela, siempre siguiendo la red de confianza con su amiga, que nos avisara cuándo podía recibirnos su familia.
>
> El día en que la visitamos estaban todos en la casa. Hablamos con la mamá. Estaba muy preocupada porque no sabía durante cuántos días su hijo no podría salir. Después de que la médica clínica le brindara la explicación correspondiente, ella se serenó y expresó su agradecimiento por la visita.
>
> Cuando compartimos la evaluación de este trabajo, en la casa de un allegado, la abuela, la amiga y la madre del adolescente concurrieron.

De algunos casos con sospecha de infección, nos fuimos enterando gracias a los vecinos. En cuanto a la fumigación, en la Asamblea los asistentes habían sido muy claros pidiendo que se les avisara antes, ya que temían


G05. Organización de Barrio Cerino.
Mapeo de lugares críticos
y avance del plan de acción.
- Junio de 2009 -
lugar en que ya se trabajó
lugar en que se está trabajando
lugar en que aún no se trabajó
volquete lleno
volquete que se estaba llenando
volquete pedido

que se afectara a personas inmunodeprimidas o alérgicas. Como se presentaban dificultades para cumplir con este criterio, solicitamos una entrevista a las autoridades.

En un primer momento manifestaron que estas decisiones correspondían a otro nivel, distinto al de APS. Ante nuestra insistencia, fuimos invitados a dialogar con el Comité de Emergencia que había creado el Municipio. Propusimos que la fumigación se hiciera una vez que el médico de base expresara su consentimiento por escrito, como un modo de garantizar la previa comunicación. Esta propuesta la analizarían y nos invitaron para que, en ese mismo momento, acompañáramos al Secretario de Salud al Hospital, con el fin de coordinar la información sobre los casos.

Los inspectores de la Dirección de Medio Ambiente, también estaban trabajando en los barrios para el control del dengue. Con ellos acordamos ir juntos a las visitas, aprovechando nuestra inserción en el vecindario. Cada diez días, aproximadamente, se actualizaba el cronograma que se fue cumpliendo, integrando de este modo su acción al plan local.

Siguiendo el mapa de prioridades de la Organización Barrial, la Dirección de Servicios Municipal intervino poniendo a disposición de éste plan a su personal y las maquinarias necesarias, con lo cual se pudo avanzar con la carga de basura más pesada. Durante el curso del año éste trabajo se hizo en algunos lotes, y de un modo más intenso, en una chacarita ubicada en la periferia de la Ciudad. Con el Coordinador de Atención Primaria de Salud, recorrimos los lugares críticos y evaluamos lo realizado.

Desde el comienzo del trabajo comprendimos, y así lo expresamos en la Asamblea, que un riesgo mayor del que representaba el mosquito, era nuestra intervención, si enfrentábamos entre sí a los vecinos o agrandábamos la brecha con el sistema de salud. Desde la estrategia de APS intentábamos

posicionarnos como una *institución bisagra*, aunque no siempre con el mismo éxito.[32]

> Mientras que, por un lado trabajábamos en forma conjunta con un equipo de inspectores, apareció otro empleado, de otra repartición, haciendo una tarea similar.
>
> Algunos vecinos cuestionaron su intervención, y nos solicitaron que intercedié-ramos. Le ofrecimos actuar con un plan común, como lo veníamos haciendo. Aceptó y además volvió a uno de los domicilios para dialogar con el vecino, pero ahora valorando todo lo que éste venía realizando.

Cuando comenzaba la estación invernal, la sociedad se vio afectada por otra amenaza: la Gripe A (H1N1). El equipo respondió a las consultas que se le hicieron y adoptamos las medidas indicadas. Según nuestra experiencia, la pandemia no se vivió con el dramatismo con que algunos medios de comunicación la transmitían. La Directora de la Escuela Primaria informó que en el invierno de ese año hubo menos ausentismo que en el mismo período de años anteriores.

En el mes de julio, visitamos a los expertos del Instituto de Investigaciones Entomológicas de la UNC, para aclarar dudas que iban surgiendo en el aprendizaje sobre la reproducción del vector. Unas semanas después el Director de este equipo, Dr. Walter Almirón, asistiría a Río Tercero convocado por el Círculo de Bioquímicos local, para exponer sobre este problema. En esa oportunidad afirmaría que:

> "…en la medida en que estamos aplicando, tirando insecticidas, de una manera indiscriminada, lo que estamos haciendo, por un lado, es una contaminación ambiental, pero por otro, también estamos alentando el desarrollo de las formas resistentes a los insecticidas…"

---

[32] "Lucha contra el dengue: el Municipio propone allanar casas particulares", Semanario Tribuna, 29-9-09. Para la comprensión de estos mecanismos ver de M. Foucault "Microfísica del poder" (1992).

Estos expertos también aclararon que el río no es el hábitat que el vector elige para su reproducción. En base a ello, redactamos y distribuimos otro volante. Una de las consignas reiteradas, era la importancia del sellado de los tanques de agua domiciliarios.

Entre julio y agosto las familias retomaron los pedidos de volquetes, sumando hasta ese mes 34 en total. La empresa proveedora de este recurso acostumbraba comunicarse por teléfono al Centro de APS, antes de llevarlo, ajustando así detalladamente el momento y el lugar en que lo dejaría. Esta conducta la sostuvo durante todo el trabajo.

En la primera semana de septiembre nos reunimos con los docentes para evaluar lo realizado, y ellos presentaron nuevas propuestas: cuatro grados expondrían los resultados de sus investigaciones sobre el dengue en la Feria de Ciencias. Unas semanas antes, dos maestras nos visitaron para solicitarnos el mapa de avance del plan de acción[33].

En esta reunión, una maestra relató una experiencia clave para dar cuenta de las formas de auto-organización que la comunidad venía desplegando:

> "Nahuel me lo contó varias veces, que se juntaban el domingo a la mañana temprano…, porque ellos te van contando todo: 'Ayer nos juntamos bien tempranito con mi vecino de acá y de la esquina y de la vuelta… y limpiamos mi terreno, y ayudamos a mi vecino y ayudamos al otro…' Él lo contó varias veces". Nahuel le agregó que, cuando terminaron, compartieron un lechón asado.

Después de escucharla –y filmarla– le pedí a esta maestra si me podía comunicar con la familia del niño. Ella les avisó, y varias semanas después me esperó la mamá y una vecina, en su casa.

---

[33] Según Varela (1996) salir de la tradición abstracta –y su noción de la cognición como representaciones– implica un viraje epistémico, donde "el conocimiento se refiere a una situacionalidad", y lo concreto a "cómo llegamos y dónde permanecemos". Para profundizar la comprensión de este enfoque en el contexto escolar, ver la experiencia de Ambrosetti, Provincia de Santa Fe (Nicolau, 2010).

"Vecina: -Los chicos miraban cómo hacíamos el trabajo

Mamá: -Los mandábamos a buscar las bolsas de nylon, los plásticos, las cosas más livianas, lo que ellos podían hacer, que nos ayudaran también a limpiar.

Trabajador Social: - Así que tres volquetes…

Vecina: - Tres volquetes fueron, sí.

Mamá: - Después trajeron los de la Municipalidad.

Vecina: - Sí, cuando trajeron los de la Municipalidad, la parte nuestra ya la habíamos hecho."[34]

Otro movimiento, propio de los vecinos, fue la reapropiación de los lugares que se iban limpiando, por ejemplo, haciendo canchitas de fútbol.

Una forma de responder a la agresión del medio es defenderse aislándose, con lo cual se retroalimenta el problema. Favorecer la confianza en el medio es afianzar la salud primordial. [35]

En la tercera semana de octubre la Secretaría de Salud indicó a todos los Equipos que debían dar una charla sobre dengue en las Escuelas. Con anterioridad, ya habíamos informado sobre el programa de actividades que acordamos con las docentes. Cumplida esta tarea, la profesional del equipo que concurrió nos dijo que había aprovechado la oportunidad para confirmar lo que veníamos haciendo y aprendiendo con los vecinos.

Unas días después, se haría la Feria de Ciencias que la Escuela tenía programada. En ella, cada grado expuso lo que había preparado: maquetas, dramatizaciones, producción de repelentes caseros...

En el contexto de la Ciudad, en diciembre del 2009, el caso de una niña vecina de otro barrio del que se reclamó por su atención, se difundió y fue

---

[34] Ver Anexo Nº 4.

[35] Un escenario similar se planteaba cuando algún vecino se quejaba por la inseguridad. Esta respuesta comunitaria, puntuando en la salud, reestructura la percepción del problema (Watzlawick P. *et al.*, l995). Promovemos la salud de la población, si apoyamos su capacidad de afrontamiento colectivo (Evans *et al.,* l996; *Mudanzas*).

motivo de debate en los medios de comunicación. En el Plenario de Evaluación de Cobertura realizado en enero del 2010, a la par que expusimos los logros, también presentamos los problemas y las propuestas para superarlos, como lo hacíamos todos los años, pero esta vez con una particular repercusión en la prensa.

En el mes de marzo, la mortalidad de un niño menor de un año, en otra Área de Responsabilidad de APS, renovaría la polémica en la opinión pública. Las autoridades de la Secretaría de Salud, convocaron a un ateneo a todos los profesionales de los Equipos para analizar el caso.

En cuanto a la situación laboral, el Municipio aceptó formalizar la situación a 4 de los 38 profesionales de APS. No obstante, si bien en un principio se partió del consenso sobre la cantidad de años trabajados por cada uno, finalmente la calificación del mérito para la selección quedaría en el criterio exclusivo de las autoridades.

A mediados de 2010, cuatro de los integrantes del Equipo de APS de Barrio Cerino dejaríamos este servicio, por distintos motivos. A su vez, dos profesionales que trabajaban en otros barrios, solicitaron integrarse al Centro y las autoridades aceptaron su iniciativa.

En octubre del 2009 el Equipo de APS había retomado, articulado al movimiento en curso, la evaluación de cobertura de los programas básicos.

Considerando el contexto político-institucional local existente a comienzos del 2010, la devolución del informe que anualmente hacíamos en el Centro de APS, decidimos en esta oportunidad realizarla en las casas, pidiéndole a los vecinos, si aceptaban ser los anfitriones, que invitaran a sus allegados.

> Marcela, médica del equipo, fue con su bebé a la primera reunión que hicimos y con ayuda de una notebook, expuso los resultados de la evaluación de cobertura. Después vimos el video “Control Comunitario del Dengue”, documental de la

experiencia compartida. Una de las mujeres presentes había colaborado filmando. Las reflexiones servirían para una segunda edición.[36]

En estos encuentros fuimos acordando las nuevas intervenciones, y recibiendo otros reclamos sobre lugares críticos, en los cuales trabajaríamos en los días siguientes. Revisábamos la cobertura del problema priorizado, la cobertura de los programas básicos de APS y acordábamos cómo continuar con el trabajo (ver G06).

Aunque entre enero y marzo de 2010 los dos censos LIRA (levantamiento de índices rápidos de aedes aegypti) no encontraron larvas en este barrio, en algunos sectores podíamos observar la presencia de este mosquito, como por ejemplo en la misma manzana donde está ubicado el Centro de Salud[37]. Allí intensificamos el rastreo con los vecinos, encontrando dos tanques de agua sin sellar, botellas con agua tiradas y una casa abandonada. A su vez, las autoridades sanitarias locales, aconsejaron estar más atentos a los recipientes pequeños. Como se había advertido en la Asamblea, el trabajo debía sostenerse en el tiempo y profundizarse.

[36] Este audiovisual se expondría los primeros días de enero de 2010, en un Plenario con todos los Equipo de APS y autoridades municipales. La segunda edición está disponible en http://www.youtube.com (ver Anexo Nº 5).

[37] Estos censos se hicieron sin solicitar la colaboración a los equipos de APS. Una adaptación local fue analizar la información según barrio y domicilio, ya que éste método agrega los barrios en sectores.

1.2.b. Resultados

En relación a los barrios que no integran las Áreas Estratégicas de APS –ver Sector II en G02, p.10-, según las autoridades municipales, allí "hubo menos participación de los vecinos". Esta valoración del trabajo realizado, también la expresaba la opinión pública local y así llegaba a las instituciones y familias que cooperaron.

Durante el primer semestre del 2010, los vecinos continuaron solicitando volquetes, aunque con menor frecuencia, y avisando al equipo sobre nuevos lugares críticos.

No hubo personas infectadas con el virus del dengue en Barrio Cerino, en tanto que se diagnosticaron 14 casos en el resto de la Ciudad en este período[38].

Los sucesivos relevamientos LIRA, realizados por los técnicos municipales, reflejarían los siguientes resultados en los muestreos de este barrio:- marzo del 2010 negativo (ausencia de larvas de aedes aegypti), -junio del 2010 presencia de larvas en dos muestras.[39]

En cuanto a la calidad del proceso, consideramos a estos logros como el fruto de la confianza que fue "madurando".

> Estábamos con Olga, tratando el problema de un joven vecino suyo. El marido, quien escuchaba el diálogo, la miró, cómo preguntándole si era prudente que

---

[38] Esta cifra fue la más alta del interior de la provincia según el Ministerio de Salud, y consideramos que ella puede asociarse al intenso trabajo de rastreo, seguimiento, re-captación y rápido informe a las autoridades, realizado por todos los Equipos de APS locales.

[39] Según el informe difundido por la Municipalidad de Río Tercero, el relevamiento de junio del 2010 tomó muestras en 77 domicilios de Barrio Cerino, y encontró larvas en 8, 2 de ellas eran de aedes aegypti, lo cual fue considerado como de "bajo riesgo". El que se hizo en diciembre del 2010 volvería a dar resultado negativo.

opinara: “Habla, habla tranquilo…, que con ellos podemos hablar de cualquier cosa”, le dijo.

2. CONCLUSIONES

(I)

"El posicionamiento temporo-espacial no es mecánico, el cómo es del operador."

Mudanzas

De acuerdo con el proceso y los resultados expuestos, se puede plantear que esta forma de trabajo fue efectiva para que los profesionales de APS pudiéramos confluir con el movimiento poblacional desplegado para controlar el dengue.

En el desarrollo de la experiencia expuesta, pueden identificarse las sucesivas aproximaciones del Trabajador Social a las formas propias de cooperación de la población:

- Articulación a las llegadas de confianza existentes con los vecinos del Barrio, para realizar el Rastreo Inicial.
- Cooperación voluntaria de las familias llave para evaluar cobertura, identificar prioridades, propuestas y monitorear el servicio, en forma permanente durante 7 años.
- Articulación a los sistemas de apoyo de las propias familias, siguiendo sus llegadas de confianza y confidencia, para abordar los problemas priorizados (niños/as en riesgo, bajo peso de niños de 0 a 6 años, posibles infectados con dengue)
- Coordinación con las instituciones locales para sostener trabajos conjuntos (familias priorizadas con la Escuela Primaria, proyecto de loteos comunitario con el Centro Vecinal, control del dengue con estas Instituciones, con las Iglesias y los medios de comunicación social del Barrio).

- Invitación de una red de comunidad de origen para viajar a su provincia y continuidad de su cooperación en el trabajo con familias y problemas priorizados.
- Confluencia con el auto-despliegue poblacional para controlar la reproducción del mosquito vector del dengue.

Esta confluencia implicó estar en el lugar y el momento justo para realizar nuestro aporte, y es fruto de una disposición lograda al estar trabajando, accesibles y disponibles, siguiendo el cuidado de la vida desde su inicio, aproximándonos por llegadas de confianza, atentos a lo que una población ya viene haciendo en relación a los problemas que ella prioriza. A esta noción la denominamos: disposición comunitaria.

(II)

SUGERENCIAS PARA CONTINUAR EVALUANDO EL PROCESO Y SUS RESULTADOS:

a. En relación al control del vector

- ¿Se siguen solicitando volquetes para la limpieza domiciliaria y de lotes baldíos?
- ¿Se continúa realizando todos los años, con la consulta a las familias, el mapeo de lugares críticos y el relevamiento de vectores (LIRA)?
- ¿Los vecinos de Barrio Cerino solicitan que se fumigue ante la presencia del vector en su área?

b. En relación a la organización local que abordó el problema

- ¿Se continúa haciendo la evaluación de cobertura de los programas básicos, el rastreo de los problemas priorizados y el monitoreo del servicio, con la cooperación de los vecinos?
- ¿La Escuela recuerda ésta experiencia de trabajo comunitario y la comunica?
- ¿El equipo de APS sigue coordinando su labor con la Escuela, el Centro Vecinal, las Iglesias y los medios de comunicación social del barrio?

c. En relación a la política municipal

- ¿El Municipio creó y sostiene alguna instancia de coordinación y seguimiento permanente del dengue, con participación de los equipos de APS y representación intersectorial?
- ¿La estrategia de APS sigue siendo la base integradora para abordar la política social y las emergencias sanitarias?, ¿el Municipio comunica ésta estrategia a la sociedad?
- ¿Se hizo realidad lo sancionado por la Ordenanza que creó los cargos para los equipos de APS?

3. REFLEXIONES

(I)

"Retorno es su movimiento,
suavidad su proceder".

Tao Te King, cap XL

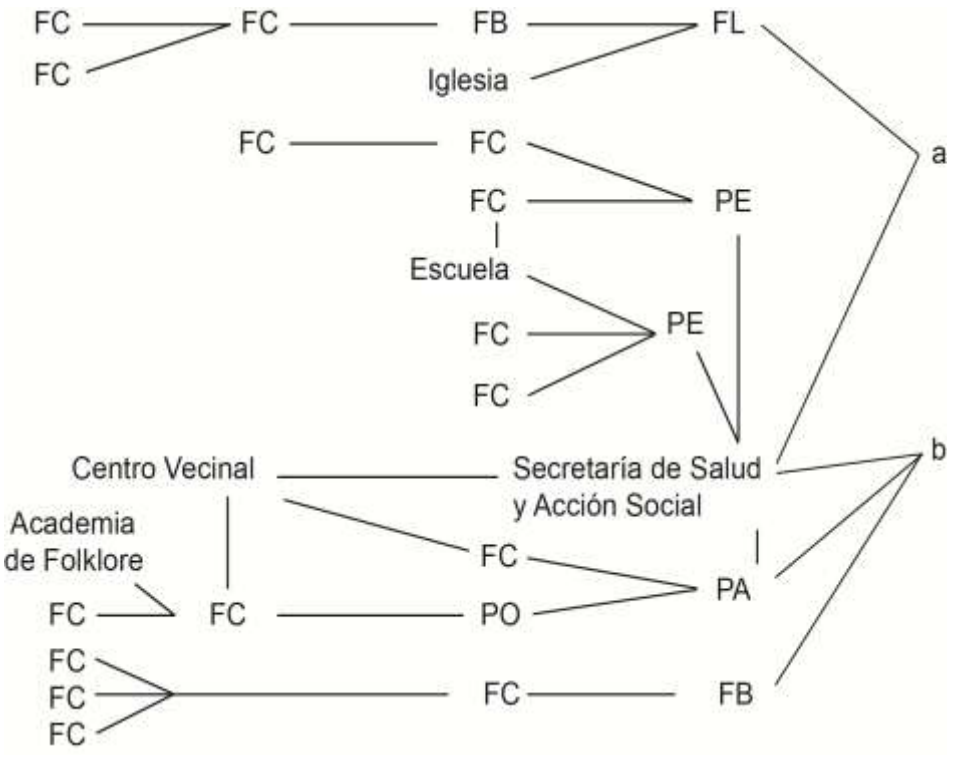
Desde una disposición comunitaria, ante una emergencia que nos involucra en un problema específico de salud, pudimos hacer nuestro aporte profesional posicionados en la salud primordial, apoyando la confianza en el medio, afianzando la capacidad de cooperación.

Lo comunitario, visto muchas veces como la relación entre un adentro (el centro de salud, la escuela) y un afuera (el barrio), más bien se nos presenta como el encuentro de dos "adentros": entre un estar alerta, brindando un servicio calificado, con profundidad y seguimiento, y el estar en la casa de la familia, con la delicada sincronía de la confianza.

Estando en la red, no fuerzo la intervención. Ni me aparto de ella, convocando a participar en proyectos construidos desde arriba y afuera, ni me contengo en el espacio institucional/grupal.

Al dejar de vernos como motor, pero mantenernos en el movimiento, nos retiramos de la puntuación voluntarismo/involuntarismo o agente/paciente. El modo de habitar el proceso nos va disponiendo para ser llevados por él.

Ahora podríamos volver a ver, con otra perspectiva, el gráfico de unidades de cooperación.



(ver referencias en p. 8)

(II)

"La percepción es un resultado"
M. Merleau-Ponty

Una disposición comunitaria implica estar en el lugar trabajando, partiendo, aunque resulte obvio aclararlo, de la elemental *presencia* y *permanencia* en el área geográfica en que vive una población y del respeto a los acuerdos con quienes compartimos ésta responsabilidad.

En el pasado reciente, el marco socio-político indujo al achicamiento de los servicios públicos y a la flexibilización laboral. Aprender en la adversidad, fue el desafío para quienes pretendíamos continuar haciendo Atención Primaria en Salud.

En esta experiencia, unimos el intento permanente por consolidar y desarrollar la estructura laboral de los equipos de salud, con el propósito de profundizar su direccionalidad: el logro de la mayor *disponibilidad* y *accesibilidad* entre los ciudadanos y el servicio público.

La noción de trabajo, en el campo de la salud, generalmente se asocia a la prestación de un servicio que los ciudadanos reconocen como un derecho. Esta expectativa a veces se ve distorsionada cuando el espacio público se organiza según las necesidades de control y contención de funcionarios y empleados, aunque éstas no coincidan con las prioridades de los ciudadanos.

Otro de los obstáculos que suele presentarse, son las "capacitaciones" ofrecidas en forma descoordinada del aprendizaje en la práctica.

Una alternativa para salir de esta situación sería el proceso de acción-reflexión-acción, la puesta en común, en forma metódica, de la experiencia vivida en el trabajo. La metodología de investigación-acción permite generar un cambio *desde afuera* del hábito institucional/grupal, si nos vamos disponiendo

para poder *escuchar* a los vecinos, para poder *ver su movimiento*. El resultado positivo del proceso en que hacemos lo que decimos y decimos lo que hacemos, será que empecemos a ganarnos su *confianza.*

Otra cuestión a considerar es que muchos de los proyectos diseñados para aplicarse en los centros de salud barriales, no tienen como perspectiva el logro de un *enfoque poblacional* y, en consecuencia, no pueden generar una organización del trabajo equivalente al problema. La definición de Áreas de Responsabilidad es un paso estratégico para avanzar en ese sentido.

La evaluación permanente de la cobertura del servicio es un procedimiento virtuoso, que permite al equipo de salud ampliar y profundizar la percepción del territorio y sus habitantes. Si, a la vez, llegamos a las familias *pidiendo ayuda* para que nos guíen en este trabajo, generamos una oportunidad para progresar en nuestra inserción.

Un punto de partida distinto sería comenzar el trabajo con un diseño de prevención de la enfermedad, comúnmente asociado a la estrategia de educación para la salud, armando "un proyecto para cada problema" (ver GO6). A pesar del activismo con que lo ejecutemos, difícilmente se evalúe su impacto en toda una población y la falta de apropiación ciudadana dificulta su continuidad. Cuando además el proyecto separa las actividades preventivas de la demanda de asistencia de los vecinos, se aumenta aún más la brecha entre ellos y la Institución.

Iniciar la Estrategia de Atención Primaria en Salud desde los *Programas Básicos*, es un medio eficiente para promover la salud en una población. Cuando nos aproximamos a las familias a través de sus propias relaciones de confianza, ofreciendo controles de salud desde el embarazo, y profundizando la acción con quienes más lo necesitan, conjugamos, en un mismo ritual, los objetivos fundamentales de una política de salud: *garantizar el buen comienzo de la vida, promover la equidad y el apoyo comunitario (salud primordial).*

Una táctica comúnmente utilizada, desde otra estrategia, es el nombramiento (rentado o no) de promotores, agentes sanitarios o líderes "comunitarios". Estos quedan en una situación intermedia en la organización del trabajo, cuasi-jerárquica, sin la formación que se exige a un profesional, ni la pertenencia genuina a una comunidad. Si la tenían, ella se va debilitando al ser diferenciados por la Institución.

El *pedido de ayuda* de los mismos profesionales a las familias, puntuando en lo que ellas *ya vienen haciendo*, abre una alternativa para ir democratizando un servicio público, y para iniciar una experiencia comunitaria, en vez de delegarla. La *visita domiciliaria* es una "vía regia" para profundizar esta búsqueda, desafiándonos, en un contexto intercultural, a escuchar, a movernos en el espacio y en el tiempo del otro.

La evaluación, el monitoreo, la consulta permanente con las familias, nos va acoplando a una organización capaz de *estar alerta* ante los problemas priorizados. Cuando ocurre una emergencia, no necesitamos salir a organizar la participación de los vecinos. Nunca nos apartamos de su movimiento.

Para el enfoque de redes comunitarias, la gente del lugar, ante sus problemas, ya ensayó alguna alternativa y, en esa historia de cooperación, ha ido configurando *patrones de organización propios*, como sucede con todo sistema vivo. El profesional que llega a un barrio con la iniciativa de "armar redes", como es común repetir, lo que hace es reproducir un ritual civilizatorio ya conocido, aunque con un nuevo nombre.[40]

Desde la perspectiva desarrollada, la unidad de forma y contenido se conjuga desde el inicio del trabajo, al aproximarnos investigando para ingresar a un barrio, y *dejarnos guiar* por la organización local, articulándonos, desde éste primer gesto, a la *capacidad de afrontamiento colectivo*. Sin embargo, es muy

[40] Puede leerse en algunas publicaciones sobre "redes", referencias a los instrumentos o a los términos usados en estos trabajos, fuera del contexto y del proceso que les da origen y sentido. Re-leer la propia experiencia ayuda a pesquisar las coherencias, sus articulaciones.

común que funcionarios y profesionales, elijan hacer un censo o relevamiento (encuesta externa). El procedimiento sería: primero separo al vecino del proceso, reducido a objeto de la investigación, después le pido que participe, y si no acepta, lo hago portador de un diagnóstico negativo. El procedimiento exógeno generó su resultado: “no hay redes”. No puedo verlas.

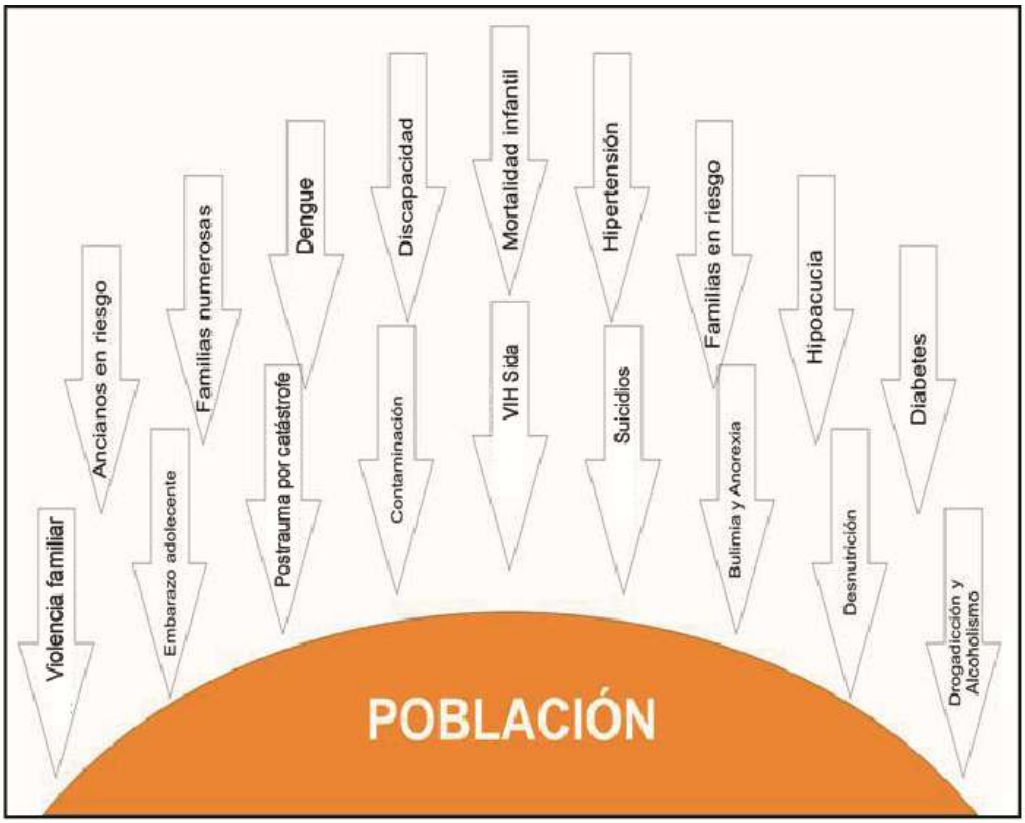
Ante un problema complejo, la confluencia con *redes de proximidad socio-afectiva*, permite llegar donde sólo es posible hacerlo a través de un contexto de *confidencialidad*, y sostener abordajes de los que otras intervenciones desertan.

En comunidad, la calidad de la comunicación es equivalente a la calidad de la inserción. Los principales desafíos en la comunicación no los vivimos con los vecinos, sino con algunos agentes del Estado: la descoordinación entre jurisdicciones y entre dependencias de una misma jurisdicción, el desconocimiento de la organización y el plan local, los procedimientos jerárquico-lineales, o sin fundamento científico-técnico.

La *aproximación sucesiva y permanente* para trabajar en forma coordinada, tanto en el abordaje de una familia priorizada como de un problema priorizado, fue integrando el equipo de salud a una *organización bisagra*. Este es un posicionamiento alterno a las intervenciones jerárquicas, que encubren los procesos de *auto-organización*, ignorados también por quienes reclaman del profesional un rol más protagónico, para que anime y organice a la gente.

Los sistemas de apoyo comunitarios, estudiados como “algo que está allí”, no se hacen claramente visibles para un modelo de investigación clásico. Para dar cuenta de ellos, es necesario revisar nuestro movimiento, *cómo nos aproximamos*. Entonces podremos ir viendo la configuración que emerge de la acción y a la que ésta da sentido. En el despliegue surge el significado, y lo percibo si pude acoplarme a ese proceso. Superamos la visión de una población cuantificada y de un espacio catastral, al ir captando “con las manos” la cobertura de un espacio vivido, de una población sentida. La comunidad deja

de ser una situación externa, y pasa a ser el modo cómo me preparo para su encuentro, una *disposición*.



bajar proyectos desde arriba y desde afuera de las poblaciones
o acompañar procesos comunitarios

G06

(III)

"La mente y el mundo emergen juntos."

F. Varela

Elegimos el diseño de investigación-acción, como ya lo expresamos, por ser el más conveniente para intentar un trabajo comunitario y dar cuenta de él[41]. Su metodología de *aproximación sucesiva* (ver G06) es la que mejor se adecúa a los desafíos que presenta la inserción en una población.

Reconocer a la comunidad como un proceso *auto-eco-organizativo* y por lo tanto de *auto-computación* (Maturana y Varela*,* 1972; Morín, 2009), implica aceptar que ella permanentemente está definiendo sus prioridades y ensayando estrategias para alcanzarlas, gestando el conocimiento que requiere para ello. La tarea del profesional sería, entonces, la de adaptar su estrategia y sus programas para confluir con éste movimiento y desde él, poder dar su aporte (Marconi, 1970; Speck y Attneave, 1973; *Mudanzas*).

En la tradición del pensamiento estratégico europeo, se plantea como un problema insalvable el hecho de que los modelos teóricos aplicados a las relaciones entre personas no logren la eficiencia que se proponen, ya que éstas "viven y reaccionan". El hábito científico-técnico de modelizar e intervenir desde arriba y desde afuera, ve perturbada su eficacia cuando se aplica a situaciones humanas (Jullien,1999). Esto se agrava aún más cuando nos aproximamos investigando: ¿la conducta de un sujeto sometido a estudio es la misma que la del sujeto en su vida cotidiana?

Una perspectiva alterna sería descubrir en este límite una condición de efectividad: *es imposible conocer a una población fuera de su propio movimiento de cambio.*[42] Vida y conocimiento, percepción y movimiento,

---

[41] Son ya conocidos los problemas de validación cultural que presentan muchos diseños de investigación, cuantitativos o cualitativos, aplicados a "estudios comunitarios". Ver de E. Corin "La matriz social de la salud y la enfermedad" (Evans *et al*., 1996, p.103-145).

[42] "Considerar a los seres humanos fuera del cambio y del tiempo responde sólo a una artificial construcción lingüística" (Minuchin *et al*., 1985). El debate en torno a estos conceptos, pudimos

conforman un proceso idéntico. Experimento el significado con mi cuerpo cooperando, *arraigado* a una situación local (Merlau Ponty, 1942; Kush, 1962; Maturana y Varela, 1972; Varela, 1994).

Desde la investigación-acción los cambios que no coinciden con la matriz de un modelo pre-determinado, no se consideran desajustes "propios de la inevitable fricción con la realidad" -*lógica del modelo*-. En vez de forzar la adaptación de la realidad a mi plan ordenador externo, me dejo llevar por el "caudal de la situación" y "aprovecho su evolución". Este *potencial de la situación* no se determina de antemano, sino que emerge de mi "adaptación continua" (Jullien, 1999). A la vez que la población va regulando su direccionalidad, si el operador-investigador se va re-posicionando, concentrando su atención en ella, podrá valorar las situaciones críticas como momentos cruciales en su proceso de *pasaje* (Turner, 1988).

A la investigación-acción se la define como la "*generación de conocimientos acerca de los sistemas sociales a través de un intento deliberado y explícito de impulsar cambios en los mismos*" (Savigliano, 2004). Para Kurt Lewin (1946)[43], este diseño consiste en un procedimiento recursivo, una *secuencia de pasos en espiral* en que el constante reconocimiento de los hechos ("*fact-finding*") lleva a la consecuente revisión de los objetivos.

En su desarrollo histórico, la investigación-acción-participante puso énfasis en la construcción colectiva del conocimiento para actuar estratégicamente en defensa de los propios intereses (Lima, 1988). [44]

La investigación epidemiológica en el trabajo comunitario -*Endoepidemiología*- (Bertucelli, 2000) entiende que el ciudadano se involucra en una investigación,

---

desarrollarlo en la cátedra de "Socio-Epidemiología Familiar", y posteriormente, como expositor invitado en el Seminario de "Salud Familiar y Comunitaria", de esta Maestría.

[43] Al texto de este autor "Action research and minority problems", no se lo encontró en castellano, por lo cual solicité su traducción del inglés a la Lic. Marta Orta, profesora en la Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas y vecina de Río Tercero.

[44] En relación con este enfoque, si bien en esta experiencia se da cuenta de un aprendizaje comunitario, es el profesional quien asume la responsabilidad de su lectura.

“a condición de que se transforme la situación que padece.” La “aproximación diagnóstica, colaborativa y en proceso” es “un plan de acción sobre la problemática a resolver” y “ya incluye el estudio de la situación social.” Ignorar lo que una población viene haciendo nos expone a ser “descalificados” por ella (Bertucelli *et al*., 1993).

La definición del problema, los objetivos, las actividades, el cronograma de ejecución, en esta perspectiva, no dependen sólo del investigador (agente externo), sino que se van concretando, decidiendo y comunicando, según la dinámica de co-evolución con la población, siguiendo su secuencia inmanente: la *lógica del proceso* (Jullien, 1999).

En esta experiencia enfocamos el diseño de investigación-acción, en la concepción de una *proposición generativa*[45] que dé cuenta de los cambios que va experimentando el propio trabajador/investigador -autorreferencia-, hasta alcanzar la disposición adecuada para poder intervenir/percibir desde lo comunitario.[46]

A la vez que examinamos y confrontamos todos los informes que surgen del trabajo, privilegiamos aquellas herramientas que facilitan la revisión de la experiencia. En forma sistemática vamos registrando el relato de lo sucedido/percibido, prestando especial atención a las formas de hacer y decir de los involucrados, pesquisando las coherencias significativas, la organización que emerge y verifica su eficiencia en la transformación del problema, en el re-posicionamiento del operador y en la comprensión de lo vivido.[47]

---

[45] “Si queremos saber si alguien sabe de arquitectura, le preguntamos cómo haría un edificio” (…) “Una explicación científica es aquella que propone un mecanismo generativo” (Maturana, 1989).

[46] Autorreferencia: sistema que incluye al investigador en lo investigado (Kenney, 1994). La redacción del informe en primera persona es coherente con este enfoque: “Lo social no existe como objeto y en tercera persona”. Reducir el comportamiento a procesos en tercera persona implica “convertir el cuerpo viviente en algo sin interior” (Merleau-Ponty, 1945). Este debate también podemos seguirlo en la antropología (Guber, 2001).

[47] Según Bateson -1997- “Una historia es un pequeño nudo complejo de esa especie de conectividad que llamamos relevancia.” (Ver también “Las historias, vía regia hacia la espistemología”, en “Estética del Cambio” de B. Keeney -1994-).

Al irse comunicando este proceso, sus resultados y sus propuestas, se puede ir validando y legitimando con los ciudadanos una alternativa para democratizar la política social, educativa y de salud local.

ANEXOS

Anexo Nº 1

Colaboraron en este trabajo

Familias de Barrio Cerino

Equipo de APS municipal

Escuela Armando Rótulo
(Nivel Inicial, Nivel Primario y Cooperadora)

Centro Vecinal de Barrio Cerino

Radio de la Iglesia Evangélica

Capilla San José Obrero

Municipalidad de Río Tercero

Hospital Provincial

Miembros del Equipo de APS de Barrio Cerino
– 2002/ 2010 –

- Médicas/os: Marcela Vedia (2002-2008, 2010-2011), Tristán Taravella (2004-2007), Laura Drazul (desde 2008), Jorgelina Tomi (2008), Soledad Ferrari (2005-2007) y María Victoria Soya (2008-2009).
- Psicólogas: Paola Peirone (hasta 2003) y Marina Massa (desde 2004.

- Enfermera: Nélida Rodríguez (2002-2010) y Estela Godoy (desde marzo del 2010).
- Trabajadoras/es Sociales: Silvia Biscaldi (hasta 2003), Claudia Lafuente (2005), Ronald Cittadini (2002-2010) y Verónica Pramparo (desde junio 2010).
- Odontóloga: Paula Molina (desde 1997).
- Ordenanza: Nancy Nuñez (2003), Cristina Reyna (desde 2004).
- Administrativa: Juana Gómez (hasta 2004), Marcela Mayer (2005), María Tapia (2006), Carolina Scotto (2007-2009) y Susana Manazzone (desde 2009).

Directivos y Docentes de la Escuela Primaria Armando Rótulo

-año 2009-

- Directivos: Liliana Esper (Directora), Lilia Pereyra (Vice-Directora).
- Docentes:
  -Viviana Weber (1º A), Gladys López (1º B),
  -Verónica Lázaro (2º A), María Rosa Viada (2º B),
  -Gloria Dopazo (3º A), Karina Trecco (3º B),
  -Ester Ahumada (4º A), Sonia Martínez (4º B),
  -Miriam Celli (5º A), Nélida Ayala (5º B),
  -Carolina Yanes (6º A), Susana Lombardo (6º B),
  -Adriana Gautero (plástica), Valeria Guevara (música), Sergio Milán (educación física), Clelia Danzo (tareas administrativas)
- Porteras: Carmen Leanes y Olga Colazo.
- Cocineras: Norma López, Ana Hortal y Mónica Vasallo.

Anexo Nº 2

Exposición del Equipo de APS de Bº Magnasco, Mitre y Los Algarrobos (Enfermera Stella Maris Geraldi, Pediatra Carlos Baracat, Trabajadora Social Silvia Biscaldi y Psicóloga Paola Peirone) al Equipo del PRSF, 20-9-02.

- Cuando se fue el equipo que comenzó el trabajo y tuve dificultades para salir, fue la gente la que lo sostuvo. De afuera los vecinos sostuvieron el trabajo.
- Los mismos vecinos acercan al vecino, no tenemos que salir casa por casa para ver si viene. Pero a esto hay que lograrlo.
-¿Cómo?
- Con la confianza. El primer día que llegué le dije a los vecinos: "Estoy para servirlos". Me miraban como diciendo: "¿Cuánto le va a durar?" La gente fue cambiando porque el equipo de salud cambió primero. Antes se quejaban de que algún empleado se llevara la leche, ahora dejan su caja para otra familia.
- La gente aprende qué le corresponde, por ejemplo, cuando no hay vacunas la gente se enoja y, el que demanda, persiste hasta que recibe la vacuna.
- ¿El mapa?... se va haciendo solo... y es difícil que nos falte alguien en la cobertura. El trabajo se hace a través del trabajo.
- Sólo hay cuatro niños que no están en programa, pero niños de los cuales sabemos todo; sin embargo estamos esperando un certificado escrito y firmado por el médico del servicio donde se atienden, para considerarlos también en programa.
- En las carpetas familiares la gente viene y te pide que le guardes un certificado, por ejemplo. En la carpeta registramos todo y todos.
- Tenemos la misma forma de trabajo común, con un mensaje simple, claro y único.
- Para este trabajo es fundamental la disponibilidad del médico, no irse cuando en algún momento no viene nadie a atenderse. La oferta médica tiene que ser pareja, estable, constante. Estamos para atraer y no para correr, brindando un trato correcto, como el que se merece cualquier ser humano. No hacer esperar a la gente. Lastima a la gente que te vea ocioso y ella esperando. Las sillas de

acá tienen resortes, cuando se abre la puerta siempre alguien se levanta. Entre todos nos exigimos: “¡Te buscan a vos!”

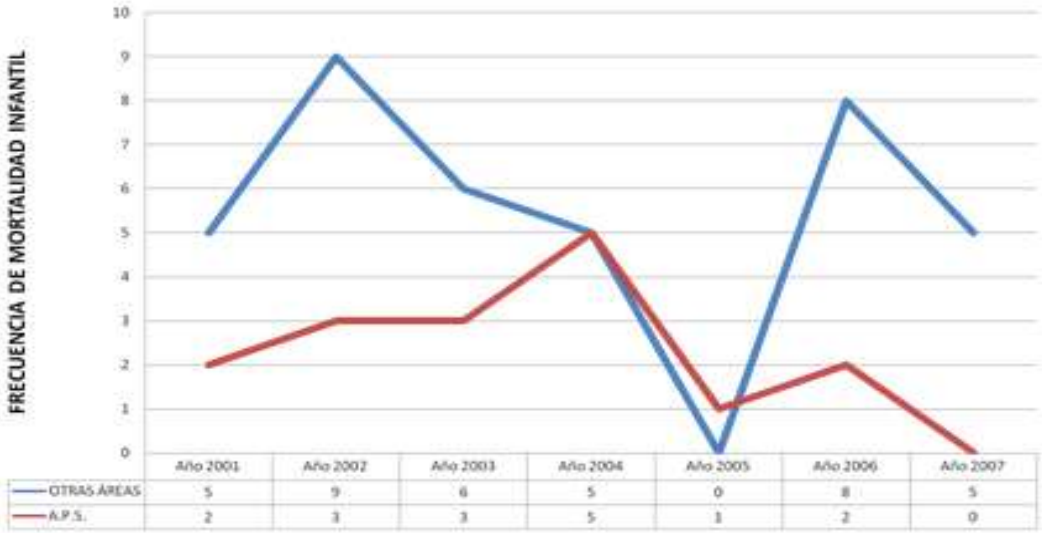
- Hubo una época en que se prohibió tomar mate en los Centros y éste fue el único al que no se lo prohibieron. Las reuniones que hacemos son de trabajo y la gente lo sabe.

- Tenemos un mapa de familias en riesgo y un mapa de recursos, su red de parentesco y de amistades. ¿Para qué nos sirve tener esas redes de proximidad? A un bebé que no lo alimentaba bien la mamá, la tía colaboró durante tres meses con el cuidado, la niña superó el problema y la madre continuó después ella sola.

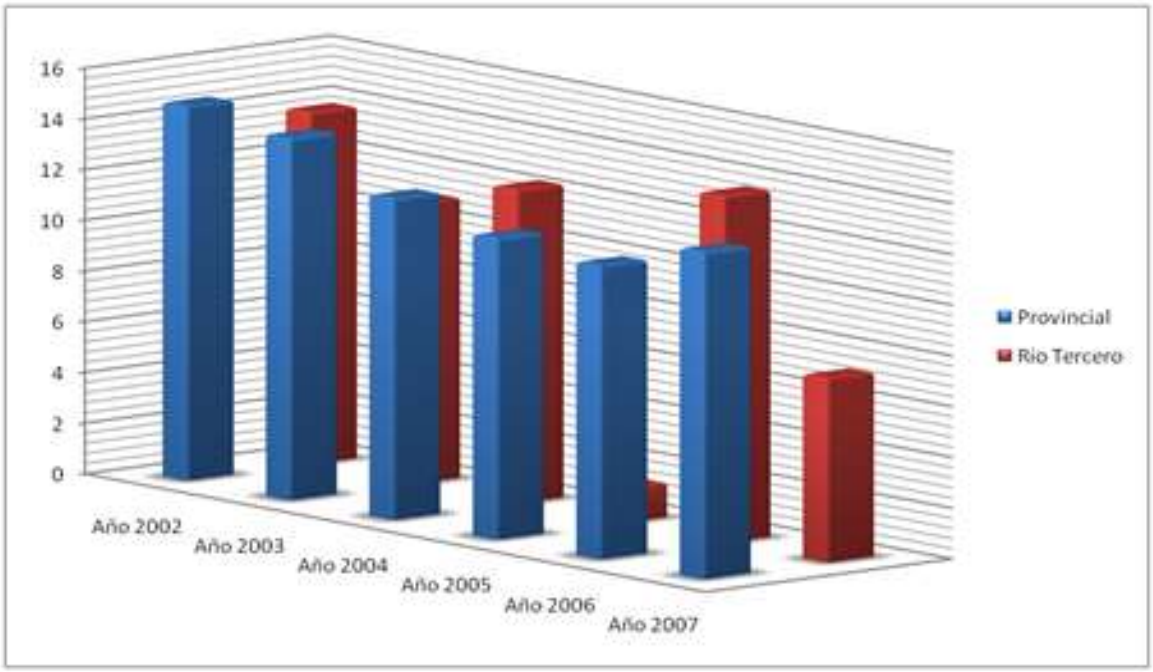
- Hay que conocer a la persona, sino los problemas no tienen rostro, uno no tiene conocimiento.

Anexo Nº 3

Casos de mortalidad infantil en Río Tercero desde el año 2001 al 2007. Evolución en áreas de A.P.S y en el resto de la ciudad.



Tasas de mortalidad infantil.



Fuentes: Blatto, Silvia, "Mortalidad infantil y fetal en la Ciudad de Río Tercero", trabajo final para el Postgrado en Salud Comunitaria, Ministerio de Salud de la Nación, 2009, y Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

diario

Anexo Nº 4

En los últimos días de mi trabajo en Barrio Cerino como miembro del Equipo de APS, mientras se iba plegando esta experiencia en la vida cotidiana, sentía que había algo más en el relato de Nahuel, en el modo de cooperar de las familias.

Sabía de la fe religiosa que los unía y que la mamá de una de las vecinas había nacido en Jachal. Decidí preguntarle a su hija si podía visitarla, para hablar con ella de sus recuerdos, de su tierra natal…

- ¿Recuerda Ud. una forma de trabajo que le dicen "la minga"?

- No… nunca…

- Porque… yo creía que… por el modo de trabajar juntos para limpiar los sitios, entre todos…

- Ah, sí, sí…

-… si podía decirse que era una minga…

- Claro…

-… trabajar juntos para el bien de uno y después para el bien de otros… ¿Ud. recuerda…?

- No, no…

- ¿Y Uds., en San Juan, se sabían juntar entre vecinos, para ayudarse o hacer un trabajo?

- No, no… cada uno trabaja al día, su parte…

- Aquí, en el campo, las familias se juntaban para las carneadas, primero en una casa y después en otra…

- Eso era de más antes, me acuerdo yo de eso… que se juntaban cuando era la carneada de un lechón, un chancho, dos chanchos… Lo que antes sabían unirse, allá en Jachal, cuando se cosechaba el trigo, pero partes poquitas… poco trigo… le llamaban el tiempo de "las alzas"...

- Las alzas…

- Claro… era en diciembre… decían "ahora le toca el alza en tal parte...". Todos los vecinos a juntar el trigo, y las otras mujeres a hacer la comida en unas ollas tremendas, pan y todo… y almorzar todos juntos… De eso me acuerdo yo, pero ya

hace mucho… Y después le tocó a otro, y allí estaban todos. Esto era entre pocos vecinos. De esa forma se trabajaba en el trigo.

- Cuando hacían las alzas, cuando terminaba, ¿hacían algún festejo?

- Claro, a la noche. Por eso le digo… en el almuerzo se repartía en una sola mesa, se hacía un tipo… carbonada, no sé si me comprende… en unas ollas grandotas. Y sabía tenderse una sola mesa para todos. Eso me acuerdo yo. Después, a todos los que trabajaban, le daban un pan casero.

- ¿Y había fiesta?

- Y había fiesta, seguro.

- ¿Y cómo era la fiesta?

- Y… yo no me acuerdo bien, porque era chica…, cantaban y bailaban…y guitarreaban.[48]

[48] "Una vez segado el trigo, se procedía al *alza.* Esta operación consistía en invitar a los vecinos y amigos de ambos sexos, y de todas las edades, en un día determinado para efectuar las tareas, que duraba varias horas o varios días, según la importancia del cultivo." (…) "Estas operaciones tenían como consecuencia una gran fiesta." (…) "No faltaba la música y buenos cantores. Era en verdad la fiesta de la alegría." (Romero, 1963)

Anexo Nº 5

Imágenes del documental “Control Comunitario del Dengue. Organización de Barrio Cerino.”

Anexo Nº 6

Diálogo después de un trabajo comunitario

- Yo creo que la base de este trabajo son las redes de confianza... Yo lo que hago es agarrar esta aguja con hilo y coser cada uno de los retazos...
- Pero visto así, somos nosotros los protagonistas. Uno que llega de afuera, ve eso, como una técnica.
- Claro, claro, se nos presenta así en una primera etapa, esa es la primera percepción. Pero a medida que más estamos, más vamos sintiendo que es el tejido el que nos lleva... Más de una vez me siento mirando, viendo cómo alrededor de uno todo se mueve.
- Creo que ese es el paso que estamos dando, de vernos como tejedores al de sentirnos y reconocernos llevados por la trama.
- ¿Entonces, qué es lo que hicimos?
- Nos hicimos accesibles a esa trama.
- Como que los encuentros no los fuimos fabricando o inventando, sino que uno después los va hilando. Será por eso que en este momento del trabajo me puedo ver mirando y viendo cómo todos hacen... nada más.

(Mariela Carolini, Ronald Cittadini -diciembre de 2003-)

Anexo Nº 7

El informe fue elaborado por Ronald Cittadini

Destacaron un trabajo comunitario

Jorge Macatti, presidente del Concejo Deliberante, entregó un recordatorio a Ronald Cittadini

UN informe del licenciado Ronald Cittadini sobre un trabajo comunitario realizado en Río Tercero y convertido luego en un de Atención Primaria de la Salud (APS) del Municipio.

En el informe Cittadini cuenta como se llevó adelante aquel re-

El Concejo Delib

Una escue proyectos

Dos proyectos de reciclado de envases plásticos recibieron el reconocimiento del Concejo Deliberante. Ambos trabajos pertenecen a la Escuela de Comercio.

DESDE hace dos años los alumnos y docentes de la Escuela Superior de Comercio trabajan en interesantes proyectos que buscan promover la conciencia sobre el cuidado del medio ambiente. Esta semana el Concejo Deliberante de Río Tercero premió ese esfuerzo y declaró a dos proyectos de reciclado, de interés legislativo.

Una de las iniciativas reconocidas por los ediles fue la construcción del árbol de Navidad que fue instalado frente al anfiteatro municipal. "Regalo de Navidad para Río Tercero" es el nombre del proyec

BIBLIOGRAFÍA

Almeida-Filho N. Complejidad y Transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones. Rev. Salud Colectiva. 2006; 2 (2).

Almirón, W. R., Ludueña Almeida F. y Domínguez M. C. Preferencia de Aedes aegypti (Diptera: Culicidae) por sitios de oviposición. Rev. Soc. Entomol. Argent. 1999; 58: 159-164.

Alvarado, Carlos A. La lucha por la salud. San Salvador de Jujuy: Ed. de la Universidad Nacional de Jujuy; 1996.

Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social. Definición global de Trabajo Social. Melbourne: Asamblea Mundial de Trabajo Social; 2014.

Audisio M., Berardo C., Bertucelli, S. (coordinador), Blatto S., Cittadini R. y Melano S. Redes Comunitarias en Salud Pública. La experiencia de Río Tercero. Mudanzas en la Media Luna. 2ª ed. Río Tercero: Ed. de la Fundación del Bco. Coop. Río Tercero y la Cooperativa de Obras y Servicios Públicos Ltda. de Río Tercero; l998.

Bateson, Gregory. Espíritu y Naturaleza. Buenos Aires: Ed. Amorrortu; 1997.

Bertucelli, S. De la epidemiología a la endoepidemiología. La Investigación Epidemiológica en el Trabajo Comunitario. En: OPS/OMS. Modelos de psicología comunitaria para la promoción de la salud y prevención de enfermedades en las Américas. Serie Paltex Salud y Sociedad Nº 7. Washington; 2000.

Bertucelli, S. y Bocco G. Redes Comunitarias en Salud Pública. La experiencia de Santa Rosa de Río Primero. Diseño de un Modelo de Atención con base en la Estrategia de la APS y con articulación de un Sistema de Información Geográfica. Mendoza: Univ. del Aconcagua; 1998.

Bertucelli, S., Lerda, C. y Mercado C. Centros de Acción Comunitaria. Una nueva y antigua estrategia para generar políticas sociales en la Provincia de Córdoba. Rev. Acto Social. 1993; 5(9): 53-61.

Capra, Fritjof. La trama de la vida. Barcelona: Ed. Anagrama; 1998.

Chiara, Magdalena, Ariovich, Ana. La cuestión territorial en las propuestas de los organismos internacionales de salud para América Latina. Instituto del Conurbano Bonaerense. Documento de Trabajo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud. 2011; 2.

Cingolani, Mónica. Relaciones intergubernamentales y descentralización de políticas sociales. El caso de la descentralización en salud de la provincia de Córdoba. Fac. de Derecho y Ciencias Sociales, Escuela de Trabajo Social, 2003.

Cittadini, R., y colab. Redes comunitarias en políticas sociales. La experiencia de Serrezuela. Córdoba: Dirección de Publicaciones de la Municipalidad de Córdoba; 2002.

Evans, R., Barer, M. y Marmor, T. ¿Porqué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Ed. Díaz de Santos; l996.

Freire, Paulo. La educación como práctica de la libertad. México: Ed. Siglo XXl; 2008.

Foucault, Michel. Microfísica del Poder. Madrid: Ed. De la Piqueta; 1992.

Guber, Rosana. La etnografía, método, campo y reflexividad. Bogotá: Ed. Norma; 2001.

Hernández, Luis J., Qué critica la epidemiología crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho, Boletín del observatorio en salud, 2009; 2 (4).

Heymann, D. editor. Control de las enfermedades transmisibles. 18ª ed. Washington: OPS/OMS; 2005.

Imber Black, Evan. Familias y sistemas amplios. Buenos Aires: Ed. Amorrortu; 2000.

Jullien, François. Tratado de la Eficacia. Avellaneda: Ed. Perfil; 1999.

Keeney, Bradford. Estética del cambio. Barcelona: Ed. Paidós; 1994.

Kisnerman, Natalio. Trabajo Social y Salud. Buenos Aires: Humanitas; 1985.

Kush, Rodolfo. América Profunda. (publicación original, 1962). Buenos Aires: Ed. Bonum; 1986.

Laing, Ronald. La voz de la experiencia. Barcelona: Ed. Crítica/Grijalbo; 1983.

Lewin, Kurt. Action research and minority problems. Journal of Social Issues. 1946; 2(4): 34-46.

Lima, Boris. La investigación-Acción. Rev. Acción Crítica. 1988; 23(8):11-16.

Luna, R. y Kroeger, A., compiladores. Atención Primaria en Salud. Principios y Métodos. México: OPS/Universidad de Heidelberg/ Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional/ Editorial Pax; 1989.

Marconi, Juan. Esbozo de modelos de valor epidemiológico para la investigación y la acción en América Latina. En: Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina. Buenos Aires: Ed. Acta; 1970. p.163-179.

Maturana, Humberto. Todo lo dice un observador. En: Gaia. Implicancias de la nueva biología. Barcelona: Ed. Kairós; 1989. p. 63-79.

Maturana, H. y Varela F. De máquinas y seres vivos. Autopoiésis: la organización de lo vivo. (publicación original, 1972). Buenos Aires: Ed. Lumen; 2003.

Matus, Carlos, "Planificación, Libertad y Conflicto", IVE-PLAN, Venezuela, 1985, en Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Herramientas para la planificación y programación local, Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Buenos Aires; 2006.

Merleau-Ponty, M. La Estructura del Comportamiento. (publicación original, 1942). Buenos Aires: Ed. Hachette; 1976.

Merleau-Ponty, M. Fenomenología de la Percepción. (publicación original, 1945). Madrid: Ed. Nacional; 2002.

Ministerio de Salud de la Nación. Direc. de Epidemiología. Dengue. Guía para el equipo de salud. Buenos Aires; 2009. Guía para el Equipo de Salud Nº 2.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Una visión intercultural de la salud. Curso en salud social y comunitaria. Buenos Aires; 2010.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Herramientas para la planificación y programación local, Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Buenos Aires; 2006.

Minuchin, S. y Fishman Ch. Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires: Ed. Paidós; 2004.

Morín, Edgar. El Método. Madrid: Ed. Cátedra; 2009.

Nardone, Giorgio. Breve crónica de la investigación-intervención. En: Miedo, pánico, fobias. La terapia breve. Barcelona: Ed. Herder; 1995. p. 35-38.

Nicolau, Aníbal. La escuela en relación nutritiva con su comunidad. Revista Argentina de Psicología (APBA). 2010; 48: 50-73.

OPS. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington: OPS; 2008.

Paganini, J. La gestión local, la descentralización y los Sistemas Locales de Salud, en Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento; 2008.

Peat, F. David. Sincronicidad. Puente entre mente y materia. Barcelona: Ed. Kairós; 1995.

Romero, Guillermo. Las Mingas. Una antigua tradición argentina. Buenos Aires: Ed. Bases; 1963.

Rose, Geoffrey. La estrategia de la medicina preventiva. Barcelona: Ed. Masson-Salvat Medicina; 1994.

Rose, Geoffrey. Individuos enfermos, poblaciones enfermas. OPS - Boletín Epidemiológico. 1985; 6 (3): 1-8.

Sánchez L., Pérez D., Alfonso L., Castro M., Sánchez L. y Van der Stuyft P. Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue en Cuba. Rev. Panamericana de Salud Pública. 2006: 24 (1).

Savigliano, Marta. Investigación-acción. En: Di Tella, T., Chumbita H. y Gamba S. Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas. Buenos Aires: Ed. Ariel; 2004. p. 337-338

Schön, D. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Ed. Paidós; l992.

Silva da Cunha, Marcela; Castilho Sá, Marilene de. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no territorio. Río de Janeiro: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Ed. Scielo; 2013.

Speck R. y Attneave C. Redes familiares. (publicación original,1973). Buenos Aires: Ed. Amorrortu; 2000.

Toledo-Romaní, M., Baly-Gil, A., Ceballos-Ursula, E., Boelaert, M., Van der Stuyft, P.; Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales. Rev. Salud Pública de México. 2006; 48:1.

Turner, Víctor. El proceso ritual. Madrid: Ed. Taurus; 1988.

Varela, Franciso. Ética y Acción. Santiago de Chile: Dolmen/Granica; 1996.

Watzlawick P., Weakland J. y Fisch R. Cambio. Formación y solución de problemas humanos. Barcelona: Ed. Herder; l995.