

2023

Vivienda y salud : hacia un análisis de las políticas sociales de hábitat y vivienda como parte del derecho a la salud, un estudio sobre la situación de los/as niños/as que atraviesan una internación en la unidad de cuidados intensivos neonatales del HIEMI

Dos Santos, Jimena

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/456>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL
DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO DE TRABAJO SOCIAL**

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

“Vivienda y Salud: hacia un análisis de las Políticas Sociales de hábitat y vivienda como parte del derecho a la salud. Un estudio sobre la situación de los/as niños/as que atraviesan una internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HIEMI”.

Autoras

Dos Santos Jimena Papparini Rosario

**Directora: Mg. Marcela Moleda
Co-director: Lic. Javier Champredonde**

Agradecimientos

Finalizamos esta etapa de formación, que con mucho esfuerzo y perseverancia transitamos donde compartimos situaciones de frustración, burocracia, obstáculos, momentos personales difíciles como así también atravesamos un proceso de gran aprendizaje y reflexión hacia nuestra carrera y nuestro futuro.

Queremos agradecer a nuestras familias, amigos y seres queridos por acompañarnos en este proceso y alentarnos a seguir adelante con nuestro tan anhelado proyecto final.

Finalmente, agradecemos a nuestra directora Marcela, quién aceptó guiarnos y acompañarnos en este proceso, pero además de quien aprendimos durante todo nuestro trayecto formativo; y a nuestro co-director Javier, quien fue nuestro referente y enlace institucional comprometido en el aporte de la experiencia en el campo salud y quien nos ayudó a transitar las dificultades institucionales que se fueron presentando. No queremos dejar de mencionar a Horacio, quien nos inspiró en el inicio del proceso y en la construcción del tema de investigación, y nos brindó el hincapié inicial y el apoyo para realizar esta investigación.

ÍNDICE

Introducción	5
Fundamentación	6
Objetivos	7
Marco teórico.....	8
Capítulo 1: Perspectivas y concepciones en torno al concepto de salud. Recorrido histórico del concepto de salud	8
Salud Pública vs. Medicina Social. Proceso de salud-enfermedad	8
Sistema de salud argentino. Niveles de atención de la salud	16
Concepción de la salud como campo.....	21
Gasto público en salud (¿o enfermedad?)	22
La salud como derecho	24
Capítulo 2: Determinación social de la salud.....	27
Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud	27
Críticas desde la epidemiología crítica.....	30
Paradigmas epidemiológicos. Epidemiología crítica.....	33
Capítulo 3: Vivienda saludable. El derecho a la ciudad y surgimiento de la noción de hábitat vs. habitar.....	42
Principio de vivienda saludable. Propuesta de la OMS/OPS.....	42
Por qué el “Principio de Vivienda Saludable” resulta insuficiente para un abordaje crítico de la problemática de vivienda	44
El concepto de territorio dentro del paradigma de vivienda	49
Aportes de Henri Lefebvre y su paradigma del “Derecho a la ciudad”	50
La vivienda urbana. Una aproximación a la realidad argentina.....	53
Capítulo 4. Políticas sociales: campo en disputa, conceptualización y análisis crítico de su gestión. La instrumentalidad y mediación como técnicas/herramientas del Trabajador Social	57
La política social desde el funcionalismo/positivismo	57
Hacia un análisis más complejo de las P.S., los aportes de la corriente crítica.....	58
La gestión de las P.S: El rol de los actores, el tercer sector y las instituciones	62

El Rol del Trabajador social en relación a las P.S: la instrumentalidad y la mediación.....	65
Capítulo 5: Estrategia metodológica cuali/cuanti, la entrevista y la observación.....	69
Con respecto a la realización de las entrevistas.....	72
Con respecto a la institución	73
Con respecto a la conformación de la muestra.....	74
Presentación y análisis de los resultados	76
Consideraciones finales	101
Bibliografía.....	104
Anexo - Guión de entrevistas.....	113

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final de graduación *“Vivienda y Salud: hacia un análisis de las Políticas Públicas de hábitat y vivienda como parte del derecho a la salud. Un estudio sobre la situación de los/as niños/as que atraviesan una internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HIEMI”* se enmarca dentro de la Licenciatura en Trabajo Social, carrera dictada dentro de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Dicho trabajo se propone realizar una aproximación teórica y práctica a las políticas públicas de Hábitat y Vivienda como parte del derecho a la salud, focalizando este estudio en la situación de los/as niños/as que atraviesan una internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HIEMI.

La elección de esta temática tiene sus primeros antecedentes en la realización de la Práctica de formación académica institucional supervisada realizada en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil . Se fundamenta en la necesidad de ampliar teórica y reflexivamente las prácticas e intervenciones realizadas, profundizando en el trasfondo social y económico que las familias atraviesan.

Frecuentemente, condicionantes sociales y económicos afectan la situación habitacional de las familias al momento del egreso hospitalario y por lo tanto, influyen en su calidad de vida repercutiendo directamente en su salud. En este análisis, se propone visibilizar las relaciones capitalistas de poder que conllevan a esta situación y determinan los modos de vida de los distintos grupos.

La formulación del marco problemático se realiza en torno a las políticas públicas de hábitat y vivienda como parte del derecho a la salud, definiéndose los factores por los cuales esta cuestión se torna como problemática en la actualidad. Asimismo, se enuncian los objetivos que guiarán la investigación.

Por otra parte se describen brevemente los conceptos que formarán parte del marco teórico, entre ellos, el principio de Vivienda Saludable planteado por la Organización Mundial de la Salud y la Determinación Social de la salud desde el Paradigma de la Epidemiología Crítica. Asimismo se precisa qué se entiende como campo de la salud desde la perspectiva de la Salud Colectiva y Social.

Por último, se presentan algunas consideraciones de la estrategia metodológica, abordando la problemática desde una perspectiva cuali/cuantitativa, la cual nos posibilitará estudiarla de manera amplia.

FUNDAMENTACIÓN

Para desarrollar la temática planteada nos posicionamos desde el Paradigma de la Epidemiología Crítica de la determinación social. La misma, entre sus ideas, postula que la pertenencia a una clase social va a determinar e influir los modos de vida de los sujetos. En el caso concreto al que nos referimos, esta determinación se expresa en las posibilidades de acceso a condiciones habitacionales que propicien el ejercicio del derecho a la salud.

Partimos considerando que la vivienda tiene influencia en otras dimensiones de la vida ligadas a ésta como la alimentación, abrigo, protección y acceso a servicios básicos.

Podemos afirmar que al ser los/as niños/as, junto con los/as ancianos/as, la población que suele permanecer un tiempo más prolongado en el hogar, se encuentran más expuestos y vulnerables a la afección de enfermedades producto de las condiciones de la vivienda. De esta manera, la situación se constituye como problemática, al considerar que los/as bebés prematuros/as enfrentan una mayor vulnerabilidad respecto a otros grupos etarios en torno a la influencia que las condiciones habitacionales pueden tener sobre su salud.

Estos niños/as, frecuentemente atraviesan períodos de internación prolongados y muchas veces su egreso hospitalario puede producirse con secuelas. Es por ello que se enfatiza en la importancia de la dimensión vivienda, entendiendo que es necesario que se propicie un espacio seguro que no agrave el cuadro de salud que presenta el niño/a. Asimismo que se procure, a partir de la llegada del nuevo miembro de la familia, una continuidad de la vida cotidiana que no se vea irrupida y desarticulada con constantes reinternaciones.

Consideramos interesante la valoración de los profesionales del sector respecto de esta problemática ya que son actores clave, junto con las familias, en la visibilización y ejecución de planes de acción que den respuesta a las necesidades y demandas planteadas.

Por otro lado, para la realización de estos planes de acción es imprescindible contar con políticas públicas que enmarquen y posibiliten el desarrollo de estrategias vinculadas a la situación habitacional.

Dada la importancia de la variable habitacional en cuanto a su incidencia en la salud, se plantean las siguientes preguntas: ¿Cuál es la concepción del equipo de salud acerca del peso de este determinante? ¿Cuáles son las Políticas Públicas y la asignación de recursos a la problemática?

OBJETIVO GENERAL

- Explorar la relación entre vivienda-salud, en el marco del paradigma de la epidemiología crítica de la determinación social y las Políticas Sociales de vivienda y hábitat referidas a la población objetivo de estudio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar al/la niño/a prematuro que atraviesa una internación en el sector motivo de estudio, Neonatología.
- Realizar aproximaciones teóricas respecto de los condicionantes de la vivienda vinculados a la salud y calidad de vida de los niños/as prematuros/as.
- Investigar la relevancia de la problemática habitacional recuperando las opiniones, criterios y experiencias de los profesionales del sector.
- Indagar sobre las políticas sociales que abordan la problemática habitacional en el medio local.
- Generar aportes a la problematización y cuestionamiento de la mirada tradicional de la política social mediante un análisis crítico de su gestión y ejecución.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Perspectivas y concepciones en torno al concepto de salud

Resumen del capítulo

En este capítulo presentamos el concepto de salud iniciando con un análisis histórico del mismo y sus diferentes connotaciones, recuperando el debate que se da entre el paradigma de la Salud Pública y el movimiento de la Medicina Social. Nos posicionamos desde el enfoque crítico, enfatizando el concepto “proceso salud-enfermedad” como un aporte superior y herramienta fundamental a la hora de abordar las problemáticas sociales actuales. Realizamos un análisis de la estructura del sistema de salud argentino y sus niveles de atención para comprender su composición y funcionamiento en la actualidad.

Finalmente concluimos con aportes en cuanto a la salud como campo, desde la perspectiva crítica de la Salud Colectiva, como derecho y realizamos aproximaciones en relación al gasto público que se realiza en el sector identificando los juegos de poder que se dan en el interior del mismo.

Recorrido histórico del concepto de salud

Históricamente, el concepto de salud ha evolucionado en consonancia con las transformaciones de la sociedad en sus distintas dimensiones: económica, política, cultural, social. Esto ha llevado a que se construyan diferentes concepciones en torno a su significado, dependiendo del momento histórico, el modelo político-económico y la ideología predominante.

Es por ello que resulta difícil arribar a una única y completa definición del concepto de salud, considerando que se encuentra en constante reformulación y cambio. A continuación haremos un breve recorrido histórico por las diferentes concepciones de salud y la influencia de cada época en su interpretación.

Tomaremos como punto de partida la prehistoria, momento en el cual existía un predominio de una mirada mágico-religiosa con respecto al mundo en general y la salud y enfermedad en particular. La salud era entendida como el equilibrio entre las fuerzas espirituales y las del hombre, y la enfermedad como el trastocamiento de esta relación. También se la interpretaba como un castigo de los dioses hacia los comportamientos de los

humanos, hacia aquellos que eran considerados transgresores de las normas divinas. Aquellos hechos o características fuera de lo “normal” se percibían como sobrenaturales. No existía un tratamiento para la misma como hoy lo entendemos, sino que se intentaba volver a la armonía en la relación con los dioses mediante ritos, exorcismos y magia.

Adentrándonos en la Edad Antigua empiezan a bosquejar las primeras miradas más racionales hacia la salud y enfermedad. Se comienza a analizar y tener en cuenta la relación del hombre con la naturaleza y con el medio que lo rodea, haciendo hincapié en el equilibrio en esta relación. Es Hipócrates quien le da origen a la medicina como un saber técnico y científico a la vez que desarrolla la “doctrina de los humores”, en la cual deja asentada la importancia de buscar las causas naturales de las enfermedades. La misma se basaba en la existencia de cuatro componentes en el cuerpo humano (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra), de cuya interacción depende el proceso de salud-enfermedad. Es decir, que la salud sería el estado en el cual estos elementos están mezclados de manera uniforme y en igual medida, mientras que la enfermedad surgía cuando alguno de estos elementos se encontraba en exceso o escasez. Las intervenciones en lo social se dirigen hacia la higiene tanto personal como pública. Se priorizan acciones en lo referente a la prevención, a las condiciones de vida y ambientales que repercuten en el proceso salud- enfermedad.

En la Edad Media se produce un desplazamiento de los conocimientos alcanzados anteriormente, hay un fuerte componente de corte religioso, y específicamente del cristianismo, que marca la concepción y la forma de intervenir en el proceso de salud-enfermedad. Se retorna a la idea de la divinidad como lo supremo de la sociedad. Todo lo referido a la salud y la enfermedad es entendido como un designio de Dios y pasa a ser función de los sacerdotes su tratamiento. Con el tiempo los sacerdotes van cediendo sus funciones terapéuticas a personas que cumplan específicamente la labor de atender las enfermedades. A medida que éstos desarrollan sus intervenciones, se van alejando de la doctrina con la que se venía abordando la enfermedad y se produce en esta época una fuerte persecución hacia ellos, quienes son tildados de brujos y rechazados por una sociedad sesgada por la religión.

A partir de los cambios que se producen con el desarrollo la Modernidad (siglos XVIII y XIX) y la nueva forma de producción que se consolida en el orden mundial, comienza a reconocerse un nuevo grupo de enfermedades, relacionadas a las circunstancias laborales de los trabajadores obreros. Es así que se avanza en el análisis e investigación de las enfermedades ocupacionales.

El Estado comienza a cobrar importancia como actor para controlar y velar por la vida y salud de la población, entre otras cuestiones, lo cual requiere tomar una posición política. Esto permite que se comience a hablar y desarrollar de manera incipiente el concepto de Salud Pública, la cual se plantea, en esta etapa, la tarea de estudiar las condiciones sociales que producen enfermedad y de esta manera proponer medidas preventivas a nivel social. Ya la salud no se basa en la idea de un individuo enfermo responsable de su situación, sino que se empieza a incorporar la concepción de la salud a nivel comunitario y colectivo.

A partir del s. XIX se consolida y desarrolla plenamente el positivismo en todos los órdenes de la vida social, cuestión a la que no son ajenas las ciencias. En lo que concierne al área de salud, se establece como hegemónico el Modelo Biomédico (o también conocido como Modelo Médico Hegemónico) como Modelo de Salud Pública, ya que se lo considera como aquel capaz de curar y tratar las enfermedades de forma eficaz.

El modelo se basa en la enfermedad, y todos sus esfuerzos se dirigen a ella, a analizarla, estudiarla y tratarla, por lo tanto la concepción de salud queda relegada, y solo se la define en oposición a ella. Sus características se resumen en el individualismo, la ahistoricidad y asociabilidad al no tener en cuenta en los análisis el contexto social y económico de la población. La enfermedad es entendida como un proceso natural, el cual toma su curso de forma uniforme en todos los individuos excluyendo así procesos históricos, culturales e ideológicos.

De la misma manera, comienza a posicionarse en el centro de este modelo el método y la objetividad científica. Con el descubrimiento de bacterias y medicamentos se dio un paso importante hacia la cura de enfermedades bacterianas, lo que permitió desarrollar el enfoque de la unicausalidad, un modelo causal simple que atribuye una causa a la enfermedad, dejando por fuera múltiples análisis sobre otras dimensiones que influyen en esa situación. Con esto se contribuyó a considerar la enfermedad como un problema del ámbito individual, sobre el cual cada persona es responsable.

Hacia principios del s. XX, este modelo comienza sufrir críticas, en las cuales se remarcan sus limitaciones para afrontar y desarrollar nuevos problemas de salud a la vez que comienzan a surgir avances en otras ciencias.

De esta forma, se analiza con más detenimiento la concepción biológica de la salud y se comienza a considerar la Multicausalidad como modelo epidemiológico para estudiar la salud y enfermedad, se ponderan además de los aspectos puramente biológicos (individuales) aquellas circunstancias de la vida humana que también tienen influencia (sociales).

A continuación nos situamos a mediados del s. XX con un hito que marca el redireccionamiento del estudio y definición de la salud y enfermedad. Nos referimos a la definición de la Salud brindada por la OMS en 1948 como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad.” Esta concepción abre paso a que se incorporen otros dos factores al analizar la enfermedad y no sólo lo biológico (físico).

A finales del s. XX y principios del XXI, con la llegada y desarrollo del Neoliberalismo, y la consecuente regulación y ajuste del Estado, se restringe el derecho y acceso a la salud para gran parte de la población, sobre todo aquella más vulnerable.

Ante esta situación en los años siguientes la Organización Mundial de la Salud, a través de las conferencias que se detallan a continuación, intenta dar una respuesta a las nuevas problemáticas de salud y la inequidad al acceso al sistema.

La Conferencia de Alma Ata, celebrada en 1978 en Kazajistán, la cual desarrolla premisas sobre la Atención Primaria de la Salud, fue promovida por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF y participaron de ella 134 países. El resultado final es la Declaración de Alma Ata, la cual bajo el lema de “Salud para todos para el año 2000” propone poner en el centro de la escena la necesidad de fortalecer y darle protagonismo a la estrategia de atención primaria de la salud. Entre sus principales conclusiones encontramos:

- ❖ Pone en evidencia la existencia de desigualdades estructurales entre países desarrollados y subdesarrollados y dentro de las naciones también.
- ❖ Caracterización de los determinantes sociales de la salud como factores que crean desigualdad.
- ❖ Señala la ineficacia de los modelos y sistemas de atención de la salud a la vez que propone una reorganización estructural y de asignación de recursos. Es aquí donde se propone la diferenciación por niveles.
- ❖ Reconoce la falta de participación del pueblo y los actores sociales en la planificación de salud.
- ❖ Pondera a diferentes trabajadores de la salud como actores principales, más allá de los médicos: enfermeras/os, auxiliares, parteras, trabajadores de la comunidad.

A partir de estas cuestiones, define la APS como el primer acercamiento entre la comunidad y el sistema de salud. Por cuanto entiende que

“Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el

primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”
(OMS,1978, p.1)

Si bien algunas de estas propuestas resultaron positivas para el abordaje de la salud desde la estrategia de APS, también fueron malinterpretadas y reformuladas por los estados y en la práctica no se pudo dar ese avance hacia la salud para todos que se proponía. La vigencia del capitalismo como forma de producción preponderante en el orden mundial, no permitió el progreso de esta visión superadora de salud, y continuó considerándola una mercancía, por lo tanto, su inversión se focalizó en el aspecto curativo de rentabilidad. Esto provocó, como desarrollaremos más adelante, el progresivo deterioro de la APS, con una atención precarizada que se focaliza en lo inmediato sin poder brindar a la persona un abordaje integral para la problemática planteada.

En el año 1986 la OMS se reúne en Canadá y elabora la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En la misma se puede ver un intento de ampliar la concepción de salud, incluyendo factores intervinientes en el proceso, intentando dar cuenta de una respuesta ante la ineficacia del modelo de la Salud Pública llevado a cabo hasta el momento. A continuación señalamos algunos de sus puntos más relevantes que la OMS recomienda a los Estados:

- La salud debe ser entendida como un concepto positivo.
- Es necesario atender dimensiones de la vida como: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad, no solo reducir la acción a lo sanitario.
- Los factores políticos, sociales y económicos influyen en la salud, por lo tanto se exige que estos sean favorables para lograr la promoción de la salud.
- Se debe lograr el mayor grado de equidad en el acceso a información, servicios y recursos.
- Se promueve la creación de ambientes saludables.
- Se hace un fuerte hincapié en la capacitación y refuerzo de las comunidades, de los propios ciudadanos como promotores de la salud, como protagonistas de su propia situación, “para que se mantengan en buen estado de salud” por su propia cuenta, promoviendo la idea de independencia de los mismos.

Este documento ha recibido diversas críticas por su poca claridad, por ejemplo al hacer mención a “ambientes saludables” o a “lograr una mayor equidad”. Estos enunciados, sin una propuesta específica, una política social de calidad que pueda avanzar en los objetivos planteados se vacían de contenido pasando a ser simples utopías. Se visualiza también un ingenuo (en lo aparente) traspaso de

responsabilidades que corresponden principalmente al Estado, hacia las comunidades a través de la promoción de conductas saludables de cada individuo. Asimismo se iguala en un mismo grado de acción y responsabilidad a individuos, comunidades, profesionales de la salud, instituciones y gobiernos. De forma literal se enuncia y promueve que

“La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.” (OMS, 1986, p.3)

Por otro lado, a lo largo de su lectura podemos ver que la OMS no hace ninguna mención crítica hacia las estructuras, las bases sociales que producen las desigualdades que dicen querer erradicar. Solo se aboca a nombrar al capitalismo como un factor en juego sin proponer un cambio de los sistemas políticos y económicos a nivel global.

A partir de los avances de esta última propuesta de la OMS, los análisis e intervenciones comienzan a incorporar una perspectiva de Derechos Humanos con respecto al abordaje de los problemas de salud y enfermedad. Comienzan a presentarse más frecuentemente enfermedades crónicas y de padecimiento mental en la sociedad, con lo cual se replantea la visión individual con la que hasta el momento se estudiaba y entendía la enfermedad para comenzar a incorporar e investigar sobre aquellas dimensiones vinculadas a lo social intervinientes, tales como condiciones de vida, desigualdades en el acceso a diferentes servicios y/o derechos, condiciones de trabajo, factores político-económicos en general. Todas estas circunstancias no están sujetas a las decisiones individuales y por lo tanto no son responsabilidad de la persona ni se consideran dentro de la esfera biofísica.

Es en este punto donde se comienza a hablar de la multidimensionalidad, multideterminación y complejidad que caracteriza al proceso de salud y enfermedad.

Salud Pública vs. Medicina Social. Proceso de salud-enfermedad

En este apartado, nos interesa remarcar y caracterizar dos movimientos que han tenido una gran influencia en la concepción del proceso salud-enfermedad. Nos referimos al paradigma de la Salud Pública y al movimiento de la Medicina Social/Salud Colectiva a la cual adscribimos en la presente investigación.

La Salud Pública surge en América Latina con el inicio del desarrollismo, uno de sus postulados principales era que el desarrollo macroeconómico iba a traer aparejado un mejoramiento en la salud y calidad de vida de la población.

Esta corriente analiza a la sociedad como una suma de individuos pasibles de ser estudiados a partir de características individuales y clasificados por nivel de ingresos, nivel de educación, empleo, edad o sexo. A través de estos indicadores intentan dar cuenta de las condiciones sociales de la población, pero sin ahondar en la estructura social que determina los modos de vida de las clases sociales.

Se considera a la enfermedad a través del modelo monocausal o en el mejor de los casos, a través de la multicausalidad, sin tener en cuenta en ninguna de las instancias al proceso social o a la condición de clase de la población estudiada. Los paradigmas imperantes en este momento se basaban en la triada ecológica de Leavell y Clark¹ y en las redes de multicausalidad desarrollada por Mac Mahon².

Existía una gran oferta en cuanto a establecimientos y tratamientos en salud, pero no así una posibilidad homogénea para toda la población de acceder a ellos. Se visualiza así un reflejo de la desigualdad presente en la sociedad.

Hacia principios de los '70 se acrecienta el surgimiento de enfermedades crónicas y degenerativas, accidentes de trabajo y problemáticas complejas como la desnutrición. Estos resultados dejaron en evidencia la limitada concepción de salud y la baja capacidad para afrontar los procesos de salud/enfermedad, así como también las problemáticas sociales que surgieron en este momento histórico.

A finales de la década comienza a gestarse en América Latina un movimiento social e intelectual denominado Medicina Social y Salud Colectiva (en adelante MS/SC), el cual emerge a partir de la crisis del paradigma de la Salud Pública.

Esta corriente desarrolla entre sus conceptos principales, el proceso salud-enfermedad- atención (en adelante PSEA), la determinación social de la salud, la Atención Primaria de la Salud, las condiciones materiales de vida. Sus principales exponentes son Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Eduardo Menendez, Jose Carlos Escudero, Hugo Spinelli, Celia Iriart, Ivan Ase, entre otros.

Comienza a cuestionarse el concepto de salud en su carácter estático y ahistórico, se plantea que la misma no refiere unívocamente a lo psicofísico, sino que además, es

¹ La triada ecológica se conforma por tres componentes: Huésped, Agente, Ambiente, los cuales interactúan de manera equilibrada, pudiendo derivar en una enfermedad. La misma atraviesa tres estadios: el período prepatogénico, el período patogénico y el período postpatogénico.

² En esta teoría cobra importancia el concepto de factores de riesgo y la red de causalidades para explicar el surgimiento de la enfermedad, haciendo énfasis en las características individuales de la persona.

necesario considerarlo como parte de los procesos sociales y los cambios que en ellos se producen de acuerdo a los contextos y coyunturas históricas.

Desde la perspectiva asumida en este trabajo, adherimos a la MS/SC al definir a la salud como un proceso y no simplemente como un “estado”. Ya no se conciben a la salud y enfermedad como términos enfrentados, contradictorios, independientes o incluso como etapas diferenciadas sino que se los considera parte de un todo, un complejo interrelacionado y dinámico, donde toma relevancia el marco cultural, los valores y las representaciones así como la vivencia subjetiva que cada persona construye en torno a su situación de salud.

Siguiendo a Iriart et al.

“La medicina social conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica. La epidemiología crítica estudia el proceso salud-enfermedad en el contexto social, considerando los efectos de los cambios de las condiciones sociales a lo largo del tiempo. El perfil epidemiológico de un colectivo social o institucional en una determinada sociedad requiere un análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tales como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la marginalización y la participación política, se organizan históricamente en distintos modos de vida característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder, y determinan un acceso diferencial a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas, estableciendo la dinámica del proceso salud-enfermedad.” (Iriart et al., 2002, p. 131)

Podemos definir al proceso salud-enfermedad como un movimiento incesante por el cual atraviesan los sujetos a lo largo de toda su vida. Consideramos que está fuertemente determinado por las condiciones materiales de vida, las cuales delimitan a través de las aristas económicas, políticas y sociales, las características que va a tener este proceso, como así también las posibilidades de acceso diferenciales a recursos de salud, instituciones y saberes.

De esta manera remarcamos la importancia y vigencia de este paradigma para estudiar e intervenir en las problemáticas actuales. Desde una impronta crítica surgió para cuestionar todo aquello que hasta el momento se naturalizaba y que sostenía una visión epistemológica, que si bien aparentaba transformarse, ocultaba los nexos presentes entre la estructura social y salud.

“[...] la corriente de pensamiento de la ms/sc amplió este horizonte al objeto salud como campo disciplinar complejo donde los objetos, saberes y prácticas son abordados desde distintos paradigmas o perspectivas epistémicas. De esta forma, el objeto de la ms/sc son las necesidades sociales de salud de los grupos poblacionales y no simplemente los problemas de salud que se limitan a riesgos, agravios, enfermedades y muertes.” (Casallas, 2017, p.399)

También nos interesa señalar que el campo de la salud es, como lo ha sido históricamente, un espacio de luchas y contradicciones entre distintas perspectivas y corrientes de pensamiento. Es por esto que aún hoy el Modelo Médico Hegemónico, a pesar de todos los avances e investigaciones que han permitido determinar su ineficacia e insuficiencia, sigue teniendo peso en las instituciones de salud, en las prácticas y en la academia. Consideramos que esto puede atribuirse a varios motivos, pero sin lugar a dudas uno de los principales tiene que ver con su funcionalidad dentro del sistema capitalista.

Sistema de salud argentino. Niveles de atención de la salud

Como hemos desarrollado hasta el momento, el concepto de salud va mutando en consonancia con los momentos históricos y las formas de Estado que se adoptan. Por otro lado, también va mutando la forma de atención y la prioridad que se le da a ciertos problemas de salud o enfermedad en estrecha relación a la situación económica, política y cultural que se esté atravesando.

Con este apartado, aunque presentado de modo sintético queremos contribuir al análisis y descripción del actual Sistema de Salud Argentino, entendiendo el contexto en el cual surge, marcando sus rasgos más significativos.

En el auge del Estado liberal, las cuestiones referidas a la salud se consideraban como asunto privado y no público por lo que no se tomaba ninguna medida ni se promovían políticas para atenderla, por el contrario, se intentaba controlar que la enfermedad no se expandiera al resto de la sociedad. Estamos hablando de la etapa higienista en lo referido a la atención de la salud, con principal influencia del positivismo, donde el esfuerzo se centraba en aislar a los individuos enfermos antes que prevenir las enfermedades. Toda acción en favor de la salud, estaba a cargo de la Sociedad de Beneficencia, como un acto de caridad pero no como iniciativa del Estado.

Otro hito histórico que permite entender el desarrollo del sistema de salud, se relaciona con la creación del Seguro Social primero en manos de Bismarck³, que va tomando diferentes connotaciones de acuerdo a como lo va adecuando cada nación. En nuestro país, surgió en un primer momento como un mutualismo, una asociación para ayuda mutua entre grupos sociales con distintas características que los unía: inmigrantes, grupos religiosos, ramas de actividad laboral. Este seguro voluntario y colaborativo fue ganando espacio y, en conjunto con la demanda social por el derecho a la salud, es que se logra su incorporación como parte del deber del Estado.

Podemos remontar los orígenes de la salud pública como hoy la conocemos, como cuestión de interés del Estado, y por ende parte y componente fundamental del Sistema de Salud Argentino al año 1946 con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social a cargo del Dr. Ramón Carrillo, que luego adquiere el rango de Ministerio en 1949 a la vez que se incorporan diferentes artículos relacionados a la Salud como derecho en la Constitución Nacional.

Queremos destacar en este punto algunas de las acciones del gran sanitarista argentino defensor de la Medicina Social, que fueron la base ideológica y teórica del desarrollo de la Salud Pública en la época. La tarea del Dr. Carrillo se centró en políticas de tipo preventivo-social, grandes campañas de vacunación, educación sanitaria, perfeccionamiento del personal de salud, creación de nuevos centros de atención sanitaria y hospitales públicos, así como acondicionamiento de aquellos hospitales existentes con necesidad de reformas.

³ En 1883 el canciller alemán Otto von Bismarck introduce el seguro social como forma de protección obligatoria para motivos de enfermedades y accidentes de trabajo, invalidez, vejez y maternidad. Hasta el momento, si el obrero sufría algún accidente en su lugar de trabajo, era él mismo quien debía hacerse cargo de la atención médica ya que los patrones lo consideraban como una "pérdida" dentro de los costos del proceso productivo. Esta protección social sería financiada de forma tripartita por el Estado, los empleadores y los trabajadores.

Lo desarrollado hasta el momento nos permite entender la incipiente heterogeneidad de prestaciones dentro del Sistema de Salud, el cual nunca logró la integración y unidad esperada, lo que demuestra que tampoco se ha logrado la integración a nivel social. Una parte de los ciudadanos es alcanzada por el seguro social gracias a su incorporación al mercado formal de trabajo, mientras la otra parte generalmente, por razones de no pertenecer al mercado formal de la economía, se atiende en el sector público de la salud, garantizado primordialmente, por el Estado y las organizaciones sociales. A esto hay que sumarle la parte restante de la población que además de poder atenderse por estas dos agencias, contribuye a una empresa privada de medicina prepaga. Sin embargo, como ya veremos a continuación, todos estos sistemas están profundamente entrelazados y conectados, ya que generalmente se produce una frecuente reciprocidad y correlación de agentes, profesionales y usuarios.

El sistema de salud argentino está caracterizado por una gran fragmentación, descentralización y heterogeneidad de prestaciones. No existe una distribución equitativa en cuanto a la cobertura de salud, se observa una ineficacia en el uso de los limitados recursos debido a la cantidad de jurisdicciones, sectores y niveles. Podemos afirmar que “Los indicadores sanitarios del país se corresponden con sus características, existe una superposición epidemiológica entre enfermedades del desarrollo y de la pobreza, y fuertes disparidades entre clases sociales, zonas del país o grupos poblacionales dentro de una misma zona. Presenta un perfil epidemiológico mixto en el que las principales causas de muerte son tumorales o cardiovasculares, pero en el que las transmisibles ocupan el tercer lugar.” (Stolkiner, 2009, p.5)

El mismo está conformado por tres subsectores:

- Subsector Público: lo integran el Gobierno Nacional, las 23 provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios. En su infraestructura se compone de Hospitales Públicos de diferentes complejidades y los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud). En dichas instituciones se presta atención gratuita a todo ciudadano que así lo requiera, inclusive a aquella población que posea cobertura de los demás subsectores.

Los principales actores son:

- ❑ El Gobierno Nacional, el cual debe garantizar la salud y el bienestar de la población como un deber constitucional.
- ❑ Consejo Federal de Salud (COFESA): Coordina acciones y decisiones entre las autoridades del gobierno nacional y los gobiernos provinciales, de las cuales surgen los principales planes y proyectos en materia de salud.

- ❑ Los Gobiernos Provinciales: tienen responsabilidad primaria en cuanto al sistema público de servicios de salud.

A su vez está conformado por tres niveles de atención.

Primer Nivel: su principal función es la de prevención y promoción de la salud, adaptando los servicios brindados a la comunidad en donde se insertan. Se procura su accesibilidad a la población a través de la presencia de Centros de Atención Primaria de la salud, Dispensarios, Salas de Primeros Auxilios y Unidades Sanitarias a lo largo de todo el territorio. Este nivel está a cargo de cada municipio y se caracteriza por su baja complejidad.

Segundo Nivel: su accionar se materializa en los Hospitales Generales, en los cuales se brinda atención a aquellas situaciones que requieran una internación, atención de urgencias o consultas más complejas que no pueden atenderse en el Primer Nivel. Se caracteriza por una mediana complejidad. Se promueven relaciones de referencia y contrarreferencia⁴ entre este nivel y el primero para lograr una mayor coordinación en las acciones y para procurar el seguimiento de la situación de salud de las persona que acuden a las instituciones.

Tercer Nivel: la complejidad de este nivel es alta, cuenta con recursos tecnológicos avanzados y se reserva para aquellas situaciones de salud que necesitan de una atención aún más específica y especializada. En estos establecimientos, además se desarrollan las funciones de docencia e investigación, favoreciendo la formación y especialización de recursos humanos.

- Subsector de las Obras Sociales (OS): está conformado por entidades que brindan atención a trabajadores de la economía formal y sus familias, como así también a trabajadores del Estado. Existen entidades específicas de cada jurisdicción provincial y otras que son nacionales, las mismas se dividen por tipo de actividad económica. También forma parte de este segmento el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados que a través del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) brinda atención a la población pasiva del sistema nacional de

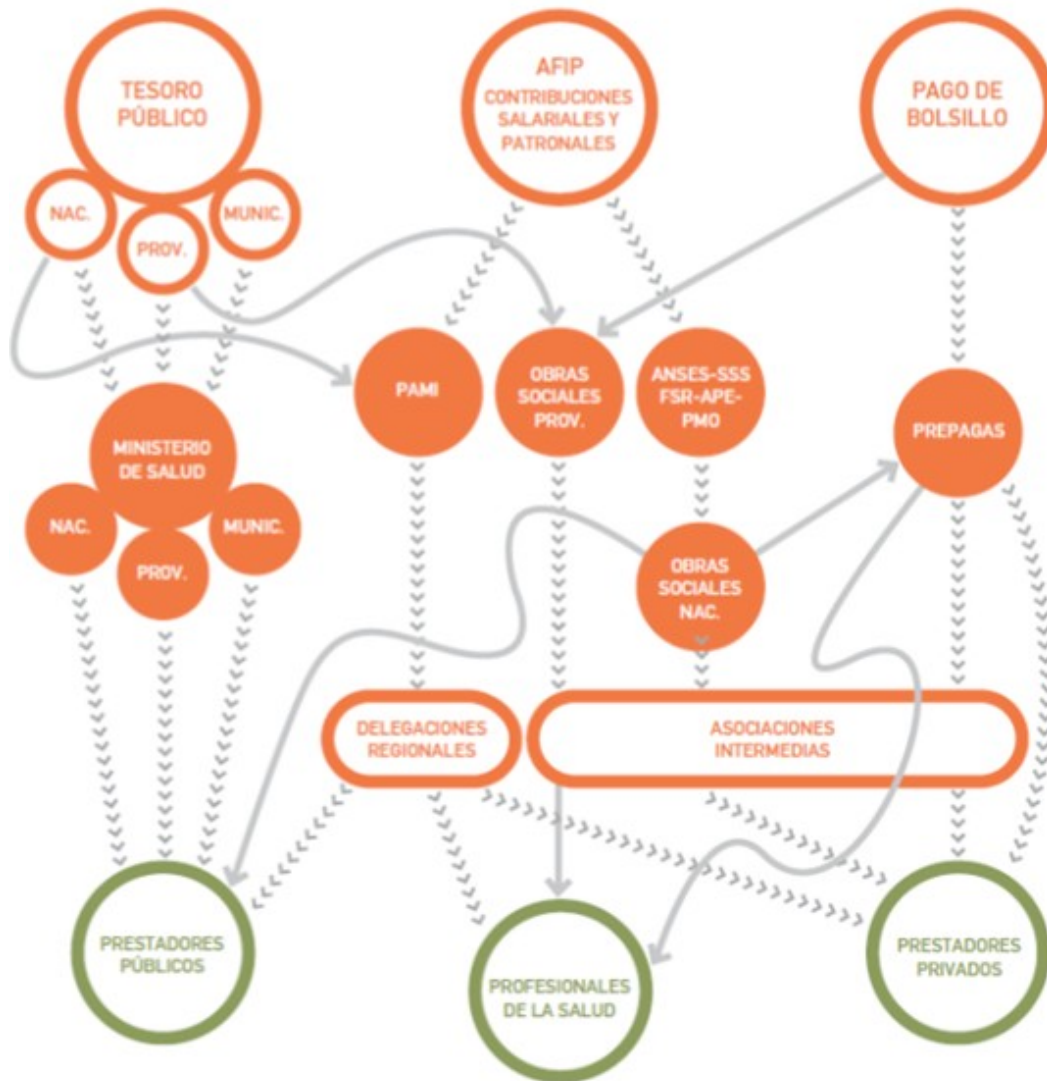
⁴ La referencia es el proceso mediante el cual un establecimiento transfiere la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente a otro que pertenece a un nivel superior de complejidad para su adecuado tratamiento o diagnóstico que se requiera en cada situación en particular. La contrarreferencia es aquel momento en el que una vez finalizados los estudios o tratamientos correspondientes que originaron la derivación, el establecimiento de mayor complejidad devuelve la responsabilidad al referente (el de origen) para que el mismo continúe con las tareas de seguimiento y control de la situación de salud del paciente.

previsión. La financiación se da principalmente a través de los aportes patronales que realizan las empresas o los estados provinciales, según se trate de empleo privado o público . Las diferentes obras sociales contratan servicios del sector privado de la salud, estableciendo así una estrecha relación de tipo económica entre estos dos subsectores.

- Subsector privado: lo integran los profesionales que brindan atención médica de forma particular a la población que así lo requiera, los establecimientos como clínicas de internación, sanatorios, centros de diagnóstico e institutos especializados que son contratados por las OS y las empresas que se constituyen en Entidades Prestatarias de Medicina Privada. Finalmente, también se incluyen las cooperativas o mutuales de salud que no poseen el funcionamiento de una OS pero tampoco se presentan como prepagas, y que ofrecen planes de salud arancelados.

Las obras Sociales y prestadores de medicina prepaga, tienen la obligación de prestar en todos sus planes y niveles, los servicios y atención detallada en el Programa Médico Obligatorio (P.M.O), el cual incluye entre otras prestaciones, planes materno infantil, servicio de odontología, atención en salud mental, internaciones, rehabilitación, salud sexual y reproductiva, medicamentos, consumo problemático, VIH/SIDA.

En cuanto a la financiación económica del Sistema, también encontramos aportes de diferentes sectores y jurisdicciones, tanto privados como públicos. En el siguiente cuadro podemos ver la distribución de recursos y cómo se organiza cada sector en base a ello.



Fuente: Desafíos del Sistema de Salud Argentino. Daniel Maceira

Concepción de la salud como campo

La idea de entender la salud como un sistema nos lleva a pensar en partes, sectores, componentes de un todo dividido. Esta es una visión reducida y simplificada de abordarla y estudiarla en pos de apreciar su complejidad. Por este motivo, se introduce el concepto de campo para reemplazar al de sistema.

Hugo Spinelli es el principal autor y defensor de esta forma de concebir la salud como campo. Toma aportes de Bourdieu y lo define como una red interrelacionada y conectada con ciertos capitales en juego: económico (el principal y más disputado), social, cultural y simbólico. En este campo interactúan diferentes agentes y actores que luchan por

apropiarse de esos capitales, lo que dará como resultado la definición de su posición dentro del campo.

Spinelli define al campo de la salud de la siguiente manera

“El campo de la salud -tanto en Argentina como en otros países-, se caracteriza por la complejidad, producto de la combinación de la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la corrupción -macro y micro-; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación de la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas.” (Spinelli, 2010, p. 276)

En el marco de este trabajo, adherimos a este enfoque ya que nos permitirá una aproximación crítica, no sólo para analizar el sector, sino también para buscar la estrategia de intervención que resulte más adecuada a la situación problemática que se nos plantee.

Gasto público en salud (¿o en enfermedad?)

Históricamente, el gasto público en salud corresponde al 10% del PBI aproximadamente, sin embargo, los resultados de semejante asignación de recursos no son compatibles ni evidenciables. Esto corresponde a que el mal llamado gasto en salud realmente se traduce en un “gasto en enfermedad”. La mayor parte de los recursos que se asignan al sector son utilizados en acciones de tipo curativas más que preventivas.

No existe en este campo un fondo común, universal que pueda ser distribuido de forma equitativa a todos los sectores que lo componen, por el contrario encontramos aportes diversificados tanto del sector público como privado. Coexisten agentes que buscan la ventaja económica dentro del campo por lo que se abocan a tareas de alta rentabilidad como lo son la innovación tecnológica, la industria farmacológica y el desarrollo de laboratorios. Todas estas acciones están dedicadas en un 100% a la búsqueda de estrategias curativas y de diagnóstico, es decir se aboca a la enfermedad.

Por otro lado, encontramos que las acciones que requieren más inversión, que trabajan en pos de generar salud, como las campañas de prevención, educación sanitaria y

la medicina comunitaria terminan siendo la de menor rentabilidad económica dentro del campo.

En este sentido Daniel Maceira expresa lo siguiente

“[...]la falta de un fondo universal como consecuencia de la descentralización (a nivel geográfico) y de la segmentación (entre grupos sociales), acota la posibilidad de brindar una cobertura homogénea asociada con equidad horizontal en la asignación de recursos de salud. [...]Asimismo, la atención curativa predomina en los quintiles más pobres, lo que refuerza la idea que asocia nivel de ingreso con capacidad de acceso al sistema de salud, y escasa posibilidad de prevención de los hogares sin cobertura formal, lo que los lleva a actuar sobre la enfermedad.” (Maceira, 2011, p.66)

De esta manera, las familias y sectores de menores ingresos quedan a cargo de la cobertura que brinda el Estado, la cual no siempre es satisfactoria. En palabras de Spinelli (2010) es una medicina pobre para pobres que se esconde bajo el estandarte de ser progresista cuando en realidad suele ser de baja calidad. Estamos hablando de la Atención Primaria de la Salud como estrategia del Estado para alcanzar a aquellos grupos sociales no cubiertos por la seguridad social ni la medicina prepaga. Con ello no queremos quitarle valor a la APS, ya que consideramos que puede ser una herramienta fundamental en la tarea de trabajar y fomentar salud con una buena gestión y asignación de recursos.

Asimismo, queremos hacer una mención especial al fenómeno de solidaridad invertida que se da dentro del campo, en el que muchas veces lo público (el Estado) termina financiando lo privado (OS y medicina prepaga). Esto se da así debido a que gran parte de las urgencias se atienden en las guardias de Hospitales Públicos, sin discriminar si son personas con o sin cobertura médica, lo que da la sensación de que el pobre financia al rico.

Por último, siguiendo esta lógica de rentabilidad económica en el campo, vemos como reiteradas veces las obras sociales y medicina prepaga encuentran la forma de desligarse y no comprometerse con aquellas personas que padecen algún tipo de enfermedad crónica o que requiera un tratamiento costoso y que no cuenten con los recursos económicos para pagarlo; financiando finalmente el Estado estos procedimientos pese a no ser quien originalmente presta los servicios, ya que estos resultan propiedad de los grupos con alta concentración de capital privado.

La salud como derecho

Como cierre de este apartado, vamos a analizar la salud como derecho a partir de garantías constitucionales y adhesión a los principales tratados y convenciones internacionales.

La OMS lo declara como un derecho humano fundamental que debe ser alcanzado en su plenitud por todos los sujetos miembros de la sociedad. Remarca la importancia, para llegar a este ideal, del papel que juegan los gobiernos para crear las condiciones necesarias para que esto así sea, “mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” (OMS, 2006, p.1).

En nuestra Constitución Nacional hasta el año 1994 no se hacía ninguna mención específica en cuanto al derecho a la salud, sólo se lo podía entender relacionado al derecho a la vida, a partir del artículo 33 en el cual se hacía referencia a los derechos no enumerados.

A partir de la Reforma Constitucional de 1994 se incorporan los artículos 41, 42, 75 inciso 18 y 19 que se relacionan con el derecho a la salud, aunque no lo nombren de forma explícita.

El artículo con mayor relevancia, el cual nos interesa destacar es el Art. 75, que en su inciso 22 pasa a jerarquizar como constitucionales a diferentes tratados y pactos internacionales, muchos de los cuales sí califican de forma explícita a la salud como un derecho⁵.

Uno de los más relevantes es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, sobre el cual se ha realizado una Observación General en el año 2000 en donde el Consejo Económico y Social amplía sus conceptos y conclusiones con respecto al derecho a la salud, podemos sintetizarlos en algunos puntos:

- La salud es un derecho humano fundamental indispensable para el cumplimiento de los demás derechos.
- Es necesario desarrollar políticas y programas de salud para contribuir al cumplimiento de este derecho humano

⁵ La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño.

- Es un derecho íntimamente relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos, como: la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la dignidad humana, la vida, la no discriminación, la igualdad, no ser sometido a torturas, la vida privada, el acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.
- Es necesario atender a diferentes condiciones sanitarias y sociales para garantizar el derecho a la salud como: la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

Además de la presencia en la Carta Magna, el derecho a la salud está consagrado en las Constituciones Provinciales. En el caso de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires lo vemos reflejado en el artículo 8:

“La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la *salud* en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxicodependientes.” (Constitución de la Provincia de Buenos Aires, 1994, art. 8)

El enunciado del derecho a la salud, esconde bajo su premisa, un alto nivel de complejidad. Por un lado, cuando hablamos de derecho a la salud, tenemos que contemplar que parte de ese derecho corresponde a la no medicalización de la vida. Aún actualmente dentro del campo de la salud, y a pesar de las luchas y batallas ganadas, sigue habiendo un componente íntimamente ligado a la visión de la salud como mercancía y el poder económico dominante que puja dentro del campo.

Por otro lado, cuando hablamos del derecho a la salud solo lo estamos nombrando, señalando. Acceder a este derecho implicaría poder acceder a la justicia y que esta garantice el tratamiento efectivo necesario en los casos en que el Estado no esté brindando la respuesta acorde a la satisfacción del derecho. Como sabemos, el acceso a la justicia no suele ser equitativo ni en las mismas condiciones para todos, y son justamente los grupos económicamente desfavorecidos los que más luchan sobre ello. Asimismo, en caso que se dé el acceso a la justicia, siempre va a estar limitado y condicionado por los tiempos judiciales, lo cuales muchas veces generan sentimientos de desaliento, desesperanza e incredulidad en el sistema judicial.

Como cierre de este apartado, requiere una importante mención el vacío legal y jurídico en cuanto a aquellas situaciones que no amenazan directamente a la salud pero se relacionan con la calidad de vida y goce de salud, como lo es la problemática abordada en

la presente investigación y se relaciona al acceso a la vivienda y a condiciones de vivienda que propicien el desarrollo de la vida cotidiana de sus habitantes.

Capítulo 2: Determinación social de la salud

Resumen del capítulo

En el presente capítulo abordaremos dos miradas acerca de la salud, pero de manera más específica en lo relativo a su determinación social. Si bien son numerosos los paradigmas que analizan esta cuestión, nos centraremos en la posición de la OMS con su concepto de “determinantes sociales” por un lado y la posición de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, y del autor Jaime Breilh en particular con su concepto de “determinación social de la salud”

En un primer momento explicaremos la perspectiva de la OMS reflejada a través de su informe *“Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.”*

A continuación analizaremos las críticas realizadas desde la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, para irnos introduciendo de esta forma en la perspectiva de la determinación social de la salud.

Finalmente nos aproximamos a la teoría del autor Jaime Breilh acerca de la determinación de la salud, presentando y explicando sus principales aportes.

Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

Como antecedentes a la creación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud en la OMS, encontramos la Declaración de Yakarta (1997) y la Carta de Bangkok (2005). No nos centralizaremos en su desarrollo ya que estas declaraciones refuerzan las temáticas, objetivos y metas planteadas en reuniones anteriores como son Alma Ata y Ottawa, focalizándose en el análisis de los determinantes sociales de la salud. Los tópicos en discusión son la promoción de la salud, la salud como derecho, los factores determinantes de la salud, las políticas para enfrentar los determinantes sociales, el impacto de la globalización en las cuestiones de salud, la salud pública, entre otros.

Ante la situación progresiva y creciente, cada vez más evidente, de la influencia de las circunstancias sociales en la salud y su innegable relación, la OMS bajo la dirección general del Dr. Jong-Wook Lee, crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (en adelante CDSS), una delegación mundial conformada por un grupo de investigadores, actores y organizaciones de la sociedad civil cuya meta principal es explorar, recabar y recolectar datos científicos que den cuenta de las inequidades sanitarias a nivel mundial y

de las intervenciones y acciones en favor de su reducción tomando como objetivo final la equidad sanitaria.

Para lograr este cometido, fue propuesto un plazo de trabajo de 3 años, de 2005 a 2008. El resultado final fue la elaboración del informe *“Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.”* En este se exponen las principales injusticias sociales que repercuten sobre la salud y las condiciones de vida de la población a la vez que se enumeran y desarrollan recomendaciones y líneas de acción de colaboración mundial para frenar esta situación y que se subsanen las desigualdades en el término de 30 años.

La OMS se refiere a los determinantes sociales señalando que

“son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el Sistema de Salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.”
(OMS, 2008)

La CDSS (2008) considera importante ver más allá de las causas inmediatas de la enfermedad entendiendo así a los determinantes como “las causas de las causas”, las condiciones que influyen, determinan que el curso de la vida de una persona se desarrolle de una manera y no de otra tomando en consideración múltiples variables. A su vez hay que reconocer y visibilizar la interconexión existente entre los determinantes ya que es lo que permitirá el desarrollo de políticas integrales que consideren su complejidad.

De esta manera la Comisión expresa que

“La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala

gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.” (CDSS, 2008, p.1)

Podemos distinguir en este enunciado la referencia a dos tipos de determinantes, los determinantes estructurales como ellos los consideran, que son los referidos al sistema político y social, la gestión a nivel general y de políticas y la distribución de los recursos; y otros determinantes intermedios, que son aquellos que se expresan materialmente en las condiciones de vida tales como educación, vivienda, acceso al sistema de atención de la salud, acceso a servicios como agua potable, cloacas, electricidad y gas, situación laboral y de ocio, entre otras.

Con respecto a las recomendaciones y líneas de acción para promover y alcanzar la equidad sanitaria que establece la Comisión en su informe final encontramos

1) Mejorar las condiciones de vida

Entre las medidas propuestas para la consecución de este objetivo se destacan las siguientes: equidad desde el principio, favoreciendo el desarrollo de medidas de abordaje desde los primeros años de vida; entornos salubres para una población sana, prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, protección social a lo largo de la vida, atención universal de salud.

2) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

Las medidas a considerar son las siguientes: la equidad sanitaria en las políticas, sistemas y programas, financiación equitativa, responsabilidad del mercado, equidad de género, emancipación política – integración y posibilidad de expresarse, una gobernanza mundial eficaz.

3) Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

La OMS asegura que podemos crear el camino hacia una sociedad más equitativa en materia sanitaria y el primer paso para ello es reconocer el problema para poder actuar sobre él y analizar las intervenciones realizadas tanto las que dieron resultado como las que no. En este sentido la inversión en investigación, capacitación y registros es fundamental.

En este sentido las medidas que plantea son las siguientes: afianzar los sistemas e infraestructura de vigilancia, seguimiento e investigación sanitaria, fortalecer la inversión en la capacitación del sector político, incentivar la investigación de los determinantes sociales de la salud y su contribución a la salud pública, lograr el registro de los nacimientos.

Con respecto a los actores involucrados (o que deberían involucrarse) en esta tarea, la CSDD llama a:

- ❖ Organismos multilaterales
- ❖ OMS
- ❖ Autoridades nacionales y locales
- ❖ Sociedad civil
- ❖ Sector privado
- ❖ Instituciones de investigación

No se puede negar que si bien esta investigación propuesta por la OMS significó un gran avance en el reconocimiento de la relación entre lo social y la salud, también dejó por fuera temas y contribuciones realizadas por la MS-SC quienes venían desarrollando este tipo de teorías desde mucho antes.

Al respecto se expresa Breilh (2008) explicando que hay una proximidad terminológica entre lo producido en el informe de la CDSS y los aportes de la epidemiología crítica, pero con significados e implicaciones muy distintas.

El autor expresa que es legítimo que existan hallazgos semejantes en el campo de la ciencia, pero que este no es el caso, sino que se trata de un claro menosprecio hacia la producción latinoamericana con un trabajo realizado durante décadas y ampliamente reconocido. Argumenta esto al señalar la inexistencia a lo largo de todo el informe de citas o referencias hacia la bibliografía latinoamericana que desde los años '70 venía circulando en libros y revistas , muchos de los cuales accesibles para la región Norte del continente. También hace referencia a la publicación de diferentes artículos en una serie de OPS/OMS bajo el apoyo de María Isabel Rodríguez e incluso se han hecho llegar escritos de forma personal a diversos integrantes de la Comisión.

Críticas desde la epidemiología crítica

Desde la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), se han formulado diferentes reflexiones críticas en cuanto a las conclusiones del Informe que se han materializado en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales llevado a cabo en el año 2008. Podemos observar en las diferentes ponencias como cada autor hace énfasis en diferentes aspectos del informe. Sin embargo, pueden desprenderse grandes regularidades y puntos de acuerdo en cuanto a las limitaciones del mismo.

En primer lugar se destaca que la división entre determinantes estructurales y determinantes intermediarios reproduce la fragmentación propia de la epidemiología

clásica. Al hablar de determinantes estructurales se omite mencionar procesos definitorios para la lógica de la sociedad como la acumulación, las relaciones de poder y de propiedad. Se hace hincapié en factores a los cuales se puede abordar en forma individual, lo que hace que se pierda su múltiple relación y su determinación histórica.

“Cuestionamos el modelo empírico de determinantes porque le hace juego a la hegemonía, pues denuncia sin revelar; informa sin movilizar; identifica factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas ecosociales con los que entran en una dinámica determinante.” (Breihl, 2008, p.33)

De esta manera, al fraccionar la realidad social se corre el riesgo de caer en el causalismo no solo mediante la teoría, sino (y lo que es mucho peor) a través de acciones que van a ser irremediablemente focalizadas perdiendo la oportunidad de realizar cambios estructurales.

Otro punto en el que se encuentran divergencias entre la MS/SC y la CDSS tiene que ver con el concepto de inequidad y desigualdad que se aborda en el informe. Según la CDSS las inequidades en salud son aquellas desigualdades originadas en las diferentes posiciones que las personas ocupan en la sociedad, las cuales llevan a exposiciones y accesos diferenciales a condiciones de vida y servicios esenciales. Siguiendo esta lógica las soluciones que se pueden lograr para alcanzar una mayor equidad y reducción de las desigualdades tienen que ver con políticas sociales redistributivas que mejoren los determinantes sociales.

En cambio, desde la MS/SC se entiende que la inequidad hace referencia al fondo mismo del problema, el modo de ser de la sociedad actual que genera desigualdades como consecuencia de su propia esencia, que no es ni más ni menos que la apropiación de poder y riqueza por parte de una clase social en desmedro de la otra. Por otro lado, la desigualdad es solo la porción visible del gran aparato que la genera y sostiene. Lo que se propone desde esta corriente no es corregir algunos aspectos de la vida social sino, que se busca la superación del orden que genera las inequidades.

Se le recrimina a la CDSS una cierta funcionalidad al orden imperante de la sociedad, al no hacer mención ni mucho menos destacar la responsabilidad que tiene el capitalismo en las atroces condiciones sociales y sanitarias que se denuncian en el informe. Se hace mención a la necesidad de políticas públicas, sociales y económicas y en las condiciones de “gobernanza”, pero siempre dentro de las formas actuales de la organización que por su propia lógica imprime las inequidades en la sociedad.

Si bien se destaca que las desigualdades no son innatas, no se reflexiona sobre la estructura social y económica, sino apenas en malas gestiones y arreglos. Según esta posición serían suficientes acciones correctivas que en realidad representan paliativos a una situación compleja.

En cuanto a los actores clave, se destaca la acción de instituciones de diversa índole para poder actuar sobre los determinantes sociales. Se puede ver en este punto una cierta inocencia en cuanto al grado de poder que cada uno de estos actores detenta. La participación de cada uno de los actores no es una cuestión de voluntades, y es por esto que no pueden promoverse acciones de participación invisibilizando las relaciones de poder que atraviesan las posibilidades de cada actor de poder imponerse.

Muy distinta es la posición que toma la MS/SC al entender que para lograr superar las condiciones actuales de existencia la lucha debe venir desde las clases oprimidas para poder hacer frente a los poderes que sostienen el actual orden social, constituyéndose éstas en un conjunto de sujetos sociales con fines conjuntos y colectivos. Se hace necesario en este marco poner en valor nuevamente los conceptos de solidaridad, ética y humanidad y llevar a cabo acciones desde estos lineamientos.. Al respecto, Hernández afirma que:

“Desde el punto de vista ético, la MSL y la SC se apoya en una posición igualitarista social según la cual las desigualdades son injustas porque son producidas por una apropiación indebida por parte de una clase, un género o una etnia, de los medios de realización de la vida de las personas. Sólo si se afectan las condiciones en las cuales se produce una distribución desigual del poder en la sociedad, en función de la propiedad de los medios, o de los privilegios acumulados de género o de raza, se podrá construir una sociedad justa, en función de las desiguales capacidades y necesidades humanas.”

(Hernández, 2008, p. 93)

En este sentido, la MS/SC apuesta a generar entre estos sectores procesos que le devuelvan poder y capacidad política para poder influir en las decisiones. Claramente se trata de un cambio estructural que no puede conformarse con mejorar la situación, sino que tiene el deber de construir propuestas para llegar a otro orden social a favor de la vida, el bienestar y la salud.

Asimismo hay entre los autores un acuerdo respecto al tono diplomático que se puede observar a lo largo del informe, lo cual es esperable por las propias características del tipo de institución que representa la Organización Mundial de la Salud. Si bien se denuncian muchos aspectos en cuanto a las condiciones de vida y sanitarias de la

población mundial, están ausentes asuntos que destruyen y atentan en contra de la vida como el terrorismo de estado, la violencia de género, la explotación de los migrantes, la desregulación laboral, el problema ecológico, la guerra, la manipulación de las industrias farmacéutica y agroalimentaria.

Claro que no todas son críticas hacia la CDSS, muchos de los autores que conforman la MS/SC reconocen la importancia de las denuncias presentadas en cuanto a las desigualdades presentes en la población mundial, específicamente las desigualdades en salud y cómo éstas se relacionan con un conjunto de determinantes que hace que la salud sea inseparable de las condiciones de vida de la población.

Se propone desde la MS/SC diferentes tareas estratégicas que incluyen fortalecer la reflexión crítica en la academia y en la formación de profesionales, articulado también con actores políticos, institucionales y sociales para contribuir en la creación de propuestas que a la vez que aboguen por la transformación social respondan a las necesidades de las poblaciones en lo más inmediato.

Paradigmas epidemiológicos. Epidemiología crítica

Como ya hemos desarrollado anteriormente, al hablar del campo salud hay que considerar múltiples capitales que entran juego para definirlo. Una de ellas refiere a lo simbólico, en íntima relación con la perspectiva subjetiva, ya sea de quien atraviesa el proceso salud-enfermedad, como de los profesionales y así también de los que diseñan políticas y programas.

La Epidemiología cumple un papel fundamental al conceptualizar la salud-enfermedad ya que forma parte de la dimensión simbólica. Siguiendo a Breilh

“[...] la epidemiología es un terreno de lucha de ideas, de disputa sobre como enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece a intereses sociales encontrados. En esa medida nuestra disciplina comparte con todas las demás la característica consustancial de toda ciencia, que como cualquier otra operación simbólica es “...una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad” (Bourdieu 1998c), y en nuestro caso dichas relaciones implican la imposición de un sistema de explotación social y de la naturaleza, que reproduce sociedades no sustentables, inequitativas y malsanas” (Breilh, 2013, p.3)

Es por este motivo que hay que considerar en qué paradigma epidemiológico nos paramos al hablar del campo salud y esto incluye cómo consideramos la relación

objeto-sujeto, la praxis y el método. A continuación describiremos la epidemiología desarrollada por el autor.

Epidemiología crítica

La epidemiología crítica se propone pensar en la génesis de los problemas de salud de forma crítica, y actuar en base a esto para emanciparse de los soportes que reproducen modos de vida malsanos que repercuten en los órdenes de la vida singulares, particulares y generales. Al pensar en esta génesis, como explicamos en el apartado correspondiente a las críticas hacia la CDSS, hacen referencia a la apropiación de poder y en este punto introducen el concepto de triple inequidad. La misma alude a las tres aristas por las cuales el poder se concentra en diferentes aspectos: en primer lugar la apropiación privada de medios de producción y riqueza que produjo la división de clases sociales. Por otro lado, la apropiación de cultura y tierras por parte de grupos étnicos con mayor ventaja estratégica. Finalmente se incluye la apropiación patriarcal de poder que ha oprimido históricamente al género femenino.

Durante el periodo formativo de la epidemiología crítica latinoamericana surgieron diversos retos y limitaciones tanto teóricas como éticas que debieron sortearse para llegar al paradigma acabado que vemos en la actualidad. Uno de ellos fue el de no caer en el determinismo mecánico de la totalidad social. Para esto fue necesario adquirir un pensamiento complejo que permitiera captar la dialéctica que atraviesa al proceso de salud enfermedad y su relación con el orden social que lo produce y reproduce. Cuando hablamos de dialéctica nos referimos al movimiento que se da al interior de los procesos, que nada tiene que ver con el carácter estático del determinismo o de la relación causa-efecto. Dentro de este movimiento es muy importante la asimilación de las contradicciones que se generan al interior de los procesos para entender la complejidad de los mismos.

El carácter crítico de la epidemiología radica en la lucha por superar el sistema social imperante y productor de los modos de vivir actuales. No busca realizar ajustes para reducir las inequidades en salud o en la sociedad sino que se propone un cambio sobre procesos estructurales, con lo cual se plantea como una ciencia radicalmente emancipadora.

“Ha sido el esfuerzo por acompañar desde el quehacer académico la disputa de los sujetos políticos activos del movimiento popular: primero contra los peligros para la vida del capitalismo industrial y la marginalización naciente

en los 70; posteriormente frente al agresivo posindustrialismo y desmantelamiento neoliberal de los derechos, que agravó la inequidad y exclusión social en los 80; y ahora en el siglo XXI contra la aceleración de la acumulación económica por convergencia de usos peligrosos de la tecnología productiva, despojo y shock, que ha modificado el perfil de sufrimiento humano y ha diversificado las formas de exposición masiva a procesos dañinos, amplificando y diversificando los mecanismos de destrucción de los ecosistemas.” (Breilh, 2013, 10-11)

De este modo, en cuanto al sujeto de la epidemiología, se caracteriza ser un sujeto académico que se sitúa por fuera del aparato estatal burocrático, con una fuerte impronta en el pueblo y su lucha desde las bases. Tiene una férrea convicción que es desde allí donde se pueden desarrollar los procesos emancipatorios.

Una de las nociones que surgieron de su sistematización es la de determinación social de la salud, la cual se formuló por primera vez en el año 1976 para abordar la relación entre los modos de producción y los modos de vivir, enfermar y morir. La determinación social de la salud es uno de los tres conceptos principales de la epidemiología crítica junto con reproducción social y metabolismo sociedad naturaleza.

“La determinación se entiende como “modo de devenir”, no como única vía de causalidad. Existen muchas formas y jerarquías de determinación de los procesos humanos, que exigen un esfuerzo de superación de las dicotomías. Para ello se acude a una comprensión dialéctica de lo humano. [...] De allí que se haga énfasis en la identificación de los movimientos de generación y reproducción, de deterioro y protección, de desgaste y recuperación, “modo de vida”, en complejidades que van de la dinámica general, particular y singular del proceso salud-enfermedad humano. Desde esta perspectiva, el ambiente no es una realidad natural externa al sujeto, sino una construcción humana en permanentes relaciones en transformación. Más que “exposición” a riesgos externos, los sujetos sufren procesos de “im-posición” de condiciones de vida.” (Breilh en Hernández, 2008, p.92)

Su primer acepción tiene que ver con un proceso o forma de devenir mediante el cual los objetos adquieren sus propiedades. Se propone como superador del causalismo en sus diferentes versiones, adoptado hasta el momento para dar cuenta de la génesis o producción de la salud-enfermedad. Conlleva a pensar en las relaciones de poder que inciden en el orden social y que da lugar a procesos de salud-enfermedad producto de las pautas de trabajo y consumo imperantes, de la cultura de la destrucción y la promoción de

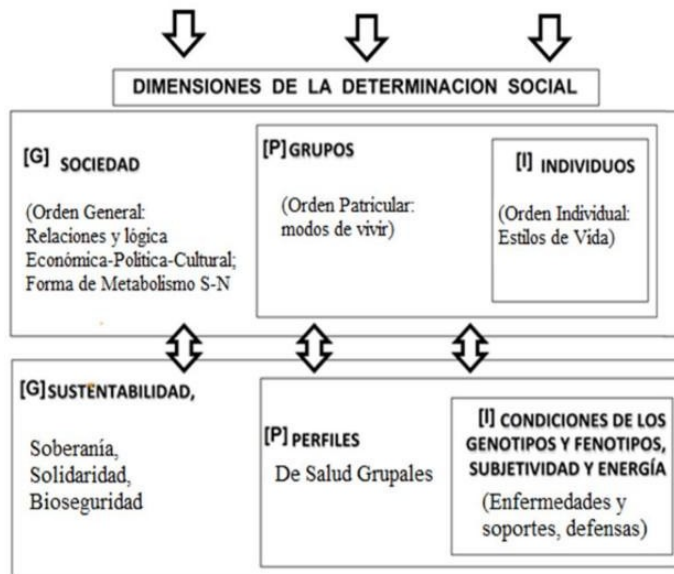
conductas malsanas. Este concepto viene a hacer visible esa relación entre la salud y la estructura productiva de la sociedad que la epidemiología convencional históricamente ocultó.

Uno de los principales aportes de la teoría de la determinación social tiene que ver con que la salud se desarrolla en el movimiento de tres dimensiones al mismo tiempo: lo general, lo particular y lo individual.

La dimensión espacial de lo general corresponde al sistema productivo de la sociedad, el cual marca la lógica que la misma va a adquirir. En el caso de la sociedad actual el sistema productivo se basa en la acumulación de riqueza de parte de un sector en desmedro de otro. También forman parte de esta dimensión el Estado y sus políticas, además de la cultura y sus procesos; ambas íntimamente ligadas a la lógica matricial que marca el sistema previamente mencionado.

La dimensión espacial de lo particular tiene que ver con los modos de vida de los grupos sociales. El término de modo de vida incluye en su significado al modo de trabajar y modo de consumir que la lógica de la sociedad estructura y reproduce, al modo de organizar los soportes sociales y colectivos y a las relaciones de la sociedad con la ecología, todos elementos que configuran diferentes grados de exposición y vulnerabilidad a procesos nocivos para la salud.

La dimensión espacial de lo singular expresa la inserción de la persona en su individualidad con sus rasgos fenotípicos y genotípicos a través de estilos de vida estructurados mediante los cuales la persona se desarrolla como parte de los procesos particulares y generales que lo rodean y condicionan. En el siguiente cuadro se visualiza la interacción de estos conceptos:



Fuente: Breilh Jaime. 2013. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva), p. 23

Como podemos ver en la figura anterior la determinación social se mueve dialécticamente entre las tres dimensiones. Desde lo general a lo particular se da el proceso de reproducción y de lo particular a lo general se da el proceso de generación. El sistema opone su presión para mantener el orden social, económico y político hegemónico, para conservar el actual estado de las cosas que sustenta al poder de la clase social propietaria de los medios de producción. En cambio desde el espacio de lo particular y singular, es decir los grupos sociales y los sujetos que los conforman, se dan procesos de resistencia a este poder, mediante luchas desde los territorios para lograr nuevas condiciones de vida que garanticen los derechos sociales históricamente postergados pero esenciales para transformar el actual orden social opresor.

“El movimiento de determinación de la salud no es producto exclusivamente de un determinismo colectivo o general, como tampoco es producto exclusivamente de un determinismo biológico psicológico individual, es más bien el resultado de un complejo proceso de determinación social que implica o presupone también el juego de las cotidianidades y posibilidades físicas y psicológicas de la vida personal que aunque no son dominantes en la esfera colectiva, si tienen un margen para el libre albedrío que hace posible la generación de acciones que, pueden sumar con otras para hacer una masa crítica de transformación “ (Breilh, 2010, p.)

La cita anterior hace referencia a dos categorías desarrolladas en el interior de la teoría de la determinación, y que forman parte del movimiento dialéctico de la determinación: la subsunción y la autonomía relativa.

Subsunción hace referencia al proceso por el cual las dimensiones más simples se mueven y reproducen bajo un condicionamiento estructurado respecto a las dimensiones más complejas. Esto tiene que ver con la determinación que impone la dimensión estructural en cuanto a variedad de posibilidades y exposiciones a la que otra dimensión puede tener acceso. En la teoría de la determinación podemos ver como los procesos fenotípicos y genotípicos individuales y los modos de vidas generales se ven subsumidos al ámbito de lo posible que les marca el orden social estructural. La subsunción no se reduce a una conexión externa sino que es un movimiento entre ambiente, fenotipo y genotipo a través de transformaciones mutuas pero siempre bajo la jerarquía de la determinación social, por lo tanto se sostiene que lo biológico está subsumido a lo social.

La autonomía relativa es la otra cara de este proceso, a través de la cual las dimensiones más simples pueden condicionar el accionar de la estructura social que las determina. Esta autonomía relativa es la que puede generar cambios, es la oportunidad para imponer mejores condiciones de vida por parte de los grupos y sujetos sociales.

En la epidemiología crítica, lo social representa un aporte relevante para explicar el proceso salud-enfermedad y el campo salud en sí. El autor creador de este paradigma que venimos desarrollando considera que la salud no es algo que deba considerarse completamente individual, sino que también hay que considerar las dimensiones particular y general. Por lo que resulta necesario conocer los modos y estilos de vida de estos grupos en pos de entender sus procesos de salud-enfermedad.

La categoría modos de vida hace referencia a lo grupal, a todas aquellas conductas, normas, formas de vida y de reproducción social relacionadas a lo socialmente estructurado, generalmente íntimamente relacionada con la pertenencia a una clase social, género o incluso etnia. Están estrechamente ligados a la determinación del sistema de acumulación económico y, si bien no podemos cambiarlo por voluntad propia inmediata deja una brecha abierta al esfuerzo grupal a largo plazo.

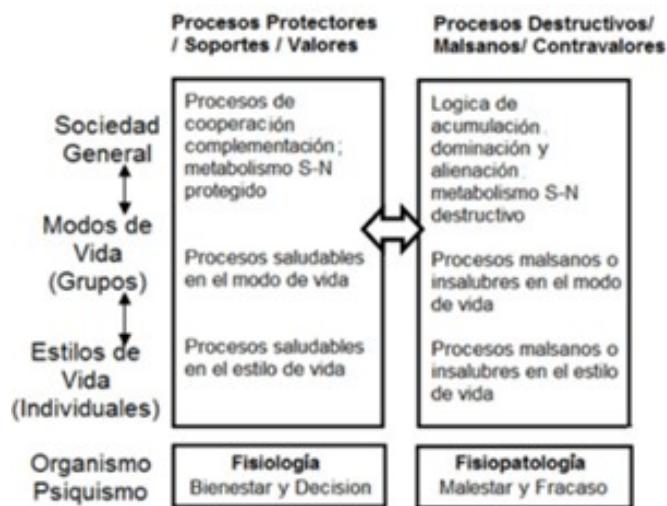
Se considera como parte de los modos de vida los esquemas de trabajo colectivos así como la posición, los escenarios y circunstancias dentro del sistema productivo por el que atraviesan como grupo; todo lo relacionado al consumo, pautas y calidad de bienes asequibles; cómo se da la reproducción cultural de valores dentro del grupo y hacia el resto de la sociedad; como se da la organización de actividades para la lucha y consecución de metas comunes; la valorización y trato hacia/con la naturaleza y los aspectos ecológicos.

Por otro lado, en cuanto a los estilos de vida, debemos considerar acciones y procesos sociales más ligados a lo transitado de forma personal, individual y familiar. Partimos de un modo de vida social, en que las experiencias y los caminos de vida, sumado a la particular cotidianeidad que vivimos nos van marcando y diferenciando del resto de la sociedad. Aquí toma relevancia la autonomía individual relativa para realizar los cambios a nuestro alcance que nos beneficien a nosotros y nuestro grupo.

Los estilos de vida se caracterizan por la organización de la jornada personal de trabajo; las pautas de consumo a nivel individual y familiar, también contemplando las actividades de ocio y esparcimiento como la calidad de los servicios esenciales a los que podemos acceder; los principios que nos representan por los cuales nos regimos; compromiso mediante acciones hacia la protección de la salud; concepción ecológica y relación personal con la naturaleza.

De esta manera, Breilh (2013) afirma que como parte de estas formas de vida se van generando procesos malsanos, contraproducentes así como saludables y beneficiosos que atraviesan y condicionan el desenvolvimiento de la vida de los sujetos, lo cual nos permite entender y analizar la distribución social de las condiciones de salud.

El siguiente cuadro representa la relación entre los procesos protectores o destructivos y su impacto en las distintas categorías de la sociedad



Fuente: Breilh Jaime. 2013. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva), p. 35

El desarrollo de esos procesos sumado a los niveles de determinación estructural que caracterizan los modos y estilos de vida nos da como resultado lo que el autor ha llamado perfil epidemiológico.

“[...] para enlazar producción y distribución de la salud y exponer su complejidad, se propuso la categoría perfil epidemiológico, que sintetiza los dos ejes de dicha complejidad: el dimensionamiento general, particular y singular, y la antítesis entre procesos saludables, protectores o perfeccionantes, versus procesos malsanos, peligrosos, deteriorantes o vulnerabilizadores de la salud.” (Breilh, 2013, p.16)

Asimismo es importante comprender que los perfiles epidemiológicos, no son simples representaciones estadísticas ni probabilísticas para explicar la salud, no ameritan la creación de índices ni parámetros, por el contrario nos da una concepción más amplia, donde se incluye la complejidad y la posibilidad de acción en pos de mejorar y cuidar la salud en el entorno o comunidad de la que formamos parte.

Al considerar la salud en sus múltiples dimensiones y facetas, estamos contribuyendo al desarrollo del paradigma crítico de la epidemiología, ya que podemos reconocer los niveles de determinación de cada una de esas dimensiones individualmente y a la vez explorar cómo influyen e interactúan entre sí. Resulta necesario en este camino entender y analizar la salud como objeto, como sujeto y como campo de praxis.

En este sentido, teniendo en cuenta esta interrelación de dependencia recíproca, podemos afirmar que la determinación social opera en los tres niveles. Por este motivo ante las diferentes etapas históricas, varía la definición que se da de salud, ya que “[...] la transformación objetiva, subjetiva y práctica se producen socio históricamente en relación con una matriz social determinante; no hay manera de comprenderlas separadamente.” (Breilh, 2013, p.12)

De esta manera no podemos hablar del objeto sin tener en cuenta al sujeto y viceversa, como tampoco podemos explicarlos sin considerar el campo práctico en el que se da este vínculo.

En el proceso de conocimiento, no recibimos únicamente estímulos de la naturaleza, sino que implicamos además todo un bagaje cultural que nos representa y en el cual nos formamos. Esto significa que cuando estudiamos estas relaciones estamos aplicando una serie de categorías simbólicas a nuestro análisis, una de las cuales es el método.

El método se define en la fluctuación que va del sujeto al objeto y del objeto al sujeto siempre considerando estas mediaciones que se presentan en forma simbólica. “El método es una de esas mediaciones simbólicas en el caso del conocimiento científico, y no es un

movimiento exclusivamente inductivo reflejo (de objeto a sujeto), ni tampoco un movimiento exclusivamente deductivo (de sujeto a objeto). El método es un movimiento dialéctico.” (Breilh, 2013, p. 13-14)

Como parte de la determinación social toma relevancia un proceso complejo, que representa la relación de trabajo que se da entre los sujetos y la naturaleza, al cual se ha denominado metabolismo sociedad-naturaleza. Es un proceso consciente e histórico en el cual no solo se juega lo económico sino que también se crea cultura, formas de organización, relaciones de poder y con la naturaleza. Se habla en este sentido de un intercambio dinámico, de ida y vuelta:

“[...] el ser humano, por medio de sus propias acciones, media, regula y controla el metabolismo que se produce entre él y la naturaleza...a través de ese movimiento actúa sobre la naturaleza exterior y la cambia, y de ese modo, cambia simultáneamente su propia naturaleza.” (Marx en Breilh, 2010, p.91)

Este intercambio es doble, por un lado está lo material, ecológico y por el otro hay un intercambio social de relaciones, capacidades y necesidades universales. Este intercambio que se da mediante el metabolismo S-N en el marco de la sociedad capitalista rompe la armonía de la que gozaba en sociedades anteriores , se produce una fractura entre la sociedad y la naturaleza que al fin y al cabo es la base de la existencia de la primera.

Este proceso sólo puede salir de la órbita de la acumulación y la explotación si se revierte el orden de la lógica de producción y se la pasa a entender y poner en marcha en favor de la vida y de la sociedad.

Capítulo 3: Vivienda saludable. El derecho a la ciudad y surgimiento de la noción de hábitat vs. habitar

Resumen del capítulo

En función del recorrido que nos propusimos en el marco del presente estudio, a continuación abordaremos el concepto de vivienda. Si bien pueden reconocerse diversas acepciones a los efectos de nuestro trabajo resaltaremos dos enfoques. Por un lado la propuesta de la OMS/OPS definida como “Principio de vivienda saludable” y en contraposición los planteos de Lefebvre (1969) y Topalov (1979), desde la cual cobran importancia determinantes fundamentales no sólo para la reproducción cotidiana sino vinculadas a su acceso a partir de objetivaciones concretas.

Principio de vivienda saludable. Propuesta de la OMS/OPS

En 1987 la OMS enuncia el “Principio de vivienda saludable” y establece preliminares líneas de acción para promover su alcance. Posteriormente, en 1995 la OPS tomando este principio promueve la conformación de la Red Interamericana de Vivienda Saludable⁶, organismo integrado por 18 países pertenecientes a la región americana: Argentina, Chile, Bolivia, Perú, Ecuador, Paraguay, Brasil, Estados Unidos, Venezuela, Haití, Cuba, México, Nicaragua, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Dominicana, Guyana.

La OMS (1999) propone un concepto de vivienda ligado a ciertos parámetros que establece en torno a diferentes aspectos (mayormente estructurales) de la misma. Desde esta visión se entiende a la vivienda como un espacio en donde las familias se desenvuelven cotidianamente y satisfacen sus diferentes necesidades tanto biológicas como socioafectivas. En esta misma línea reconocen un vínculo entre el rol de la vivienda y el desarrollo productivo de las sociedades al ponderar a la vivienda como un espacio en el cual se cumplen diferentes funciones para regenerar la salud y fuerza productiva de las personas. Los parámetros en los que se basa para definir a la vivienda saludable tienen que ver con:

- La ubicación de la vivienda: debe garantizarse que en las proximidades de la misma no exista exposición a peligros tales como desastres naturales, inundaciones,

⁶ Entre las acciones planificadas y ejecutadas por la Red, encontramos la creación de espacios regionales para discutir las condiciones de vivienda, el fomento a la investigación y vigilancia epidemiológica respecto de la relación de las condiciones habitacionales y la salud, y aportar al desarrollo de políticas públicas saludables.

deslizamientos de la tierra, o peligros relacionados a la cercanía con respecto a fábricas o similares, que puedan emitir desechos tóxicos o carreteras que puedan incrementar la exposición a ruidos nocivos para la salud.

- Estructura de la vivienda: su diseño debe proteger a los moradores de las inclemencias climáticas mediante estructuras seguras, firmes y duraderas.
- Diseño y materiales: Relacionado al punto anterior, los pisos, paredes y techos deben construirse con materiales que aseguren la firmeza de los mismos, que eviten las filtraciones de agua. Es necesario que la vivienda cuente con suficientes aberturas que permitan el ingreso del sol y la ventilación.
- Distribución de la vivienda: la vivienda debe contar con diferentes espacios, los cuales se desagregan para dar respuesta a diferentes funciones o necesidades de las familias: descanso, preparación e ingesta de alimentos, ocio, higiene personal. Además de la distribución es importante que exista suficiente espacio habitable en función de la cantidad de habitantes de la vivienda, que garantice privacidad e intimidad a cada uno de ellos.
- Acceso a servicios: en este punto se hace referencia al entorno en el que se inserta la vivienda, el cual debe proveer un acceso a servicios de salud, servicios sociales, de seguridad y a servicios culturales y además se debe contar con el servicio de transporte.
- Provisión de agua segura, recurso de gran relevancia tanto para consumo como para uso doméstico.
- Adecuada disposición sanitaria de excretas a fin de evitar contaminación o transmisión de agentes infecciosos.
- Presencia de desagües.

El concepto que propone la OMS, teniendo en cuenta los anteriores parámetros, expresa que

“Se entendería pues por vivienda saludable a una vivienda adecuada que brinde protección contra lesiones evitables, envenenamientos y exposiciones térmicas y de otro tipo que puedan contribuir a generar enfermedades o padecimientos crónicos. Una vivienda adecuada ayuda al desarrollo social y psicológico de las personas y minimiza las tensiones psicológicas y sociales relacionadas con el ambiente de la vivienda. Además provee acceso a los centros de trabajo, de educación, a los servicios necesarios y a los lugares de diversión que fomentan un buen estado de salud.” (Organización Mundial de la Salud, 1999, p.150)

De esta manera, la OMS categoriza los componentes de una vivienda deficitaria y sus posibles efectos en la salud-enfermedad de las familias. Estos pueden ser físicos (materiales, espacios geográficos, diseño), químicos (materiales de construcción o entornos perjudiciales para la salud), biológicos (presencia de otros organismos en el hogar, zoonosis) o psicosociales (insatisfacción de necesidades, estrés, ansiedad, relaciones intrafamiliares). La falta o privación de bienes y recursos para la reproducción cotidiana sumado a la calidad y estado general del ámbito familiar constituyen los elementos de habitabilidad y define la influencia que producen en la salud de sus habitantes.

Por qué el “Principio de Vivienda Saludable” resulta insuficiente para un abordaje crítico de la problemática de vivienda

Si bien la OMS reconoce la jerarquización y categorización que se da dentro del sistema social y económico y por ende en el acceso a determinadas condiciones de vivienda y vida cotidiana, lo naturaliza. Entiende esta estratificación como parte del sistema capitalista pero las adecuaciones que plantea para sortear esta situación se mantienen funcional a éste.

“Los retos que encara la Red en procura de alcanzar sus objetivos se vinculan a la necesidad de sensibilización de gobiernos y estamentos sociales decisorios, con incorporación del concepto a las políticas públicas, profundización del conocimiento de las relaciones del ambiente habitacional con la salud humana –ciencia-, el desarrollo de tecnologías ingenieras y sociales, de soluciones y optimización –logística-, educación para la salud –salud ambiental como cultura-, desarrollo de capacidades con enfoque multidisciplinario –fomentando un código de comunicación transprofesional-, desarrollo de acciones inter y transectoriales, empoderamiento de individuo, familia y comunidad por la calidad de vida en salud.” (Rojas, Barceló Perez, 2012, p.17)

Los planteos esbozados por la Red, se establecen con el fin de abordar un espacio regional muy amplio, conformado por países con amplias diferencias a nivel estructural y político, sin olvidarnos de la gran diversidad dentro de las naciones y sus correspondientes jurisdicciones. Por este motivo es que resulta casi imposible plantear una estrategia concreta que pueda aplicarse a cada país, a cada provincia, a cada ciudad y en especial a cada realidad barrial y es allí donde los lineamientos teóricos pierden sustento y materialidad al no contar con recursos para su aplicabilidad.

A continuación presentamos un cuadro elaborado por la OPS (1999), en el cual se estudia la relación e influencia de las dos variables analizadas hasta el momento, “deficiencia de la vivienda y su entorno” y “posibles efectos en la salud”.

Cuadro 1: Relaciones claves identificadas entre las condiciones de la vivienda y sus efectos en la salud

Deficiencia de la vivienda y su entorno	Posible efectos en la salud
La estructura de la vivienda no presenta las condiciones necesarias para servir como albergue que protege adecuadamente de temperaturas extremas, ruido, y la entrada de polvo, lluvia, insectos y roedores vectores de enfermedades	Riesgo de incendios que pueden provocar quemaduras, también riesgo de enfermedades como Chagas, malaria, y otras.
Abastecimiento y calidad del agua inadecuados	Riesgo de enfermedades como tifoidea, cólera, hepatitis, polio, desinteria, amibiasis, y protozoarios intestinales.
Sistema de alcantarillado y disposición de excretas inadecuado	Riesgo de enfermedades del intestino y varios virus.
Disposición inadecuada de residuos sólidos	Contaminación del aire debido a quemas, propagación de ratas y moscas que puede propagar enfermedades
Condiciones inadecuadas del terreno que pudiera estar contaminado o poseer un mal drenaje que mantenga agua estancada	Parásitos, filariasis, malaria, encefalitis y otras.
Ventilación inadecuada y espacio limitado para el numero de habitantes provocando problemas de hacinamiento	Resfriados, tuberculosis, meningitis, infecciones respiratorias.

Aire contaminado por mala ventilación y utilización inadecuada de cocinas de leña	Enfermedades respiratorias crónicas.
Ausencia de lugares adecuados para guardar los alimentos, y malas condiciones para lavarse y lavar adecuadamente los utensilios de cocina	Infecciones a través de los alimentos.
Utilizar la vivienda como un sitio de trabajo ya sea una tienda, taller o arriendo de cuartos	Riesgos de accidentes, incendios, o envenenamientos con productos químicos.
Hacinamiento, pobreza, desempleo, falta de privacidad, seguridad y facilidades de recreación	Problemas mentales y de adaptación social.
Medios de transporte inadecuados	Falta de acceso a los servicios de salud.
Protección con barras o rejas contra ladrones	Se obstaculiza la posibilidad de salir rápidamente en el caso de un incendio.
Ruidos	Se deteriora la calidad de vida.

Nota. Fuente: Organización Mundial de la Salud. 1999. Documento de Posición OPS sobre Políticas de Salud en la Vivienda. Capítulo 5.

Impactos de la vivienda en la salud. p. 88

La investigación y descripción volcada en el cuadro 1, se trata de un resumen sintético que aporta a la materialización del comportamiento de la relación entre condiciones habitacionales-proceso salud-enfermedad en resultados, acciones y necesidades concretas.

Sin perjuicio de ello, reparamos en que al abordar la temática de esta manera, corremos el riesgo de posicionarnos en un paradigma de causa-efecto, donde la enfermedad se presenta como producto de un agente externo inevitable. Ya no estaríamos refiriéndonos a un proceso y con ello a los capitales involucrados (económicos, históricos, sociales, culturales), sino a un fenómeno unicausal o multicausal.

No obstante la caracterización de vivienda saludable desde los preceptos de la OMS Y OPS, que expresa aspectos de suma relevancia e influencia en los procesos de salud-enfermedad, no puede dejar de advertirse que se trata de una descripción uniforme de parámetros que se establecen sin tener en cuenta por un lado, que la ciudad precede al modo de producción capitalista (Lefebvre, 1969) y por otro, que la ubicación de una persona/familia en diferentes sectores de la clase trabajadora, constituye un factor determinante que condicionará el acceso a objetivaciones concretas, resultando imposible desvincularla de la ubicación dentro de la división social del trabajo en el modo de producción capitalista.

Con esto nos referimos concretamente a que las posibilidades de acceso a la vivienda y las condiciones habitacionales van a estar subordinadas a la incorporación al mercado laboral, la esfera de la producción, a la vez que deberán desarrollarse actividades en el ámbito del hogar, la esfera de la reproducción, mediante la cual se asegura la existencia. Estas dos esferas no se dan como procesos separados, son parte de un todo “[...] no es que por un lado somos trabajadores y por otro consumidores. Y que si bien las necesidades son genéricas (de todas las personas), los satisfactores (es decir cómo se resuelven esas exigencias de reproducción) no lo son.” (Massa, 2017. p.7)

Tensionando lo precedentemente expuesto, si tomamos un extracto de un documento elaborado por la OMS/OPS en referencia a la estrategia de vivienda y entorno saludable, también es posible visualizar como se enfatiza la responsabilidad de las familias y su conducta como requisito fundamental para modificar o mejorar su situación habitacional

“La situación de precariedad e insalubridad de la vivienda, afecta la salud física, mental y social de las personas, especialmente de los niños y ancianos, que constituyen la población más vulnerable. No obstante, en el ámbito del hogar, se pueden controlar y evitar muchos riesgos si los miembros de la familia asumen conductas saludables. El esfuerzo por

conseguir una vivienda saludable, requiere de la firme voluntad de las personas para adoptar conductas que permitan producir cambios que conduzcan en forma efectiva a eliminar o controlar los riesgos que afectan su salud. Conductas que conduzcan a mejores condiciones de vida, y mayores posibilidades de desarrollo personal, familiar y comunitario.” (OPS, 2009, p.7)

Resulta inocente hacer mención a que el esfuerzo por conseguir una vivienda saludable depende primordialmente de la voluntad individual, siendo necesario superar la fragmentación, psicologización y moralización muchas veces presente en las estrategias de intervención profesional respecto de la problemática habitacional entendida como una de las expresiones de la “cuestión social” que contiene el acceso al espacio urbano y a la vivienda como ámbito donde se desarrolla la mayor parte de la vida cotidiana.

De esta manera la vivienda no se entiende ya como derecho sino como mercancía y en tal sentido, cada cual debe trabajar en pos de obtener los resultados deseados. Aquí se evidencia la fragmentación anteriormente mencionada que se produce respecto de la problemática habitacional, con un abordaje aislado, segmentado que pierde vínculo con el territorio y las personas que lo habitan. Parte de ello resulta de la subordinación de los aspectos sociales sobre los cuales prevalecen los económicos. Esto conlleva a su vez a que las estrategias de acción se elaboren de forma desarticulada, enfrentándose a cuestiones fenoménicas, excluyendo la historia, el contexto y la coyuntura⁷.

Siguiendo a Massa (2017), podemos dar cuenta de la importancia de valorar las condiciones habitacionales de una familia como parte de su cotidianeidad, y comprender que es en este ámbito donde se revela la determinación social, donde “se expresan en carne y hueso las manifestaciones coyunturales de la cuestión social” (p. 1)

El concepto de territorio dentro del paradigma de vivienda

Como se puede observar, en el paradigma planteado por la OMS/OPS, se hace escasa mención al territorio a la hora de problematizar las condiciones de vivienda, se naturaliza su existencia y su constitución, como si fuera algo dado, predeterminado y no tuviera influencia alguna en los procesos analizados. En consecuencia, este posicionamiento se caracteriza como ajeno a la configuración territorial de la que forma parte la vivienda. Es por ello que planteamos la necesidad de revisar el lugar que se le

⁷ Nos referimos a la coyuntura de acuerdo a la definición desarrollada por Massa (2017), quien expresa que “[...] depende del comportamiento del mercado, si hay o no inflación, el grado de organización de la clase que vive/necesita vivir del trabajo, etc., cuestión que se expresa en cada período histórico de manera particular, y por eso se llama coyuntura [...]” (p.4)

adjudica al territorio cuando hablamos de condiciones habitacionales y proceso salud-enfermedad, entendiéndolo como

“[...] el espacio en que las personas desarrollamos nuestra vida, y, por lo tanto, conocer sus determinaciones estructurales como sus expresiones coyunturales nos permite reconstruir analíticamente las características que adquiere la vida cotidiana de las personas usuarias de los servicios donde trabajamos, es decir, situar los “problemas” que atraviesan esas personas y, a la vez, nos otorga los elementos para pensar y desarrollar una intervención situada.” (Massa, 2017, p.9)

Asimismo, el territorio es un configurador de identidad de las personas, por lo que en este sentido termina siendo un satisfactor de necesidades, un espacio donde la comunidad se mueve y busca respuestas colectivas e individuales a las problemáticas que se presentan como parte de la reproducción social cotidiana.

Incorporar el análisis del territorio a la perspectiva de vivienda nos impulsa a pensar en el espacio urbano como un entramado complejo, compuesto por diversos elementos que están en constante interacción y cambio, incorporando la participación e integración comunitaria. Siguiendo esta línea nos resulta interesante la propuesta de Lefebvre y su revolucionario enfoque referido a la producción del espacio y del habitar que deconstruye las formas esquemáticas de hábitat desde las cuales se imponen estructuras de poder cuyo objetivo es crear sociedades de consumo funcionales a la reproducción del capital.

Aportes de Henri Lefebvre y su paradigma del “Derecho a la ciudad”

Lefebvre analiza el proceso de urbanización, industrialización y reproducción de las relaciones de producción en Francia luego de la segunda posguerra (década del '70). Esta época, denominada como “Los 30 gloriosos” se caracterizó por una reconstrucción generalizada de las ciudades europeas inspirada en la propuesta del urbanista Le Corbusier, quien promovía una transformación radical de las mismas desde una impronta de racionalismo y orden espacial. El autor a través de su obra realiza una crítica hacia estas transformaciones que se empiezan a generar en la sociedad, las cuales lejos de producirse de manera natural, se caracterizan por su funcionalidad al sistema capitalista dominante. Como parte de estos cambios, se instaura un urbanismo moderno como estrategia de clase en la cual participaron los sectores poderosos de la sociedad.

El autor hace referencia al surgimiento de la noción de hábitat como parte de esta nueva visión de la ciudad. La misma en su origen estaba ligada al acceso a la propiedad en

el marco de un plan de viviendas llevado a cabo por el Estado para dar respuesta a la necesidad habitacional. No obstante, fue pensada desde los sectores de poder para fragmentar los espacios de producción y de acumulación de capital por un lado (y en manos de los capitalistas) y por el otro los espacios de reproducción de la fuerza de trabajo mediante la vivienda y los espacios de ocio:

“Según él, al plantear la organización de la ciudad en funciones sociales compartimentadas (habitar, trabajar, consumir, educarse y distraerse), los CIAM⁸ habían contribuido de manera definitiva a la fragmentación de la vida en común, dejando al capitalismo y al Estado al mando de las decisiones sobre la vida urbana (Lefebvre, 1960). Para Lefebvre el urbanismo funcional lecorbusiano era tanto una ideología de clase como una estrategia burguesa de organización espacial. Al convertir la ciudad en un agregado de funciones separadas, el urbanismo moderno impedía una mirada de la ciudad como totalidad, lo cual dificultaba el proyecto de realización de la vida urbana como construcción colectiva (1978)” (Molano, 2016, p.7)

De esta manera, se produce una separación de la clase obrera de los centros urbanos de producción, así como también de las casas de vecindad en las que convivían hasta el momento, en un solo complejo, obreros y personas de clases más acomodadas, con el riesgo latente que esto le significaba a la burguesía. Como parte del plan de viviendas, se crean suburbios a los fines de segregar a la clase obrera y de esta manera también separarlos de la capacidad de creación y de participación política. Por lo tanto, no se refiere solo a un movimiento de exclusión que tiene impacto en la disposición de las viviendas en el espacio sino también en la conciencia social de la clase subalterna, donde “la conciencia social, poco a poco, va cesando de tomar como punto de referencia la producción, para centrarse alrededor de la cotidianidad, del consumo.” (Lefebvre, 1969, p.33).

En sus investigaciones analiza el concepto de hábitat el cual, de acuerdo a la perspectiva analítica a la que adscribe, presenta falencias al centrarse sólo en el derecho al alojamiento y dejar por fuera factores como lo histórico, lo social, lo económico, los procesos de participación, de identidad.

Este es el proceso por el cual el “habitar” es subsumido por el “hábitat”.

“Ante todo, una distinción entre hábitat y habitar. El hábitat surge de una descripción morfológica, es un cuadro. Habitar es una actividad, una situación. Aportamos una noción decisiva: la de apropiación; habitar, para el

⁸ Congresos Internacionales de Arquitectura Moderna.

individuo o para el grupo, es apropiarse de algo. Apropiarse no es tener en propiedad, sino hacer su obra, modelarla, formarla, poner el sello propio. Esto es cierto tanto para pequeños grupos, por ejemplo la familia, como para grandes grupos sociales, por ejemplo quienes habitan una ciudad o una región.” (Lefebvre, 1971, p. 210)

Encontramos en el concepto de “habitar”, una categoría que nos brinda una visión más amplia acerca de las condiciones habitacionales y de la relación de las personas con el lugar en el que habitan. También comprendemos la necesidad de transformar las actuales estructuras, que siguen reproduciendo las desigualdades y la segregación, a través de la acción conjunta de todos los actores sociales implicados, en pos de ir hacia niveles cada vez mayores de democratización y participación de las clases trabajadoras en el derecho a la ciudad.

Lo precedente nos invita a problematizar la ubicación de los sujetos en una ciudad, entendida siguiendo a Topalov (1979) como espacio de socialización de las fuerzas productivas, una relación dialéctica e histórica que recupera la centralidad del ser social en la división social del trabajo condicionando el acceso a bienes y servicios, por ejemplo, la vivienda.

Lejos de tratarse de una relación armoniosa, resulta claro el carácter contradictorio y conflictivo de los procesos de producción y reproducción social en las ciudades, dando surgimiento a la “cuestión social”. De este modo, la ciudad, siguiendo al autor es una de las condiciones generales para el desarrollo de la economía capitalista, incluyendo las condiciones que permitan la producción y circulación de mercancías, así como también las condiciones para la reproducción de la fuerza de trabajo.

En este sentido, el autor hace énfasis en la actuación del Estado respecto al acceso al espacio y las posibilidades de reproducción social afirmando:

“En particular, la política urbana, que no puede reducirse a una actividad de planificación, se convierte en un momento de un proceso social complejo, el de las luchas de clase donde están incluidos, en particular, los movimientos sociales urbanos.” (Topalov, 1979, p.8)

La mirada tradicional sobre la intervención del Estado deriva en una mirada ingenua, donde se considera que éste es externo al campo de estudio, como si constituyera, en palabras del autor, una “variable independiente”, por lo que su función muchas veces se reduce a la planificación. Por consiguiente, desde un mirada más crítica podemos analizar que su labor se encuentra atravesada por los procesos de clases, y su ejecución se

encuentra supeditada a una de ellas, la oligarquía. Históricamente el funcionamiento del Estado ha aparecido subordinado a los intereses de la clase dominante.

Ahora bien, la mercantilización del espacio urbano hace que su acceso se relacione con la inserción de los seres particulares en los procesos de producción y reproducción; y producto de esta relación se accede de manera temporal o definitiva a la vivienda, espacio donde se desarrolla la mayor parte de la vida cotidiana. En términos concretos, la vivienda suele ser analizada a partir de la calidad y condiciones de habitabilidad así como también el acceso a servicios públicos.

Por último, otro de los aportes que hace el autor a los procesos de acceso al espacio, hace hincapié en la diferenciación de zonas y sostiene que

“Ante todo, la lógica de la concentración espacial conduce al desarrollo desigual del espacio. Ciertas zonas del territorio nacional, ciertas zonas de cada aglomeración urbana no otorgan al capital las condiciones generales de su valorización: permanecerán inexploradas. Lo que es cierto en el interior de cada país, lo es también por supuesto, a escala del sistema imperialista mundial. Por lo tanto, se da un desarrollo desigual en el espacio y un derroche masivo de recursos, de fuerzas productivas humanas y materiales. El resultado es que esto crea situaciones de penurias sectoriales: permiten a los monopolios instalados en el sector concernido beneficiarse de sobreganancias” (Topalov, 1979, p.19)

En consonancia con este planteo, a continuación presentamos un breve recorrido sobre la situación habitacional en el país y la ciudad que contribuye al análisis sobre espacio urbano y la ciudad.

La vivienda urbana. Una aproximación a la realidad argentina

La vivienda urbana emerge como una problemática estructural en nuestro país, y estadísticas oficiales muestran que se trata de una situación que tiende a agravarse año a año, puesto que la tendencia al aumento del déficit habitacional se mantiene desde el año 2001. (Barreda, Bercovich y Granero, 2019). Para dar cuenta de su origen debemos remontarnos a las últimas décadas del siglo XX en donde se produjeron profundas transformaciones socioeconómicas, las cuales se tradujeron en la pauperización de grandes porciones de la sociedad, provocando por consiguiente, desempleo y pérdida de poder adquisitivo. (p.7)

Hasta ese momento las formas predominantes de acceso al suelo y la vivienda tenían que ver con la adquisición de lotes por mensualidades y subastas. A partir de la década del '70, con la creación del FONAVI (Fondo Nacional de la Vivienda), se implementó un modelo de financiación de construcción de viviendas "llave en mano". Su alcance se vio limitado desde su origen debido a que la fuente de ingresos provenía principalmente del impuesto a los salarios. En un contexto en el que éstos se deterioran progresivamente, sumado a que el empleo no crecía, el avance del programa encontró limitaciones para impactar de forma significativa en la problemática.

Hacia los '90 el Estado comenzó a contraer sus funciones sociales en el marco de la implementación de políticas neoliberales. Su rol pasó a ser el de facilitador respecto a los mercados del sector privado, con la idea de que se llegaría a una mejor y más eficiente administración de los recursos. De forma paralela se produjo una descentralización hacia las provincias para la ejecución de la política habitacional. Este traspaso de funciones sin un respaldo económico se tradujo en respuestas acotadas y programas de corto alcance respecto a la magnitud del déficit habitacional, cuestión que se sostuvo hasta los años 2001/2002. En esos años, en donde la crisis se fue agudizando y golpeando todos los sectores de la sociedad, los programas y las obras fueron casi nulas debido a la ausencia de fondos destinados al sector.

A partir del año 2003 comienzan a implementarse programas federales de construcción de viviendas de forma centralizada por parte del Estado. Los mismos tenían como objetivo no solo dar respuesta a la problemática habitacional sino también dinamizar la industria de la construcción y la producción de empleo.

No obstante, con el correr de los años y la puesta en marcha de dichos programas éstos comenzaron a mostrar sus limitaciones para dar respuestas integrales a la problemática. Esto es así ya que si bien los ideales que dieron origen a estas políticas tenían que ver con la defensa del derecho universal a la vivienda entendiendo la magnitud del déficit que se venía arrastrando hace décadas, los resultados se vieron afectados por la incidencia del mercado inmobiliario y la especulación, que redundaron en un aumento en los valores del suelo. De esta forma la porción de la sociedad a la que se intentaba apuntar con los programas para fomentar el acceso universal a la vivienda se vió cada vez más alejada de la posibilidad de hacer frente a los costos que con la inflación crecían a paso acelerado mientras que los salarios y el empleo se iban recuperando lentamente.

De acuerdo con estimaciones de la Subsecretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda de la Nación (desde marzo del 2018 Secretaría de Vivienda) en Argentina el déficit habitacional es de 3,5 millones de viviendas. Entre las más afectadas 2,2 millones son viviendas

deficitarias, 1,1 millones son de hacinamiento semi crítico y 0.2 de hacinamiento crítico (CEDU, 2017). (Barreda, Bercovich y Granero, 2019)

Esta situación no es una cuestión ajena a nuestro territorio, la problemática del acceso al suelo urbano persiste, aunque en diferentes grados, desde los comienzos del desarrollo urbano en la ciudad de Mar del Plata. Desde su fundación, la urbanización adquirió características concentradoras respecto a la producción y distribución de lotes y tierras. Esta pauta ha permanecido históricamente a través de las décadas y los diferentes gobiernos que han estado al mando del Estado; y a pesar de las diferentes variantes respecto a la política social implementada.

Siguiendo a Canestraro (2016) las políticas urbanas de los últimos años no lograron contrarrestar el creciente déficit habitacional en la ciudad, ya que se han orientado hacia la construcción de equipamientos de jerarquía, a la recualificación de centros comerciales y la puesta en valor del frente marítimo, a través de la privatización y concesión de espacios públicos. La autora destaca además la construcción de emprendimientos de categoría para sectores de altos ingresos en zonas centrales, el desarrollo de barrios privados en zonas periurbanas y la retención de tierra vacante especulativa. Como contrapartida, se produce un aumento en el déficit de la vivienda para sectores sociales medios y bajos, un aumento de la inquilinización, un crecimiento de la población que habita en villas y asentamientos y, con ello, un marcado proceso de conurbanización de la ciudad, caracterizado por la expulsión intraurbana hacia la periferia. (p.65)

Analizando el cuadro de situación que describe la autora se puede observar una gran discrepancia entre la tendencia de la política habitacional y las necesidades de la población (especialmente la clase trabajadora) las cuales paradójicamente, representan el principal objetivo que persiguen y por los que surge la respuesta estatal para contrarrestar los efectos sociales resultantes del proceso de acumulación de capital.

Para concluir, sumando a lo analizado previamente y desde la óptica del Trabajo Social, coincidimos con Massa cuando afirma

“Los procesos de intervención territorializados permiten superar una mirada inmediatista y despolitizante de las desigualdades y pensar estrategias colectivas de intervención con los sujetos que transitan en/con/a través del territorio, superando las “demandas individuales” reconstruyendo demandas colectivas.” (Massa, 2017, p.13)

Es por ello que resulta imperante la presencia de los trabajadores sociales en el territorio en cuanto forman parte de la clase trabajadora, no son ajenos a los procesos que

allí se gestan, acompañando las demandas colectivas que desde las bases sociales se construyen como parte del derecho al habitar.

Capítulo 4. Políticas sociales: campo en disputa, conceptualización y análisis crítico de su gestión. La instrumentalidad y mediación como técnicas/herramientas del Trabajador Social

Resumen del capítulo

Históricamente las *políticas sociales* han sido definidas y analizadas desde diferentes perspectivas. Esto ha contribuido a que se les adjudique diversos sentidos, funciones, significados y valorizaciones según el enfoque del que se parte. Las políticas sociales surgen en el contexto de los estados populistas, como forma del Estado de responder a la cuestión social emergente.

Con respecto al rol de la profesión del Servicio Social, la misma emerge en un principio como agente que únicamente ejecuta dichas políticas, desde una posición más pasiva y progresivamente, se constituye un espacio para la participación en el proceso de formulación y evaluación.

En el presente apartado se intentarán abordar las posturas más relevantes con respecto a esta categoría, recuperando los análisis más tradicionales ligados al positivismo, así como también los aportes de la corriente crítica en sus diferentes momentos, los cuales consideramos superadores para lograr captar las políticas sociales en su complejidad.

La política social desde el funcionalismo/positivismo

Cuando hablamos de políticas sociales (en adelante p.s.), podemos identificar una visión que denominamos tradicional, caracterizada por estar relacionada con lo pragmático, abocada hacia los hechos y la modificación de la realidad, sin pasar por un momento de reflexión ni crítica de las estructuras sociales. Siguiendo a la autora Alejandra Pastorini (1999), desde esta visión, las políticas sociales vendrían a ser la forma mediante la cual el estado realiza correcciones hacia los efectos negativos que produce la acumulación capitalista. Las mismas serían “concesiones” desde el estado a la sociedad, es decir que se otorgan determinados bienes o servicios con el fin de mejorar la situación o las condiciones de vida de la población.

Desde esta perspectiva se produce una naturalización de las desigualdades, como si ellas fueran un producto inevitable de la acción del mercado y que constantemente repercuten en los sectores más vulnerables. En este sentido las políticas sociales apenas

están accionando sobre las consecuencias de las estructuras productivas y económicas, pero bajo ningún punto se realiza un cuestionamiento acerca de ellas.

Este sesgo positivista se traduce en las intervenciones sociales, a través de la segmentación y localización de respuestas a la cuestión social. Dentro de este paradigma, el Estado reduce sus funciones a regular entre los diferentes intereses y ejecuta políticas sociales con una intención correctiva respecto a la distribución desigual natural de la sociedad.

En este mismo sentido, el autor Paulo Netto (1997 en Montaña, 1999) expresa que las intervenciones del estado en el contexto del capitalismo monopólico, guiadas por esta corriente, fragmentan la cuestión social convirtiéndose la política social en políticas sociales desconectadas entre sí, las cuales no indagan sobre el origen de las problemáticas sociales sino que actúan sobre los efectos producidos en la sociedad, individualizando y personalizando estos problemas, y haciendo que se pierda su carácter colectivo.

Hacia un análisis más complejo de las P.S., los aportes de la corriente crítica

En el proceso conocido como “Movimiento de Reconceptualización”, surgido en 1965 a partir del 1º Seminario Regional desarrollado en Porto Alegre (Brasil), se comenzaron a debatir y proponer teorías alternativas, al menos en sus intenciones, que pudieran superar las concepciones más tradicionales que venían guiando la intervención social hasta el momento. Sin embargo, no se logró modificación alguna debido a la permanencia de estructuras de pensamiento y racionalidad positivista en las ciencias sociales.

A partir de 1977 a través de los Seminarios Latinoamericanos y la publicación de la Revista Acción Crítica llevados adelante por parte de la ALAETS (Asociación Latinoamericana de Escuelas de Trabajo Social) y el CELATS (Centro Latinoamericano de Trabajo Social), se comienzan a incorporar a los análisis aportes/cuestiones relacionadas a la influencia de los movimientos sociales y partidos de izquierda. Tal es así como se comienza a hablar de derechos sociales como escenario desde el cual se piensan las políticas sociales.

Los aportes del marxismo en este sentido, llevaron a interpretar a las políticas sociales como:

“[...]mecanismos de control social e inhibición y despolitización de las clases trabajadoras y de las luchas de clases, reduciéndolas a su aspecto

meramente reivindicativo, a partir de la incorporación, por parte del Estado, de algunas de las demandas populares — lo que marca una perspectiva politicista. Por otro lado, se piensan las políticas sociales como absolutamente funcionales a la mantención del status quo y del orden social burgués — denotando una concepción instrumentalista de estas políticas sociales a los intereses del capital.” (Montaño, 1999, p.8)

En estos análisis la política social es vista como una decisión unilateral del estado, no se la analiza en sus múltiples aspectos, se traduce en una respuesta lineal hacia los derechos sociales vistos como naturales al hombre. No se identifica una relación entre política social y sistema económico/políticas económicas.

No fue hasta la década del '80 cuando se comienzan a visualizar a las políticas sociales como un producto de la lucha de clases, teniendo en cuenta las determinaciones económicas que estructuralmente conlleva el contexto de conflictos de clases, dentro de los cuales las p.s. cumplieron la función de mediar o responder a las demandas sociales. Los análisis marxistas incluyen el concepto de lucha de clases y del carácter contradictorio en el ámbito del desarrollo de las políticas sociales, brindando una mayor amplitud a las discusiones y viendo al estado como mediador en esta lucha entre capital y trabajo.

“En las palabras de Kowarick (1979, versión en portugués de 1985), influyente sociólogo en el debate latinoamericano, “el Estado capitalista es obviamente un Estado burgués que expresa los intereses de las clases hegemónicas” (1985.: 7). No obstante eso, rechazando las visiones polarizadas del Estado (como organización supraclasista o como instrumento directo de dominación de clase), éste resulta de la “condensación de una relación de fuerzas sociales”, es decir, es el resultado contradictorio de las luchas de clases, donde se manifiestan intereses contrarios. Así, continúa, “si el Estado excluye las llamadas clases dominadas, tiene que incluir en cierta medida algunos de sus intereses”, mediante un “pacto de dominación””(Kowarick, 1985 en Montaño, 1999, p.10)

Nos interesa remarcar aquí el aporte de Pastorini (1999) al respecto, al expresar que es insuficiente seguir entendiendo a las políticas sociales como concesiones del estado, por lo tanto, para poder dar cuenta de una mayor complejidad de la dinámica social, se deben analizar como “conquistas” en el marco de la lucha de los diferentes actores sociales.

Y es justamente esa necesidad de ampliar el análisis de las P.S, la que lleva a Montaño a expresar que:

“Las políticas sociales no son mecanismos lógico- formales estables de un Estado supraclásista de bienestar, o de un Estado apenas funcional al capital, sino el resultado contradictorio, tenso e inestable de esas luchas.” (Montaño, 1999, p. 16)

Otro autor que toma en consideración este aspecto de lo conflictivo como parte fundamental en el desarrollo de las políticas sociales es Paulo Netto (1997 en Montaño, 1999), quien propone una perspectiva de totalidad para analizarlas, entendiendo tanto las problemáticas como sus soluciones en el contexto específico del capitalismo, como un resultado contradictorio de lucha de clases sociales fruto de las desiguales condiciones económicas.

A partir del concepto de totalidad, todo proceso o fenómeno social debe ser entendido desde sus vinculaciones con la economía y con la política, relacionadas entre sí, ya que siempre responden a necesidades en el orden de lo político (legitimación, consenso) y a su vez a las necesidades económicas como la acumulación del capital.

Teniendo en cuenta esta categoría, la autora Pastorini, al analizar críticamente el binomio: concesión- conquista, menciona que al colocar a las p.s. en estos términos, no puede apreciarse el carácter relacional y procesual que lleva al surgimiento de las mismas. Se refiere a que no puede reducirse el análisis a pensar roles rígidos en los cuales el estado exclusivamente concede y los trabajadores o clases subalternas únicamente conquistan, cuando en realidad ambas partes ponen en juego sus intereses, y ambos en el mismo proceso van a estar concediendo y conquistando algo respecto a la otra parte.

El proceso que la autora considera que contiene una mayor complejidad es: DEMANDA - LUCHA - NEGOCIACIÓN - OTORGAMIENTO:

“Así este complejo proceso tiene como punto de partida las necesidades de los sujetos, parte de las cuales se transforman en *demandas* que serán reivindicadas frente a los organismos e instancias competentes, valiéndose de las movilizaciones y presiones de los sectores interesados, constituyendo de esta forma, verdaderas *luchas* entre diferentes clases sociales y sectores de las clases en pugna y enfrentados en la defensa de intereses diversos y hasta antagónicos. Ese proceso atravesado por las luchas de clases, conduce a una instancia de *negociación*, momento en el cual cada una de las partes involucradas obtiene ganancias y pérdidas” (Pastorini, 1999, p. 198 y 199)

Adhiriendo a esta perspectiva relacional de las políticas sociales, el autor Faleiros (1999) considera que no se pueden analizar en abstracto, sino que teniendo en cuenta el contexto socioeconómico en el que surgen y las transformaciones que ese contexto va atravesando, no son rígidas sino que son producto de la relación entre diferentes fuerzas sociales. Las entiende como instrumentos del estado para canalizar la lucha de clases y de esta manera propiciar las condiciones necesarias para la acumulación.

En este sentido se puede ver como en diferentes momentos históricos, según las fuerzas políticas dominantes, las políticas sociales tengan un mayor espacio para desarrollarse, o por el contrario, se retraigan o acoten a soluciones muy puntuales:

“Se trata de un campo que se define históricamente por la correlación de fuerzas, y no de un campo abstracto o de un instrumento rígido. Es en el enfrentamiento y en la lucha que surgen las posibles alternativas de la política social, en un equilibrio inestable de compromisos entre las fuerzas presentes y los intereses en juego” (Faleiros, 1999, p. 59)

Por otro lado, considerando las extendidas formas de definir las p.s. anteriormente desarrolladas y en concordancia con lo que Netto plantea desde la perspectiva de totalidad, coincidimos con la autora Claudia Danani al considerar necesario agregar una definición más: aquella que pone el foco en el objeto, entendiendo a éste como

“[...] un campo de políticas inagotable [...] ya que cuanto más complejo es el objeto, más necesario es extremar el esfuerzo para identificar lo específico del mismo [...] es fundamental establecer qué es lo específico, qué es aquello que da entidad a un objeto de estudio, qué es lo que da sentido a las relaciones que se tensionan en el campo en el que se inscribe.” (Danani, 2017, p.27-28)

Ahora bien, podríamos preguntarnos ¿cuál es el objeto de las políticas sociales? La respuesta no será lineal, ya que como explicamos anteriormente las políticas sociales actúan en múltiples dimensiones dependiendo de cómo se elija definir las, pero una forma de aproximarnos a esa respuesta, va a estar dada por su intervención en las condiciones de vida y la reproducción de estas. Es decir que las políticas sociales operan directamente sobre la configuración de las condiciones de vida de un sector de la población buscando su transformación.

Aquí podemos hacer referencia a la propuesta de la autora Marilda Iamamoto, desarrollado por Montaña, quien analiza el doble discurso del capitalismo, y remarca el carácter acotado y focalizado de las respuestas del estado ante el surgimiento de la cuestión social:

Según su análisis, “[...] la sociedad capitalista supone una contradicción inevitable en su evolución: el discurso de la igualdad y la realización de la desigualdad” . De esta forma, si bien por un lado “los servicios sociales son expresión de los derechos sociales del ciudadano”, por otro lado, tales servicios no son más que una forma transfigurada de parte del valor creado por las clases trabajadoras, apropiado por los capitalistas y por el Estado bajo la forma de trabajo excedente o plusvalía, que es parcialmente devuelto en pequeñas porciones a la sociedad, bajo la forma transmutada de servicios sociales” (Iamamoto, 1992: 96 y 1997: 107, en Montaña, 1999, p.12).

En concordancia con lo que plantea la autora Danani (2017), podríamos interpretar que las políticas sociales son instrumentos que operan sobre la distribución secundaria del ingreso en forma de servicios y recursos cuyo objetivo radica en estar al alcance de toda la comunidad.

La gestión de las P.S: El rol de los actores, el tercer sector y las instituciones

No obstante, las políticas sociales no siempre producen modificaciones en las condiciones de vida que intentan mejorar, y esto es debido, principalmente, a su funcionalidad al sistema capitalista y, ocasionalmente, también influye su sectorización, la falta de recursos para ejecutarlas, la aproximación errónea a la población objetivo y la falta de participación en su desarrollo por parte de algunos sectores de la comunidad.

Con esto estamos haciendo referencia a la gestión de la política social. Siguiendo a Chiara y Di Virgilio, podemos afirmar que

“[...] la gestión ingresa a la agenda a través de los problemas de (y en) la práctica, poniéndose en evidencia las dificultades para articular programas, los obstáculos para coordinar acciones entre las distintas jurisdicciones del gobierno y con organizaciones sociales y ONG, los reparos en relación a la efectividad en el uso de los recursos y, muy especialmente, las limitaciones para garantizar el ejercicio de los derechos sociales.” (Chiara, Di Virgilio; 2017 p.53)

Es así que la gestión muchas veces es analizada como parte de la esfera política y burocrática, desde donde se diseñan y ejecutan políticas para una población objetivo sin mayor aprehensión de los procesos que se suceden en el territorio, que forman parte de la vida cotidiana de los sujetos y sus necesidades. Se reduce la gestión de la política social a un asunto exclusivamente técnico.

En palabras de Yolanda Guerra:

“Nótese que tanto la utilización de procedimientos burocrático-administrativos, a partir de los modelos oriundos de la lógica formal y abstracta para atender a una heterogeneidad de situaciones directa e inmediatamente vinculadas en el plano de la formalidad institucional, así como, la utilización de procedimientos pre-determinados, lleva al profesional a circunscribir su acción dentro de la vida y de los límites institucionales. En este ámbito, la competencia profesional queda restringida a adoptar procedimientos formales.” (Guerra, 2013, p.11)

Esto se refleja en el reemplazo de las políticas por programas estandarizados, provenientes del financiamiento externo, en los cuales se plantean una serie de exigencias y condiciones que deben cumplir la población en general, con fines principalmente de control que impactan en la esfera económica y política, perdiendo importancia en esta instancia el desarrollo de la dimensión social.

Sin embargo, la gestión debería ser entendida desde una órbita macro (el estado) y una órbita micro (vida cotidiana) ya que siguiendo a Aguilar Villanueva en Chiara y Di Virgilio (2017) “Las políticas no son un tranquilo y neutro espacio administrativo, sino una “arena” política en la que convergen, luchan y conciertan fuerzas políticas.” (p.69). La gestión es un campo de interacción en el que se presentan diversos actores de estas órbitas con el fin de disputar los recursos atravesados por las relaciones de poder.

Ahora bien, esto nos lleva a introducir un elemento clave en los procesos de gestión, nos referimos a los actores. La definición e identificación de quienes van a ser actores en estos procesos no es algo que pueda determinarse con anticipación, sino que se van reconociendo en el despliegue del mismo, esto sucede debido a que, depende la situación en la que se involucre un sujeto, podrá definirse como actor o no.

Al referirnos a ellos debemos considerar que los actores son

“[...]unidades reales de acción en la sociedad: tomadores y ejecutores de decisiones que se definen como tales en el marco de un sistema de relaciones” (Chiara, Di Virgilio p.70)

Los actores ocupan lugares diferentes y provienen de sectores diferentes por lo que su aporte será específico en su área, ya sea técnica, política o centrada en la acción. Lo que los congrega es su interés por intervenir en el campo problemático para el que se plantea la política.

Dentro de estos procesos en los que se observa la conformación de sujetos en actores, se van a evidenciar también, los procesos de alianzas, sabotajes, disputa, enfrentamientos y capacidades, como el liderazgo y la mediación. Todo esto es lo que

conforma el proceso de toma de decisiones y quedará reflejado en el resultado final de la política.

Queremos hacer una breve mención dentro de los actores de las p.s. al Tercer sector, las ONGs. Y es que si bien su participación creciente en un contexto de crisis social y estatal, surge de acciones no lucrativas en apariencia, tienen una gran injerencia en la planificación pero sobre todo en la ejecución de las p.s. ya que muchas veces desde el Trabajo Social se recurre a ellas a la hora de obtener algún recurso, herramienta o servicio para la población con la que se trabaja.

En este sentido Yolanda Guerra afirma:

“Las transformaciones realizadas en los países capitalistas en los últimos 30 años, oriunda de la crisis estructural del capital, producen alteraciones en el mundo del trabajo, las cuales se traducen en las particularidades históricas del Servicio Social, redimensionando las políticas sociales como espacios socio-laborales de los asistentes sociales, resultando en nuevas y más complejas relaciones entre Estado y Sociedad Civil, de donde deriva un nuevo patrón de enfrentamiento de la cuestión social (Cf. Montaña, 2005) caracterizado por medidas focales y paliativas de combate a la pobreza, por el establecimiento de redes de protección social, por el crecimiento del Tercer Sector y de las prácticas voluntarias y voluntaristas tales como los grupos de generación de renta y el cooperativismo.” (Guerra, 2013, p.5)

Como desarrollaremos a continuación, es fundamental que el Trabajador Social sea reconocido profesionalmente en su autonomía relativa y use los recursos disponibles bajo una órbita institucional, considerando un marco teórico-conceptual-ético para diferenciar su trabajo del accionar puramente voluntario de cualquier otro ciudadano.

Habiendo ya explorado las políticas sociales, su surgimiento, definición y gestión, es hora de “bajarlas a la realidad” y a lo concreto en el accionar de los trabajadores sociales. Para ello comenzaremos describiendo lo que se define como marco institucional, ya que las políticas sociales se encuentran contenidas en este encuadre para su ejecución:

“La vida política que procesa la complejidad pública, y que entre otros aspectos se traduce en la gestión de las políticas sociales, no opera en el vacío. Los modos en que se agregan o desagregan intereses, se procesan los conflictos, se negocian intercambios de recursos y percepciones del mundo están constreñidos por un tejido de mecanismos históricamente conformados, que se denominará aquí “marco institucional”” (Repetto, 2017, p.143).

Aquí nos referimos a lo trabajado anteriormente con respecto al contexto y la coyuntura en que se diseñan y ejecutan las políticas sociales: se enmarcan en un período histórico, dentro de un sistema económico (capitalista), en una sociedad determinada y más concretamente, su puesta en acción depende de un organismo administrativo y burocrático que es parte del Estado (institución)

Entendemos las instituciones como las agencias estatales cuya incumbencia se constituye en el ámbito de las políticas sociales. Son quienes enmarcan el contenido y argumento administrativo y político de las P.S., captan y enfocan las demandas y necesidades a las que responden las P.S, delimitan los ámbitos y herramientas de acción. (Repetto, 2017)

Además es importante considerar la especificidad de la institucionalidad que se vuelca en las P.S, ya que si bien por un lado, se encuadran en un sistema general de la sociedad, por otro lado, responden a diferentes sectores y áreas de intervención, adaptando su ejecución al campo correspondiente, ya sea educación, salud, justicia, desarrollo social.

El Rol del Trabajador social en relación a las P.S: la instrumentalidad y la mediación

A raíz de lo desarrollado en el apartado precedente, podemos asumir que las *políticas sociales* van a estar delimitadas por y dentro de la institución en la cual el Trabajador Social se desempeña. Por lo tanto, parte de su labor va a consistir en conocer y analizar estas políticas y la coyuntura socio-económica en la que surgen, en pos de su puesta en práctica de forma crítica.

Nos interesa analizar las políticas sociales en este sentido ya que se constituyen como uno de los instrumentos más importantes en el accionar del Trabajador Social como parte de su instrumentalidad, y que permiten entender el surgimiento de la profesión en la división social del trabajo en el marco del Estado burgués capitalista.

“En tal sentido, la política social se constituye, tanto en la órbita estatal como en el campo empresarial (ver Mota, 1991), en la *base de sustentación funcional-laboral* del Servicio Social (Montaño, 1998b); determinando así su funcionalidad, dándole legitimidad a través de la demanda de su intervención y, por lo tanto, creando un campo laboral propio para este profesional” (Montaño, 1999, p. 5)

En el cotidiano del trabajo dentro de las instituciones y, por las exigencias de éstas hacia el profesional, es frecuente que el trabajador social ponga énfasis en la inmediatez de

la demanda, sin profundizar en el trasfondo social que da contexto al surgimiento de la problemática. Ante esto, la autora Yolanda Guerra propone que

“Para desenmascarar la realidad institucional, un conjunto de saberes, de diferentes grados, deben ser accionados, estos saberes se refieren a: 1. Los fundamentos de orden social. 2. Las transformaciones socio-históricas de los países y regiones, 3. La coyuntura económica-social actual, 4. El contexto institucional, 5. Las relaciones de poder presentes, 6. Los intereses en disputa, las fuerzas sociales que estos intereses representan, 7. Lo que quiera ser alcanzado (objetivos, metas a corto, mediano y largo plazo), 8. Los instrumentos que permiten el alcance de los objetivos, 9. Las tácticas y estrategias que serán utilizadas, esto es: cuando y donde, entre otros. Así, cabe al asistente social, estar fundamentado en saberes explicativos y en saberes interventivos. Este conjunto de complejos aprehendidos por el esfuerzo de la razón en la superación de la inmediatez, posibilita al profesional una visión más clara, amplia y profunda de la realidad social, a partir y sobre la cual, incide la intervención profesional del asistente social.” (Guerra, 2013, p. 21)

De esta forma, la autora hace referencia a la capacidad del Trabajador Social para trascender lo inmediato que la cotidianidad nos presenta a través de las demandas específicas, con el fin de captar las mediaciones de las mismas, teniendo como eje la defensa de los derechos sociales.

Siguiendo en esta línea, se refiere a la *instrumentalidad* del Trabajo Social como un recurso para superar las prácticas funcionales a la racionalidad del sistema capitalista, y la define como:

“[...] la categoría reflexiva capaz de apuntar las diversas formas de inserción de la profesión en los espacios socio-ocupacionales y las competencias y requisitos profesionales, de modo de demostrar lo concreto particularizado de las formas de actuar de la profesión, o de las mediaciones particularizadoras que confieren existencia real a la profesión en contextos y espacios socio-históricos determinados.” (Guerra, 2004, p. 17)

Y es así como la autora introduce el concepto de *mediación*, refiriéndose a ésta como aquel momento de la intervención donde direccionamos nuestra acción en base a un proyecto ético político que tenga en el centro a la persona y que ponga a su servicio las

herramientas y políticas disponibles, intentando superar las intervenciones profesionales instrumentales.

“La instrumentalidad del Servicio Social como mediación es el espacio para pensar en los valores subyacentes a las acciones, en el nivel y en la dirección de las respuestas que estamos dando y por las cuales, la profesión es reconocida o cuestionada socialmente. Es por su instrumentalidad que pasan las decisiones y alternativas concretas, de individuos concretos, en situaciones concretas” (Guerra, 2004, p. 18)

Siguiendo esta perspectiva, tomaremos al autor Reinaldo Pontes quien analiza la mediación desde la teoría dialéctica marxiana, aplicada a la acción profesional del trabajo social. Para introducirse en el análisis de la mediación, conceptualiza otra categoría fundamental para la dialéctica, que es la totalidad, la cual hace referencia a la presencia de complejidad en todos los niveles de la realidad (sea en lo individual o en categorías sociales más amplias) a diferencia del significado tradicional de totalidad como suma de diferentes partes.

El autor propone la utilización del método dialéctico como herramienta a través de la cual se puede construir la mediación. El mismo se basa en una combinación de movimientos en el análisis de la realidad, yendo de lo concreto a lo abstracto y nuevamente volviendo a la realidad empírica para poder captar a través de estas aproximaciones, las diferentes determinaciones y mediaciones. Considera la idea de totalidad y de mediación como categorías fundamentales para analizar los fenómenos sociales que se presentan en la intervención profesional como hechos aislados ocultando las múltiples determinaciones que los sitúan socio-históricamente.

En palabras del autor:

“La mediación entre los hombres singulares y la sociedad (con su complejidad inherente) posibilita develar los complejos sociales, pues “es una síntesis categorial de universalidad elevada, extremadamente objetiva, de todas las fuerzas, procesos, etc., que *determinan objetivamente el nacimiento, el funcionamiento, y el ser -precisamente- así de un complejo*” (Pontes, 2003, p. 210).

Esta categoría, analizada a la luz del desarrollo de la intervención profesional, es la que tiene el potencial para poder superar la inmediatez de las demandas institucionales o individuales, llegando a la construcción del objeto de intervención, que luego de una serie

de aproximaciones y re aproximaciones es posible que se puedan constituir en demandas sociales.

Capítulo 5: Estrategia metodológica

La metodología de investigación que nos propusimos es mixta. Si bien se abordó gran parte del trabajo desde una perspectiva cualitativa, no se dejó de lado la perspectiva cuantitativa que pudiera surgir de la recolección y análisis de datos. De esta manera se realizó un estudio de tipo exploratorio-descriptivo.

La elección de esta forma de investigación se fundamentó en la necesidad de ampliar teórica y reflexivamente el análisis sobre las prácticas e intervenciones realizadas en el contexto de la práctica de formación académica institucional supervisada llevada a cabo en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil⁹ con las familias que presentaron como demanda la situación habitacional precaria, encontrándose de esta manera, vulnerada la posibilidad de garantizar el egreso hospitalario en un hábitat saludable, que responda a las condiciones sanitarias mínimas y se constituya en un elemento potenciador del desarrollo tanto familiar como individual de cada uno de sus miembros.

Adherimos al autor Follari cuando argumenta que de todas las diferencias que se le atribuyen a las perspectivas cuali/cuanti solo una es cierta, aquella que postula que lo cuanti hace referencia a la cantidad y lo cuali a la calidad. Es así que, al definir los tipos de metodologías, no lo haremos de forma excluyente, sino teniendo en consideración que abordan la realidad de manera diferente.

Siguiendo a Denzin y Lincoln en Follari entendemos a la investigación cualitativa como:

“[...] una actividad situada que ubica al/la observador/a en el mundo. Consiste en un set de prácticas materiales e interpretativas que hacen el mundo visible. Estas prácticas transforman el mundo. Transforman el mundo en una serie de representaciones, incluyendo notas de campo, entrevistas, conversaciones, fotografías, grabaciones y memos. En este nivel, la investigación cualitativa supone un acercamiento naturalista e interpretativo al mundo. Esto significa que los/as investigadores cualitativos/as estudian las cosas en sus contextos naturales, procurando dar sentido o interpretar los fenómenos en términos de los significados que la gente les otorga” (Denzin y Lincoln en Bassi Follari, 2014, p. 6-7)

⁹ Esta práctica forma parte de la Cátedra Supervisión de la Licenciatura en Trabajo Social, UNMDP.

Entendemos que las aproximaciones que se desprendieron de los aspectos cuantitativos, aportaron elementos respecto a las características que adquiere la materialización de la problemática en referencia a las condiciones de vivienda, materiales de construcción, servicios básicos, situación en cuanto a la tenencia, entre otros. Asimismo, las aproximaciones cualitativas que se desprendieron de las entrevistas y la investigación documental, contribuyeron con las miradas, interpretaciones, puntos de vista y abordaje de los diferentes profesionales que intervienen con las familias, ya sea en el ámbito de salud o desarrollo social. De esta manera, no solo logramos un abordaje exploratorio de la magnitud sino también de las particularidades de la temática en estudio.

Por consiguiente presentamos esta perspectiva como plan de análisis, ya que a partir de la información arrojada mediante las entrevistas y la observación documental, se generaron datos que se analizaron reflexivamente a la luz del marco conceptual-teórico propuesto, siguiendo la línea de objetivos planteados.

Para la recolección/producción de información utilizamos las siguientes herramientas táctico operativas:

- Entrevistas semi-estructuradas a profesionales del sector y a referentes de organismos estatales.
- Observación documental de registros escritos (fichas del Servicio Social).
- Registro de experiencias de intervenciones llevadas a cabo en el marco de la Práctica Supervisada.
- Investigación bibliográfica que abordará la exploración de las políticas públicas enunciadas por los organismos oficiales.

Respecto a la entrevista, siguiendo al autor Juan Ignacio Piovani, la misma es entendida como una forma específica de conversación profesional, en la cual su principal objetivo es el de conocer una realidad que representa el tema de interés determinado por los lineamientos de una investigación. En cuanto a los diferentes tipos de entrevista que plantea el autor, planteamos que las realizadas en este trabajo se encuadran dentro de las entrevistas personales semiestructuradas, debido a que las mismas se realizan cara a cara y a que el grado de espontaneidad de la interacción verbal es medio.

El autor explica que para poder llevar a cabo una entrevista, debe establecerse un contrato comunicativo en el cual se incluyen un conjunto de saberes que deben compartirse por ambas partes. Algunos de esos saberes, los explícitos, tienen que ver con la temática y los objetivos de la investigación, para lo cual debe realizarse, previamente al desarrollo de la entrevista, un consentimiento informado en el cual se dejen asentados estos lineamientos.

Entre los diferentes aspectos que el autor analiza sobre la situación de la entrevista en el marco de una investigación, surge la cuestión del registro de la entrevista. Considera los beneficios de la utilización del grabador (de voz) como herramienta para poder lograr una mayor concentración por parte del entrevistador tanto en lo que se está expresando oralmente como también en el lenguaje corporal.

Por otro lado, queremos aquí hacer mención a la observación, que si bien es una actividad cotidiana que realizamos todos y cuyo objetivo es conocer, analizar, explicar los sucesos, también incorpora algunos parámetros que permiten que hablemos de una técnica de investigación científica. En este sentido coincidimos con Piovani en su definición:

“[...] la observación científica puede concebirse - retomando las palabras de Cardoso de Oliveira (1996) para referirse al trabajo antropológico- como una forma de observación disciplinada, y esto en un doble sentido disciplinada en cuanto caracterizada por la sistematicidad y la constancia, una práctica que se atiene a ciertas reglas y procedimientos, y disciplinada en la medida en que está orientada teórica y metodológicamente por las disciplinas científicas, en el marco de las cuales adquiere un sentido específico que a su vez es producto de consensos más o menos generalizados acerca de las reglas, procedimientos de acción y perspectivas teóricas que la guían.”
(Piovani, p.192)

Con respecto a la clasificación de la observación, que se divide en dos categorías las cuales contienen a su vez subcategorías, en este trabajo estaremos abordando por un lado, la observación directa, en el momento de la intervención y por otro lado, la observación indirecta y la observación documental de fuentes secundarias. En este sentido “[...]la observación es la forma más sistematizada y lógica para el registro visual y verificable de lo que se pretende conocer; es decir, es captar de la manera más objetiva posible, lo que ocurre en el mundo real, ya sea para describirlo, analizarlo o explicarlo desde una perspectiva científica” (Campos y Martínez, 2012, p.5)

Podemos hablar de observación directa en el momento de la práctica institucional, la cual nos brindó los elementos para conocer la organización y dinámica de trabajo en el sector de Neonatología, en el Servicio Social y asimismo en el Hospital en general. Por otro lado, la observación documental de registros realizados por los profesionales del Servicio Social es una tarea más reciente realizada en el marco de la investigación con el objetivo de recolectar información adicional a las entrevistas realizadas.

Es por todo ello que la observación como técnica científica de investigación, debe encuadrarse en un escenario temporo-espacial determinado, con un objetivo de

investigación definido previamente, valiéndose de guías de apoyo para la recolección de la información que posteriormente mediante la reflexión teórica será transformada en datos de análisis.

Con respecto a la realización de las entrevistas

Consideramos relevante detallar el proceso que atravesamos a fin de llevar a cabo las entrevistas en la institución de salud. Para esto, El HIEMI exige que se presente un protocolo de solicitud de evaluación de investigación . Esto se fundamenta en la necesidad de que los Comités de Docencia e Investigación y el Comité de Bioética puedan justamente evaluar y considerar si es pertinente la investigación que se quiere realizar y en base a esto dar o no el aval correspondiente.

“Ninguna investigación científica sobre seres humanos puede realizarse en el HIEMI-HIGA sin el aval institucional correspondiente, mediando la participación de los Comités de Docencia e Investigación respectivos y la del Comité de Bioética conjunto para ambos efectores de salud”. (Procedimiento operativo estandar - Comité de Bioética- HIEMI-HIGA).

Es así que luego de haber recibido la aprobación del Plan de Trabajo Final, por parte de la Comisión de Tesis presentamos el protocolo en el Comité de Docencia e Investigación en el año 2021 y una vez aprobado, en el año 2022 finalmente fue enviado al Comité de Bioética, el cual nos aprobó definitivamente la solicitud en marzo de 2023.

El desarrollo de las entrevistas se llevó a cabo entre los meses de abril y mayo del año 2023, y el nexa con los profesionales se dio a partir de un referente institucional. Previo a cada entrevista se informó a los participantes a través de una hoja de información y un consentimiento informado. En dichos documentos se hace un resumen de todos los aspectos que forman parte de la investigación (características, objetivos, metodología) y se deja asentado que los datos obtenidos son de carácter confidencial y serán utilizados únicamente para fines académicos sin revelar nombres ni características personales de pacientes ni de profesionales.

Asimismo se les solicitó a los participantes su consentimiento para la utilización del grabador de voz, herramienta que, como describimos en los aspectos metodológicos, resulta fundamental para el registro de la información brindada. Todos ellos dieron su consentimiento, con lo cual se procedió a grabar las entrevistas y posteriormente desgrabarlas, obteniendo de esta manera archivos de texto en donde se volcó la totalidad de los diálogos, para poder luego analizarlos.

Con respecto a la institución

El Hospital Materno Infantil “Victorio Tetamanti”, se caracteriza por ser interzonal y especializado¹⁰ y de agudos¹¹ por lo cual se lo considera en un hospital de derivación, ya que los pacientes que recibe provienen de diversas zonas, sobre todo los partidos que conforman la Región Sanitaria VIII, en la cual se encuadra. Estos son: Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Lavalle, Gral. Madariaga, Gral. Pueyrredón, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil, Villa Gesell. Es un hospital de complejidad 8¹², que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Además de ser un hospital de referencia y derivación en la zona, a su vez, tiene como referencia y establecimientos de derivación al Hospital de Niños de La Plata “Sor Maria Ludovica” y al Hospital Nacional de Pediatría “Dr. Juan P. Garrahan. Asimismo, se articula con las instituciones nacionales locales como son el Instituto Nacional de Epidemiología (INE) y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur (INAREPS) y con el primer nivel de atención que depende de la Municipalidad de General Pueyrredon, representado por los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) emplazados en los barrios de la ciudad.

El Servicio Social tiene intervención directa en las problemáticas psicosociales, en el proceso salud-enfermedad-atención en relación a pacientes con patologías crónicas atendidos en las diferentes especialidades, y en diversas problemáticas como las situaciones de sospecha de maltrato infantil, abuso sexual infantil, violencia de género, entre otras. Interviene en tres grandes áreas dentro del hospital:

- Servicio de Obstetricia
- Servicio de Pediatría
- Servicio de Neonatología

Con respecto al sector Neonatología, cuenta con una capacidad de 50 incubadoras (aunque es variable) para internación y se divide en el sector de terapia intensiva y el sector

¹⁰ Atiende a pacientes menores de edad hasta los 15 años y mujeres embarazadas a partir del octavo mes o embarazos de riesgo.

¹¹ El tiempo promedio en que los pacientes permanecen internados no supera los 30 días.

¹² Cuenta con una amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad que comprenden servicios como: radioterapia, medicina nuclear y cuidados intensivos. También funciona como centro de docencia universitaria.

de terapia intermedia. Se trabaja desde el paradigma de Maternidad Segura y Centrada en la Familia¹³ con enfoque intercultural.

Se realizan relevamientos semanales de las familias de todos los niños/as allí internados/as. En el caso de las familias de los niños/as prematuros/as, que pesan menos de 1500 gr. Se interviene siguiendo el Programa Nacional de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, a través del cual, deben realizar sus controles en el consultorio externo de Neonatología.

En este sentido, se trabaja el acompañamiento desde la internación, con la evaluación previa al egreso como así también la modalidad ambulatoria desde el consultorio externo.

Con respecto a la conformación de la muestra

Como ya mencionamos anteriormente, al haber realizado la práctica supervisada como estudiantes, se parte de la base de algunos conocimientos sobre la dinámica de trabajo del sector.

Considerando que la intervención de los trabajadores de la salud en una etapa inicial de la vida del recién nacido prematuro están abocados a lograr la sobrevivencia del niño, y conociendo que la sala de neonatología se encuentra organizada en dos sectores de internación que la conforman: terapia intensiva y terapia intermedia.

Evaluamos conveniente conformar la muestra de las entrevistas con los profesionales que se desempeñan en el área de menor complejidad, es decir en terapia intermedia, ya que son quienes tienen mayor cercanía al abordaje de la cuestión habitacional previa al egreso hospitalario.

Asimismo, se entrevistó a profesionales del consultorio externo de neonatología, quienes dan continuidad al trabajo iniciado con la familia en el marco de la atención del niño/a, según las pautas del Programa de recién Nacido de Alto Riesgo.

La muestra se conforma con dos profesionales de la medicina (médicos/as neonatólogos/as) y dos profesionales de la enfermería del sector de internación, con el fin de lograr una mirada más amplia sobre la problemática abordada. En contrapartida, teniendo en cuenta que el equipo del sector de consultorios externos está conformado por menos profesionales, las entrevistas se realizan a un médico/a y un enfermero/a.

¹³ Es un paradigma promovido por Unicef que en el año 2012 se define como una política pública provincial en la Provincia de Buenos Aires. Es una iniciativa que pone el foco en la familia y el equipo de salud como los protagonistas del proceso, respetando y cuidando a la mujer durante todo el embarazo, reforzando la participación de los padres en los cuidados del recién nacido, y promoviendo técnicas seguras y efectivas.

Por otro lado, fueron entrevistados/as dos trabajadores/as sociales del área de internación de neonatología.

Finalmente accedimos a dos referentes institucionales (profesionales de Trabajo Social) pertenecientes a organismos del estado tanto municipal como nacional ligados a la acción social, considerando la necesidad de indagar acerca de la existencia y funcionamiento de políticas sociales relacionadas a la cuestión habitacional.

En este punto nos resulta necesario aclarar que al momento de referirnos a alguno de los/as entrevistados/as en particular lo haremos a través de las siguientes siglas para poder identificar a que profesional estamos haciendo referencia, sin revelar su identidad ni violar el código de confidencialidad.

Profesionales de la Medicina: M1 - M2 - M3

Profesionales de Enfermería: E1 - E2 - E3

Profesionales de Trabajo Social - sector Neonatología: TSN 1 - TSN 2

Profesionales de Trabajo Social de Instituciones del Estado: TS1 - TS 2

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Respecto a la presentación de los datos, proponemos un análisis interpretativo del discurso de los entrevistados, que nos permita recuperar la visión de cada profesional acerca de los tópicos más relevantes de la investigación proporcionados por los guiones de entrevista, relacionándolos con los lineamientos teóricos que dan sustento a la presente investigación. Complementariamente, haremos un análisis estadístico de los datos obtenidos de las fichas de registro de los profesionales expresados en gráficos.

El recién nacido prematuro: sus características, patologías frecuentes y tiempos de internación

Características de un recién nacido prematuro

Con el objetivo de dar respuesta al primer objetivo específico de la investigación, *caracterizar al/la niño/a prematuro que atraviesa una internación en el sector motivo de estudio, Neonatología*, se indaga acerca de las características de un recién nacido prematuro. En base a las respuestas brindadas por los diferentes profesionales de la salud, detallamos a continuación sus principales características:

- Definidos por edad gestacional y peso peso al nacer.
- Nacidos pretérmino, antes de las 37 semanas.
- El período entre 25 a 36 semanas se considera prematurez.
- Son de alto riesgo, aquellos que pesan menos de 1500 gr
- Se caracterizan por tener cuadros de alta complejidad y complicaciones de salud relacionadas a la prematurez.
- Presentan necesidad de oxígeno, respirador, incubadora.
- Requieren estímulos extra a diferencia de un bebe de término, por haber nacido antes de tiempo y continuar su desarrollo previsto durante una gesta a término fuera del útero de la persona gestante.
- Inmadurez en los sistemas, que conlleva un conjunto de cuidados específicos.

Patologías más frecuentes en niñas/os prematuras/os

Siguiendo en la línea de conocer a la población de estudio, ahondamos acerca de las patologías vinculadas a la prematurez que se atienden en el sector y cuáles son las más frecuentes.

- Retinopatía del prematuro
- Membrana Hialina
- Displasia broncopulmonar
- Cardiopatías
- Problemas de crecimiento: se utiliza la edad corregida¹⁴
- Necesidad de soporte respiratorio
- Problemas de alimentación (de succión y deglución), nutricionales (necrosis de intestino).
- Dificultad para respirar, enfermedades respiratorias.
- Complicaciones en la piel
- Además en el Consultorio externo se trabaja la relación con el entorno, la comunicación, los trastornos del espectro autista.

Tiempo de internación en el sector

Finalmente, para complementar la información brindada sobre el recién nacido prematuro, se consultó acerca de cuánto es el tiempo que suele permanecer en el sector estos pacientes, siempre teniendo en cuenta que esto puede ser algo variable. A partir de las respuestas obtenidas, arribamos a la siguiente conclusión.

El tiempo que permanecen los pacientes depende de las semanas de gestación, generalmente se espera hasta que se cumple el término de embarazo - 40 semanas. Por ejemplo, si nació a las 24 semanas se tiene una expectativa de internación de 16 semanas; si nació de 35/36 semanas, pueden ser 15 días de internación. Aquí influyen como factores las diferentes complicaciones que puedan surgir y la evolución del paciente.

En el consultorio externo, se hace seguimiento ambulatorio desde el alta de neo hasta los 7 años para aquellos bebés que hayan pesado menos de 1500 gramos al nacer.

¹⁴ Se refiere al cálculo de la edad teniendo en cuenta las semanas de gestación, restándole a la edad cronológica las semanas de gestación en la que nace el bebé.

La problemática habitacional, su implicancia sobre la situación de salud de los recién nacidos prematuros: relevancia dentro del ámbito institucional

Remontándonos a lo desarrollado anteriormente en el capítulo 3, los parámetros de análisis para considerar una vivienda saludable por la OMS son los siguientes:

- Estructura de la vivienda: su diseño debe proteger a los moradores de las inclemencias climáticas mediante estructuras seguras, firmes y duraderas.
- Diseño y materiales: Relacionado al punto anterior, los pisos, paredes y techos deben construirse con materiales que aseguren la firmeza de los mismos, que eviten las filtraciones de agua. Es necesario que la vivienda cuente con suficientes aberturas que permitan el ingreso del sol y la ventilación.
- Distribución de la vivienda: la vivienda debe contar con diferentes espacios, los cuales se desagregan para dar respuesta a diferentes funciones o necesidades de las familias: descanso, preparación e ingesta de alimentos, ocio, higiene personal. Además de la distribución es importante que exista suficiente espacio habitable en función de la cantidad de habitantes de la vivienda, que garantice privacidad e intimidad a cada uno de ellos.
- Acceso a servicios: en este punto se hace referencia al entorno en el que se inserta la vivienda, el cual debe proveer un acceso a servicios de salud, servicios sociales, de seguridad y a servicios culturales y además se debe contar con el servicio de transporte.
- Provisión de agua segura, recurso de gran relevancia tanto para consumo como para uso doméstico.
- Adecuada disposición sanitaria de excretas a fin de evitar contaminación o transmisión de agentes infecciosos.
- Presencia de desagües.

Sin embargo, recordamos que:

“No obstante la caracterización de vivienda saludable desde los preceptos de la OMS Y OPS, que expresa aspectos de suma relevancia e influencia en los procesos de salud-enfermedad, no puede dejar de advertirse que se trata de una descripción uniforme de parámetros que se establecen sin tener en cuenta por un lado, que la ciudad precede al modo de producción capitalista (Lefebvre, 1969) y por otro, que la ubicación de una

persona/familia en diferentes sectores de la clase trabajadora, constituye un factor determinante que condicionará el acceso a objetivaciones concretas, resultando imposible desvincularla de la ubicación dentro de la división social del trabajo en el modo de producción capitalista.”

Teniendo en cuenta nuestro segundo objetivo específico de investigación, ***conocer la relevancia de la problemática habitacional recuperando las opiniones, criterios y experiencias de los profesionales del sector***, en primer lugar exploramos cuáles son los cuidados o indicaciones que se recomiendan a la familia, previo a un egreso hospitalario y si hay alguna que esté relacionada con las características habitacionales.

Posteriormente, dentro de esta misma línea y complementando lo anteriormente mencionado, profundizamos la cuestión de la situación habitacional y sus implicancias sobre la salud de los/as niños/as. A continuación presentamos el detalle de las diferentes respuestas brindadas.

Cuidados o indicaciones al egreso y con respecto a las características habitacionales

Respecto a aquellos más generales se destacan:

- Reducción de visitas y salidas
- Recomendaciones sobre la alimentación, lactancia, el baño.
- Indicaciones sobre cómo debe dormir: se engloba en el concepto de sueño seguro.
- Los padres/madres deben tomar un curso de RCP que se da como política del hospital previo al alta.
- El control en consultorio externo es más estricto y enfocado que en los centros de atención primaria, ya que se utiliza la edad corregida y se tienen en cuenta factores claves del desarrollo relacionados a la prematurez.
- Relevancia de los controles de salud

Respecto a la cuestión habitacional específicamente:

- Cuidado de temperatura corporal y del ambiente
- Tipo de calefacción: No se aconseja calefacción a leña
- Que el ambiente no tenga humedad, debido a las enfermedades respiratorias.
- Se aconseja mantener una buena ventilación e higiene
- Que no haya fumadores cerca del bebe

- Que no haya polvillo en el ambiente.
- En relación al espacio de la vivienda, se recomienda contar mínimo con dos ambientes para evitar hacinamiento.

Los TS realizan entrevistas obligatorias con familias de bebés de menos de 1500 gr.: se indaga a través de una ficha sobre diferentes aspectos como tipo de vivienda, si es alquilada, propia o cedida, si cuenta con servicios básicos, la forma de calefacción, donde duerme el bebé, si tiene cuna, hacinamiento.

A partir del análisis acerca de las recomendaciones brindadas por los profesionales, y el contraste tanto con los datos relevados en la muestra de fichas como con los testimonios recogidos en las entrevistas podemos encontrar que, existen aspectos que se indican como deseables/necesarios, teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad del recién nacido prematuro, como vimos al detallar sus características y las patologías más frecuentes que suelen desarrollar; pero que resultan muchas veces inaccesibles para la realidad de las familias, teniendo en cuenta su inserción social.

En este punto resulta de importancia el aporte de uno de los profesionales entrevistados, en donde se puede ver representada esta cuestión:

M2 : “No, ... tratamos ... pasa que a veces la realidad de ciertos pacientes ... le decimos, por ejemplo, bueno no calefaccionen con leña pero si es lo único que tienen lo van a calefaccionar con leña. Tratamos de que tengan el mayor cuidado posible con un recién nacido pero sabemos que a veces ciertas indicaciones que nosotros damos son imposibles de llevar a cabo porque habría que trabajar mucho en diferentes aspectos. “

“ se da una situación social que uno le da la indicación pero sabes que para que esa indicación se lleve a cabo hay que intervenir desde diferentes puntos”

M2: “La forma en la que se da es muy similar a la que te comenté anteriormente: hacinamiento, humedad, casas que no son de material sino que son de cartón, de chapa y en invierno tenés 2 grados más de lo que hace afuera y ahí quizás vos querés intervenir y decir bueno trata de no calefaccionarte con la salamandra o no uses algo con querosén pero es lo único que tiene en la mano y a veces es difícil.”

Asimismo, valoramos la reflexión basada en su experiencia de una de las Trabajadoras Sociales perteneciente a una de las instituciones estatales:

TS4: *“La mayoría de las personas viven en casillas de madera o en viviendas de material pero que no están revocadas, por lo cual siempre genera problemáticas de humedad, filtraciones de agua, la mayoría de las viviendas son muy precarias y muy pequeñas para la cantidad de personas que allí viven. Por eso muchas personas vienen con la idea de poder ampliar, de poder generar un subsidio para hacer una habitación más.”*

En esta misma línea y complementando los aportes realizados respecto a las condiciones habitacionales a las que acceden la mayoría de las personas que acuden a las instituciones entrevistadas, en este caso en base al testimonio de TS3, la misma expresa que se trata de *“viviendas precarias”*, muchas de las familias tienen los servicios presentes en su barrio pero no pueden conectarse a los mismos, por ejemplo con respecto al gas. En la mayoría de las viviendas hay hacinamiento. En cuanto a los materiales, si bien hay viviendas de material, también hay casos de viviendas tipo casillas, de madera, o de materiales de desechos. En cuanto al mantenimiento, las paredes muchas veces presentan humedad, las aberturas no cierran bien, los techos tienen filtraciones. En cuanto a los pisos, si bien hay de cerámicos, muchas veces son de carpeta o de tierra directamente.

Implicancias de las características habitacionales en la salud

En relación a lo analizado en el apartado de las recomendaciones, aquí podemos ver como, ante la ausencia o imposibilidad de acceder a ciertas condiciones habitacionales, esto puede repercutir en el proceso de salud-enfermedad de los pacientes. En este punto nos interesa aclarar que no entendemos esta situación como una relación de causa- efecto, sino que, como hemos desarrollado en el marco teórico planteado, tiene que ver con procesos en los cuales tienen influencia múltiples aspectos.

Uno de ellos se relaciona al concepto de subsunción desarrollado por el autor Jaime Breilh en el marco de la teoría de la determinación social, presentado en el capítulo 2.

Aquí se comprueba que lo biológico se encuentra subsumido a lo social, en tanto las dimensiones más complejas determinan otras dimensiones referidas a la variedad de posibilidades y exposiciones a las que se puede tener acceso, en este caso, las condiciones de vivienda.

Esto es así ya que según esta teoría, los procesos fenotípicos y genotípicos individuales y los modos de vida generales se ven subsumidos al ámbito de lo posible que les marca el orden social estructural.

Retomando el capítulo 2, nos referimos a que “La subsunción no se reduce a una conexión externa sino que es un movimiento entre ambiente, fenotipo y genotipo a través de transformaciones mutuas pero siempre bajo la jerarquía de la determinación social, por lo tanto se sostiene que lo biológico está subsumido a lo social.”

Ante la consulta mediante la cual profundizamos en la cuestión de la situación habitacional y sus implicancias sobre la salud de los/as niños/as, todos los profesionales consultados coincidieron en afirmar que consideran la existencia de una relación entre las condiciones habitacionales y la situación de salud de los pacientes. A continuación compartimos la síntesis de sus expresiones que lo materializa:

- Todos los factores habitacionales anteriormente nombrados pueden repercutir de manera leve o más grave en las reinternaciones.
- Se necesitan ciertas condiciones para evitar que los bebés se enfermen por el frío, por ejemplo de bronquiolitis.
- Se pueden dar retrasos de alta hasta que se den las condiciones habitacionales necesarias
- Se dan en gran medida reinternaciones por hipotermia.
- En caso de problemáticas complejas como por ejemplo, una traqueostomía, es imprescindible cuidar el ambiente de la presencia de polvillo. Se da en familias que a veces no tienen cerámicos ni ventanas.
- Influye sobre todo en prematuros porque al ser más chicos y con más bajo peso no tienen reserva de grasa/energéticas para superar lo que pasa por su organismo: el frío y el calor impacta diferente.

Recuperamos en este punto los siguientes testimonios:

TSN2: “Si, la vivienda la consideramos como un determinante social de la salud, corresponde al proceso de salud general. Tiene directamente implicancia.”

TS4 refiriéndose a si las condiciones habitacionales influyen en la salud: “Sí, lamentablemente si en todos. Al menos es lo que veo en las entrevistas. Primero lo que es la salud porque otra situación que se da, eso depende mucho del barrio en el que vivan las personas, es el acceso a los servicios básicos. Lamentablemente la gente que no tiene gas se expone a calefaccionar su vivienda de una manera muy precaria, lo cual muchas veces termina generando situaciones de incendio, que aca es terrible, pero por semana vienen

muchísimos incendios. Lo mismo con el agua y las cloacas, son condiciones muy precarias para vivir. Lamentablemente vivir en una casilla de madera hoy en día te expone, no solo a cuestiones de humedad, problemáticas respiratorias. Nosotros trabajamos mucho con bebés y niños con problemáticas respiratorias, hemos atendido situaciones particulares de niños con asma todo el tiempo, o niños con problemáticas que se ocasionan a causa del agua que toma, porque muchas veces no está en condiciones el agua de la zona de, barrio, así que todo lo que es salud repercute.”

Abordaje de la problemática habitacional: las políticas sociales existentes

Para adentrarnos en nuestro tercer objetivo específico de investigación, **indagar sobre las políticas públicas que abordan la problemática habitacional en el medio local**, se consultó a los profesionales de la salud acerca de la modalidad de abordaje de la problemática desde el sector y si tienen conocimiento acerca de la existencia de alguna política pública relacionada a la situación habitacional con la cual se esté trabajando actualmente en el sector. También adjuntamos los datos relevados en las entrevistas con las trabajadoras sociales de las instituciones del estado, que dan cuenta de las políticas que se trabajan actualmente, si se trabaja con alguna política y una breve descripción de ellas.

Dentro de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud, en los casos de las que fueron dirigidas a los trabajadores sociales del sector se realizó una modificación en las últimas dos preguntas . Es así que se consultó cómo se detectan las situaciones de problemática habitacional y cómo se abordan las mismas, y finalmente se indagó respecto a las políticas públicas existentes con las que trabajan actualmente.

Modalidad de abordaje de la problemática desde el sector

La totalidad de los profesionales de la salud entrevistados dieron respuesta ante este aspecto, mencionando el trabajo en equipo con el Servicio Social del Hospital, preponderando frases como: *“trabajamos en conjunto con servicio social”, “se llama al servicio social para realizar una entrevista”, “se dialoga con servicio social”*.

Esto nos lleva a reflexionar acerca de la visión y reconocimiento que tienen los diferentes profesionales, quienes identifican el campo laboral del servicio social, ligado al ámbito de las problemáticas sociales y las políticas sociales.

Retomando lo analizado en el cap.4 “[...]es fundamental que el Trabajador Social sea reconocido profesionalmente en su autonomía relativa y use los recursos disponibles bajo una órbita institucional, considerando un marco teórico-conceptual-ético para diferenciar su trabajo del accionar puramente voluntario de cualquier otro ciudadano.”

Por el resultado de las entrevistas, podemos identificar que se trabaja de forma multidisciplinaria, y que si bien cada profesional tiene su área específica de intervención, se reconoce y fomenta la participación e intervención de otras profesiones, en este caso el trabajo social.

M2: “Nosotros estamos abocados pura y exclusivamente a la parte clínica. Nosotros cuando sospechamos estas situaciones lo que hacemos es llamar al servicio social que intervenga y que realice una entrevista para ver si el paciente que se le va a dar el alta realmente al lugar en donde va está en condiciones. Porque no es la idea sacarse pacientes encima, sino tratar de solucionar integralmente sus problemas, pero con servicio social trabajamos todos los días a toda hora creo que es el servicio con el que más trabajamos ... con muchos trabajamos pero servicio social en particular bastante.”

Respecto a la detección y abordaje desde el Servicio Social, es a través de las entrevistas que puede surgir la cuestión habitacional como demanda de las familias que saben que tienen que mejorar algún aspecto antes del alta, a partir de las nuevas necesidades debido a la llegada del recién nacido.

Se intenta trabajar en equipo, articulando con otros organismos como: los servicios sociales barriales que aportan materiales, el Ministerio de la Comunidad y con el Ministerio de Desarrollo Social de Nación, que pueden aportar subsidios.

Modalidad de abordaje desde las instituciones del estado

Entrevista Equipo Social CDR Mar del Plata - Centro de articulación - Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

El centro de referencia depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, es un organismo descentralizado del Ministerio que funciona en distintas provincias. En casi todas las provincias del país hay algún CDR, en provincia de Buenos Aires hay varios, por ejemplo en Tandil, en Dolores, Partido de la Costa, Mar del Plata.

El equipo está conformado por dos Trabajadores/as sociales, acompañados por personas que desempeñan trabajo administrativo.

Se trabaja a partir de demanda espontánea de personas que se presentan en el CDR, pero la principal línea de trabajo es la articulación con instituciones mediante mail ya que trabajan con todas las instituciones de salud públicas de la ciudad. Ocasionalmente se llevan a cabo operativos (como el Tren Sanitario) que requiere su presencia asimismo.

En el ámbito de mejoramiento habitacional se ejecuta el programa de **Ayuda Única para Mejoramiento Habitacional**, es un subsidio que se entrega por única vez a personas que ya cuentan con una vivienda y que quieren mejorarla. Dicho subsidio es de \$150.000 y se entrega directamente a las familias para su inversión en materiales necesarios para el mejoramiento de algún aspecto de la vivienda. Más adelante desarrollaremos en profundidad de qué se trata este programa.

Refiriéndose al programa de Ayuda Única, TS4 reflexiona sobre el surgimiento del programa que en sus inicios se denominaba “Ayudas urgentes” y su progresivo deterioro:

Este “[...]consistía en que también venía un camión de Buenos Aires que te traía todo para tu vivienda desde decirte el techo hasta el juego de mesa, la cama o electrodomésticos. Entonces la ayuda era una ayuda muy importante porque era básicamente todo lo que va en el interior de la vivienda o en el techo lo tenías.”

“Con el pasar de los años y de las gestiones se fue transformando y de alguna manera deteriorando, porque pasó a ser un subsidio económico donde solamente se entrega un dinero y muchas veces sabes que con ese dinero no alcanza para cubrir todo lo que cubría en su momento la ayuda. Así que digamos que con el transcurso de los gobiernos la ayuda fue mutando bastante al punto de hoy que es solamente el dinero ya no existe eso de que venga el camión y te entregue a todo el país.”

“Con el programa de ayuda económica no hay ningún tipo de rendición ni de seguimiento, dado principalmente por la falta de recurso humano, porque tampoco hay una bajada del ministerio de que el programa si o si tenga una evaluación.”

Este extracto nos resulta clave en la instrumentalidad del Trabajador Social y recordamos lo mencionado en el cap. 4: “Y es así como la autora introduce el concepto de mediación, refiriéndose a ésta como aquel momento de la intervención donde direccionamos nuestra acción en base a un proyecto ético político que tenga en el centro a la persona y que ponga a su servicio las herramientas y políticas disponibles, intentando superar las intervenciones profesionales instrumentales.

“La instrumentalidad del Servicio Social como mediación es el espacio para pensar en los valores subyacentes a las acciones, en el nivel y en la dirección de las

respuestas que estamos dando y por las cuales, la profesión es reconocida o cuestionada socialmente. Es por su instrumentalidad que pasan las decisiones y alternativas concretas, de individuos concretos, en situaciones concretas” (Guerra, 2004, p. 18)”

Cuando TS4 expresa que la Ayuda Única se trata únicamente de la entrega de dinero, y que posteriormente a esa entrega no se realiza ninguna evaluación respecto de la utilización del subsidio, vemos una intervención más instrumental que, debido a la falta de recurso tanto material como humano, pierde la noción de totalidad del individuo, focalizando la atención en la necesidad más inmediata, no es un abordaje integral. De más está decir, que la responsabilidad de esta situación es completamente del Estado funcional al sistema, una vez más fraccionando la cuestión social para atender sólo un aspecto de ella. Recuperando las consideraciones teóricas del cap. 4 “En este mismo sentido, el autor Paulo Netto (1997 en Montaña, 1999) expresa que las intervenciones del estado en el contexto del capitalismo monopólico, guiadas por esta corriente, fragmentan la cuestión social convirtiéndose la política social en políticas sociales desconectadas entre sí, las cuales no indagan sobre el origen de las problemáticas sociales sino que actúan sobre los efectos producidos en la sociedad, individualizando y personalizando estos problemas, y haciendo que se pierda su carácter colectivo.”

Entrevista Dirección Social de Vivienda - Municipalidad de General Pueyrredón

La Dirección Social de Vivienda, dependiente de la Secretaría de Obras y Planeamiento Urbano, está compuesta por un equipo de ocho trabajadores sociales. Trabajan a partir de la demanda espontánea de las personas que presentan problemáticas habitacionales como así también con las demandas que se puedan identificar a partir del relevamiento de diferentes barrios en los cuales a partir de una encuesta se toma conocimiento sobre: la cantidad de personas que viven en la vivienda, cantidad de dormitorios, si tienen servicios y si los mismos están conectados, y en qué condiciones, se consulta sobre la tenencia de la vivienda, si es un local adaptado a vivienda, materiales de estructura en general.

En cuanto a la situación habitacional y las políticas actuales en este área, se brindó la información acerca de la existencia de 15.000 familias inscriptas para un plan de viviendas, lo cual no encuentra respuestas ya que hace 12 años que “no se entregan viviendas” desde ese nivel jurisdiccional (municipal), es decir que no existe una política de vivienda a nivel municipal que se materialice a través de la adjudicación de viviendas.

La institución se encuentra abocada principalmente al programa de Escrituración Social Gratuita, enmarcado en la Ley nº 10.830. Este programa se aplica tanto a casos de privados que donen tierras a la municipalidad , generando la escritura a las personas o asentamientos que se hayan instalado allí, a tierras de la propia municipalidad que se han entregado en algún momento y a distintos planes de vivienda que se hayan hecho desde otros organismos.

Llevan a cabo algunos programas de mejoramiento de Barrios, a través del PROMEBA, abarcando el mejoramiento de asfalto, cordón cuneta, acceso al agua y distintos servicios. Por otro lado llevan a cabo un proyecto de Urbanización el, proyecto Villa Evita. Son todos con financiamiento del BIRF¹⁵ , es decir financiamientos internacionales.

TS3 explica que años anteriores contaban con más recursos y se trabajaban diferentes programas de forma más masiva, en cambio actualmente se trabaja con casos aislados, situaciones particulares que se van abordando en la intervención diaria. Esto se debe a la ausencia de recursos para poder llevarlos a cabo.

Se remarca la incidencia del factor político en las decisiones sobre las políticas públicas en general y habitacionales en este caso, explicando el caso donde un determinado programa es “*asignado políticamente*” y una vez que termina, se corta el financiamiento, y se limita la posibilidad de seguir llevando a cabo el trabajo territorial generado a partir de dicho programa. Por otro lado, menciona los casos en donde directamente no se llegan a implementar los programas diagramados por instancias gubernamentales a nivel nacional, esto también relacionado a cuestiones de decisión política. Al respecto expresa:

TS3: “Muchas veces las políticas sociales o políticas que surgen a nivel nacional, los gobiernos locales o no generan las gestiones o por distintos motivos [...] no bajan en territorio sea por lineamientos políticos o diferentes cuestiones”

En base a estos aportes podemos ver cómo se materializan aquellas características de las políticas sociales en cuanto su concepto de campo y la correlación de fuerzas que en ese campo pueden surgir. Como desarrollamos en el capítulo 4, las mismas: “[...] no son rígidas sino que son producto de la relación entre diferentes fuerzas sociales. [...]”

En este sentido se puede ver como en diferentes momentos históricos, según las fuerzas políticas dominantes, las políticas sociales tengan un mayor espacio para desarrollarse, o por el contrario, se retraigan o acoten a soluciones muy puntuales”

¹⁵ Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento.

Desde la Dirección colaboran con las viviendas pertenecientes a las cooperativas de trabajo, las cuales se construyen en tierras que pueden ser municipales o provinciales. Estos asuntos son gestionados exclusivamente por las cooperativas, la municipalidad no tiene intervención, únicamente participan cuando se quiere regularizar la situación, se hace un decreto municipal para que las personas puedan tener una primera documentación de su tierra y de su vivienda. No es en este caso una escritura, pero se trata de un inicio de una regularización.

¿Conoce alguna política social?

Ante la consulta respecto al conocimiento de la existencia de políticas relacionadas a la cuestión habitacional, se visualiza que 6 de 8 personas entrevistadas como integrantes del equipo de salud no conoce. Se trata de los profesionales de medicina y enfermería.

Nos resulta relevante analizar uno de los aportes, en este caso la respuesta es que desconoce la existencia, que imagina que deben haber pero que no tiene conocimiento y se explica:

M3: *“Yo siempre digo que en realidad, habría que enseñarle más a los padres y que no caiga en un asistencialismo, porque también tenemos que ver con qué grupo estamos trabajando, porque hay mucha gente que se acostumbra a eso, que se acostumbra a que vos le resuelvas la situación. Entonces yo creo que también va de la mano nuestra como “entrenarlos” y hacerles ver que ellos son los padres y que ellos son los responsables. Ellos tienen que velar por la salud de sus hijos, no tienen que depender de nadie, porque si siempre van a estar dependiendo de alguien nunca van a poder. Es muy complicado y es un trasfondo de base que tiene que ver con la educación, con lo social y con cómo estamos todos.”*

Retomando lo planteado en el cap. 3: Resulta inocente hacer mención a que el esfuerzo por conseguir una vivienda saludable depende primordialmente de la voluntad individual, siendo necesario superar la fragmentación, psicologización y moralización muchas veces presente en las estrategias de intervención profesional respecto de la problemática habitacional entendida como una de las expresiones de la “cuestión social” que contiene el acceso al espacio urbano y a la vivienda como ámbito donde se desarrolla la mayor parte de la vida cotidiana.

A partir de lo expuesto podemos ver que coexisten diferentes miradas en el ámbito de la salud, en este caso una perspectiva ligada a la posición sobre vivienda saludable de la OMS, produciendo de este modo una individualización/ personalización de la problemática social.

La política social materializada en la intervención de los/as trabajadores/as sociales.

Al momento de indagar en las políticas sociales existentes, y en su ejecución en el cotidiano de la intervención, se evidencia una marcada focalización de las medidas adoptadas por el Estado, las cuales se caracterizan por ser acotadas, como en el caso del otorgamiento de materiales o montos que suelen ser escasos, y por ser permeables a los distintos cambios en materia de acción social que establecen los gobiernos que toman el poder en los diferentes momentos históricos.

En este sentido, se expresan los profesionales del sector diciendo que:

TSN2: “No hay una política pública de vivienda en Gral. Pueyrredón que respondan a la problemática de mejora habitacional urgente, hay cosas puntuales. Depende de cada momento y según cada municipio, la capacidad de responder. No considero la política como un recurso disponible, son escasas, reducidas: una chapa, un tirante. El Min. de Desarrollo Social de Nación no está disponible todo el año”

TSN1: “No hay políticas públicas para implementar que satisfagan las necesidades de la población neo, muchas veces se hace lo que se puede , se hacen malabares. [...] Se termina exigiendo a las familias determinados cuidados para los cuales no están dadas las condiciones materiales de existencia. Se termina culpabilizando a la familia por algo que en realidad debería estar garantizado por otro lado [...] El problema se relaciona con lo estructural, el acceso a la vivienda”

TS3: “[...] no hay una política de vivienda en general pueyrredón hoy para situaciones urgentes como las que están planteando sobre un niño que sale de Neo y necesita una mejora habitacional desde el área de vivienda No le podemos dar respuesta.

En cuanto al trabajo en conjunto de las diferentes instituciones, como herramienta para encontrar soluciones a las cuestiones habitacionales que surgen en las intervenciones, TS3 agrega: “ Y ahí creo que nos falta organización. Que lo que hacemos es la articulación

por conocidos. Eso es lo que termina haciendo. O porque llamo a vivienda planteo “esto” y surge. Pero siempre queda la articulación entre los profesionales.”

Retomando lo planteado en el cap. 3, “De esta manera la vivienda no se entiende ya como derecho sino como mercancía y en tal sentido, cada cual debe trabajar en pos de obtener los resultados deseados. Aquí se evidencia la fragmentación anteriormente mencionada que se produce respecto de la problemática habitacional, con un abordaje aislado, segmentado que pierde vínculo con el territorio y las personas que lo habitan. Parte de ello resulta de la subordinación de los aspectos sociales sobre los cuales prevalecen los económicos. Esto conlleva a su vez a que las estrategias de acción se elaboren de forma desarticulada, enfrentándose a cuestiones fenoménicas, excluyendo la historia, el contexto y la coyuntura.

Siguiendo a Massa (2017), podemos dar cuenta de la importancia de valorar las condiciones habitacionales de una familia como parte de su cotidianeidad, y comprender que es en este ámbito donde se revela la determinación social, donde “se expresan en carne y hueso las manifestaciones coyunturales de la cuestión social” (p. 1)”

En base a los testimonios brindados, podemos identificar cómo, a pesar del contexto adverso descrito anteriormente en cuanto a las características de la política social actual, los trabajadores sociales intentan mediatizar el complejo entramado que presupone la problemática habitacional. Es decir, a la hora de reflexionar sobre la cuestión , pueden identificar que las bases de fondo tienen que ver con algo más amplio que lo que se intenta solucionar en lo cotidiano: aberturas, materiales para techos, subsidios insuficientes.

Políticas públicas actuales con las que se trabaja en el sector (dirigida a TS)

Ministerio de la Comunidad de la Provincia de Bs As.: ayuda económica para mejoramiento habitacional en situaciones graves de salud. Se trata de un subsidio de \$100.000 para problemáticas del techo o alguna construcción como una ampliación. Los plazos pueden variar pero suelen ser mayores a dos o tres meses. Se acredita a través de una cuenta bancaria, en una cuenta del Banco Provincia a nombre del titular. Los requisitos son: que no pueden ser personas con empleo formal, se pide un historial de movimientos de los ingresos, una declaración jurada de los ingresos, es una nota que se firma en donde explicitan cuánto dinero les ingresa mes a mes, por ejemplo si tienen algún programa social adjuntan lo que es el movimiento como para demostrar el ingreso.

Servicios Sociales Municipales. Programas a cargo de la Dirección de Promoción

Social: Acción Social Directa: Asistencia con recursos tales como colchones, frazadas, desagotes de pozos.

Programa de Ayuda Única para mejoramiento habitacional dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación:

Es un subsidio que se entrega por única vez a personas que ya cuentan con una vivienda y que quieren mejorarla. Es por única vez porque justamente es un subsidio, no es un préstamo, no es un dinero que se tiene que devolver. Los criterios de compatibilidad son que una persona no cuente con empleo formal y que no haya recibido alguna ayuda con anterioridad del Ministerio. El subsidio es de \$150.000 por lo cual con ese dinero pueden comprar los materiales que deseen para la refacción que necesiten hacer. Ese valor es el valor máximo y es el valor que se va actualizando año a año y lo decide el Ministerio. Después en cuanto a ese programa requiere una entrevista, documentación muy sencilla y después el dinero se deposita a nombre del titular. Luego el Ministerio no pide rendición, por lo cual ellos pueden comprar los materiales que necesitan y no tienen que presentar ticket, ni facturas o remitos. TS4 “Ese es el programa con el que más se trabaja, porque no hay otro subsidio habitacional en el municipio”

La ayuda económica única se trabaja generalmente entre febrero/ marzo y octubre porque hay un presupuesto y cuando cierra el presupuesto no se puede ejecutar hasta el año que viene. Con respecto a los pasos a seguir cuando se articula con instituciones, primero se realiza una consulta, se manda el nombre, apellido y dni de la persona para ver si lo puede recibir. En el CDR se corroboran estos datos, y luego las instituciones envían toda la documentación por mail, y se elevan al Ministerio. Después una vez que se eleva se notifica a las instituciones que la ayuda fue enviada en tal fecha y demora entre uno a dos meses en ser impactado el dinero en la cuenta bancaria.

Programa Qunita: está dirigido a todas las mujeres embarazadas titulares de la Asignación por Embarazo o aquellas en condiciones de tramitarla, el mismo se tramita mediante los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) en donde la mujer embarazada realizar los cuidados prenatales y es allí donde puede solicitar el acceso a este programa a partir del registro del embarazo en el Programa SUMAR. El kit, además de proveer principalmente la cuna; se compone de diversos elementos como ropa de cama, ropa para el recién nacido, mochila, cambiador, entre otros.

Programa Mi Pieza perteneciente a ANSES: La Línea Mi Pieza está destinada a mujeres, mayores de 18 años, residentes en Barrios Populares del RENABAP, argentinas o con residencia permanente. El monto puede variar entre \$150.000 y \$360.000. El beneficio se puede utilizar para

- Mejoramiento de techo / pared / piso / aberturas.
- División de interiores.
- Refacción menor de plomería y/o electricidad.
- Ampliación de vivienda.

La elección de la beneficiaria queda supeditada a un sorteo. Luego de realizado el sorteo, la beneficiaria recibe el 50% del total del dinero y el otro 50% se entrega una vez validados los avances en la obra. De acuerdo al último anuncio de la página oficial el último sorteo fue realizado el 28 de febrero 2023 y la inscripción se encuentra cerrada por lo cual deducimos que el beneficio ya no se encuentra vigente.

Análisis de las fichas registradas por los TS del Servicio Social HIEMI

Como parte del registro de los Trabajadores Sociales dentro del Servicio social, encontramos las fichas en las que se consignan datos específicos referentes a los pacientes del sector Neonatología, cuyo formato es el siguiente:

Referente al niño/a

Nombre - DNI

Fecha de nacimiento/fecha de internación/fecha de egreso

Peso al nacer - edad gestacional

Diagnóstico

Controles al egreso

Referente al embarazo

Controles: donde/cuantos

Centro de salud de referencia/cobertura/OS

Lugar de nacimiento

Gesta: n°/parto vaginal/cesárea/LT

Referente a la madre

Apellido y nombre - DNI
Fecha de nacimiento/edad
Estudios/ocupación
Domicilio/localidad/teléfono/usuario de facebook

Respecto al grupo familiar conviviente y no conviviente

Apellido y nombre
Vínculo
Edad/DNI
Nivel educativo/actividad laboral

Respecto al afecto familiar

Trayectoria de la pareja, apoyo familiar, organización de la vida cotidiana

Respecto a los aspectos económicos

AUH, pensión, programas sociales, otros ingresos

Respecto al aspecto habitacional

Tenencia: propia, alquilada, cedida, usurpada, alojados
Terreno: propio, fiscal, cedido, usurpado
Características de la vivienda: estado general, materiales de construcción de las paredes, piso, techo, aberturas, cantidad de ambientes, habitaciones, cuna.
Servicios: agua, electricidad, gas
Medio de calefacción
Otros aspectos habitacionales

Respecto de la intervención

Motivo de la intervención, núcleo problemático, desarrollo de la intervención.

La información presentada en las fichas complementa la investigación ya que nuestra línea de trabajo principal son las entrevistas.

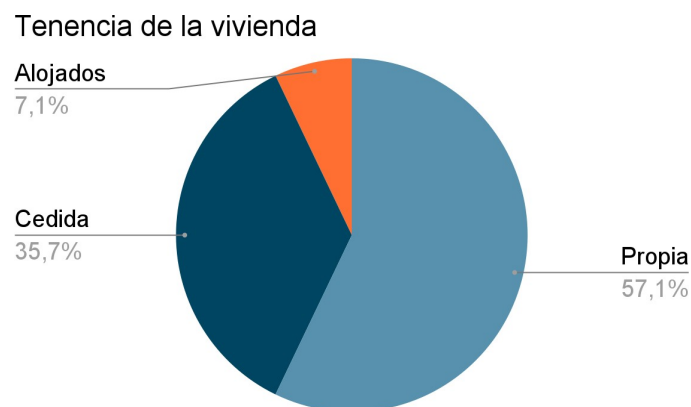
Para el análisis, tomamos las fichas correspondientes al año 2022 y el período enero-mayo de 2023. Hemos relevado un total de 132 fichas de las cuales pudimos recuperar información con respecto a la guía de observación propuesta de 14 fichas.

Si bien nos sorprendió la cantidad de fichas sin datos relevados, en lo referente al aspecto habitacional, podemos relacionarlo a varios factores. Por un lado, consideramos la posibilidad de que muchas veces la predominancia de lo urgente puede tapar este relevamiento, ya que nos encontramos con situaciones de violencia familiar y de género, tramitaciones de certificados de discapacidad, tramitaciones de traslados a otros centros sanitarios por problemáticas complejas, entre otras. Entendemos que en estas situaciones no resulta pertinente indagar sobre lo habitacional.

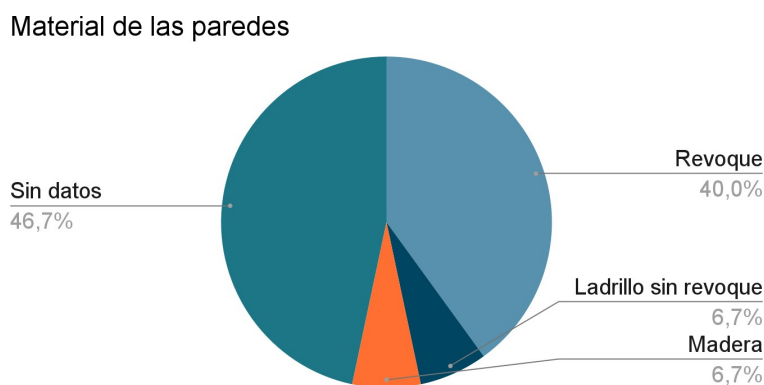
Por otro lado, creemos que puede haber cierta omisión de datos por parte de las familias, lo cual puede deberse a la vergüenza y temor a las “represalias”/medidas que se manifiestan en el imaginario colectivo como representación de nuestra profesión sobre las funciones de control social y coercitivas que se nos ha adjudicado de manera errónea a lo largo de la historia.

A continuación presentamos el análisis de datos en forma de gráficos, tomando el aspecto habitacional relevado por los profesionales en las fichas:

En materia de tenencia, el mayor porcentaje se corresponde con la tenencia propia y cedida, solo una familia alojada y en ninguna ficha se registraron situaciones de alquiler. Esto conlleva la reflexión de las estrategias que tienen las personas para asegurarse una vivienda sin tener que destinar un recurso monetario a ello. Se puede dar que, en oportunidades, existan dos casas en un terreno, que en una vivienda se aloje una familia multigeneracional, que familiares cedan una vivienda momentánea o permanentemente, entre otros.

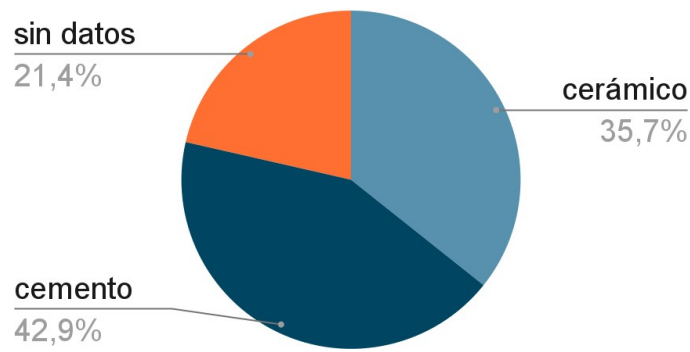


Con respecto a los materiales destinados a la construcción de las paredes, si bien podemos observar una gran cantidad de fichas en donde no se brinda detalle sobre este dato a relevar, dentro de las que si se brinda dicha información, preponderan las paredes con material de revoque, y en menor medida aquellas paredes de ladrillo sin revocar y materiales más precarios como el caso de la madera, característico de las construcciones tipo casilla.



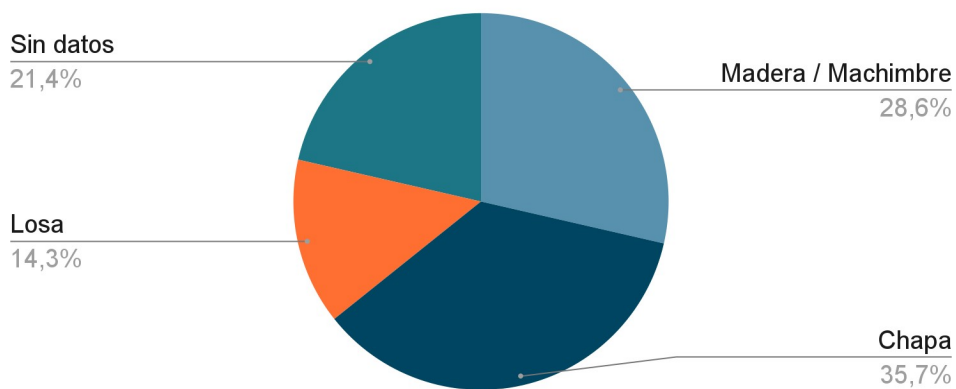
En relación a los materiales de construcción del piso, sabemos que lo recomendado es cerámico, no solo por el hecho de evitar el polvillo en el ambiente lo cual resulta perjudicial en situaciones donde se atraviesa una complicación respiratoria, sino para una mayor posibilidad de higienización y limpieza. Sin embargo la mayor cantidad de familias relevadas cuenta con piso de cemento, lo cual podría indicar una opción más económica de construcción o una vivienda inacabada en relación a terminaciones.

Materiales del piso



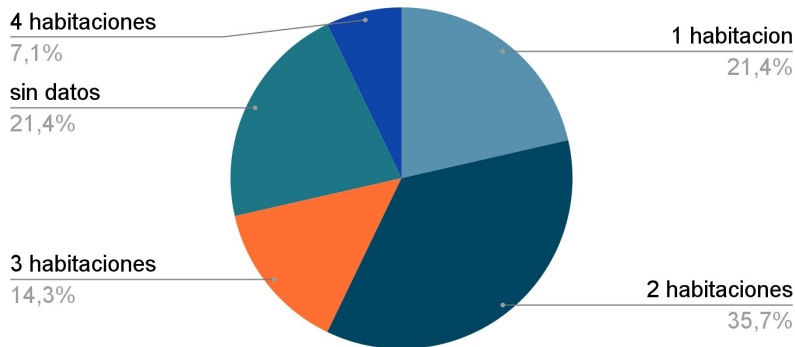
En cuanto a los materiales para el techo podemos notar una preponderancia de los techos de chapa, y aquellos que se realizan con madera y machimbre, a diferencia de la losa que aparece en menor cantidad en base a las fichas relevadas.

Material del techo



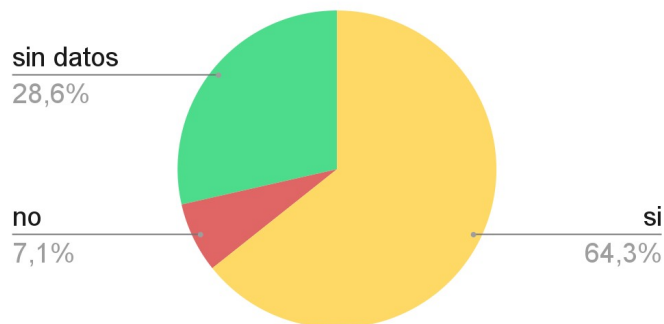
En cuanto a la cantidad de habitaciones por hogar, podemos ver que la menor cantidad de habitaciones (1 y 2) suman el 57,4% de las fichas relevadas, siendo solo un 21,4% las viviendas que cuentan con una mayor cantidad de habitaciones,(3 y 4) para dar respuesta al tamaño de las familias. Podemos visualizar anotaciones que dan cuenta de la existencia de hacinamiento debido a la insuficiencia de espacio.

Cantidad de habitaciones



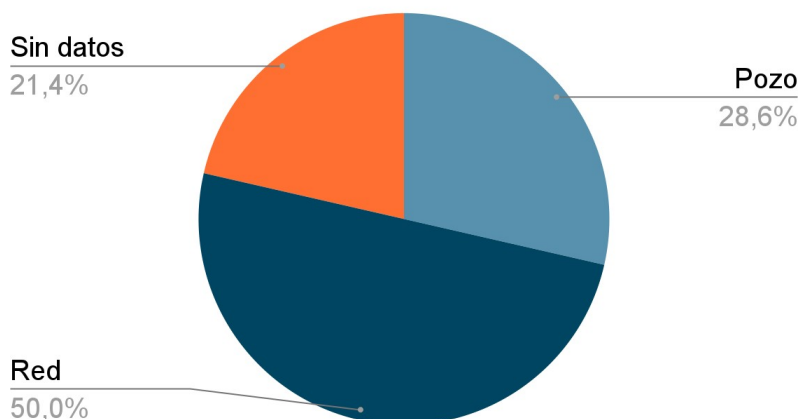
La cuna es un elemento importante en la llegada del recién nacido al hogar ya que de acuerdo con las recomendaciones profesionales sobre el sueño seguro, se debe propiciar una adecuada posición para dormir y sobre todo que el bebé tenga su propio espacio, evitando el colecho, ya que muchas veces esta situación de dormir con los padres, sumado al cansancio puede derivar en casos de asfixia y aplastamiento. Es por todo ello que se recomienda que los bebés duerman en su cuna.

Posee cuna



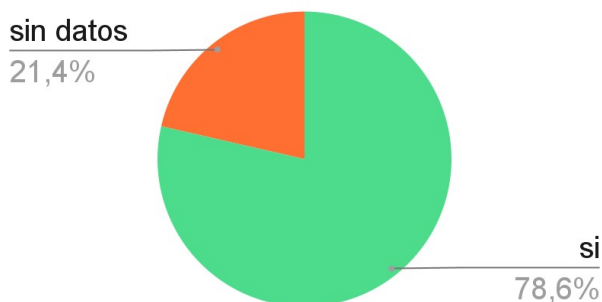
En cuanto a la provisión del agua, la mayor cantidad de fichas relevadas dan cuenta de la existencia de agua de red. Aún así consideramos importante el porcentaje de viviendas que poseen agua de pozo, las cuales representan un 28,6% del total, lo cual da cuenta, junto a otros indicadores, que el acceso a los servicios básicos no está dado en algunos sectores.

Servicio de agua



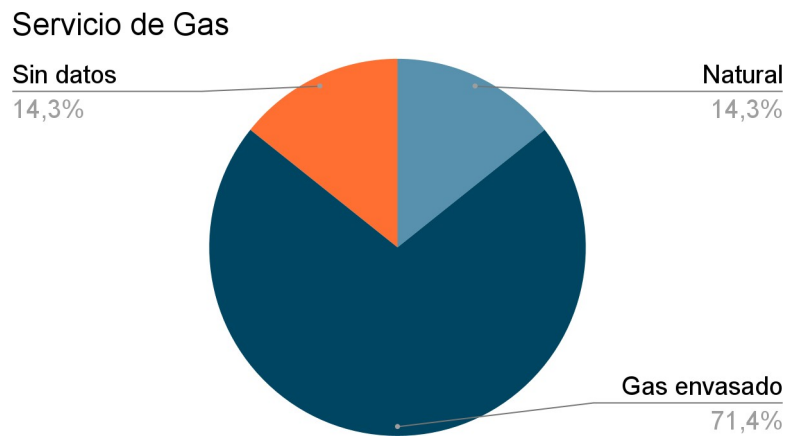
Si bien el servicio de electricidad da un panorama alentador en cuanto a la preponderancia de su existencia, lo cierto es que no podemos conocer la calidad de instalación del servicio, lo cual nos consta, por testimonio de los profesionales de los organismos estatales en este caso, que muchas veces la instalación suele ser muy precaria, ya que lo realizan las mismas personas que habitan la vivienda. TS3: “ [...] o lo que sí observamos, que es muy preocupante y poco se habla son las instalaciones eléctricas en las casas. Han surgido muchos casos de incendios en casas porque son todos cables colgados por todos lados que eso uno quizás no presta atención.”

Electricidad

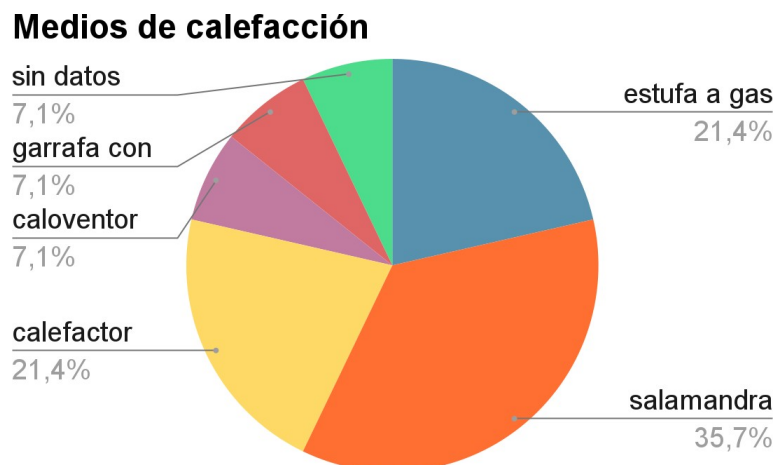


En referencia al servicio de gas, se observa una fuerte preponderancia de provisión mediante garrafas (gas envasado), el cual representa un 71,4 % del total a diferencia del gas natural, que solo abarca un 14,3% de las fichas relevadas. Nos encontramos

nuevamente ante un indicador de la falta de acceso a servicios principales como lo es la red de gas natural, un servicio que en el año 2023 debería alcanzar todos los barrios.



Si tomamos las recomendaciones de los profesionales con respecto a los medios de calefacción, todos coinciden en que la calefacción sea por medio de estufas eléctricas o gas, no de salamandra. Sin embargo, cuando vamos a la práctica vemos que el 35.7% de las familias relevadas en la ficha se calefacciona de esa manera. Esto no se da por capricho ni rebeldía de las familias sino porque muchas veces resulta el recurso más accesible, y en el aspecto económico significa no solo ponerse en gasto por comprar una estufa sino también posteriormente el valor del servicio.



Por último, queremos incluir aquí algunas observaciones que se desprenden de anotaciones de los profesionales al margen en las fichas, que suman para entender el panorama en general de la situación habitacional:

- Caso de paredes sin revocar por partes
- Situaciones de humedad/inundabilidad
- Precariedad en instalación eléctrica
- Situaciones de vivienda con agua solo en el baño, no tiene en la cocina
- Ampliaciones planificadas/casas tipo casillas
- Caso de vivienda con una habitación donde duermen 3 miembros familiares
- Situaciones de vivienda con piso de carpeta/cemento, recibió mejora habitacional por parte de una organización social
- Situación donde la calefacción se realiza con horno
- Situación de vivienda sin cloacas, beneficiarios de mi pieza de anses.
- Situación de vivienda con baños en el exterior de la vivienda, aún en construcción
- Caso de familia que vive en la quinta donde trabaja.
- Caso de subsidio de desarrollo social para alquiler
- Caso de garrafa social de anses
- Situaciones de vivienda con ventanas y puertas con plástico debido a la ausencia de vidrios.

CONSIDERACIONES FINALES

En base a los objetivos de investigación propuestos al inicio de este trabajo, pudimos avanzar en la problematización y su consecuente análisis de las Políticas sociales de hábitat y vivienda como parte del derecho a la salud.

Para ese fin, investigamos y reflexionamos acerca de las implicancias que pueden tener las condiciones habitacionales en la situación de salud, entendiendo la complejidad del proceso salud-enfermedad, cuestión que fuimos intentando sintetizar en el capítulo precedente.

La situación problemática se constituye como tal en tanto las condiciones habitacionales de las familias relevadas en la investigación, dan cuenta de una situación estructural de vivienda que resulta insatisfactoria en cuanto a su capacidad de ejercer el derecho a la salud.

Los resultados de las entrevistas y análisis de fichas, revelan que dichas condiciones habitacionales no son compatibles con los requerimientos que la situación de salud torna necesarios al momento del egreso hospitalario. No obstante esto, la problemática habitacional precede la situación de salud que demanda este acondicionamiento habitacional.

Esta situación se engloba dentro de la cuestión social como una de sus expresiones materiales, en la cual entra en juego el sistema de acumulación capitalista mediante los procesos de acumulación de capital, las relaciones de poder y las desigualdades que por su propia esencia genera. “Desde esta perspectiva, el ambiente no es una realidad natural externa al sujeto, sino una construcción humana en permanentes relaciones en transformación. Más que “ex-posición” a riesgos externos, los sujetos sufren procesos de “im-posición” de condiciones de vida.” (Breilh en Hernández, 2008, p.92).

Es así que las políticas sociales ejecutadas por el Estado dentro de esta lógica son fragmentadas, insuficientes, focalizadas, desarticuladas, lineales. La cuestión social se transforma en cuestiones sociales, cuyas expresiones son abordadas de forma aislada, individual, sin cuestionar ni buscar transformaciones respecto a la estructura social que las ocasiona.

Nuestra propuesta a partir de lo expuesto, pone énfasis en comprender que la transformación social no puede perder de vista que las políticas sociales son un espacio de lucha y negociación diaria en pos de garantizar derechos, donde es fundamental la participación de los actores en la modificación de su realidad.

La invitación es que como trabajadores/as sociales, seamos consecuentes con un proyecto ético-político que apunte a una estructura social que supere las relaciones de dominación y explotación de clase, étnica y de género y que promueva la defensa de los derechos humanos, la emancipación, la libertad, la equidad y la justicia social y así contribuir a la universalización y socialización de los bienes, servicios, la participación política y la producción social.

En este sentido, el proyecto profesional debe considerarse atravesado por la ética en todas sus dimensiones, debe adoptar un rol crítico, siguiendo a Montañó “ [...] *el punto de partida de la crítica (su objeto) es la **realidad**; su motor es la **indignación** (con las formas de desigualdad, dominación, explotación, subordinación) y la teoría es la **herramienta** (que permite pasar de la indignación al conocimiento veraz de los fundamentos y la esencia de los fenómenos) [...]*” (Montañó, 2015;30) (cursiva y negrita original del autor). De esta manera, alentamos una formación académica especializada que incorpore debates teórico-metodológicos críticos que expliciten los intereses contradictorios tanto en el orden social como dentro del mismo colectivo profesional considerando éste un campo de luchas y tensiones en constante cambio y transformación.

En consonancia con lo anterior, como afirma Montañó (2015), coincidimos en la importancia de adoptar una “*perspectiva de largo plazo*” teniendo como meta final la transformación de la estructura social, sin perder de vista el “*aquí y ahora*”, dando respuesta a las expresiones de la cuestión social que se materializan en las demandas sociales como limitaciones al ejercicio de los derechos.

Asimismo proponemos, realizar un análisis crítico permanente, en el que evidenciamos el carácter paliativo y correctivo de las políticas sociales, donde no nos conformemos con su mera existencia sino que se trabaje en su superación.

Actualmente, la política habitacional con la que más se trabaja en el sector de salud es la Ayuda única para mejoramiento habitacional, la cual prioriza por criterio grupos vulnerables tales como población migrante, casos de violencia de género, situación de discapacidad, vulnerabilidad económica y situaciones habitacionales graves y problemas de salud graves. No encontramos registro de un trabajo preventivo en cuanto a política habitacional que acompañe a estos grupos vulnerables, por el contrario, esta política resulta insuficiente para brindar un abordaje integral de la problemática y reafirma el carácter correctivo al que nos referimos anteriormente.

Por último, creemos conveniente una mayor articulación institucional, a través del diálogo de los principales referentes de los organismos de salud y vivienda con el fin de problematizar la cuestión habitacional estructural en el Municipio de General Pueyrredón.

Para finalizar, la cuestión habitacional constituye un componente sustancial en las condiciones de vida de los grupos sociales y, tanto el diseño como la implementación de políticas y programas destinados a la vivienda son una instancia fundamental para enfrentar la problemática habitacional y revertir las desigualdades estructurales. En este sentido, los datos presentados precedentemente ponen en evidencia la urgente e impostergable necesidad de revisar el diseño de políticas de hábitat orientadas a subsanar las inequidades territoriales.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e104. Disponible en <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e104/es/>

Ase I, Burijovich J (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud Colectiva* .5(1):27-47.

Asociación Latinoamericana de Medicina Social. (2008) Taller Latinoamericano de Determinantes sociales de la Salud. México.

Disponible en: <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/10/determinantes-sociales-de-la-salud.pdf>

Bassi Follari, J. (2014). Cualí/Cuanti: La distinción paleozoica. *Forum: Qualitative Social Research*, Vol. 15 nº2, Art. 7. Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs140279>

Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53, s96-s109. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006

Breilh, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Universidad Andina Simón Bolívar. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh.%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*. 2010;6(1):83-101. Disponible en : <https://www.scielosp.org/article/scol/2010.v6n1/83-101/es/>

Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Universidad Andina Simón Bolívar. Disponible en: <http://repositorionew.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh%2C%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica). Ponencia presentada en: VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia la nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional Salud Pública; 31 (Supl. 1) 13-27*. Medellín.

Barcelo, C. (2007). Vivienda saludable por la construcción de la salud humana. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 45(1), .[fecha de Consulta 27 de Mayo de 2021]. ISSN: 0253-1751. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223219928001>

Campos, G., & Martínez, N. E. L. (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Xihmai*, 7(13), 45-60. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3979972>

Canestraro, M. (2016). Sobre el derecho a la ciudad y el acceso al suelo urbano. Reflexiones a partir de intervenciones estatales recientes (Mar del Plata, 2012-2015). En: *Estudios Socio- territoriales N° 20 – Revista de Geografía* (2016; 57-74).

Casallas-Murillo, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericana: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408. Disponible en <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56253119009/index.html>

Chiara, M., Di Virgilio, M. (2017) Conceptualizando la gestión social en Chiara, M., Di Virgilio, M (organizadoras). *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*.(pp. 53-86). Ediciones UNGS. Universidad Nacional de General Sarmiento.

Constitución Nacional Argentina. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

Constitución de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=173

Danani, C. (2017) La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización en Chiara, M., Di Virgilio, (organizadoras). Gestión de la política social: conceptos y herramientas.(pp. 25-51). Ediciones UNGS. Universidad Nacional de General Sarmiento.

Donato, Nora A. (2017) Derecho a la Salud. Dirección General de Asuntos Jurídicos de la ANMAT. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-la-salud>

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Sede Argentina. (2010). Módulo 1. Parte 1. El concepto de Salud. Evolución histórica. Acepciones actuales. Disponible en <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/maps/311335143.Modulo1.pdf>

Faleiros, V. (1999) Las funciones de la política social en el capitalismo en Borgiani, E; Montañó, C. (organizadores) La Política Social Hoy. (pp 34-60). Cortez Editora, Brasil.

Granero, G., Barreda, P., Bercovich, F. (2019). La política habitacional en Argentina. Una mirada a través de los institutos provinciales de vivienda. Documento de Trabajo N° 181. Buenos Aires. CIPPEC.

Guerra, Yolanda. (2004). Instrumentalidad del proceso de trabajo y servicio social. San Jose, Costa Rica. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-051.pdf>

Guerra, Yolanda. (2013) El Proyecto Profesional crítico: estrategia de enfrentamiento de las condiciones contemporáneas de la práctica profesional. Editorial Dyamis, La Plata. Disponible en: <https://catedralibrets.files.wordpress.com/2014/03/querra-y.pdf>

Hernandez, A. (2005). Reflexiones constitucionales sobre el derecho a la salud. Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba. Disponible en:

[http://www.acaderc.org.ar/doctrina/articulos/artreflexionesconstitucionalesobreelderechoala
sal](http://www.acaderc.org.ar/doctrina/articulos/artreflexionesconstitucionalesobreelderechoala
sal)

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, 128-136.

Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25. Disponible en: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-19.pdf>

Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 3-18. Disponible en: <http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n37a138.pdf>

Laurell, A. C., & Blanco Gil, J. (1994). La salud: de derecho social a mercancía. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, 9-33. Disponible en <https://docplayer.es/5393343-La-salud-de-derecho-social-a-mercancia.html>

Lefebvre, H. (1968). *El derecho a la ciudad*. Editions Anthropos, Paris

Lefebvre, H. (1971). *De lo rural a lo urbano*. Editions Anthropos, Paris.

López-Fernández, L. A., & Solar Hormazábal, O. (2017). Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), 443-445. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.013>

Maceira, D. (2011). Desafíos del sistema de salud argentino. En: *Revista Voces en el Fénix*. No. 7. Disponible en <http://files.saludpublicasur.webnode.com/200000039-bc150bd0f9/Desaf%C3%ADos%20del%20Sistema%20de%20Salud%20Argentino%20Maceira.pdf>

Massa, L. (2017). Vida cotidiana y estrategias de reproducción: El territorio como mediación para pensar la Intervención Profesional. II Ciclo de charlas "Procesos de formación e

intervención en Trabajo Social: aportes de la perspectiva histórico crítica para pensar los fundamentos y expresiones contemporáneas”

Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1, 9-32. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.

Moiso, A. (2007) Determinantes en salud, en “Fundamentos de Salud Pública”. La Plata, Edulp.

Molano Camargo, F. (2016). El derecho a la ciudad: de Henri Lefebvre a los análisis sobre la ciudad capitalista contemporánea. *Revista Folios*, (44),3-19. ISSN: 0123-4870. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345945922001>

Montaño, C. (1999) La Política Social: espacio de inserción laboral y objeto de reflexión del Servicio Social en Borgiani, E; Montaño, C. (organizadores) *La Política Social Hoy*. (pp.4-19) Cortez Editora, Brasil.

Montaño, C. (2015) Teoría y práctica del Trabajo Social crítico: desafíos para la superación de la fragmentación positivista y post-moderna en Mallardi, M. *Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico*. (pp. 19-55) Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, La Plata.

Naciones Unidas-Consejo Económico y Social. (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales): Observación General 14. Ginebra. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

Netto, J. P. (2003) La construcción del proyecto ético-político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea. En: Borgiani, E., Guerra, Y., Montaño, C. (Orgs.), *Servicio social crítico*. Sao Paulo: Cortez, 2003. pp. 250-271. Disponible en: <https://www.fhyce.edu.py/wp-content/uploads/2020/08/Trabajo-Social-Cri%CC%81tico.pdf>

Núñez, Ana. (2009). *De la alienación, al derecho a la ciudad. Una lectura (posible) sobre Henri Lefebvre*. Publicado por *Revista Theomai*, vol 20, 2009 pp. 34-48. Disponible en <http://www.revista-theomai.unq.edu.ar/numero20/ArtNunez.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma Ata. Kazajistán. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Documentos Básicos. Suplementos de la edición nº45. Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. 1999. Documento de Posición OPS sobre Políticas de Salud en la Vivienda. Washington, D.C. y La Habana, Cuba octubre de 1999. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/iniciativa/posicion/posicion.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Hacia una Vivienda Saludable. Guía para el facilitador*. Publicación realizada por OPS Perú. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=viviendas-saludables-948&alias=68-guia-vivienda-saludable-8&Itemid=1031

Pastorini, A. (1999) ¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría “concesión-conquista” en Borgiani, E; Montaña, C. (organizadores) *La Política Social Hoy*. (pp.179-202) Cortez Editora, Brasil.

Piovani, J. (2007) Cap. 10: La observación en Marradi, A., Archenti, N., & Piovani, J. I. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Argentina (p.191-201). Disponible en <https://desarrollomedellin.files.wordpress.com/2017/03/marradi-a-archenti-n-piovani-j-2007.pdf>

Piovani, J (2007) Cap. 12: La entrevista en profundidad en Marradi A., Archenti, N., & Piovani, J. I. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Argentina (p. 215-225). Disponible en <https://desarrollomedellin.files.wordpress.com/2017/03/marradi-a-archenti-n-piovani-j-2007.pdf>

Pontes, R. (2003). Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social en Borgianni, E., Guerra Y., Montaña, C. (organizadores) *Servicio Social crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. (pp 201-222). Cortez Editora, Brasil

Programa Médico Obligatorio. Superintendencia de Servicios de Salud. Disponible en https://www.sssalud.gob.ar/pmo/res_201.php

Quintero, M. D. C. V. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacia la promoción de la salud*, 12, 41-50. Universidad de Caldas. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>

Ramis Andalia, R. M. (2011). Una vez más, de la vieja a la nueva epidemiología. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 482-488. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000400012&script=sci_arttext&tlng=pt

Repetto, F. (2017) El marco institucional de las políticas sociales: posibilidades y restricciones para la gestión social en Chiara, M., Di Virgilio, (organizadoras). *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*.(pp. 141-167). Ediciones UNGS. Universidad Nacional de General Sarmiento.

Rojas, M; Barcelo Perez C. (2012). *Vivienda Saludable de cara a Rio + 20*. Red Interamericana de Vivienda saludable. Un llamado a la acción. Avalada por la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://iighi.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/29/2015/09/Vivienda-Saludable-de-Cara-a-Rio-20.pdf>

Ronconi, L. M. (2012). Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. *Salud colectiva*, 8, 131-149. Disponible en <https://www.scielosp.org/article/scol/2012.v8n2/131-149/>

Rozemblant, E., & Gásperi, R. (2000). *Modelo de la Historia Natural de la Enfermedad*. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Venezuela. Disponible en: <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/departamentos/medicinapreventivasocial/comunitaria/medicina/unidad%20ii/HISTORIA%20NATURAL%20DE%20LA%20ENFERMEDAD.pdf>

Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud colectiva*, 3, 271-283.

Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2007.v3n3/271-283/pt/>

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Publicado en *Revista Salud Colectiva*, Septiembre - Diciembre, Buenos Aires, Argentina.

Stolkiner, A. (2009). El sector salud en la Argentina: ¿ qué pasó luego de la reforma neoliberal de los ' 90 y de la crisis de 2001. In *XV Conference of International Association of Health Policy*. Disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_1/stolkiner_el_sector_salud_argentina.pdf

Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina social*, 5(1), 89-95. Disponible en <https://www.socialmedicine.info/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/410>

Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. *Responsabilidad Profesional de los Médicos Ética, Bioética y Jurídica Civil y Penal*. Buenos Aires: La Ley, 1-19. Disponible en <http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Modulo-2-Tobar-historia-SSA.pdf>

Topalov, C. (1979). *La urbanización capitalista*. Edicel, México. Disponible en: https://revistacepa.weebly.com/uploads/1/3/3/7/13372958/1_topalov_la_urbanizacion_capitalista.pdf

Vega-Franco, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud: reseña histórica. *Salud pública de México*, 44, 258-265. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000300010

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.

Montevideo.

Disponibile

en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

ANEXO - GUIÓN DE ENTREVISTAS

Entrevista a médicos/as, enfermeros/as y trabajadores sociales del sector Neonatología

1. ¿Cuáles son las características de un recién nacido prematuro?
2. ¿Cuáles son las patologías vinculadas a la prematurez que se atienden en el sector?
¿Cuáles son las más frecuentes?
3. Si bien hay que contemplar cada situación, ¿cuánto tiempo suele permanecer en el sector estos pacientes?
4. Cuando se da un egreso hospitalario ¿cuáles son los cuidados o indicaciones que se recomiendan a la familia? ¿Hay alguna que esté relacionada con las características habitacionales? Considerándose en un sentido amplio, no restringido únicamente a la unidad funcional vivienda.
5. En su experiencia en el sector ¿considera que la situación habitacional tenga implicancias sobre la salud de los/as niños/as? ¿De qué forma se da esto?
6. ¿Cómo se aborda desde el sector la problemática habitacional?
7. ¿Conoce alguna política pública relacionada a la situación habitacional con la cual se esté trabajando actualmente en el sector?

Preguntas complementarias a los trabajadores sociales de Neonatología (que se adjuntan a las anteriores)

¿Cómo se detectan las situaciones de problemática habitacional? ¿Cómo se abordan las mismas?

¿Qué lugar tienen las políticas públicas dentro de la intervención profesional en el sector?
¿Considera que las mismas se convierten en un recurso disponible? ¿Cómo impactan en la vida cotidiana del recién nacido y su familia?

Entrevista a profesionales de Trabajo Social de Instituciones del Estado

- ¿Cómo se organiza el Equipo Social del CDR? (cómo trabajan, cómo está compuesto el equipo de trabajo)
- ¿Cuentan con políticas o lineamientos de trabajo específicos?
- ¿Qué lugar tienen las políticas de hábitat y vivienda dentro del cdr? ¿Cómo se trabaja?
- ¿A través de qué programas se llevan a cabo?

Con respecto a los programas:

- De que se trata el programa de ayuda económica única? ¿Cómo funciona?
- ¿Cómo surge? ¿Cuál es el origen jurisdiccional del mismo? (Nacional, provincial o municipal)
- ¿Cuáles son los requisitos para ingresar al programa?
- ¿Cómo se reciben las solicitudes? ¿Se presentan mediante demanda espontánea?
- ¿Cómo podría describir las características habitacionales de la población objetivo de estas políticas?
- ¿Se realiza algún tipo de seguimiento o evaluación al finalizar la ejecución de los programas?
- ¿Trabajan de forma articulada con otros organismos/instituciones? ¿Cuáles? ¿Cómo se genera este trabajo articulado?
- ¿Considera que las condiciones habitacionales pueden repercutir en otros aspectos de la vida cotidiana? ¿En cuáles?
- ¿Podrían establecer alguna relación entre las condiciones habitacionales y la situación de salud de las familias con las que trabajan?
- ¿Conoce alguna otra política pública relacionada a la situación habitacional?