Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Roberto Andrés Repetto y Andrada
rob.23repetto@gmail.com

Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el territorio de la villa 21 24-CABA: reflexiones etnográficas sobre la organización del trabajo en salud

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis
Grisel Adisi

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)
This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Repetto y Andrada, R. (2016). *Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el territorio de la villa 21 24-CABA: reflexiones etnográficas sobre la organización del trabajo en salud* (Tesis de Maestría) Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Disponible en <https://doi.org/10.18294/rdi.2018.175312>

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso

www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**
14ª COHORTE (2011-2013)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO:

**Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el
territorio de la villa 21 24 - CABA. Reflexiones etnográficas sobre la organización
del trabajo en salud.**

MAESTRANDO

Lic. Enfermería, Roberto Andrés Repetto y Andrada

DIRECTORA DE TESIS

Socióloga, Dra. Grisel Adissi

FECHA DE ENTREGA

Julio, 2016

Lanús, Argentina.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**
14ª Cohorte (2011-2013)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO:

**Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el
territorio de la villa 21 24 - CABA. Reflexiones etnográficas sobre la organización
del trabajo en salud.**

MAESTRANDO

Lic. Enfermería, Roberto Andrés Repetto y Andrada

DIRECTORA DE TESIS

Socióloga, Dra. Grisel Adissi

Integrantes del Jurado

Mg. Jorge Arakaki

Dra. Silvana Weller.

Mgr. Damián Herkovits.

Dictamen: Aprobado. Calificación 7 (Siete)

**A los trabajadores de salud que luchan, entre otras cosas, para conservar la
pasión por lo que hacen...**

AGRADECIMIENTOS

El contexto de producción de la investigación y de este documento final, lo siento como parte de los años más adversos que he tenido que enfrentar a nivel personal; situaciones de padecimiento de familiares muy cercanos, han implicado un gran esfuerzo en mi vida cotidiana que, sin arrepentimiento, me han hecho comprender el valor del afecto por sobre la producción de conocimiento. Señalo esto porque considero esta tesis como el producto de múltiples y diversos afectos con los que he contado: ese ha sido el verdadero motor que me trajo hasta este momento. En primera instancia, agradezco a los compañeros del CeSAC N°35, que me abrieron las puertas de su vida cotidiana y que me han enseñado que es posible sostener el compromiso, aun en las condiciones más adversas, mediante el trabajo colectivo; en segundo lugar, a los compañeros del colectivo salud y sociedad, por mantener ese calor de afecto y voluntad de transformación; y, por último, a mi vieja, por todo lo que me dio desde los hechos, y a mi compañera de andanzas, con la que compartimos victorias y derrotas.

RESUMEN

Desde un enfoque etnográfico basado en registros desprendidos de la observación participante en diferentes actividades y entrevistas, se realizó un estudio de descripción y análisis de las formas de organización y gestión del trabajo en salud y los saberes y prácticas del equipo de salud ambiental que trabaja en el centro de salud N° 35, ubicado en la villa 21 24 - CABA, respecto a la intoxicación con plomo que afecta a las familias de niños y niñas menores de 5 años y sus familias. Problematicando las limitaciones de un equipo de calificado, de su carácter versátil que utiliza una modalidad de organización del trabajo basado en dispositivos grupales y que cuenta con amplios márgenes de libertad en su cotidiano. Visualizando estos rasgos, se profundizó la mirada respecto a la relación entre proceso de trabajo y producto final, en un escenario signado por problemas de carácter estructural que afectan a la población.

PALABRAS CLAVES: proceso de trabajo; organización; respuesta sanitaria; sistema de salud; salud ambiental; intoxicación con plomo.

ABSTRACT

From an ethnographic based on records detached from participant observation in different activities and interviews approach, a study description and analysis of the forms of organization and management of health work and the knowledge and practices of environmental health team working was carried out in the health center No. 35, located in the villa 21 24 - CABA, regarding lead poisoning affecting families of children under 5 and their families. Problematizing the limitations of a qualified team, its versatile character that uses a form of work organization based on group and how many devices with wide margins of freedom in their daily lives. Viewing these features, the look deepened about the relationship between the work process and final product in a marked structural problems affecting the population scenario.

KEY WORDS: work process; organization; health response; health care; environmental health; lead poisoning.

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1: Trabajadores del CeSAC 35	51
---	----

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACUMAR: Autoridad Cuenca Matanza Riachuelo.

ACCLPP: Comité Asesor para la Prevención de Envenenamiento por Plomo.

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

CDC: Centro para el Control y Prevención de Enfermedades.

CESAC: Centro de Salud y Acción Comunitaria.

CIDAC: Centro de Innovación y Desarrollo para la Acción Comunitaria.

CMR: Cuenca Matanza Riachuelo.

EISAR: Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo.

ICOH: Comisión Internacional de Salud Ocupacional.

NPS: Niveles de Plomo en Sangre.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la salud.

PB: Plombemia.

PISA: Programa Integral de Saneamiento Ambiental.

PSEA: Proceso Salud Enfermedad Atención.

CONTENIDO

1. INTRODUCCION	10
1.1. Propósito	10
1.2 Planteamiento del problema Problema de investigación	11
1.3. Hipótesis	13
1.4. Objetivos	13
1.5. El estado del arte	14
1.5.1 Las características del trabajo en salud	15
1.5.2 Acerca de la relación entre salud, ambiente y surgimiento de la salud ambiental	18
1.5.3 Acerca del trazador: la intoxicación con plomo como problema de salud pública	19
1.6 Consideraciones teóricas	22
1.6.1 La Historia actúa en nosotros	24
1.6.2 Acerca de la categoría de Producción	25
1.6.3 Hegemonía: influencia de Gramsci y de la salud colectiva.	26
1.6.4 Acerca del Estado: Gramsci una vez más...	27
1.6.5 Biomedicina y Salud Pública: aportes de Menéndez.	28
1.6.6 Acerca del campo de la salud: aportes de Spinelli	29
1.6.7 Acerca de la categoría de Institución	30
1.6.8 contexto institucional	31
1.6.9 Acerca de la categoría de trabajo	31
1.6.10 Acerca de la noción de gestión	33
1.6.11 Condiciones de vida	34
1.6.12 Proceso Salud Enfermedad Atención.	34
2. METODOLOGIA	37
2.1 Estrategias y fuentes de información	38
3. INGRESO AL CAMPO	42
3.1. Ingreso al centro de salud	44

3.2 Mis vínculos previos, cuando conocí el CeSAC 35	49
3.3 La realización de las EISAR y los rumores sobre intoxicaciones en el barrio	51
3.4 Visibilidad y problema de la intoxicación por plomo. 2014	53
3.5 Vivir en la villa 21 y 24	55
3.5.1 Las restricciones y el acceso a los servicios. Acerca del problema del Gas y la Electricidad	56
3.5.2 Cuestiones básicas no tan básicas: agua, basura y excretas.	56
3.5.3 El problema del suelo	57
3.5.4 Las personas que viven en la Villa, qué dicen los números	58
3.5.5 Acerca de la Salud y su relación con las condiciones ambientales	59
3.5.6 Recursos del sistema sanitario cercanos a la Villa	60
3.6 Convivir con el Riachuelo y el problema de la intoxicación por plomo	61
3.7 Acciones de ACUMAR y el rol del Equipo de Salud Ambiental	61
4. EI TRABAJO Y ORGANIZACIÓN EN LA RESPUESTA A LA INTOXICACIÓN POR PLOMO LA VILLA 21 Y 24.	65
4.1 Acerca del plantel de los trabajadores del CeSAC 35	70
4.2 Acerca de la organización denominada Equipo de Salud Ambiental	71
4.3 Del Plomo al Dengue: entramado de actores en la respuesta al Dengue en la Villa 21 y 24, el rol de Equipo de Salud Ambiental	72
4.4 Reflexiones sobre las similitudes en la relación epidemia del Dengue y respuesta sanitaria al problema	76
4.5 La presencia de ACUMAR en la Villa: el trabajo, la organización en la gestión en la respuesta a la intoxicación por Plomo	78
4.6 Entre el apuro y la espera. El lugar del equipo de Salud Ambiental en la problemática a la intoxicación.	79
4.7 Participando en la posta sanitaria del Cemento Alegre	84
4.8 Algunas reflexiones sobre el vínculo entre el trabajo la organización y la gestión las problemáticas de salud.	87
5. TRABAJAR ENTRE EL APURO Y LA ESPERA: ACERCA DE LAS LIMITACIONES.	89
5.1 Aprender a esperar	89

5.2 Estudio de foco de coqueluche y visita a la manzana 25 y 26	92
5.3 Caminar es trabajar: la casa de Dominga	95
5.4 Acerca de las limitaciones	97
6. CONCLUSIONES	104
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	108
ANEXOS	112

1. INTRODUCCION

1.1 *Propósito*

Mediante esta investigación, me he propuesto comprender el trabajo, la organización y gestión de un equipo de trabajadores de un centro de salud, ante la respuesta a una problemática trazadora: la intoxicación por plomo que afecta a niños/as menores de 5 años. Villa 21 y 24, CABA 2015

He tomado conocimiento sobre la intoxicación por niveles elevados de plomo en sangre de sectores poblacionales del sur de la CABA, a partir de investigaciones que se efectuaron en el marco del conflicto de la cuenca Matanza Riachuelo (CMR). El seguimiento de esta situación toxica me ha llevado a conocer que en el año 2006, un fallo producido por la corte suprema de justicia en torno al denominado conflicto señalado, constituyó un punto de inflexión respecto a la puesta en agenda de las problemáticas ambientales. Sentó un precedente jurídico y político que implicó la implementación de políticas públicas: jurídicas, institucionales, sociales y territoriales (Merlinsky, 2013).

En el año 2007, se puso en marcha la denominada Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR)¹ y se generó un plan de acción para abordar la problemática ambiental asociada a la situación de la CMR. En el año 2010, se impulsó el Plan integral de saneamiento ambiental (PISA), desencadenando diferentes líneas de acción, entre ellas, la realización de estudios poblacionales para indagar la situación de salud de las personas que habitan en las proximidades de la cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR, 2013; Merlinsky, 2013).

Los resultados de los diferentes estudios realizados detectaron intoxicación por plomo en niños/as menores de 5 años, con niveles de plomo en sangre que podrían afectar y generar diversas consecuencias en sus procesos de crecimiento y desarrollo. En el caso de la villa 21 24 -zona lindante al riachuelo-, se visualizó un 25% de niños/as intoxicados con plomo (ACUMAR, 2013; Auditoría General CABA, 2014).

¹ ACUMAR ha constituido un ámbito de coordinación de políticas y acciones a ser ejecutadas por las diferentes reparticiones actuantes dentro de la misma cuenca, contando con potestades de fiscalización y control respecto de la imposición de medidas preventivas y de control. A este efecto se ha conformado un cuerpo de inspectores con procedimientos propios de fiscalización y control y capacidades de imposición de clausura en forma preventiva.

En tal sentido, por medio de esta investigación he buscado generar conocimiento a partir del método etnográfico (Ramírez, 2009; Peirano, 1995) a fin de analizar por medio de un trazador, el trabajo, la organización y la gestión, mediante una aproximación al cotidiano de un equipo de trabajadores de un centro de salud que se aboca entre sus tareas a dar respuesta a los efectos de los problemas ambientales.

1.2 *Planteamiento del problema*

Mis intereses de investigación centrados en comprender aspectos del trabajo en salud, de organización y gestión, me llevaron a seleccionar una problemática específica, para poder poner en juego estas relaciones a la luz de un problema empírico. En tal sentido, comencé a cobrar interés por la intoxicación por plomo en niños y niñas.

En función a los intereses de investigación que impulsaba, comprendí “el rol” de la intoxicación crónica con plomo en niños y niñas menores de 5 años mediante la noción de trazador. A partir de los aportes de Castellanos, he comprendido a la noción de trazador como un indicador que posee la capacidad de sintetizar un conjunto mayor de procesos sociales más amplio de ese modo, posibilita construir una unidad de observación y traducir una estructura latente en observaciones manifiestas. En tal sentido, mediante este aporte, la intoxicación con plomo, por las características que engloba, representa un indicador que sintetiza: el saneamiento básico, las condiciones de vivienda y las condiciones socioeconómicas.

La intoxicación por plomo en niños y niñas en la Villa 21 y 24 de la CABA, representa un fenómeno que me ha permitido describir y analizar el trabajo, la organización y gestión de un equipo de trabajadores de un centro de salud que se aboca a las problemáticas ambientales.

En el año 2006, un fallo producido por la corte suprema de justicia en torno al denominado conflicto de la CMR, colocó en el centro de escena una larga historia de invisibilización de la contaminación ambiental y la desigualdad desatendida en la zona, al fallar a favor de los vecinos demandantes e intimar al poder ejecutivo nacional a que desarrolle un plan de gestión ambiental de manejo de la CMR e implemente medidas de atención a la salud de la población ribereña de la cuenca (ACUMAR, 2013; Merlinsky, 2013).

El fallo constituyó un punto de inflexión respecto a la puesta en agenda de las problemáticas ambientales, por haber sentado un precedente jurídico y político que trajo aparejado el desarrollo e implementación de políticas públicas de diversa índole, con definiciones jurídicas, institucionales, sociales y territoriales (ACUMAR, 2013; Merlinsky, 2013).

Ese mismo año, CABA crea la Dirección de Salud Ambiental (DSA) con el objetivo de encontrar soluciones a problemas y dificultades relacionadas con la salud ambiental de la Ciudad.

En el año 2007, asociado al mismo proceso judicial sobre la CMR, se producen dictámenes que ponen en marcha la creación de una instancia gubernamental con funciones específicas, denominada ACUMAR (Merlinsky, 2013).

Una de las primeras acciones de ACUMAR, ha sido generar un plan de acción para abordar la problemática ambiental asociada a la situación de la CMR. En el año 2010, se impulsa el Plan integral de saneamiento ambiental (PISA): dicho plan desencadenó diferentes líneas de acción, entre ellas, la realización de estudios poblacionales para indagar la situación de salud de las personas que habitan en las proximidades del Riachuelo (ACUMAR, 2013; Merlinsky, 2013).

Parte de los resultados de esos estudios realizados, detectaron intoxicación por plomo en niños y niñas menores de 5 años (ACUMAR, 2013; Auditoría General CABA, 2014), con niveles de plomo en sangre que podrían afectar y generar diversas consecuencias en sus procesos de crecimiento y desarrollo (Led y Col *et al.*, 2011).

En tal sentido, y de manera preliminar, existieron diferentes interrogantes generales en torno a las acciones que se ofrecen los servicios de salud a nivel local en torno al problema del plomo, que me han guiado ¿Cuál es la oferta que ofrece el sistema de salud a nivel local para abordar este problema? ¿Qué actores intervienen en la respuesta? ¿Cuáles son las principales demandas de atención a las familias afectadas por la intoxicación con plomo? ¿Qué pautas o principios guían la organización de las prácticas de los trabajadores que se desempeñan en ese territorio? ¿Cuál es la relación entre la organización del trabajo de los servicios de salud locales y los problemas de las familias que habitan en el barrio afectadas por la intoxicación con plomo en niños y niñas? Sin embargo, en el recorrido que implicó el proceso de reflexión vinculado a la definición del problema, cobró mayor interés las relaciones que se establecen entre el trabajo, la organización y la gestión, en tal sentido, el interrogante guía se expresa del siguiente modo:

¿Cómo se plantea la relación entre el trabajo, la organización y la gestión de trabajadores de un equipo de salud abocado a las problemáticas ambientales, ante la respuesta a un trazador, el problema de la intoxicación por niveles elevados de plomo en sangre en niños y niñas de la villa 21 y 24 CABA?

1.3 *Hipótesis*

- Existen distintos modos de trabajo, organización y gestión que condicionan la respuesta que produce el Equipo de Salud Ambiental ante el trazador seleccionado: la intoxicación con plomo que afecta a los niños/as y a sus familias.
- El trabajo del Equipo de Salud Ambiental de la villa 21 24 - CABA, en la respuesta al trazador seleccionado - la intoxicación con plomo que afecta a los niños/as y a sus familias- se ve constreñido por la implementación estrategias de organización que focalizan sus acciones en la dimensión biológica, imposibilitando incluir acciones que consideren la dimensión social de la problemática al excluir la consideración de los factores estructurales.

1.4 *Objetivos*

1.4.1 **Objetivo general**

Comprender el trabajo, la organización y gestión del Equipo de Salud Ambiental del CeSAC 35 ante la respuesta a una problemática trazadora: la intoxicación por plomo que afecta a niños/as menores de 5 años. Villa 21 y 24, CABA 2015

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar y describir las características del trazador seleccionado, a saber: la intoxicación por plomo visualizada en niños y niñas de la la Villa 21 y 24
- Describir las formas de organización del trabajo que se desarrollan en el Equipo de Salud Ambiental de CESAC 35 en la respuesta a la intoxicación con plomo que afecta a los niños, niñas y a sus familias. Villa 21 y 24 - CABA
- Describir el sentido del trabajo de los trabajadores del Equipo de Salud Ambiental de CESAC 35, en la respuesta al problema de la intoxicación con plomo que afecta a niños, niñas y a las familias. Villa 21 y 24 – CABA

1.5. *Estado del arte*

El proceso de búsqueda bibliográfica, permite señalar que la producción de conocimiento sobre las formas de organización del trabajo en salud, en el campo de la salud, no aparenta ser una preocupación dominante para la academia ni para el campo de la gestión de los servicios sanitarios.

Se ha realizado una búsqueda por medio de los servicios de las bases de datos electrónicos de: PubMed, Medline, Biblioteca Virtual en Salud de la OPS, SciELO y Redalyc. Las palabras claves en español y en inglés utilizadas han sido: lead-plomo, intoxication-intoxicación; children-niños; heald-salud; environment-ambiente; organization-organización; work-trabajo; management-gestión; work forcé-fuerza de trabajo. El resultado refleja la inexistencia de investigaciones sobre las formas de organización del trabajo en salud en el marco de la respuesta sanitaria a la problemática de la contaminación por plomo. No obstante, al no contar con marcos referenciales que indaguen la articulación entre la organización del trabajo en salud y el problema tóxico de la plombemia, se ha tomado el siguiente criterio en torno a las referencias bibliográficas: en primer lugar, se mencionarán los estudios que han abordado el análisis de las organizaciones y los procesos de trabajo en salud; luego, las referencias respecto a la relación entre salud y ambiente; y, por último, las referencias respecto al trazador y el plomo como problema epidemiológico.

1.5.1 Las características del trabajo en salud

Cabe señalar que, si bien existen investigaciones en ciencias sociales acerca del saber médico, en las prácticas que se efectúan desde la biomedicina no se han hallado estudios que analicen la organización del trabajo en salud (Margulis, 2010; Recoder, 2011). Son escasas las investigaciones abocadas a dicha problemática, por lo cual se ha implementado una revisión bibliográfica sobre aquellos autores que, efectivamente, han problematizado y efectuado ensayos sobre la organización del trabajo en salud.

En este sentido, pueden agruparse a una serie de publicaciones por medio de un hilo conductor: no han guardado interés en advertir, o bien en detenerse, a analizar las características particulares del trabajo en el campo de la salud. Tobar, por ejemplo, ha efectuado una clasificación de los modelos de gestión en salud (Tobar, 2002), así como también lo ha hecho la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pero sus análisis y propuestas operacionales (OPS/OMS, 1998) no conllevan una consideración respecto a los procesos específicos de trabajo.

Por otra parte, se puede agrupar otra serie de referencias bibliográficas que subrayan la importancia las características diferenciales del trabajo en salud (Menéndez, 2010), en las cuales cobra interés la comprensión de la forma de organización del trabajo y el modo en que estas formas satisfacen o no las necesidades en salud de las poblaciones.

En el ámbito de la salud, estas obras son inscriptas en dos corrientes de pensamiento: una denominada medicina social latinoamericana, y la otra, salud colectiva (Iriart, 2002). Como denominador común, se visualiza la utilización de elementos conceptuales del materialismo histórico y, en este sentido, comprenden al trabajo en el marco de un proceso de producción social general. Asa Christina Laurell representa una de las referencias tempranas del enfoque de Medicina Social, quien ha utilizado la categoría de trabajo en tanto herramienta analítica para problematizar la relación entre salud y trabajo. Si bien los estudios de Laurell no se han centrado en las particularidades del proceso de trabajo en salud, constituye una referencia insoslayable para la serie de investigaciones que se desarrollaron posteriormente (Laurell, 1982).

En el interior de este enfoque, la categoría de *trabajo* permite comprender diferentes actividades de matriz eminentemente social, que se orientan por una especificidad humana: la potencialidad de transformar conscientemente la naturaleza, y ser por ella transformada por medio del ejercicio de su creatividad.

Por su parte, desde la corriente de salud colectiva, Spinelli plantea la necesidad de tener presente que, en el interior de las organizaciones de salud y en los propios trabajadores, existen y se reproducen los siguientes tres falsos supuestos:

Una falsa concepción del sujeto: se lo concibe como un sujeto cartesiano; una falsa concepción del trabajador: se lo concibe como un trabajador manual; y una falsa concepción de la organización: se la concibe como una estructura piramidal, una burocracia mecánica en el lenguaje de Mintzberg (Spinelli, 2010).

Dicho autor, además propone utilizar el esquema conceptual que denomina TOGG (trabajo, organización, gestión y gobierno). A partir de este esquema se plantea la idea de que, en el campo de la salud, los trabajadores tienen un amplio grado de autonomía. Este razonamiento permite comprender un grado de complejidad no visualizado por otros enfoques, respecto a los procesos de gestión de las instituciones de salud; de esta manera, cobra relevancia el juego de los actores en torno a la configuración de las formas específicas de organización y gestión del trabajo en salud, en el marco de la respuesta sanitaria desarrollada ante tales problemáticas.

Además, Spinelli reflexiona sobre las particularidades de las instituciones de salud y señala que, lejos de manifestar la rigidez de una organización piramidal, expresan aquello que Mintzberg refiere como burocracia profesional: en la burocracia profesional, la eficacia de las normas son establecidas por las asociaciones profesionales, donde el núcleo operativo es una parte clave por contar con amplios márgenes de libertad en términos de poder de decisión (Mintzberg, 2001; Spinelli, 2012). Para dichos autores, una de las características de la burocracia profesional es que el sistema no permite establecer pautas altamente reguladas como así tampoco sofisticadas, por lo que resulta mucho menos viable establecer pautas automatizadas de forma lineal y sencilla. La naturaleza de la burocracia profesional expresa que los profesionales requieren libertad en su trabajo y que las organizaciones donde su núcleo operativo está constituido por profesionales, requieren considerar la descentralización como mecanismo apropiado para los profesionales. Lo que se desprende es el establecimiento de la normatización de las destrezas: uno de los aspectos que caracteriza a las formas de organización en la burocracia profesional, es el mecanismo de estandarización de las destrezas y el ajuste mutuo. Por ende, a partir de estos razonamientos, se cuestiona el falso supuesto de que las normas se aplicarán a partir

del propio establecimiento de las mismas, es decir, bajo acatamiento mecánico (Spinelli, 2010).

Emerson Merhy, otro autor inscripto en la salud colectiva, analiza las particularidades del trabajo en salud: propone considerar, en el marco de las etapas del proceso de producción, a las formas en que pueden expresarse los actos productivos; las categorías que utiliza para describir y clasificar a dichos actos son: *trabajo muerto* y *trabajo vivo* (Merhy, 2007). Para este autor, el *trabajo en sí* es el *trabajo vivo en acto*, y lo caracteriza como el *trabajo humanizado* en donde se halla la dimensión creativa de la acción. A diferencia, el *trabajo muerto* constituye el trabajo mecanizado y alienado (Merhy, 2008), que se caracteriza por ejercer la reproducción de los actos por medio de la mecanización, a razón de las fuerzas inertes que capturan a las acciones. En conclusión, el *trabajo vivo en acto* es una fuerza instituyente y potencialmente transformadora (Merhy, 1987; 2008).

Asimismo, Emerson Merhy plantea una comprensión del desarrollo de los procesos productivos por medio de la asociación entre las categorías de trabajo y tecnología. Su propuesta comprende que el principal objetivo de la tecnología es aumentar la eficiencia de la actividad humana en las más variadas esferas de la sociedad: sugiere apartarse de la noción de tecnología restringida a equipamientos y a máquinas, para ampliar el sentido e incluir a todos los mecanismos de organización del proceso de producción. De este modo, los saberes vinculados a la organización de las acciones humanas constituyen asimismo tecnologías.

Para esta perspectiva, los núcleos tecnológicos poseen capacidad de construcción de procesos productivos: considera que, para gobernar y apropiarse de algunos aspectos de la modalidad de actos productivos, es necesario considerar los modos de organización y gestión de las prácticas, en tanto que nos permite aproximarnos al grado en que se desenvuelve el *trabajo vivo en acto* en el proceso productivo (Merhy, 2008).

Merhy propone pensar la relación del trabajo en salud-tecnología a partir de las categorías de tecnologías leves, tecnologías leves-duras y tecnologías duras. Subraya la apreciación acerca de las tecnologías leves, por constituir las relaciones de producción de vínculos; las tecnologías leves-duras están caracterizadas por los saberes estructurados que operan en los procesos de trabajo en salud, como la clínica médica, la clínica psicoanalítica, la epidemiología, etc; y, por último, en las tecnologías duras se inscriben los equipamientos tecnológicos, las normas y las estructuras organizacionales (Merhy, 2008, Onocko, 2006; Testa, 1999).

Mario Testa, otra referencia para el campo de conocimiento que intenta estudiar el trabajo en salud, ha pensado en las particularidades del trabajo a partir de los aportes del marco conceptual del materialismo histórico. Propone considerar dos modalidades de trabajo: el trabajo abstracto y el trabajo concreto. El trabajo abstracto permite considerar en su análisis a los procesos no materiales, a los que usualmente se les otorga poca visibilidad y relevancia en la organización del trabajo en salud; por otra parte, plantea que el trabajo concreto contiene aspectos que resultan muy visibles y que, por ende, influyen fuertemente en las formas organizativas de los procesos de trabajo (Testa, 2006; 2007).

1.5.2 Acerca de la relación entre Salud, ambiente y surgimiento de la salud ambiental

Souza Minayo plantea que la preocupación en el campo sanitario respecto a la relación entre salud y ambiente, no es reciente. Da cuenta de pensadores del siglo XVIII y XIX (Virchow, Chadwick, Engels, Villarmé) que han problematizado sobre dicha relación (Minayo, 2006); se trata de precursores en la politización del concepto de salud, quienes articularon la cuestión social y la problemática del saneamiento básico. No obstante este planteo, otros autores concuerdan en que a comienzos del siglo XX, la problematización sobre la relación entre salud y ambiente no contaba con la fuerza que ha cobrado en sus últimas décadas (Cereznia, 2006).

En la década del 70, de la mano de la crisis del petróleo que pone en jaque a los intereses de las grandes potencias económicas, se manifiestan los límites de la explotación y extracción de los recursos naturales. Estas preocupaciones permiten agregar a la agenda pública las amenazas de la polución química y radioactiva; en dicho proceso, cobran mayor atención los planteos respecto a las problemáticas que marcan la necesidad de abordar integralmente la relación entre salud y ambiente. Se plantea, entonces, la necesidad de manejar y resolver diferentes problemas ambientales y, sobre todo en el mundo industrializado, se comienzan a desarrollar programas gubernamentales para trabajar sobre la polución del aire y del agua. Este proceso desencadena la necesidad de articular teorías y acciones con la idea concreta de mejorar la calidad de vida de las poblaciones (Minayo, 2006).

De la mano de los acontecimientos señalados, emerge una nueva denominación en el campo sanitario: salud ambiental. Ordoñez realiza una revisión acerca de este concepto y,

en principio, comprende la existencia de una diferenciación de enfoques que problematizan la relación entre salud y ambiente, y que conllevan una división del trabajo (Ordoñez, 2000). Por un lado, señala la existencia de una vertiente “verde”, denominación que utiliza para caracterizar a las preocupaciones centradas en los efectos de la actividad humana sobre el ambiente natural, y a partir de ello, problematiza respecto de la pobreza, la dinámica demográfica, el efecto invernadero, el deterioro de la capa de ozono, el ordenamiento territorial, la deforestación, la desertización, las sequías, la protección de océanos, mares y costas: se trata de preocupaciones que pueden aglutinarse en la propuesta sobre el desarrollo sostenible y la consecuente problematización que se efectúa sobre el modelo de producción y desarrollo. Por otro lado, la “vertiente azul”, se centra sobre los efectos del ambiente en la salud de la humanidad: lo que generalmente se ha denominado salud ambiental (Ordoñez, 2000).

Respecto a la relación entre salud y ambiente, Souza Minayo señala que para comprender el impacto de la actividad humana sobre el ambiente y la fuerza de ese impacto en la salud humana, es necesario crear estrategias específicas que partan de conocimientos disciplinares y prácticas sectoriales, y aspiren a un abordaje interdisciplinario.

Asimismo, Ordoñez señala que la OMS, a partir de la reunión consultiva celebrada en Sofía, Bulgaria en el año 1993, propone la siguiente definición de salud ambiental:

Aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluación, corrección, control y prevención de los factores ambientales que pueden afectar de forma adversa la salud de la presente y futuras generaciones (OMS, 1993).

Como se ha señalado, en cada una de las publicaciones que problematizan la relación entre salud y ambiente, existen escasas menciones respecto al rol y a las formas de organización de las instituciones pertenecientes a los sistemas sanitarios. Por otra parte, la mirada sobre los procesos de trabajo y la modificación de las prácticas, no ha sido un tema estudiado.

1.5.3 Acerca del trazador: la intoxicación con plomo como problema de salud pública

Las investigaciones o revisiones bibliográficas a las que se ha tenido acceso, señalan que la intoxicación por plomo asociada a la exposición ambiental constituye un problema de salud pública a nivel mundial, con mayor relevancia en países en “vías de desarrollo” (Baparda, 2008). Al observar los efectos adversos sobre la salud, señalan un mayor grado de vulnerabilidad en mujeres embarazadas y niños: para el CDC (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades), estas son las poblaciones con mayor grado de vulnerabilidad, ya que la sangre fetal puede tener hasta el 80% de la plumbemia materna. En la misma dirección, los aportes de Led y Col. indican que los niños absorben el 40% del Pb ingerido, mientras que los adultos sólo entre el 5 y 10% (Led y Col, 2011; Romieu, 2013).

La totalidad de la referencia bibliográfica consultada indica que, en la exposición a la contaminación por plomo, se repite el patrón dado con muchos tóxicos ambientales: diversos estudios comprueban que los niños en edad temprana son más susceptibles que los adultos, ya que tienden a ingerir y a absorber más plomo en relación con su talla, además de que se encuentran en la etapa del desarrollo cerebral (Led y Col, 2011; Romieu, 2013; Balparda, 2008).

Uno de los artículos desarrolla una revisión bibliográfica respecto a las consecuencias para la salud de una elevada concentración de plomo en sangre en niños menores de 6 años. Un punto central es la distinción entre el tipo de intoxicación aguda respecto a la intoxicación crónica: la observación respecto a la intoxicación crónica manifiesta que, de los 14 estudios seleccionados, 13 mostraron que la patología neurológica fue prevalente y su severidad mayor cuanto más elevados eran los niveles de plomo en sangre, más pequeño era el niño y más duradera había sido la intoxicación (Matte, 2003).

Respecto a los signos y síntomas, si bien por si solos no bastan para confirmar el diagnóstico de intoxicación, se señala que los mismos pueden incluir: anorexia, irritabilidad, disminución de la actividad lúdica y alteración del patrón de sueño. En el caso de la intoxicación crónica por plomo, en ocasiones aparecen las “líneas de plomo” en las encías, las líneas de detención del crecimiento que se pueden apreciar mediante la radiografía y el punteado basófilo de los eritrocitos (Matte, 2003; Romieu, 2003).

Otros artículos manifiestan, como consecuencias de la intoxicación crónica, la existencia de trastornos cognitivos, del lenguaje, problemas en la motricidad y encefalopatías (Matte *et al.*, 2003). Por otra parte, se manifiesta la existencia de estudios de seguimiento de largo plazo de niños intoxicados por plomo, que indican la posibilidad de un

riesgo incrementado de hipertensión y enfermedad cardiovascular (Matte, 2003; Romieu, 2003).

La bibliografía consultada señala el hecho de que la medición de los niveles de plomo en sangre (NPS), constituye un indicador que efectivamente determina la presencia del problema de la intoxicación por plomo (Matte, 2003). Ahora bien, para determinar el nivel de exposición al plomo se pueden utilizar diferentes marcadores biológicos que incluyen sangre venosa y capilar, sangre de cordón umbilical, plasma, orina, dientes, huesos y cabello. En este sentido, los signos y síntomas no bastan para diagnosticar o determinar la intoxicación por plomo: es necesario detectar el NPS. El plomo en el plasma posee el significado toxicológico más relevante.

También se ha hallado una investigación cualitativa efectuada en el año 1999, acerca de la relación entre los modelos médicos y los procesos tóxicos que padece una población de la frontera norte de México. Dicho estudio constituyó la tesis de doctorado de una antropóloga argentina, Laura Nervi: la investigación tuvo el propósito de indagar en los sistemas y servicios de salud desde el campo de los estudios sociales en salud ambiental y, para ello, incorporó categorías provenientes de la epidemiología y la investigación en salud pública. Los capítulos de dicha investigación giran en torno a los siguientes ejes: dependencia y contaminación; el plomo en tanto sustancia peligrosa en el ambiente; la relación entre los saberes médicos y populares; las características de los procesos de atención; y las formas en que las personas afectadas utilizan los servicios de salud (Nervi, 1999).

La autora señala que la intoxicación con plomo es una cuestión con implicancias ideológicas, socioculturales y económicas, que operan tanto a nivel macro como micro de producción y reproducción de la vida en el espacio doméstico, en el trabajo y en el encuentro cuerpo a cuerpo con las instituciones médicas a los que recurren los pobladores de las zonas más contaminadas.

Un aporte sustantivo constituye la utilización que se efectúa en la investigación del concepto de trazador, definición que es expresada del siguiente modo:

La intoxicación por plomo opera como un trazador, es decir, un eje metodológico y empírico, a través del que vamos a intentar: 1) responder a algunas de las preguntas vigentes sobre la relevancia y naturaleza del padecimiento en sí. 2) utilizar este padecimiento de manera metodológica como un eje a través del que podemos examinar parte del proceso salud enfermedad atención referido a "lo ambiental" y c) observar cómo los

significados culturales de este padecimiento entre los diferentes conjuntos estudiados están expresando los sistemas de desventajas, de subalternidad, de diferencias, las particularidades y contradicciones que son parte constitutiva de la sociedad que estamos estudiando (Nervi, 1999).

Otra investigación a la que se ha podido acceder, ha sido publicada bajo el título de Inflamable y refiere a un estudio etnográfico efectuado sobre la población de villa Inflamable, localizada en Dock Sud, partido de Avellaneda, provincia de Buenos Aires. Dicha investigación, correspondiente a los autores Javier Auyero y Débora Swistun, constituye un estudio sobre el sufrimiento ambiental, comprendido como una forma de sufrimiento social causado por las acciones contaminantes concretas de actores específicos, y por los universos interactivos y discursivos específicos que le dan forma a la experiencia de este sufrimiento. Subrayan que el padecimiento de los habitantes de villa Inflamable puede ser apropiado, negado o amplificado por instituciones particulares (Auyero, 2008).

En dicha investigación se describe la situación de habitantes que viven junto a un río altamente contaminado, que arrastra los desechos tóxicos de las curtiembres y otras muchas industrias: el suelo, el aire y el curso del río están altamente contaminados con plomo, cromo, benceno y otros químicos -cabe señalar que el mismo río se encuentra en una zona muy próxima a la villa 21 24. Los autores transitan por los relatos acerca de los efectos de la contaminación en los cuerpos y mentes de los habitantes de villa Inflamable, del sufrimiento físico y psicológico exacerbado, y analizan los miedos sobre la evolución de las enfermedades y la incertidumbre por la relocalización.

En síntesis, adoptando las palabras de los propios autores, esta investigación constituye una etnografía acerca de las crónicas de espera, la cual comprenden como una de las maneras en que los habitantes del lugar experimentan la sumisión. Además, analizan las intrincadas y complejas relaciones entre lo que denominan sufrimiento ambiental y los mecanismos de dominación social.

1.6 Consideraciones teóricas

La comprensión del fenómeno a abordar me llevo a tomar decisiones en la selección de categorías analíticas que me permitan comprender con mayor proximidad el trabajo, la organización y gestión de un equipo de trabajadores de un centro de salud, adoptando un

trazador: la intoxicación por plomo que afecta a niños/as menores de 5 años. Villa 21 y 24, CABA 2015.

En la decisión por establecer un marco de referencia teórico conceptual, consideré prioritario los aportes de las ciencias sociales. Me interesé por algunas de las categorías provenientes del marxismo, esencialmente en: producción y trabajo. Dentro de este enfoque, consideré con suma atención a la categoría de hegemonía, desarrollada por Antonio Gramsci. Del mismo modo, me interese por las aplicaciones de la categoría hegemonía para los análisis específicos de los fenómenos del campo sanitario. Me refiero a las categorías desarrolladas por la antropología de la salud y puntualmente a los aportes del antropólogo Eduardo Menéndez.

Por otro lado, tome referencias de la corriente de pensamiento del movimiento de la salud colectiva, con privilegio en selección de las siguientes categorías: trabajo, organización y gestión en salud (TOG).

La selección de las categorías derivó en la necesidad de establecer una organización e interrelación entre las mismas a partir de un esquema de la red conceptual. Los aportes de Mario Testa fueron relevantes para la organización de las categorías seleccionadas. Su lectura ha sido de suma importancia en la inspiración para el desarrollo de un esquema guía que me permita ordenar el enfoque teórico conceptual de esta investigación. Puntualmente, me refiero a su propuesta del postulado de coherencia, producida en el marco de la crítica a la planificación normativa, y en la discusión librada sobre la planificación estratégica constituyó un ordenador.

La advertencia para subrayar es la siguiente: no es el postulado en sí mismo lo que se ha adoptado, sino su propuesta de relaciones entre las categorías. Esencialmente, la aplicación de la relación de coherencia entre categorías: determinación y condicionamiento.

La primera es una fuerza positiva que establece los límites dentro de los cuales debe ocurrir un fenómeno. Puede definirse como la fijación, por un fenómeno, de las condiciones para la eficacia de otro fenómeno, su lógica no es estrictamente causal, es decir, no se afirma que si A, entonces B, sino que: si A, entonces queda determinado que para que B sea eficaz, deben cumplirse las condiciones c, d, e, las cuales son entonces las otras determinaciones que concretan la realización de B. El condicionamiento, en cambio, es una fuerza negativa que fija los límites fuera de los cuales no puede ocurrir un fenómeno" (Testa; 2006)

De igual modo al postulado, la propuesta del esquema de la red conceptual plantea una organización de las categorías en diferentes niveles de relaciones. Las cuales para graficar podría señalarse que se establecen de manera concéntrica mediante modos centrípetos y centrífugos. Dependiendo el tipo de relaciones establecidas con las categorías centrales (Anexo A)

Ubicare en el nivel uno a las categorías centrales con un grado mayor de aplicación para echar luz ante comprender el trabajo, la organización y gestión de un equipo de trabajadores de un centro de salud, en la respuesta al trazador: la intoxicación por plomo que afecta a niños/as menores de 5 años. Villa 21 y 24, CABA 2015.

Este nivel podría representarse mediante dos triángulos relacionados por la vinculación específica entre uno de sus vértices (Anexo A) La constitución de cada uno de los triángulos de este nivel se establece del siguiente modo: triángulo A (trabajo, organización y gestión en salud). Y al triángulo B (trazador, proceso de salud enfermedad atención y condiciones de vida). En este caso, se prestará mayor atención al vínculo establecido entre dos vértices específicos: el trabajo en salud y la intoxicación por plomo (el trazador).

En el siguiente, el nivel dos se ubican de manera concéntrica las siguientes: campo de la salud, Estado, Institución, biomedicina. En el nivel tercer a: Producción, hegemonía, historia y contexto.

La relación entre los niveles no expresa la comprensión de los fenómenos tangibles o intangibles, expresa estrictamente la interpretación de diferentes de planos de abstracción, que podríamos denominar plano macro social y plano microsocioal.

La relación entre los niveles se establece del siguiente modo: determinación en sentido centrípeto y condicionamiento en sentido centrífugo.

1.6.1 La Historia actúa en nosotros.

Esta categoría establece relación de determinación con las otras tres que se ubican en el mismo plano. Es decir, comprendo que las relaciones precedentes determinan las condiciones de hegemonía, como así también contexto situacional. Asimismo, estos guardan una relación de condicionamiento con la historia. Generalmente, la consideración de los procesos históricos, se excluyen del enfoque sanitario. Mayormente las investigaciones reducen su abordaje por medio de enfoques a/históricos.

Una preocupación central, a lo largo del desarrollo de la investigación, ha sido no perder de vista la dimensión histórica ante la respuesta al problema de la intoxicación con plomo en niños y niñas de la villa 21 y 24. Considerar las relaciones históricas que inciden en las determinaciones del trabajo en salud, la organización y la gestión.

Tome como referencia teórica para comprender la categoría Historia, los aportes de Carlos Matus, quien a su vez hace referencia a las reflexiones sobre este concepto de Ortega y Gasset:

El juego social tiene historia. Tiene memoria y tiene marcas presentes de su pasado. No se puede comprender el juego social sin su historia y sin su curso hacia el futuro. No puede haber una teoría para el pasado, otra para el presente y una tercera para el futuro. Un mismo cuerpo teórico debe ser capaz de captar los tres momentos, sin ruptura de vocabulario, de variables, ni de conexiones causales y de sentido. Por consiguiente, el concepto de situación debe tener la potencia para comprender esa diacronía. (Matus, 2007)

Como se observa el autor relaciona el concepto de historia con el de situación, categoría que será descripta más adelante en este apartado y que se ubica en el nivel dos de relación. Nos advierte que la historia no es historia si no actúa en nosotros, es decir que cuando una parte de la historia es extraña, desconocida para nuestra cultura, no actúa en nosotros y se convierte en algo forzado, sin sentido, sin herencia. En conclusión, Matus señala siguiendo los pensamientos de Ortega y Gasset, la historia es ciencia del más riguroso y actual presente. (Matus, 2006)

1.6.2 Acerca de la categoría de Producción

Adopté un concepto que me permita incluir en el marco teórico la incidencia de los procesos más generales y abarcativos de la realidad social. Asistimos en diversas ocasiones al desarrollo de estudios sanitarios que reducen su mirada al análisis de relaciones estableciendo foco mayormente el plano local, desprovisto de considerar una mirada más abarcativa. La categoría de producción generada por la teoría marxista me ha permitido construir un punto de vista orientado en esa dirección.

Las condiciones generales de producción, refiere a la relación entre el proceso inmediato de la producción, la estructura social y política y la esfera productiva.

Marx, considera a los individuos produciendo en sociedad. Comprende que la producción individual es un fenómeno socialmente determinado, no un hecho aislado y desprendido de un momento de la historia (Marx, 2008). Desarrolla una idea, mediante una posición crítica a los economistas que piensan la producción como un fenómeno estrictamente individual. Llega a la conclusión de que la producción, la distribución, el intercambio y el consumo son idénticos, pero miembros de una totalidad. De manera que la producción predomina no solamente sobre sí en la definición antitética de producción, sino también sobre los otros momentos. Marx concibe la producción como la base de todas las relaciones sociales.

Es un organismo social determinado, un sujeto social que actúa en una totalidad más o menos grande o más o menos reducida, de ramas de producción. (...) La producción crea objetos que responden a las necesidades, la distribución los reparte según las leyes sociales, el cambio reparte lo ya repartido según las necesidades individuales, y finalmente en el consumo el producto abandona este movimiento social (Marx, 2008).

Nociones tales como: producción, distribución, cambio, consumo; trabajo, fuerza de trabajo, valor de uso, mecánica-proceso de trabajo; se han aplicado a múltiples estudios vinculados al campo de la salud y actualmente constituyen referencias obligatorias a la hora de abordar temáticas vinculadas al ámbito de la gestión en salud colectiva (Onocko, 2006).

La noción de producción se establece a partir de los aportes desarrollados por diversos autores vinculados al movimiento de la medicina social latinoamericana y de la salud colectiva brasileña, quienes sustentan la aplicación conceptual –producción en salud– por medio de las nociones marxistas (Onocko, 2006).

La utilización de estos aportes en el campo sanitario permite establecer una base sobre la cual analizar los fenómenos relacionados con el campo de la de salud (Spinelli, 2010). Nos obliga a ubicar al campo de la salud en un entrelazamiento de dimensiones que pertenecen a la vida social y, a partir de ello, comprenderla en términos de un proceso de producción social (Onocko, 2006; Spinelli, 2010).

En función a las relaciones establecidas con las otras categorías del mismo nivel del esquema, comprendo a la noción de producción bajo los aportes de Carlos Marx y de este

modo en una relación de condicionamiento con la historia y de determinación con el contexto situacional.

1.6.3 Hegemonía: influencia de Gramsci y de la salud colectiva.

Me ha planteado la necesidad de incluir en el marco de referencia teórica elementos conceptuales que me permitan no perder de vista los factores históricos y políticos, mediante una categoría que posibilite incluir las tensiones y contradicciones.

De manera que considere propicios los aportes de Gramsci. En las lecturas, he comprendido su mayor aporte sobre la noción de hegemonía precedida por Lenin y por Stalin, ha sido incluir al consenso dentro del esquema. De ese modo el consenso se suma a los mecanismos de la coerción. El análisis de la sociedad civil y de la hegemonía subraya la importancia de la dirección cultural e ideológica. La hegemonía para Gramsci es primacía de la sociedad Civil por sobre la sociedad política, es decir, la primacía de la dirección ideológica. (Portelli;2011).

Considerando el desarrollo del esquema, puede comprenderse que las relaciones sociales de dominación como un producto de las relaciones sociales de producción. Es decir, la producción comprendida como totalidad, establece relaciones sociales de producción y reproducción, las que establecen relaciones sociales de dominación de sectores sociales por sobre otros.

Por otra parte, el esquema me ha permitido organizar y comprender planos de relaciones. De manera que, estas relaciones de dominación influyen en el plano de las relaciones cotidianas, en el plano del trabajo en salud. En las relaciones que entablan los trabajadores con las personas al momento de abordar sus problemas.

Con gran influencia de las ideas de Gramsci, la categoría de hegemonía ha sido aplicada por diversos autores en el análisis de fenómenos, sanitarios. Ha cobrado interés la comprensión de la existencia de lazos con desarrollo de los procesos de salud-enfermedad-atención (Menéndez;2010), vinculado a la visualización de mecanismos que atraviesan la vida cotidiana y en la configuración escenarios de relaciones de complementariedad y conflicto en el campo de la salud. (Spinelli, Fleury, 2010).

1.6.4 Acerca del Estado: Gramsci una vez más...

Su inclusión en el esquema responde a la necesidad de comprender los fenómenos a través de mediaciones que permitan un plano de abstracción de mayor proximidad al campo sanitario.

He comprendido a la noción de Estado a partir de los aportes de Gramsci: no es sólo la sociedad política, es la combinación de sociedad Civil- Sociedad política. Para Gramsci, la lucha esencial contra la clase dirigente se sitúa en la sociedad Civil. El grupo que controla la sociedad civil es el grupo hegemónico. Entiende al Estado como el ámbito donde se articulan las relaciones entre las clases sociales, ya que expresa la síntesis de las contradicciones que se manifiestan en la sociedad y permite mantener la unidad de la formación social.

Por otro lado, consideré los aportes de Mario Testa. Según dicho autor, la característica principal de los estados latinoamericanos es la dependencia a nivel político, económico e ideológico del mercado mundial. Aclara, Testa, que, al plantear la problemática del Estado, no puede dejarse de analizar el poder estatal y su expresión en diferentes ámbitos dicho poder es ejercido a través de los aparatos del Estado (gubernativo, judicial, administrativo, represivo) que evidencian la dominación que operan en una formación social. Menciona, dentro del aparato administrativo, el aparato sanitario, donde se dirimen los conflictos entre la corporación médica y la de los trabajadores, como así también la industria farmacéutica. (Testa, 1994). Además, dicho aparato se ocupa de la formulación de políticas que contemplen las necesidades de los sectores marginales, sin embargo, alerta el autor que la gestión en salud hace aparecer la intervención del aparato sanitario como la representación del interés general, escondiendo y legitimando los intereses de los sectores dominantes.

1.6.5 Biomedicina y Salud Pública: aportes de Menéndez.

Los aportes de Menéndez, quien describe a dicha categoría en tanto institución y proceso social en constante, aunque intermitente modificación y cambio, no solo cambios técnicos y científicos, sino cambios en sus formas dominantes de organizarse e intervenir no sólo técnica sino económica, social y profesionalmente. Según el autor el rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo, a nivel ideológico y técnico, dado que es el factor que fundamenta el diagnóstico y el tratamiento, sino que constituyen el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. La biomedicina en cuanto institución tiende a subordinar los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos o

excluirlos respecto de la dimensión biológica. La dimensión biológica es el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son secundarios. El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud/enfermedad. (Menéndez, 2003)

Consideré en el enfoque, el entrelazamiento entre los rasgos de la biomedicina y la salud pública. El autor comprende que la salud pública actúa en términos de saber y de organización técnica a partir de la biomedicina. Menéndez advierte, que estos rasgos, establecen pautas que conducen a los equipos de salud a carecer de formación profesional para trabajar a nivel de conjuntos sociales y con los procesos que condicionan al PSEA (Menéndez, 1992). Según el mismo, las orientaciones se encuentran fuertemente dedicadas a técnicas y actividades curativas en detrimento de las preventivas, considera que los trabajadores de salud pública, mayormente, no intervienen o lo hacen de manera limitada sobre las condiciones estructurales (económica-política e ideológico-culturales) del padecimiento. (Menéndez, 1992).

1.6.6 Acerca del Campo de la salud: aportes de Spinelli

Esta categoría me ha permitido sintetizar la red de relaciones más abarcativas, entre el estado y la biomedicina.

Campo en vez de sistema, entendiendo como tal la convergencia de actores (a), recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (Spinelli; 2010)

He considerado la comprensión de un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas (de diversos actores inscriptos en los distintos niveles de relaciones), donde cada "jugador" realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales. Según dichos aportes, se comprende que estas acciones siempre están ligadas a intereses, que no siempre racionales ni reflexivos. Desde este enfoque, todos los juegos se realizan al interior de estructuras, que son estructurantes de los agentes y a su vez estructuradas por ellos, de acuerdo con sus capacidades de juego, a sus apuestas y a la fidelidad con las mismas. (Spinelli, 2010)

1.6.7 Acerca de la categoría de Institución

La categoría institución se encuentra ubicada en el segundo nivel de análisis, junto las categorías: campo de la salud, estado, biomedicina, tecnología y contexto. Los aportes teóricos que he recogido para describir esta categoría provienen de Castoriadis, quien dirá que la institución es una red simbólica en la que se combinan dos variables, un componente funcional y otro imaginario. Así, todas las instituciones poseen un juego de fuerzas en tensión constante. Por un lado, lo instituido que estará dado por lo establecido, lo determinado y representa una fuerza que tiende a perpetuarse de un modo determinado, conservador, resignado, en contra de todo cambio. Lo instituyente será aquella fuerza que oponiéndose a lo instituido, será portadora de la innovación, el cambio y la renovación, dicho autor entiende por institución: normas , valores , lenguaje , herramientas , procedimientos , y métodos de hacer frente a las cosas y de hacer cosas, asume a la sociedad como la institución que da paso y tiene un proceso de creación continuo de otras instituciones , en el cual los procesos de institucionalización derivan en la encarnación de las significaciones imaginarias sociales , las cuales ordenan y sistematizan un proyecto y a la vez permiten la construcción de nuevos imaginarios (Castoriadis, 1998).

Las consideraciones de Kaes, quien define a la institución como una organización compleja en la que intervienen diversos órdenes de realidad, entre los cuales se encuentra la realidad psíquica (Kaes; 2004), también ha sido un elemento en mi marco de referencia. De este modo, si existe una realidad psíquica, existe una fuente de placer y de sufrimiento para los miembros que están ligados a las dimensiones organizacionales de la institución. El placer estará ligado a la posibilidad de cumplimiento de la tarea primaria y el sufrimiento al incumplimiento del encuadre o al no reconocimiento de la capacidad de los sujetos, entre otras cosas. La institución y el sujeto se hayan en una relación de reciprocidad necesaria mediante la cual el sujeto es por y para la institución, y la institución es quien lo crea y lo recibe, sosteniendo de esta manera un ciclo que refuerza el vínculo entre ambos.

En “Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones”, Kaës plantea tres fuentes de sufrimiento institucional: el sufrimiento institucional inherente al hecho institucional mismo, el sufrimiento institucional debido a las características particulares de la institución y el sufrimiento institucional debido a las características propias del sujeto (Kaës,1989). Según Kaës, de acuerdo con el objeto de la tarea primaria el sufrimiento en las instituciones tendrá características específicas de aquella tarea. Sostiene, por ejemplo, que “en las instituciones de cuidados el deseo y el poder de reparar y cuidar convocan también al deseo y el poder

de destruir y morir” (Kaës, 2004). La resolución de este conflicto entre las fuerzas de la vida y de la muerte tendrá incidencia en la institución, en su estructura, en la realidad psíquica y en la forma de proceder de sus miembros.

Como se ha mencionado, este enfoque considera que la institución es el lugar en que una teoría se materializa y se hace práctica social, es decir donde reproduce el modo de producción que es también producción de hombre. Comprendo que en el campo de la salud, como en otros, la evolución teórica y práctica está marcada por el fundamento ideológico-político de la institución.

Como toda praxis, la institución de salud se inscribe en un sistema económico de conocimientos y procedimientos; organiza, como oferta, una demanda social que no es transparente. Demanda que no sobre todo demanda de salud por parte de la población, sino demanda de la sociedad para organizar la oferta de salud sobre la base de una distribución que reproducirá la distribución global de recursos sobre la desigualdad social. (Gilou García Reinoso, 1991)

En este sentido, existen aportes de la salud colectiva que han desplegado este enfoque, y las tomo como referencia. Las instituciones sociales tienen por función regular las relaciones entre los hombres. La salud es el lugar donde el padecimiento hace al sujeto demandante a la vez de ser reconocido en su diferencia y de ser reintegrado a la normalidad. La salud es entonces un elemento clave para disciplinar con la colaboración subjetiva que promueve el sufrimiento (Onocko; 2006)

1.6.8 Contexto situacional

Podemos pensar la dinámica del juego social como una trayectoria de situaciones. Cada situación presente le abre o le cierra camino a las situaciones posibles que siguen. Los jugadores pueden intentar crear nuevas situaciones...podemos también comprender la historia como una secuencia de situaciones...Es posible, por consiguiente, planificar situaciones, no para predecir el futuro, sino para luchar por crearlo (..) (Matus, 2007)

He tomado como referencia a la producción de Carlos Matus, específicamente existe una influencia de su teoría del juego social. En dicho texto define el análisis situacional como la explicación práctica de un actor en el juego social. Diferencia, diagnóstico de situación, caracterizando al primero como impersonal, el cual se valida por la explicación misma, es un

monologo que alguien hace desde su propia visión del mundo. En cambio, la situación solo tiene valor por el autor que habla, por el dueño de la explicación, quien se responsabiliza de lo que dice, y lo dirige hacia otro, es un dialogo entre un actor y otros actores, en cooperación o conflicto con otros. La idea de estar envuelto en una situación. de ser y hacer en una situación, junto con conocer y explicar desde adentro o desde la situación es un aporte de pensadores provenientes de la filosofía y de psicología (Matus, 2007).

El autor advierte que entre la acción y el conocimiento media una situación, siempre está de por medio la explicación situacional, detrás de la cual hay un tipo de reflexión vital, es decir una reflexión condicionada y comprometida por nuestra vida diaria en el juego social (Matus; 2007).

1.6.9 Acerca de la categoría de trabajo

He comprendido a esta noción, en términos de una categoría que expresa la inmersión de una matriz social, en el marco de condiciones generales de producción. Una actividad de matriz orientada por una finalidad que le otorga al hombre la potencialidad de transformar conscientemente la naturaleza y ser por ella transformado por medio del ejercicio de su creatividad. Un proceso de transformación estrechamente ligado a la dimensión de las necesidades humanas (Marx, 2008). Y he comprendido al proceso de trabajo como la expresión operativa que manifiesta las relaciones sociales de producción y reproducción en el marco de la dinámica cotidiana.

De manera que comprendí que estudiar al trabajo y al proceso de trabajo de algún modo me permitiría comprender las condiciones estructurales de un momento histórico, y las formas contradictorias de manifestaciones de los intereses entre el capital y trabajo (Marx;2008; Coriat;2008).

Existen aplicaciones de este enfoque en la producción de conocimiento de los fenómenos sanitarios. Spinelli señala que el modelo de trabajo industrial no puede extrapolarse al ámbito de la salud.

... El éxito de un equipo de trabajo, de un servicio o de una institución depende más de los vínculos, de las narrativas y de la mística que de los antecedentes científicos y académicos de sus integrantes, refleja las profundas dimensiones simbólicas que tiene este trabajo y que resulta pertinente imaginarlo como un campo de batallas simbólicas. (Spinelli 2015).

Para este enfoque, el trabajo en salud es el capital humano intensivo, es decir: para que sea más eficaz, se requiere de más trabajadores y no de máquinas (Spinelli, 2015). He acordado con estos aportes y con las consideraciones que señalan que el proceso de trabajo en el campo de la salud se basa en “la inteligencia, sentimientos y emociones”, y posee dimensiones más relacionadas con lo artesanal que con la industria (Spinelli, 2015).

Emerson Merhy, otro autor que he contemplado en la consideración de la categoría de trabajo considera que el trabajo en sí es el trabajo vivo en acto: el trabajo humanizado, que constituye la dimensión creativa de la acción comprendida en el proceso de trabajo. Por otra parte, el trabajo muerto se caracteriza por ejercer la reproducción de los actos, por la mecanización y, fundamentalmente, por sus fuerzas inertes (Merhy, 2007).

Para este autor, comprender al trabajo en salud, conlleva incluir en el análisis la noción de tecnología. Esta relación ha sido relevante para el enfoque que se ha desplegado en la investigación. Para dicho autor, la noción de tecnología es asociada a un conjunto de conocimientos (científicos y empíricos) sistematizados, en constante proceso de innovación que influyen sobre el proceso productivo. Diferencia diferentes tipos de tecnologías en salud. Por un lado, tecnologías leves, las cuales constituyen las relaciones de producción de vínculos, de autonomización, la gestión como una forma de gobernar procesos de trabajo; las tecnologías leves- duras, que las caracteriza por los saberes estructurados que operan en los procesos de trabajo en salud, como la clínica médica, la clínica psicoanalítica, la epidemiología, etc.; y por último, las tecnologías duras, en las cuales se inscriben los equipamientos tecnológicos del tipo maquinarias, normas, y estructuras organizacionales. Emerson Merhy, denomina trabajo vivo en acto, a aquel trabajo que opera esencialmente cuando es capturado por las tecnologías leves. Es decir, cuando la producción de vínculos - la gestión del trabajo establece las condiciones para que desarrolle el acto de cuidar humanizado. (Merhy, 2008)

Asimismo, he tomado en consideración el enfoque de Mario Testa sobre la categoría de tecnología, este refiere que el principal objetivo de la tecnología es aumentar la eficiencia de la actividad humana en las más variadas esferas. Para dicho autor, la tecnología produce los objetivos más diversos para atender las necesidades de la demanda, perfecciona objetivos, mejora la producción, reduce el tiempo o bien el costo de cierto objeto. (Testa 2006)

1.6.10 Acerca de la noción de gestión

Acordé con los planteos que señalan la necesidad de considerar al ámbito de la gestión como una forma de concreción de la política y con la perspectiva que comprende la necesidad de superar los puntos de vistas tecnocráticos que suprimen el valor de lo político a partir de la aplicación de recetas que excluyen la consideración del conflicto y de este modo de aparten de las funciones transformadoras de la gestión. gestión (Spinelli, 2012; Babino, 2008). Explícita o implícitamente, una posición tecnocrática propone roles asépticos, estáticos, que llevan a la ineficacia e ineficiencia frente a las necesidades planteadas por las fuerzas sociales comprometidas con el desarrollo de procesos.

Sousa Campos, por su parte advierte la existencia de un saber sustentado en los mecanismos de razonamiento y comprensión de los procesos de gestión en salud, a partir de los principios de las teorías clásicas del pensamiento administrativo -esencialmente de los supuestos y principios promulgados por la teoría del taylorismo. Sousa Campos señala que, en el campo de la gestión, existe una fuerte continuidad en las directrices acerca de la disciplina y el control, principios que generan mecanismos de coerción y consenso en las formas de gobernar las instituciones de salud (Campos; 2010).

Por otra parte, he comprendido que las actuales configuraciones de las instituciones de salud promueven y expresan formas de organización del *proceso de trabajo* acorde con sus lógicas -lógicas burocráticas instituidas en base a las tendencias dominantes en el sistema de salud.

1.6.11 Condiciones de vida

La categoría condiciones de vida se encuentra relacionada estrechamente con las categorías: proceso salud enfermedad atención y trazador. Asimismo, se ubicada en el mismo plano de análisis que las categorías: gestión, organización y trabajo en salud. A su vez, en un nivel más amplio se vincula con: Estado, campo de la salud, institución, biomedicina, tecnologías y el contexto, categorías todas estas en relación en un nivel más amplio de análisis con hegemonía, historia y producción.

Comprendo a la categoría condiciones de vida, asociada a la noción de modo de vida desarrollada por Breilh. Este autor, conceptualiza a los modos de vida como "*la praxis que una sociedad realiza, con sus elementos, su movimiento productivo y reproductivo, sus relaciones organizativas, su movimiento cultural y sus relaciones ecológicas*" (Breilh, 2003:). Distingue modos de vida de estilos de vida, argumentando que el primero permite entender el dominio espacial de lo particular en donde se realiza la vida en comunidad, mientras que

estilos de vida es el dominio espacial del quehacer individual (Breilh, 2003). Añade el autor que la inclusión de género, etnia y edad a la categoría modos de vida permite profundizar el análisis de las diferentes patologías o condiciones saludables en que viven estos grupos (Breilh, 2003). Argumenta que salud-enfermedad es un proceso determinado por la interrelación de modos de producción, reproducción social grupal y las características biopsicosociales individuales (Breilh, 2003).

1.6.12 Proceso Salud Enfermedad Atención

Mis intereses de investigación que han buscado comprender la relación entre el trabajo, la organización y la gestión de un equipo de trabajadores en el marco de la respuesta al problema sociosanitario de la intoxicación por plomo en niños y niñas de la Villa 21 y 24. Para tal fin, procuré ampliar la mirada y apartarme de los enfoques reduccionistas. Considerando que a pesar de las contribuciones que han subrayado esta advertencia, el campo continúa dominado por la tendencia que engloba los fenómenos en un plano individual, y de tal modo termina restringiendo sus estrategias sobre la dimensión biológica de los padecimientos (Menéndez, 1994).

En tal sentido, incluí en el esquema a la categoría de Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA). La cual se ubica en el centro de las relaciones a analizar. Establece una relación triangular entre el modo de vida, y el trazador. Siendo este último, la expresión síntesis de modo de vida y los procesos salud enfermedad atención. De manera que comprendo que la intoxicación a causa de niveles elevados de plomo en sangre en niños y niñas constituye de algún modo la expresión del modo de vida. Comprendo que el modo de vida determina las formas de enfermar, de curación y atención. Y en tal sentido, la plumbemia en niños y niñas, expresa de algún modo el modo de vida de las personas que habitan en la Villa 21 y 24.

De manera que acuerdo con el enfoque que plantea que los procesos de salud/enfermedad constituyen algunos de los principales ejes de las contradicciones de un sistema (Berlinger, 2006; Menéndez, 2015).

De manera que, el proceso s/e/a constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran (Menendez, 1994).

Asimismo, comprendo al modo de vida y PSEA, en la interrelación con otros planos del esquema, y he considerado que ambos fenómenos están determinados por el contexto situacional, las instituciones, y el Estado.

Del mismo modo, en el tercer nivel de relaciones, expresan la resultante de un modo de producción y reproducción en una determinada formación económica social, de un momento dado del proceso histórico. Es decir, comprendo que tanto el modo de vida, como el proceso salud enfermedad atención expresan una relación de determinación con los factores estructurales: producción e historia.

Del mismo modo, estos aportes comprenden que enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente. En tal sentido, pienso al trazador (expresión de la relación entre el modo de vida y el PSEA), en relación con el trabajo en salud. La relación entre el trabajo en salud y el PSEA, la entiendo a partir de los aportes del mismo autor, quien señala:

La respuesta social a la incidencia de enfermedad, daños y/o padecimientos es también un hecho cotidiano y recurrente. Constituye una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad. Es decir que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos. (Menendez,1994)

Todos los curadores encargados de dar respuestas técnicas a los padecimientos estén o no organizados corporativamente, generan actividades que inevitablemente se sociologizan y culturalizan, dado que se ejercen sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino sobre todo significados subjetivos y sociales." (Menendez,1994)

A partir de estos enfoques, he considerado que todas las sociedades necesitan producir estrategias de acción técnica y socioideológica respecto de los padecimientos que reconocen como tales; una de ellas es la producción de curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva.

2. METODOLOGÍA

En función de los objetivos y las hipótesis que me he propuesto, desarrollé la investigación a través de la implementación de técnicas cualitativas centradas en un diseño apoyado en aproximaciones etnográficas (Ramírez, 2009; Verd, 2007; Hernández, 2005; Peirano, 1995; Clifford, Minayo, 2004). En este sentido, para el abordaje metodológico de mi problema de investigación me orienté a partir de los aportes de la etnografía. Pensé que la mejor forma de responder a mis interrogantes era a partir de observar, compartir cotidianidad y los “imponderables de la vida real” (Malinowski, 1973). Este abordaje cualitativo me permitió recuperar la perspectiva de los sujetos involucrados.

He adoptado los principios metodológicos que comprende este método de investigación social, esencialmente los referidos a la práctica espacial y temporal, es decir: la relevancia del “estar ahí” (Peirano, 1995). Esta estrategia, me ha posibilitado desplegar observaciones participantes a partir de la aproximación al trabajo de los integrantes del Equipo de Salud Ambiental del CeSAC 35 durante cinco meses, constando lo “que pasa”, escuchando “lo que se dicen”, preguntando “cosas” y, ante todo, con el esfuerzo por desnaturalizar las relaciones que se establecen y conforman en el cotidiano de la vida de las personas involucradas en el mundo social a comprender (Ramírez, 2009; Verd, 2007; Hernández, 2005; Peirano, 1995; Clifford, Minayo, 2004).

Cabe señalar una advertencia para despejar confusiones: no se han adoptado posiciones naturalistas de corte positivistas, las cuales suponen al trabajo de campo en tanto rol aséptico del investigador -un rol que pretende la construcción de vínculos bajo una aparente neutralidad y bajo el supuesto de conformar relaciones a semejanza de un laboratorio de ensayo en condiciones ideales. En este sentido se he realizado diferentes estrategias, entre ellas la clásica observación participante, la cual conllevó el ejercicio de extrañamiento en las vivencias desplegadas.

Este tipo de diseño me ha posibilitado una mayor comprensión del fenómeno ya que, a la vez que rescata la particularidad de los casos, intenta captar la significación de los datos obtenidos, en relación a la posición que ocupan en el campo situacional total. De esta manera, desarrolle, un carácter descriptivo y en paralelo y complementariamente, una dimensión interpretativa ligada a la reconstrucción del escenario por medio de datos, los sentidos que los actores implicados le otorgan a las prácticas mencionadas y a la problemática en general.

Por otra parte, describí y analicé las formas de organización del trabajo de los equipos de salud en la respuesta a la situación tóxica, por medio de la observación participante y del posterior registro de campo de las actividades que efectúan los equipos. Además, desarrollé acciones para gestionar y desarrollar espacios de entrevistas en profundidad a actores clave.

El enfoque etnográfico, en tanto acercamiento y proximidad únicos a los sujetos/objetos de la investigación, me permitió dar cuenta de que el mundo social se reproduce a partir de situaciones de interacción donde los actores, lejos de ser meros reproductores de leyes preestablecidas que operan en todo tiempo y lugar, son activos ejecutores y productores de la sociedad a la que pertenecen. A partir de las interacciones se constituyen las normas, reglas y estructuras.

Los actores no sólo siguen las reglas, sino que las actualizan, y al hacerlo interpretan la realidad social y crean los contextos en los cuales los hechos cobran sentido (Guber, 2011). Es por medio del lenguaje que se reproduce la sociedad. El mismo tiene dos propiedades: la indexicalidad (capacidad comunicativa de un grupo de personas en virtud de presuponer la existencia de significados comunes, de un saber socialmente compartido, y a su compleción en la comunicación) y la reflexividad (descripciones y afirmaciones constitutivas de la realidad a través del relato). Esta última señala la relación íntima entre la comprensión y la expresión de dicha comprensión (Guber, 2011).

La reflexividad es la conciencia del investigador sobre su persona y sus condicionamientos sociales y políticos. Para que “el investigador pueda describir la vida social que estudia incorporando la perspectiva de sus miembros, es necesario someter a un continuo análisis- algunos dirían “vigilancia”- las tres dimensiones de la reflexividad que están permanentemente en juego en el trabajo de campo: la reflexividad del investigador en tanto miembro de una sociedad o cultura; la reflexividad del investigador en tanto investigador, con su perspectiva teórica, sus interlocutores académicos, sus *habitus* disciplinarios y su epistemocentrismo; y las reflexividades de la población que estudia” (Guber, 2011: 46). Según la autora es la reflexividad de la población (que opera en su vida cotidiana) el objeto de conocimiento del investigador. El etnógrafo se sumerge en una cotidianeidad que lo interpela, a medida que participa en ella, se transforma funcionalmente en “uno más”, sin embargo, la interpretación de esta membresía puede ser diferente tanto para los pobladores como para el investigador, que persigue un objetivo científico y a la vez pertenece a otra sociedad. El desafío consiste entonces en transitar de

la reflexividad propia a la de los nativos, aún cuando el investigador pertenezca al mismo grupo o sector que sus informantes, ya que sus intereses como investigador difieren de los intereses prácticos de sus interlocutores. Sólo a través del trabajo de campo, del “estar allí”, es posible realizar el tránsito de la reflexividad del investigador a la reflexividad de los pobladores. Siguiendo a Malinowski (1922) sólo el trabajo de campo sin mediaciones puede garantizar la distinción entre lo que la gente hace y lo que la gente dice que hace, y por consiguiente, entre el campo de las prácticas y el de los valores y las normas. El sentido de la vida social se expresa particularmente a través de discursos que emergen en la vida diaria, de manera informal, bajo la forma de comentarios, anécdotas, términos de trato y conversaciones. En esta cotidianeidad las acciones, los gestos y las palabras, adquieren significado y es el/la antropólogo/a el instrumento de investigación. Como señala Peirano (en Guber, 2011), el conocimiento se revela no “al” investigador, sino “en” el investigador, quien debe comparecer en el campo, para reaprenderse y reaprender el mundo desde otra perspectiva (Ramírez, 2009).

2.1 Estrategias y fuentes de información

He seleccionado la referencia institucional del CeSAC (Centro de Salud y Acción Comunitaria) N°35. El criterio de selección se basó en el hecho de haber tomado conocimiento de la existencia de un equipo de profesionales que se aboca al trabajo en las problemáticas socioambientales: se accederá por medio de referentes del equipo de salud local -con quienes ya establecimos contacto-, y por medio de una estrategia que comprende la incorporación a las actividades que desarrolla el equipo.

Como se he señalado, esta investigación se propuso reconstruir el escenario socio-sanitario respecto en la villa 21 24 atendiendo específicamente a la situación de intoxicación con plomo que afecta a niños/as y a sus familias.

Para la identificación y descripción de los recursos disponibles en la respuesta al problema de la intoxicación con plomo que afecta a niño/as las familias de la villa 21 24 , desarrollaré las siguientes acciones: la construcción de un vínculo estratégico con los trabajadores de salud del CeSAC 35, la implementación de observaciones participantes sobre las modalidades de su funcionamiento, y el relevamiento de entrevistas en profundidad a los integrantes del equipo de salud y a las autoridades del centro. Asimismo, indague acerca de los recursos disponibles correspondientes a otros niveles de atención y

de los programas de distintas instancias del Estado, por ejemplo, la asignación de recursos correspondientes al ACUMAR.

Para la descripción y comprensión de las necesidades y demandas de atención de las personas afectadas por la intoxicación, se utilizaron las siguientes estrategias: efectuar una búsqueda de registro de datos secundarios -sea generados por el propio CeSAC u otras instituciones de la zona, a partir de instancias como servicio de estadística del área programática del hospital de referencia, o bien de programas de un nivel gubernamental “central” (departamento de epidemiología). Por otra parte, se asistió y se realizó una observación participante en el espacio de las salas de espera de las instituciones de la zona, con el objetivo de percibir y detectar demandas de atención insatisfechas. Se buscó también establecer un vínculo con las familias afectadas por la intoxicación con plomo, con el objetivo de realizar entrevistas y poder describir y comprender el recorrido respecto a la condición tóxica: observar lo que hacen y dicen para comprender sus padecimientos. Se buscó, por último, incluir en el análisis a los actores significativos para el Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA): organizaciones sociales, redes de organizaciones, instituciones religiosas, clubes, etc.

Por otra parte, se ha efectuado una cartografía de las instituciones del barrio vinculadas a la temática de interés de esta investigación: la intoxicación con plomo producto de la contaminación ambiental del riachuelo.

El *universo de análisis* ha sido la oferta de atención sanitaria desplegada en la villa 21 24 respecto a los problemas socioambientales manifiestos en la zona en el período 2015-2016, con atención en la problemática sociosanitaria de la intoxicación con plomo que afecta a niños/as y a sus familias. La *unidad de análisis* ha sido las prácticas de los trabajadores de salud que trabajan en el territorio de la villa 21 24.

A los fines de rescatar la propia voz de las personas involucradas en cada uno de los casos, se focalizó en aprehender particularidades y significados dentro de las distintas experiencias de intervención; se utilizó como herramienta principal de la investigación a la entrevista y, más específicamente, a la modalidad de entrevista semi-estructurada sobre hechos, ideas, creencias, prácticas, maneras de pensar, sentir y hacer vinculados a los problemas de contaminación y saneamiento que afectan la salud de los vecinos del barrio, y a la respuesta sanitaria que se ofrece desde las instituciones, con especial atención en la problemática sociosanitaria de la intoxicación con plomo previamente señalada.

La entrevista en tanto comunicación con finalidad (Minayo, 2004), me permitió captar “la perspectiva del actor”, entendida como una “versión” a interpretar, como un texto a ser construido mediante un proceso de negociación.

He entrevistado a todo el equipo de salud del centro de salud local seleccionado (CeSAC 35) y se seleccionó también a trabajadores de salud que se encuentran trabajando en el territorio desde otros dispositivos de salud, pertenecientes a otras organizaciones o programas gubernamentales. Se ha entrevistado a tres gestores involucrados con los procesos de gestión y que han estado vinculados a la planificación y gestión de la organización del trabajo de los equipos de salud pertenecientes al área programática, la estrategia pautada no fue eficaz para acceder a entrevistar a referentes de organismos como ACUMAR, dependencia del Ministerio de Salud de la Nación, entre otros.

Por otra parte, se ha accedido a la realización de un relevamiento de fuentes documentales de diversa procedencia: documentos de organizaciones no gubernamentales y gubernamentales, programas y proyectos vinculados a la problemática que fueran pertinentes, datos secundarios y estadísticos. Respecto a las estrategias de análisis, todas las entrevistas fueron grabadas y el material resultante fue procesado según las pautas sugeridas por Robert Emerson y por Rosana Guber. Para el análisis de los datos se trabajó con el análisis de contenido: se partió de una primera lectura del material para después, a un nivel más profundo, superar los significados manifiestos.

Complementariamente, implemente la técnica de la observación participante en las interacciones y de las prácticas habituales de gestión y atención en los distintos espacios Compartidos junto al Equipo de Salud Ambiental. Esto llevó el registro de los discursos espontáneos. La observación participante Conllevó una tarea sistemática de registro a partir de lo cual, se han utilizado los registros para el análisis de los relatos obtenidos en las entrevistas (Guber, 2001; Minayo, 2004).

3. INGRESO AL CAMPO

No era la primera vez que iba al lugar. Sabía cómo llegar, contaba con información previa. No desconocía las dificultades del ingreso. Los medios de transporte públicos sólo llegan hasta una avenida próxima, que juega como una suerte de entrada al barrio. En algunas oportunidades llegué en mi auto. Otras tantas en colectivo hasta la avenida y luego caminé. En esa ocasión decidí viajar en taxi, estaba demorado. Era un día de mucho calor y en un horario próximo al mediodía. Decidí llegar lo más rápido posible a la reunión acordada. Al subir en otro punto de la ciudad, le comenté mi destino al conductor: *“voy a la villa 21 24, voy a un centro de salud”*.

El taxista levantó las cejas. Fue una expresión que cobró mayor significado cuando de inmediato expresó: *“yo a ese lugar no entro, si querés te llevo hasta la avenida”*.

Le respondí: *“no hay problema”*. Luego de bajar del taxi, caminé por Osvaldo Cruz: la calle principal y uno de los vasos comunicantes de la villa.

Previamente, me propuse estar atento a las sutilezas y a las obviedades. Cuando comencé a caminar, reflexioné sobre la conversación con el taxista. “Allí” había pasado algo. ¿Qué hizo que el taxista me dejara en la avenida y me dijera que no quería ingresar? El taxista no había hecho ningún comentario sobre los motivos, no había aclarado por qué no me llevaba al destino al que le había indicado. Su actitud transmitía desconfianza. Los comentarios del taxista me hicieron recordar las opiniones de otras personas que no conocen la villa -e incluso de las que la conocen y viven allí-, acerca de la necesidad de tener cierta cautela para transitar por el barrio. No era la primera vez que percibía esa actitud de sospecha e intranquilidad respecto al lugar.

Mientras caminaba, observaba el “paisaje” y percibía cómo cambiaba a medida que continuaba la marcha en dirección al centro de salud. Durante las primeras cuadras no se veían personas, solo camiones que transitaban y fábricas hacia ambos lados. En ese momento pensé en el tiempo que hacía que no caminaba por ese lugar: unos dos años. Continué las primeras cuadras por la calle. Luego de dos o tres cuadras sobre Osvaldo Cruz, alejándome de la avenida, vi la “entrada” a la villa: un marcado punto de referencia, la calle Luna, que cruza a Osvaldo Cruz. Allí el paisaje cambia. A los pocos metros de pasar la calle Luna, crucé la iglesia y el centro de salud CeSAC 8. Me llamó la atención ver la iglesia pintada y el centro de salud agiornado, con nueva cartelera y con diferentes arreglos. Como

en casi todos los barrios donde habitan los pobres urbanos (Auyero, 2013), también en la villa se encuentra la presencia de la iglesia católica.

En las primeras cuadras, noté que algunos aspectos continuaban marcando los rasgos del lugar; las calles y las casas, el color ladrillo y el gris cemento, las motos estacionadas en algunas veredas, autos viejos en la calle, veredas sin pavimentar, los perros deambulando en los pasillos, las personas transitando junto a los autos con sus carros para el acopio de basura. Eran las once de la mañana, muchas personas caminaban por la vereda, mujeres y niños en su mayoría; en algunas casas, se veían albañiles trabajando. En el trayecto, confirmé que efectivamente el transporte público continuaba sin ingresar. No había paradas de colectivos, ni tampoco pude ver ninguna línea transitando.

Como en las últimas oportunidades que había estado en la villa, las calles internas continuaban siendo angostas al igual que los pasillos, otro rasgo propio del lugar; algunas casas con construcciones elevadas, de dos o tres pisos, mientras otras continuaban con techos de chapa, la mayoría con rejas de diferentes formas tanto en las ventanas como en las puertas. También se veían con frecuencia las escaleras tipo caracol sobre algunos pasillos, en los casos de las elevaciones. La tensión eléctrica se seguía distribuyendo en algunos sectores mediante los antiguos postes de madera, algunos ya inclinados por los años, y en sus alturas continuaban los enjambres de cables con las diferentes conexiones “creativas”.

Mientras continuaba el rumbo, pensaba cómo -en relación a un par de años atrás-, ahora se veían pequeñas modificaciones, nuevas fachadas en las casas, algunas revestidas, en otras con arena y ladrillos acumulados en los techos; algunos pasillos estaban en mejores condiciones, pavimentados, con mayor frecuencia se veían casas con elevaciones; había más comercios, muchos más automóviles y algo que llamó mi atención: algunas personas que tiraban de sus carros para el acopio de basura estaban vestidos con un mismo tipo de vestimenta, que consistía en camisas azules con franjas fluorescentes. Había escuchado sobre la conformación de cooperativas para el acopio que se había puesto en funcionamiento en los últimos años, quizás estaban vinculadas.

Luego de caminar casi diez cuadras, llegué a las vías del ferrocarril, punto de referencia del barrio y señal de estar próximo al centro de salud. Al estar atravesando las vías, puedo ver algo así como el horizonte, un gran sendero, un gran pasillo donde puede apreciarse la gran extensión de la villa.

En un momento sentí un poco de incertidumbre. Hacía tiempo que no transitaba por allí, sin embargo, las sensaciones del lugar tenían algo familiar para mí. Donde pasé la mayor parte de mi infancia, no distaba mucho de la forma de vida que proporcionaba la villa: calles de tierra, dificultades con el transporte público, dificultades en el acceso a servicios públicos. Por diferentes motivos, existían “ingredientes” en mi condición de investigador que formarían parte de las situaciones por las cuales iba a transitar, y en esa oportunidad, me llevaban a reafirmar la necesidad de sostener el interrogante sobre la obviedad y mantener “activo” el ejercicio de extrañamiento (Guber, 2001, 2005). Desnaturalizar ese mundo, en alguna medida, implicaba desnaturalizar *mi* mundo (Clifford, 1999; Guber, 2005). Ese esfuerzo era parte de la “tarea”, tratar de sostener y construir una mirada foránea que me permitiera trazar un sendero para comprender, desde una distancia necesaria, la situación de vida de las personas de la villa, y sobre todo, la forma de trabajar de los profesionales del centro de salud.

3.1 *Ingreso al centro de salud*

No era la primera vez que ingresaba, pero sí el primer vínculo en el marco de la investigación. En esta oportunidad, la forma de acceder a la villa y el aval para comenzar formalmente, centraban el propósito de “la primera” visita.

Finalmente llegué al centro de salud -había pasado media hora desde que comencé a caminar con ritmo lento luego de bajar del taxi-: el hecho de encontrarse en la esquina y por su estructura, no pasa desapercibido. El centro se ubica en un lugar estratégico del barrio, casi en el centro geográfico.

Al llegar me detuve en la puerta. En ese momento no percibí grandes modificaciones, sin embargo, a diferencia de otras oportunidades, me percaté de que su construcción rompía con la estética del lugar y llamaba la atención en el paisaje del barrio: la estructura edilicia se conservaba en buen estado, más allá de no contar con más de quince años de existencia.

Al momento de ingresar al establecimiento, tenía en cuenta que conocía el lenguaje técnico, y también que podía llegar a comprender acuerdos implícitos que suelen existir entre las personas que trabajan en el centro de salud. Esta condición sería un potencial facilitador para “ingresar” a ese mundo social, transitar por él, y comprender algunos

aspectos de un modo más próximo; no obstante, también, podía generar obstáculos, impidiéndome percibir y reducir la sensibilidad necesaria para comprender.

Las personas que lograba ver, en su mayoría, se encontraban sentadas en un lugar que se llama sala de espera: podía verlas a través de la gran estructura de vidrio que se encuentra en su entrada. En el ingreso al centro, inmediatamente se encuentra la recepción y administración; la recepción es el lugar donde se otorgan los turnos para las consultas, y la administración es el espacio que efectúa los trámites burocráticos.

Tras pasé la sala de espera y vi a una persona con un uniforme que, según parecía, inspeccionaba el ingreso. No la había visto en mis visitas de los años anteriores, no era una persona que conocía. Atravesé ese punto sin dificultades: la saludé, me presenté y comenté que buscaba a Juan, el médico generalista. Me autorizó a pasar sin inconvenientes.

Conocía cómo era la estructura edilicia del lugar, ya lo había transitado y tenía un mapa sobre la distribución física. El CeSAC 35 es un establecimiento de dos plantas, cuenta con doce consultorios, una amplia sala de espera, una farmacia y una pequeña cocina. Sabía cómo ubicar a Juan. Luego de atravesar esa segunda puerta, vi que Juan salía de uno de los consultorios. Nos saludamos; no fue una sorpresa mi presencia, habíamos estado en contacto telefónico durante los últimos días para efectuar las gestiones necesarias para realizar las observaciones en el CeSAC 35 y las entrevistas en el marco de la investigación.

Juan es un médico joven, de 37 años. Se graduó en la universidad pública y decidió formarse en una rama de la medicina que se denomina medicina general. Realizó su residencia en el Hospital Penna, Hospital de referencia del centro 35, donde trabaja actualmente como médico del staff. Lo conozco hace algunos años y compartimos varias anécdotas. Tengo recuerdo de haberlo conocido en las asambleas de trabajadores de la salud que se realizaban para reclamar mejorar laborales. No era un participante más, formaba parte de la organización de manera activa. Supe, a partir de las conversaciones que tuve en los últimos tiempos, que actualmente es docente del posgrado sobre gestión en salud.

Luego de que nos saludamos, me invitó a subir a la cocina ubicada en el primer piso. Subimos por escalera. La cocina, según pude ver luego en el transcurso de mis visitas, es el lugar donde los trabajadores se toman un tiempo para comer o tomar algo, estar unos minutos tranquilos y conversar; y es también el lugar donde se encuentran y realizan frecuentemente las reuniones de los diferentes "equipos". La cocina, según interpreté,

parecía ser un lugar de encuentro que concentraba la “vitalidad” de las relaciones entre los trabajadores del centro de salud. Digo vitalidad porque allí se escuchaban las conversaciones grupales sobre la vida de las personas y sobre novedades en general; allí también se realizaron reuniones de trabajo o de equipo, de las que participé.

En la escalera camino a la cocina, nos cruzamos con Claudia: ambos, Juan y Claudia, integran el denominado equipo de salud ambiental junto a otros trabajadores del centro. Claudia es socióloga, se graduó en la universidad pública, y orientó su aprendizaje y conocimiento sobre el área de salud. Nos conocimos en el CeSAC hace varios años, pero también hemos compartido cursos de capacitación y, al igual que con Juan, las asambleas de trabajadores que se han efectuado hace unos años. Antes de incorporarse al CeSAC, Claudia realizó la residencia interdisciplinaria de educación para la salud², una experiencia que desarrolló en un centro de salud cercano, donde esa residencia tiene sede.

Luego de saludarnos los tres ingresamos a la cocina, un lugar muy pequeño con una ventana enrejada y una mesa amplia en su centro que ocupa casi todo el espacio.

La conversación giró rápidamente en torno a mi iniciativa de participar de las reuniones del denominado “equipo de salud ambiental”, de realizar registros de sus actividades, y si era posible, algunas entrevistas: les comenté cómo pensaba mi propuesta de trabajo para llevar a cabo la investigación. Recuerdo haber planteado que mi idea era efectuar una investigación sobre la organización del equipo para trabajar respecto a un problema puntual, la intoxicación con plomo en niños. Si bien Juan ya me lo había transmitido, y había escuchado esta propuesta en varias oportunidades, volvió a dar su aval al igual que Claudia. Mientras estábamos allí ingresaron varias personas a las que me fueron presentando: ahí conocí a Sole y a Rosa, ambas promotoras de salud del equipo. En ese momento sólo nos saludamos, pero luego nos veríamos en varias oportunidades

² La formación de esta residencia tiene como ejes la Educación y Promoción de la salud y la prevención de enfermedades, en el marco de la Salud Pública / Colectiva y la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). La propuesta se basa en la identificación de problemáticas de salud-enfermedad y en la planificación e implementación de estrategias socio-sanitarias, comunicacionales, educativas y organizacionales, a través de la gestión interdisciplinaria e intersectorial. La RIEPS prevé la formación de profesionales de diferentes disciplinas del campo de la salud y de las ciencias sociales: antropología, ciencias de la comunicación, ciencias de la educación, enfermería, medicina, odontología, psicopedagogía, psicología, sociología y trabajo social. Recientemente se han sumado dos disciplinas a las habilitadas para concursar: nutrición y obstetricia. La residencia sostiene un proceso de trabajo-aprendizaje con diferentes sujetos individuales y colectivos en contextos sociales diversos y en los ámbitos locales y centrales de la organización sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <http://rieips.blogspot.com.ar/p/institucional.html>

durante las reuniones y serían quienes me posibilitarían conocer la forma de trabajo del equipo y su relación con el barrio, desde la opinión de quienes trabajan en el establecimiento y al mismo tiempo viven en la villa hace varios años.

De un momento a otro, Juan nos saludó, se disculpó y nos comentó que tenían que ir al consultorio –al parecer, tenía muchas personas en la agenda de turnos para ese día. Nos saludó, pero plantó que volvería en un rato. Me preguntó si me quedaba más tiempo y le confirmé que sí. Cuando Juan se fue al consultorio, me quedé charlando con Claudia y en alusión a mi propuesta para realizar la investigación sobre el trabajo del equipo me comentó: *“nos va a venir bien”; “estamos en una etapa del equipo donde nos estamos replanteando cosas, prioridades, ejes de trabajo”*. Me manifestó su apoyo y me ofreció su ayuda: *“lo que necesites nos avisás, no va a haber problema, podés venir cuando quieras”*.

En esa charla, luego de un tiempo de no vernos, sentí que la confianza se sostenía intacta. Claudia me preguntó cómo estaba, dónde estaba trabajando y cómo iba con la investigación. Me comentó que hablaría con el equipo sobre mi propuesta y me confirmó que, de todos modos, Juan ya lo había comentado. Me dijo que en quince días, aproximadamente, podía comenzar a participar de las reuniones.

Finalmente, pasado unos minutos, Juan regresó a la cocina y me invitó a conocer a la jefa del centro de salud. Lo habíamos charlado previamente: combinar mi visita con su presencia era lo óptimo.

Juan me había pasado su teléfono y su mail, contactos con los que no había tenido el efecto buscado. Nunca me había contestado hasta el momento, motivo por el cual había decidido cambiar de táctica e implementarla en esa visita.

Todo marchaba según lo planificado. Juan volvió al consultorio y me confirmó que la directora podía recibirme. La iniciativa era presentarme y solicitar autorización. Consideraba que no bastaba con el acuerdo de los integrantes del equipo para acceder a observar y analizar sus actividades: consideré que se requería el aval formal de la autoridad del establecimiento.

Bajamos juntos por la escalera y finalmente nos encontramos con la directora del centro de salud en el pasillo. Allí se desarrolló la conversación. Juan me presentó, *“él es Roberto, está terminando su maestría y quiere hacer una investigación con el equipo de salud ambiental”*.

La directora me ofreció un trato distante. Nunca me miró a la cara, siempre observó su celular. Dio su aval demostrando poco interés: *“No hay inconveniente. Presentame el*

proyecto con una nota y yo lo elevo al hospital”. Acordamos en que le haría llegar los documentos y las notas (aspectos que cumplí a los días siguientes). La saludé con formalidad, le agradecí y me retiré. Se quedó conversando junto a Juan y yo me aparté de la situación, decidí regresar a la cocina. Subí rápidamente, regresé al primer piso para saludar a Claudia. Le comenté que las cosas marchaban bien, y que aguardaba la comunicación para confirmar. Luego bajé y emprendí mi partida. Al salir por la puerta principal, noté que la sala de espera estaba llena de gente.

Eran las 13hs. Caminé nuevamente por Osvaldo Cruz, esta vez en dirección a la avenida, hasta llegar a Vélez Sarfield.

Esa situación me permitió acordar con la autoridad del lugar mi acceso al establecimiento. Pero, mi vínculo con la villa, con el CeSAC 35 y con muchas de las personas con las que buscaba interactuar, no comenzaría allí. El acceso al campo contaba con un lazo previo que debía considerar, ya que colocaría elementos que entrarían en juego durante la investigación. Al conocer previamente a las personas y ese mundo, sería mucho más fácil acceder a documentos y entrevistas. Los lazos previos me asignaban un vínculo de confianza. La expectativa era acceder rápidamente a la trastienda y registrar la trama de relaciones. En otro establecimiento, cuanto menos hubiera sido muy difícil; asumiendo todas las dificultades que conlleva para un investigador el hecho de “no poder ver a pesar de estar mirando” por los efectos de la misma cercanía, jerarquicé la posibilidad de acceder al cotidiano, y de ese modo ser un “observador privilegiado”, por el carácter singular de mi rol. Mi supuesto era que no sería observado como un investigador.

Por otra parte, el intento de producir conocimiento a partir de una trama de relaciones rodeada de implicancia y afecto, me colocaba ante un debate epistemológico.

En esa circunstancia convergieron dos aspectos: mi vinculación con la Villa 21 y 24 y mis intereses de investigación. Tomar como referencia un lugar, un establecimiento y tener proximidad a un grupo de trabajadores de salud, para poder observar cómo, ante un problema particular, se organizan para trabajar. Ya conocía la situación de la intoxicación por plomo en niños, había escuchado algunos malestares del equipo sobre el manejo para el seguimiento de los casos, sobre el manejo de la información. Pero, a diferencia del resto de las oportunidades, en este caso retomé el nexo con el centro de salud 35 en el marco del desarrollo de la investigación para mi tesis de maestría.

Contaba con un acervo previo de información y con los contactos, conocía el lugar y tenía facilidad para acceder al campo; no obstante, no bastaba con eso: la necesidad de

mantener un equilibrio entre la proximidad y la distancia fue uno de los aspectos que más me interpeló.

3.2 Mis vínculos previos, cuando conocí al CeSAC 35 en el año 2010

Durante tres meses de ese año (2010), visité diferentes comedores y conversé y entrevisté referentes de la iglesia, del club de box y de los centros de salud: el número 8 y el número 35. Recorrí diferentes zonas de la villa, sobre todo las próximas al riachuelo. Fue en esa oportunidad que conocí al grupo de trabajadores que se denomina “equipo de salud ambiental”, y los acompañé en las actividades de difusión que realizaron en diferentes sectores de la zona.

Estas actividades las realicé en el marco del seminario de antropología “Aportes teórico metodológicos de la antropología al campo de la salud colectiva desde la práctica territorial”, que dependía de la facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Este seminario proponía una situación atípica, se realizaba en las instalaciones del CIDAC (Centro de Innovación y Desarrollo para la Acción Comunitaria), un centro dependiente de la universidad ubicado en la villa y destinado a realizar actividades comunitarias. El seminario planteaba la conformación de grupos y una recorrida a la villa para conocer las organizaciones, instituciones, personas y referentes. Estas actividades se realizaban con el acompañamiento de los docentes, y la propuesta era efectuar una monografía a partir de los diferentes registros. En ese momento, el CIDAC era un centro de estudios reciente y la pretensión era conformar un equipo de investigación.

Las actividades durante ese año me permitieron caminar por los pasillos, conocer las problemáticas de salud a partir de la visión de algunos de los referentes de los comedores, así como también recorrer las zonas más críticas próximas al riachuelo. Ahí fue cuando conocí por primera vez los pasillos angostos y la sensación de estar por las sendas de un laberinto. Comencé a escuchar “la causa Mendoza”³, de la que luego me enteraría que es la

³ En 2004 la problemática de la cuenca fue llevada a instancias judiciales por un grupo de vecinos que presentaron una demanda en reclamo de la recomposición del ambiente y la creación de un fondo para financiar el saneamiento. Esta situación dio origen a la causa “Mendoza, Beatriz Silvia y otros c/ Estado Nacional y otros s/daños y perjuicios (daños derivados de la contaminación ambiental del Río Matanza – Riachuelo)”. Allí se responsabilizaba por daños y perjuicios al Estado Nacional, la Provincia de Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a 44 empresas. Posteriormente, se amplió la demanda hacia los 14 municipios de la Provincia de Buenos Aires por los que se

causa que permitió visualizar el conflicto de la cuenca Matanza Riachuelo. En ese momento se comenzaba a hablar a los referentes sobre las posibles “relocalizaciones” de algunas familias.

Cuando recorrí el lugar, aún habitaban familias hasta las orillas y no se había efectuado ninguna relocalización; tampoco se encontraba delimitado el camino de sirga⁴ y los olores, la basura y la acumulación de agua era muy intenso en algunos sectores: animales en estado degradado, me permitieron conocer la dimensión de la realidad en la que vivían aquellas personas.

Una imagen que recuerdo de esa experiencia, fue cuando tuve que correr por temor a un grupo de jóvenes que estaban en una esquina. Todos se encontraban parados en ronda y yo tenía que pasar obligatoriamente muy cerca de ellos: parecían estar fuera de sí. Algunos apoyados en la pared, otros tambaleándose, no parecían estar en un estado racional. Entre ellos circulaba un encendedor que prendían constantemente, mientras se pasaban entre manos algo que no alcancé a distinguir. Percibí cómo me observaban y no lo dudé: en ese momento estaba solo, y por las sugerencias de las referentes de los comedores de años anteriores ante la posibilidad de cruzarme ante una situación así, ¡corrí! Corrí sin mirar atrás hasta sentirme seguro al salir del pasillo. Luego no volvió a ocurrir algo similar.

extiende la Cuenca Matanza Riachuelo. Disponible en: <http://www.acumar.gov.ar/pagina/120/causa-mendoza>

⁴ Se llama Camino de Sirga a la franja no menor a los 35 metros en ambas márgenes del Río Matanza Riachuelo (Art. N°2639 del Código Civil), medido desde los extremos de cada hombro de los taludes, y con un desarrollo longitudinal que va desde su desembocadura hasta la Ruta Provincial N° 4. Desde la Coordinación de Ordenamiento Territorial de ACUMAR se trabaja en la tarea de liberación de esa franja de camino costero y su posterior pavimentación, impidiendo nuevas ocupaciones y posibilitando la doble circulación. Con estas acciones se recupera el paso entre los puentes Nicolás Avellaneda y Pueyrredón, y se generan espacios públicos a partir de la instalación de plazas e incorporando la forestación de toda la margen. La transformación del Camino de Sirga implica el monitoreo de estas acciones, sumado a las tareas de limpieza que diariamente se realizan en las márgenes y en el espejo de agua. La recuperación de espacios, las nuevas vías de circulación, la limpieza de las márgenes y el espejo de agua, entre otras acciones que comienzan a apreciarse en la ribera del Riachuelo, forman parte del trabajo llevado a cabo por ACUMAR para poner en valor el Camino de Sirga. Disponible: <http://www.acumar.gov.ar/pagina/1651/camino-sirga-introduccion-ordenamiento>

Otra imagen muy marcada en la aproximación a la villa 21 24, fue la percepción de la presencia del Estado, de alguna manera, mediante diversas formas de distribución de recursos. Los comedores, los subsidios y los centros de salud estaban presentes y vitales; ahí me enteré de la existencia de la realización de diferentes reuniones de vecinos, que se organizaban para reclamar por los problemas de la villa. También conocí la junta vecinal, que me comentaron era un órgano representativo de la villa donde elegían a los representantes de la comisión por medio del voto.

La vivencia del recorrido por el barrio y las charlas con los referentes de los comedores y con la promotora de salud, se transformaron en imágenes que aún hoy continúan interpelándome. Un interrogante que surgió en ese momento, continúa hasta el día de hoy: ¿Cuál era el rol del centro de salud y cómo se podría abordar las condiciones de vida de estas personas?

3.3 La realización de las EISAR y los rumores sobre intoxicaciones en el barrio

Luego de un tiempo, volví a realizar observaciones y registros. Pero a diferencia de las primeras oportunidades, no recorrí el barrio: en esta, me centré en el CeSAC. Fue en el período de los meses de junio a septiembre del año 2012, espaciados en el transcurso de quince días. En ese momento las actividades se vinculaban a otro curso que desarrollaba dentro de la carrera de ciencias antropológicas de la facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires; la asignatura era “Metodología y Técnicas de la Investigación de Campo”, y la propuesta era realizar observaciones y registros para ejercitar el “oficio” antropológico.

Ese año, en diferentes conversaciones y reuniones de las que participé junto a los integrantes del equipo de salud ambiental, se comenzó a hablar de un relevamiento que se realizaría con el fin de evaluar la situación de salud de las personas que vivían en la villa, en los sectores próximos al riachuelo. Circulaba la palabra EISAR⁵ y habían comenzado las

⁵ Las Evaluaciones Integrales de Salud en Áreas de Riesgo (EISAR) son evaluaciones que se acompañan de intervenciones clínicas multidisciplinarias, realizadas por los diferentes equipos que la conforman. Las EISAR permiten realizar estudios poblacionales en zonas previamente definidas como “áreas de riesgo”, establecidas con la elaboración de un mapa de riesgo que señala la presencia de “zonas rojas o calientes” dentro de la cuenca Matanza Riachuelo. Este mapa fue

reuniones con personas que provenían del organismo denominado ACUMAR, organismo del Estado del que también empezaba a escuchar y del cual me fui interiorizando gradualmente. Hacía varios años que las personas de la villa sospechaban que los problemas de salud estaban asociados a las condiciones de vida que ofrecía el lugar: la fuerte sospecha sobre la contaminación del Riachuelo como causante de los problemas, fue el eje que quedó marcado en mis impresiones.

Yo había tenido algunas conversaciones con Juan, en las que me había comentado acerca de la existencia de estudios previos que alimentaban la sospecha de las personas: un estudio del agua y un estudio sobre la prevalencia de parasitosis en la población. Eso, según Juan, había ocurrido algunos años atrás -creía que en el 2008. En esa oportunidad, Juan me comentó que las actividades que estaban impulsando en conjunto con ACUMAR habían provocado ciertos efectos. Por un lado, desencadenaron expectativas en los habitantes de un sector de la villa sobre la posibilidad del traslado para poder acceder a una mejor condición de vida; la perspectiva era vivir en un lugar mejor, al menos acceder a los servicios básicos: agua segura, recolección de basura y una red cloacal. Por otra parte, me comentó que el trabajo conjunto con los equipos de ACUMAR no era sencillo: parte de las dificultades residían en los acuerdos sobre la organización, la comunicación entre los equipos y los criterios de vínculo con la población.

Las EISER (Evaluaciones integrales de salud en áreas de riesgo) contaban con tres ejes de relevamiento: niveles de metales pesados en sangre -sobre todo, plomo y cromo-, estado nutricional y desarrollo neurocognitivo. Implicaban un gran despliegue de recursos, camiones, trabajadores, insumos y tiempo disponible de las personas; requería, además, de esfuerzos para lograr una coordinación de los trabajadores que respondían a diferentes instituciones y dependencias jurisdiccionales. En ese momento, según pude entender en charlas posteriores, el rol de los trabajadores de los centros de salud ubicados en la villa fue clave: por su conocimiento de la zona, posibilitaban la confianza de las personas. Las

diseñado en base a los resultados obtenidos en la Encuesta sobre Factores Ambientales de Riesgo para la Salud (EFARS 2008) y el Estudio de Nutrición, Desarrollo Psicomotor y Análisis Toxicológico (ENUDPAT 2010). Allí se identificó la presencia de estas zonas críticas dentro de la CMR, y la Dirección de Salud Ambiental de ACUMAR utilizó estos datos como insumo para la implementación de acciones para cumplir los objetivos del PSE. Disponible en: <http://www.acumar.gov.ar/pagina/1501/eisar-vigilancia-epidemiologica>

promotoras de salud, en una conversación reciente, me señalaron sobre el momento inicial de la articulación con ACUMAR:

El trabajo lo facilitamos desde el centro de salud. Se convocó a una reunión con todas las organizaciones del barrio y ACUMAR presentó todo lo que iba hacer. ACUMAR tiene doctores que van una semana antes a los diferentes domicilios, y bioquímicos que realizan las tomas.

Juan me comentó que este despliegue de recursos se realizó en varias jornadas de más de 6 horas, en su mayoría durante la mañana.

Luego de efectuar esos registros, no supe nada más de la actividad de esos meses. Al tiempo, casi un año, nos encontramos casualmente con Juan y conversamos sobre el tema de la villa: los resultados de la evaluación habían arrojado un alto porcentaje de niños con niveles elevados de plomo en sangre. De cualquier manera, aún no contaban con el informe oficial y no sabían concretamente cuántos, ni tampoco quiénes. A partir de algunos comentarios que realizó en aquella conversación, percibí una molestia vinculada a la comunicación entre los representantes de ACUMAR y el CeSAC: aparentemente, el equipo de salud ambiental del CeSAC jugaba un rol de “anfitrión” de un organismo, sobre el cual no mantenía una buen “canal” de información.

3.4 Visibilidad del problema de la intoxicación por plomo. Año 2014

Después de un año de ese encuentro con Juan, leí una nota en un periódico que señalaba los resultados de un estudio realizado en niños de la villa 21 24, que reflejaba la existencia de una situación de intoxicación en alrededor de 250 niños: dichos niños presentaban niveles elevados de plomo en sangre. Por la conversación que había entablado un tiempo atrás, suponía que la situación interpelaba a los equipos locales de los centros de salud: la población de la villa se encontraba frente a un problema de toxicidad. Más tarde pude corroborar dichos datos a partir de un informe de ACUMAR; aunque en ese momento supuse que ya estarían los resultados, tuve que esperar mucho tiempo hasta acceder al informe oficial: luego comprendería que el acceso a esta información había ofrecido barreras incluso para los propios trabajadores de los centros de salud, y para las familias incluidas en el estudio. El informe oficial señalaba la detección de un 25% de los niños con valores de

plomo en sangre mayores a los permitidos (5 ug/dl, o miligramos por decilitro de sangre), y advertía sobre posibles retrasos en su desarrollo.

Durante ese año, realicé el seminario de investigación anual en salud en el marco de la carrera de Antropología, y nuevamente decidí retomar el contacto con “ese mundo”. La situación tóxica que había comenzado a visualizarse en la villa por la detección de niveles elevados de plomo en sangre en niños, y que tanta repercusión había tenido en varios medios de comunicación, me interpeló inmediatamente: sobre todo, en el hecho de averiguar qué ocurría con los equipos y los trabajadores. Retomé mi vínculo con el CeSAC 35 y me propuse realizar registros y entrevistas para explorar la situación; en esa oportunidad, por medio de un contacto que retomé, pude realizar una recorrida junto a una de las promotoras de salud por el asentamiento Tres rosas, y puede realizarle una entrevista a Juan. Recuerdo un fragmento de esa conversación que fue significativo para mí, respecto al problema de la intoxicación por plomo y el rol del equipo de salud ambiental. Mencionó lo siguiente:

Sabíamos que esta intervención nos iba a traer problemas. Esto es en definitiva un corte transversal (una encuesta). Hacen lo que tienen que hacer y se van...y la gente queda sin respuesta, que es lo que pasó y es lo que nos está pasando.

Entonces comencé a interesarme en el modo en que se respondía al problema de la intoxicación por plomo. Mi interés no estaba centrado en el recorrido de las familias, en lo que significaba para las personas la situación de este padecimiento, sino en qué hacían los trabajadores y los equipos. A partir de allí, comencé a considerar la complejidad del entramado burocrático y las tensiones que se generaban en torno a la relación entre el equipo de salud ambiental y ACUMAR.

La organización del trabajo en salud era un tema que ya venía interesándome hacía tiempo -quizás de manera abstracta, a partir de la lectura de algunos textos. Pero desde entonces, tuve en cuenta la posibilidad de indagar sobre la organización del trabajo en el marco de la respuesta sanitaria a un problema epidemiológico concreto, como lo era el problema de la intoxicación por plomo que enfrentaban algunas familias que vivían en la villa.

3.5 *Vivir en la villa 21 24*

Si bien conocí a la villa mediante distintas situaciones a partir del año 2010, también fui conociendo el reflejo de su realidad a través de los datos que ofrecían informes de distinto anclaje: el censo poblacional, relevamientos sanitarios locales, estudios epidemiológicos de la zona y estudios de la defensoría de la ciudad.

Transitar por la villa es una experiencia que inmediatamente transmite la magnitud de su población: aunque son muchas cuadras y personas, pude comprobar que es una de las villas más grandes de la ciudad de Buenos Aires.

Constituye la villa con mayor número de viviendas (7.455) de las 30 villas, asentamientos o núcleos habitacionales transitorios de la CABA; abarca un espacio de más de 65 hectáreas y habitan en ella 31.018 personas. Según informes oficiales, existe una relación de 3,6 habitantes por cada vivienda y un total de 9.127 hogares (INDEC, 2010). La villa se ubica en el cordón sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en un sector de la Comuna 4. Su territorio está delimitado por las calles Iguazú, la avenida Amancio Alcorta, los terrenos del CEAMSE (Coordinación Ecológica Metropolitana Sociedad del Estado), las vías del ex Ferrocarril Gral. Belgrano, la calle Luna y el Riachuelo. Como suele manifestarse en las poblaciones segregadas, el predio es de escaso valor inmobiliario, de origen fiscal (pertenecía a Ferrocarriles Argentinos) y, según diversos informes a los que se ha tenido acceso, el catastro no está regularizado.

Respecto a las viviendas, comprendí que existen variaciones en las construcciones, en función del sector de la villa del que se trate. Con mayor frecuencia, el material predominante de las paredes de las viviendas es ladrillo con revoque; en algunos casos, los techos son de losa aunque en su mayoría son de chapa. El cemento es el material predominante en los pisos, algunos cubiertos con cerámica o mosaico y otros de tierra.

A lo largo de los diferentes años en que realicé las actividades, pude ver el gran problema que implica el transporte. Sorteé esta dificultad en varias oportunidades y observé cómo las personas deben trasladarse y caminar más de 20 minutos para acceder a un transporte público: el remis o el transporte informal es la salida alternativa a la imposición de caminar.

3.5.1 Las restricciones y el acceso a los servicios. Acerca del problema del gas y la electricidad

Vivir en la villa implica la privación del acceso a un tendido eléctrico y a las instalaciones de gas natural en red: existen informes que reflejan que menos del 3% tiene acceso a gas de red, por ello aproximadamente el 97% utiliza garrafa para cocinar y cerca de un 80% utiliza electricidad para calefaccionar su vivienda (ACUMAR, 2013). Por otra parte, los cortes de energía son muy frecuentes y las familias utilizan diferentes estrategias para acceder al tendido eléctrico. La mayoría de las viviendas accede a la fuente de energía eléctrica por medio de una conexión informal -se ve el trazado precario por los pasillos y la inexistencia de medidores-, aunque existen algunas familias que utilizan braceros como alternativa respecto a la utilización de la electricidad y gas.

3.5.2 Cuestiones básicas no tan básicas: agua, basura, excretas

La mayoría de los caños conducen hacia la orilla del Riachuelo. Uno de los problemas es que los camiones atmosféricos tienen que ir muy frecuentemente, ya que cuando llueve o sube el río, el drenaje no fluye y las excretas desbordan a la superficie. La mayoría de las casas cuenta con baño de uso exclusivo.

Un informe señala que sólo el 40% de los hogares con menores de 6 años tienen acceso a cloaca y el mismo informe señala que, del sector próximo al riachuelo, el 42% de los hogares no tiene inodoro o lo tiene sin descarga; a su vez, dentro de los que tienen inodoro con descarga (58%), solo el 17% tiene desagüe a pozo ciego o excavación en la tierra (ACUMAR, 2013).

Supe, en el último tiempo, de la existencia de cooperativas que cumplen la función de recolección de residuos en algunos sectores de la villa. Es una estrategia que sortea la situación donde sólo el 23% de los hogares tiene recolección de residuos al menos dos veces por semana, que son los sectores donde puede ingresar el camión (ACUMAR, 2013).

Me comentaron en diferentes oportunidades el modo en que la acumulación de basura favorece la presencia y desarrollo de diferentes plagas, sobre todos de roedores y cucarachas. Según los comentarios de los integrantes del equipo, los roedores constituyen uno de los problemas más significativos en algunos sectores de la villa; no obstante, la presencia de cucarachas, mosquitos, moscas y roedores disminuyó considerablemente a

partir del saneamiento que se realizó hace unos meses en el riachuelo. Sin embargo, continuaban siendo un problema para muchas de las familias del lugar.

El acceso al agua segura para consumo es un eje central para analizar y presumir aspectos relacionados a la situación de salud de una población; los hogares sin provisión de agua dentro de la vivienda, constituye un dato sensible y expresa la relación de desigualdad. En la villa es un problema visible para la mayoría de las personas con las que interactué, ya que en reiteradas ocasiones remarcaron el problema del acceso al agua: si bien los hogares acceden al agua de red dentro de su vivienda, la mayoría de las conexiones de agua no son las apropiadas. El sistema de distribución de agua corriente es defectuoso y está sobrecargado, no cuenta con la presión adecuada y está construido a escasa profundidad o bien en la superficie. La presión del agua en todos los sectores de la villa es discontinua y muchas familias tienen que comprar bidones de agua potable que se comercializan en el barrio.

El acceso domiciliario a la red de distribución de agua potable es de dos tipos: las viviendas construidas en las cercanías de los caños maestros poseen conexión directa, mientras que las otras se interconectan entre sí y luego a la red, no siendo apropiados los materiales empleados para la conexión. En diferentes momentos, recibí comentarios acerca de las características del agua: en algunas zonas de color amarronado, en otras con mucho gusto a lavandina.

La situación en la comuna 4 refleja una de las zonas con mayor número de hogares que no cuenta con provisión de agua dentro de la vivienda: el 7,6% de los 6423, de un total de 84.468 (INDEC, 2010).

3.5.3 El problema del suelo

Recorrí y conocí la villa en diferentes momentos del año, y en todos percibí la hostilidad del lugar frente a las diversas condiciones climáticas: durante el frío, ante el calor, y sobre todo frente a la adversidad que generan las lluvias torrenciales. Vivencí y pude apreciar el modo en que algunas familias se ven afectadas por las lluvias intensas. La acumulación de agua en algunos sectores, imposibilita transitar y provoca una situación crítica a raíz de la saturación de los pozos ciegos y desagües, lo que lleva en muchas ocasiones a tener que evacuar a familias inundadas, sobre todo en el sector próximo al Riachuelo.

Sin embargo, una de las condiciones más relevantes se encuentra en su suelo. En algunas charlas que mantuve con las promotoras y a partir de informes a los que pude acceder, tomé conocimiento de que, en algunos de los sectores de la villa, las viviendas se ubican en zonas en las cuales previamente existían basurales no regulados. También puede conocer que esta situación no es exclusiva de la villa 21 24, ya que diferentes zonas del cordón sur funcionaron como depósitos de basura.

Según la ex coordinadora del departamento de salud ambiental de la CABA: “uno de los aspectos a señalar sobre los sitios donde antiguamente funcionaban basurales, es la persistencia de la contaminación de los metales pesados: plomo y cromo”.

Se agrega a esta situación extendida en el cordón sur de la ciudad, el hecho singular de la villa 21 24, por asentarse sobre las vías antiguas del ferrocarril. Si bien en algunas zonas los pasillos han sido pavimentados, aún persisten zonas donde se observa acumulación de basura, escombros y pasillos de tierra.

3.5.4 Las personas que viven en la villa, qué dicen los números

La mayor parte de la población de la villa es joven. A partir de informes a los que accedí, se estima que la estructura de la población es la opuesta a la observada en la comuna 4, e inclusive en la CABA. El 21% de la población tiene menos de 14 años, y la proporción de niños menores de 6 años es mayor a la observada en la Comuna 4 y en la CABA: 19,8% vs. 8,5% y 6,9%, respectivamente. De manera inversa, la población de adultos mayores de 60 años es de 3,7% vs. 17,2% y 21,7%. Indica la presencia de una población joven y con alta natalidad, sosteniendo esta tendencia desde el momento de su conformación en el año 1989. La proporción de niños menores de 6 años es mayor (19,8%) a la observada en la Comuna (4 8,5%) y en la CABA (6,9%), mientras que la población de adultos mayores de 60 años es de 3,7% en la villa, respecto al 17,2% de la comuna 4 y 21,7% de la CABA (INDEC, 2010).

Respecto a la situación educativa, solo el 1% de la población de 25 años o más de la villa 21 24 alcanzó como máximo nivel educativo el terciario o universitario completo, respecto al 16% de la comuna 4 y al 24% de la CABA (INDEC, 2010).

La observación sobre las trayectorias educativas manifiesta que el 28% de 25 años o más de dicha población, alcanzó como máximo nivel educativo el primario completo en comparación al 15% de la CABA, y el 1% el terciario o universitario completo en

comparación con la CABA, que es del 32%. El 21% de los jefes de hogar con niños menores de 6 años, tenían el primario incompleto (INDEC, 2010).

Un aspecto relevante que señalan los informes es que la comuna 4 -donde se ubica la villa-, manifiesta la mortalidad infantil más alta de la ciudad. Según estos datos, en el año 2011 la comuna 4 manifestaba una tasa de mortalidad infantil de las más altas de la ciudad: 11,1 por mil/hab., y 9,7 mil/hab. en la comuna 8, dato significativo si se lo compara a otro sector de la ciudad: 5 por mil/hab. en las comunas 14 y 6. Puede presuponerse que el mismo indicador en la villa es aún más elevado, por las condiciones de vida que se vienen describiendo (INDEC, 2010).

3.5.5 Acerca de la salud y su relación con las condiciones ambientales

Se han encontrado escasos registros de estudios que indaguen sobre los problemas de salud asociados a las condiciones ambientales. Hemos podido acceder a un informe de un estudio sobre la prevalencia de parasitosis en la villa (Nesse, 2008), efectuado en el año 2008 por parte de un equipo de investigación de la facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de Buenos Aires. Para algunos de los integrantes del equipo de salud ambiental, fue el antecedente de las actividades realizadas con ACUMAR: por reflejar en números los efectos de las condiciones de vida de las personas de la villa, por el tipo de actividades que realizaron los profesionales, el trabajo en terreno, la sensibilización que generó en la población y por la repercusión en los periódicos nacionales.

Los resultados del estudio sobre parasitosis en la villa señalan que la población infantil de la villa 21 24 presentaba, en ese momento, una alta tasa de prevalencia de parásitos intestinales (83,3%), mayoritariamente de enfermedades relacionadas con las excretas (Nesse, 2008). Según el mismo informe:

Las especies patógenas predominantes fueron *Enterobius vermicularis*, *Blastocystis hominis*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica/dispar* y *Dientamoeba fragilis* así como especies no patógenas como *Endolimax nana* y *Entamoeba coli*, con un alto índice de poliparasitismo.

Dicho estudio sospecha de la asociación entre la problemática de parasitosis en la población de la villa, con diversas condiciones materiales de vida: las instalaciones y el

modo de disposición de las excretas, el tipo de conexión de agua, el hacinamiento y la construcción de la vivienda sobre terrenos inundables.

El informe culmina con el siguiente fragmento, afirmando el problema de la situación sanitaria de la población:

En síntesis, una suma de factores confluye en el deterioro de la calidad sanitaria de esta población, entre ellos, la deficiencia en las conexiones de agua, la elevada frecuencia de inundación de cloacas, la inadecuada disposición de excretas, la abundancia de roedores, el grado de hacinamiento y los animales domésticos cohabitando con la población. Por ello, se plantea la necesidad de implementar una campaña de prevención, basada en el trabajo conjunto con los habitantes del barrio y las organizaciones locales, elaborando un plan de estrategias de concientización y educación para ayudar en la disminución de la alta prevalencia de las enteroparasitosis infantiles en la Villa 21 24. Sin embargo, los cambios en la higiene personal y los esfuerzos en educación para la salud tendrán poco efecto si no se los acompaña por cambios en la disposición de excretas y provisión de agua segura (Nesse, 2008).

Al leer el informe, noté un punto en común respecto a la intoxicación por niveles elevados de plomo en sangre en niños de la villa. Realizaron un diagnóstico sobre un problema que ya se percibía, y señalaron sugerencias que exceden las posibilidades de acción de los equipos de los centros de salud locales.

3.5.6 Recursos del sistema sanitario cercanos a la villa

Al observar la organización sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires, se observa una estructura técnica administrativa denominada área programática, que incide en la distribución de los recursos sanitarios y en el consecuente desarrollo de acciones poblacionales. Cada área tiene un hospital de base, un hospital general de agudos -en el caso del CeSAC 35 responde al Hospital General de Agudos José Penna. El área programática está constituida por un equipo de profesionales que funciona en una oficina ubicada en el hospital general de agudos, referencia del segundo nivel, y cuyas funciones se destinan específicamente a coordinar las actividades de los centros de salud y a las acciones de vigilancia epidemiológica.

Bajo la misma dependencia, se ubican también los CeSAC 1, 8, 10, 16, 30, 32 y 39, todos ellos próximos por estar ubicados en el territorio delimitado por el área programática.

Dos de ellos se ubican en el interior de la villa 21 24: uno es el CeSAC 8 y el otro, el CeSAC 35. En la zona se encuentran también otros establecimientos hospitalarios, que si bien están dentro de los límites geográficos del área programática del hospital pena, no tienen dependencia administrativa. Son hospitales de diversas especialidades que responderían a un tercer nivel, entre ellas: pediatría, salud mental, adicciones, infectología, maternidades, odontología y rehabilitación respiratoria.

De este modo, cada centro de salud se encuentra condicionado por un entramado burocrático que regula la organización de los recursos mediante una lógica que supone la existencia de niveles de atención. El primer nivel se establece con centros de salud, como es el caso del CeSAC 35; el segundo nivel está constituido por hospitales generales de agudos, y el tercer nivel de atención se constituye por establecimientos que cuentan con mayores recursos tecnológicos y organizativos orientados a problemas específicos.

3.6 Convivir con el Riachuelo y el problema de la intoxicación por plomo

A medida que fui conociendo la villa, comprendí la relevancia de su convivencia con el Riachuelo. Todos los habitantes del cordón sur de la ciudad se encuentran en un contexto de degradación y contaminación ambiental vinculado a la situación de la cuenca Matanza Riachuelo. Se trata de una situación tóxica que ha cobrado notoriedad en la agenda pública de la última década, mediante el denominado conflicto acerca de la cuenca Matanza Riachuelo. El conflicto fue judicializado y es conocido como la causa Beatriz Mendoza, un caso testigo para la legitimación del orden jurídico ambiental: “Se ha transformado en un caso jurídico emblemático respecto a la situación de la afección de derechos que excede un caso individual”. De esta manera, se reconfiguró la demanda como caso de incidencia colectiva (Merlinsky, 2013).

Es un actor clave en el relato de los integrantes del equipo de salud ambiental del CeSAC 35 que, según describen, delimitó muchas de las tareas que llevan adelante: como las actividades vinculadas a la EISER, evaluación que arrojó los datos que marcaban la presencia de intoxicación por plomo en el 25% de niños estudiados en la villa.

ACUMAR es un organismo público que se desempeña como la máxima autoridad en materia ambiental en la región. Se crea en 2006 mediante la ley N° 26.168, atendiendo al conflicto por la situación de deterioro ambiental de la cuenca. Es un ente autónomo, autárquico e interjurisdiccional que conjuga el trabajo con los tres gobiernos que tienen

competencia en el territorio: Nación, Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este escenario, ACUMAR articula políticas públicas comunes y coordina los esfuerzos interinstitucionales para la implementación del Plan Integral de Saneamiento Ambiental (PISA) (ACUMAR, 2013).

La presencia de ACUMAR en la villa se establece por medio de las profesionales que dependen de la unidad sanitaria ambiental (UNSAM). La UNSAM es un establecimiento que se encuentra fuera de la villa, pero en una zona próxima de la ciudad. Según comprendí, se dedica al seguimiento de las personas evaluadas que manifiestan problemas de salud, y a la generación de información poblacional sobre la situación de salud de los distintos sectores del cordón sur de la ciudad. Trabajan para ese establecimiento un grupo de diferentes profesionales: médicos, enfermeros, nutricionistas, médicos toxicólogos, trabajadores sociales y antropólogos.

La mayoría de las tareas posteriores al diagnóstico para incidir sobre la situación de la intoxicación por plomo -tanto desde del equipo de salud ambiental del 35, como desde los profesionales de la USAM-, estuvieron centradas en la convocatoria a aquellas familias en las que se detectaron niños intoxicados, con el fin de efectuar un seguimiento y control de los niveles de plomo en sangre.

El efecto inicial de la intoxicación por plomo crónica no presenta ni signos ni síntomas, motivo por el cual solo puede detectarse por medio de pruebas de laboratorio. Mientras no se detecta la intoxicación, el plomo va desarrollando un efecto nocivo en el organismo: el más mencionado, y que puede constatar en la bibliografía, es el daño neuropsicológico que produce en niños.

Mediante información a la que he accedido a partir de diferentes conversaciones, en las entrevistas y en las búsquedas bibliográficas, puede corroborar el énfasis colocado en los niños. Según se indica, los niños de corta edad son particularmente vulnerables porque, según la fuente de contaminación de la que se trate, llegan a absorber una cantidad de plomo entre 4 y 5 veces mayor que los adultos. Según refiere la OMS:

Una vez dentro del cuerpo, el plomo se distribuye hasta alcanzar el cerebro, el hígado, los riñones y los huesos, y se deposita en dientes y huesos, donde se va acumulando con el paso del tiempo. El plomo almacenado en los huesos puede volver a circular por la sangre durante el embarazo, con el consiguiente riesgo para el feto. Los niños con desnutrición son más vulnerables al plomo porque sus organismos tienden a absorber mayores cantidades de este metal en caso de carencia de otros nutrientes, como el

calcio. Los grupos expuestos a mayor riesgo son los niños de corta edad (incluidos los fetos en desarrollo) y los pobres (OPS-OMS, 1998).

3.7 Acciones de ACUMAR y el rol del Equipo de Salud Ambiental

En varias oportunidades, conversé con integrantes del equipo de salud ambiental en para comprender las actividades que realizaban a partir de la relación con ACUMAR. Me comentaron que las mismas son diversas, versátiles y, en muchos casos -si bien están delimitadas por los lineamientos establecidos por ACUMAR-, muchas de ellas se generan por iniciativa del propio equipo.

El punto de partida ha sido el año 2012 con el desarrollo de la EISAR. En el proceso se han confeccionado diferentes materiales gráficos como estrategias de comunicación, guías de relevamiento de salud ambiental, realización de charlas informativas y confección de folletos destinados a la comunidad con información sobre plomo. También han efectuado jornadas de distribución puerta a puerta en las viviendas de los sectores próximos al riachuelo, y acciones educativas, como talleres en instituciones/organizaciones comunitarias sobre la problemática de plomo en la villa 21 24 (escuela para jóvenes y adultos y Capilla San Blas).

Respecto al seguimiento de los casos detectados, han colaborado en el georreferenciamiento de los niños con resultados de mercurio y plomo elevado. Se facilitaron turnos de control médicos para que personas que manifestaron problemas vinculados de salud pudieran acceder.

Han participado y participan sistemáticamente de reuniones con ACUMAR y Departamento de Salud Ambiental GCABA para coordinar acciones. Se efectúan visitas a domicilio, siguiendo a las familias en las que se detectaron resultados de mercurio y plumbemias positivas; también orientan a las familias para que, en algunos casos, efectúen el seguimiento con el servicio de toxicología del Hospital Elizalde.

Según los informes que se desprenden de los estudios realizados en los años 2012 y 2013, los lugares de la villa 21 24 que presentaban mayor cantidad de niños intoxicados con plomo son la Manzanas 25 y 26, y el pasaje 8 de diciembre.

Con respecto a este grupo de niños que presentaron plomo positivo en sangre, se comenzó a realizar una intervención que consistía en visitar los hogares con un folleto realizado por el equipo, en donde se explicaban las medidas de prevención secundaria. Conjuntamente se efectuó un taller para las familias en donde se dialogaba sobre los

diferentes aspectos de la intoxicación por plomo, y una posta de vacunación y desparasitación de perros y gatos.

Uno de los informes del equipo sobre las actividades de seguimiento señala:

Al concurrir a diversos domicilios, encontramos que los datos enviados por ACUMAR eran incorrectos y que en muchos hogares no se les había realizado la EISAR (2013).

De la búsqueda de 13 niños, la mitad no pudo encontrarse. Algunos se mudaron y otros no fueron ubicados. De los 6 que fueron encontrados, la tarea fue citarlos para que se aproximaran al CeSAC (2015).

Según pude corroborar en los registros, se realizaron diversas actividades en las Manzanas 25 y 26, y en el barrio San Blas mediante dos estrategias: armado de stand en punto de circulación de vecinos, y casa por casa. La elección de estos lugares surge de los resultados de la EISAR, donde se brindó información y también se distribuyeron folletos elaborados por el equipo. En el momento de las actividades, el equipo de salud ambiental realizó diversas reuniones para coordinar las actividades con diferentes organizaciones: Fundación TEMAS, Frente Popular Darío Santillán, Capilla de San Blas.

Sobre todo, en el período de los años 2013 y 2014 se organizaron talleres destinados específicamente a las familias afectadas por plomo. También se articuló con una toxicóloga por los niños afectados con mercurio y plomo.

4 EL TRABAJO Y ORGANIZACIÓN EN LA RESPUESTA A LA INTOXICACIÓN POR PLOMO LA VILLA 21 Y 24.

Cuando inicié el trabajo de campo, estaba sensibilizado por la información que tenía sobre la intoxicación por plomo que padecían niños de la Villa 21 y 24. Mis supuestos me llevaron a considerar que era un caso interesante para poder observar qué sucedía en el trabajo cotidiano del equipo, cómo se organizaban en la respuesta a este problema sanitario. Por el conocimiento que tenía acerca de la complejidad del seguimiento y del tratamiento de niños con retraso madurativos, suponía que este problema sanitario era propicio para aproximarme a observar el trabajo cotidiano que llevaban adelante los trabajadores del centro de salud. Premeditadamente, en esa oportunidad busqué observar y estar atento puntualmente a las dificultades que enfrentaría el equipo de salud ambiental, como un modo de ver las formas en que organizarían su trabajo ante la situación de intoxicación de los niños en la Villa 21 y 24.

Sin embargo, durante las reuniones de equipo, las recorridas por la villa y las conversaciones que entablé con los trabajadores, fui corroborando que mis supuestos eran precisamente supuestos. La intoxicación por plomo no era un problema prioritario para los trabajadores del equipo. No ocupaba un sentido central en sus prioridades. El contexto en el que desarrollé mi trabajo de campo me posibilitó percibir, observar y reflexionar sobre algunos aspectos que no había considerado en el punto de partida de mi investigación. Esta situación, posteriormente me permitió repensar mi punto de partida acerca del lugar de la intoxicación por plomo en las prioridades de las personas que trabajan en El equipo de Salud Ambiental del CeSAC 35.

Desarrollé el trabajo de campo en el transcurso de diciembre 2015 y junio de 2016. En los primeros meses, la sociedad argentina vivió grandes movimientos políticos e institucionales: a fines del año 2015, se desarrollaron comicios para la elección de representantes legislativos y autoridades ejecutivas de los diferentes niveles jurisdiccionales -municipales, provinciales y nacionales. Era un contexto de cambios institucionales que produjo una sensación de incertidumbre en los profesionales respecto a la continuidad de determinadas políticas y posibles modificaciones en los lineamientos de trabajo.

Fueron meses de intenso calor y humedad en Buenos Aires, con temperaturas de 35 a 40 grados. A nivel sanitario, durante esos primeros meses del año 2016, el país afrontó

una de las epidemias de dengue⁶ más grandes en la historia sanitaria, que afectó a diferentes regiones y generó un gran impacto en la Villa 21 y 24, sobre todo en la dinámica de trabajo de los equipos de salud de los establecimientos locales.

Para las primeras semanas de febrero, ya existía una amplia repercusión en diferentes medios de comunicación con un consecuente impacto en la opinión pública. Los periódicos nacionales daban la noticia de dos muertes a causa de dengue hemorrágico en dos personas que vivían en la villa 21 24, una de las cuales trabajaba como maestra de una escuela de la zona. El contexto situacional, estaba marcado por la magnitud del problema en la agenda de los medios de comunicación, puso de manifiesto un alto nivel de sensibilidad política sobre el tema que llevo a producir un movimiento en los diferentes actores: decisores políticos, equipos técnicos de niveles ministeriales, responsables locales de las regiones sanitarias, los referentes de las organizaciones sociales de la zona. El resultado, repercutió en el modo cotidiano de trabajar de los equipos de los centros de salud de la zona próxima a la villa.

La situación estaba dominada por la epidemia de dengue. Según el boletín epidemiológico producido por el área de vigilancia de salud de la dirección de epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, en el período de enero a abril del año 2016 se notificaron en la Argentina 60.925 casos con sospecha de dengue (incluyendo probables, confirmados, descartados y en estudio), y se reportaron 11 pacientes fallecidos con dengue que, en el momento del desarrollo del estudio de campo, estaban siendo evaluados para su

⁶ “El dengue es una enfermedad causada por un virus que se transmite a través de la picadura de un mosquito perteneciente al género *Aedes*, principalmente el *Aedes aegypti*, vector de la enfermedad. Este mosquito tiene hábitos domiciliarios, por lo que la transmisión es predominantemente doméstica. En otros continentes, otras especies de mosquitos del género *Aedes* han sido involucradas en la transmisión del dengue. El virus del dengue pertenece a la familia *Flaviviridae* y existen cuatro variantes, los serotipos 1, 2, 3 y 4. La inmunidad es serotipo-específica por lo que la infección con un serotipo determinado confiere inmunidad permanente contra el mismo (inmunidad homóloga), y sólo por unos meses contra el resto de los serotipos (inmunidad heteróloga). Aunque, en teoría, una persona podría padecer dengue hasta cuatro veces a lo largo de su vida (una por cada serotipo), hasta el momento solo se han comprobado hasta tres infecciones en un mismo individuo. Cualquier serotipo puede producir formas graves de la enfermedad, aunque los serotipos 2 y 3 han sido asociados a la mayor cantidad de casos graves y fallecidos. El dengue es un problema creciente para la Salud Pública mundial, debido a varios factores: el cambio climático, el aumento de la población mundial en áreas urbanas de ocurrencia rápida y desorganizada, la insuficiente provisión de agua potable que obliga a su almacenamiento en recipientes caseros habitualmente descubiertos, la inadecuada recolección de residuos y la gran producción de recipientes descartables que sirven como criaderos de mosquitos al igual que los neumáticos desechados. A esto se suman el aumento de viajes y migraciones, fallas en el control de los vectores y la falta de una vacuna eficaz para prevenir la enfermedad” (Ministerio de Salud, 2015).

clasificación final. Según indicaban las fuentes del Ministerio de salud de la Nación, del total de los casos sospechosos, 30.743 correspondían a casos confirmados o probables autóctonos distribuidos en 15 jurisdicciones del país, mientras que 2.489 correspondían a casos confirmados o probables importados, distribuidos en 23 provincias: se descartaron 13.335 casos y permanecen en estudio 14.3586 (Ministerio de Salud, 2016).

Los medios de comunicación expresaban una situación preocupante, y los informes técnicos señalaban preocupación en los equipos de salud de los diferentes niveles. En ese momento, los informes del ministerio de s se registraban brotes de dengue con transmisión sostenida en 12 provincias de las regiones centro NEA y NOA. En ese momento, los casos acumulados superaban en un 32% a los registrados en el mismo período del 2009, año en el que se desarrolló la última epidemia de dengue en el país.

La epidemia se concentraba en mayor magnitud en las regiones NOA y NEA y, en la región centro, CABA era la única jurisdicción que atravesaba un brote epidémico: reportaba 2116 casos confirmados denominados autóctonos, es decir que habían contraído la enfermedad en la jurisdicción, con una tasa de 69,3 cada 100mil habitantes (Ministerio de Salud, 2016).

Ante las repercusiones del contexto, algunas de las tareas del equipo, se adecuaron a la demanda y las solicitudes de las autoridades: se informaron protocolos de acción, se establecieron criterios para realizar una detección y seguimiento de personas sospechosas de padecer dengue, y se produjeron cambios en la definición de los casos. La necesidad de las autoridades del área programática de comunicar pautas era un rasgo del momento. El mecanismo que pautaba la organización que tuvo predominio fue el encuentro entre personas de diferentes equipos, pertenecientes a diferentes niveles de jerarquía. Allí, se establecieron lineamientos de trabajo que se fueron transmitiendo las autoridades de niveles superiores de organización a los trabajadores de los equipos de salud, a la par que la epidemia se profundizaba. Existieron mecanismos de ajuste y se estandarizaron los procesos de trabajo, que dieron lugar a una organización y a mecanismos de gestión orientados a responder al problema de la epidemia de dengue: definición de casos, formulación de instrumentos, relevamiento de información de planillas, reporte de información a niveles superiores de gestión, mecanismo de seguimiento puerta a puerta de los equipos, pautas para evitar el problema, pautas de prevención.

La situación de la epidemia del dengue abarcó sistemáticamente los temas de las reuniones del equipo de salud ambiental, y las novedades mayormente en el período diciembre-febrero.

Como estrategia para comprender con mayor profundidad la realidad de ese mundo social, llevé adelante una aproximación etnográfica que incluyo: entrevistas, salidas a terreno, participación en reuniones de equipo y en actividades junto con los profesionales del centro y otras organizaciones (Guber, 2005).

Es fue el modo en que me aproximé al denominado Equipo de Salud Ambiental, asistí a sus reuniones, observé su trabajo cotidiano, sus actividades y entrevisté a sus integrantes para comprender la que sería de acciones se desplegaban en respuesta a las familias que enfrentaban el problema de la intoxicación. Este proceso me permitió compartir su mundo y considero logré percibir y vivenciar sus malestares, motivaciones y frustraciones.

Cuando acordé con Juan la posibilidad de participar de las reuniones del grupo de profesionales denominado Equipo de Salud Ambiental, me comentó que se reunían los días viernes durante la mañana. Luego de los diferentes avales -formales e informales-, comencé a participar en ellas. En todas las oportunidades, el lugar fue la pequeña cocina que se encuentra en el primer piso del CeSAC; las entrevistas, en algunos casos, las realicé en el centro de salud en el horario de trabajo, y en otras, en sus propias casas. Acompañé las actividades denominadas postas sanitarias durante los días viernes en que se realizaron, y las salidas por estudios de foco -o las recorridas por el barrio-, las realicé en días diferentes a los que se realizan en la denominada reunión de equipo.

La denominación “equipo” es una categoría nativa de gran peso, se menciona cotidianamente: interpreto que representa la idea de un conjunto de personas que poseen un denominador común en el desarrollo de la actividad laboral. Una de las integrantes describe al grupo denominado Equipo de Salud Ambiental, del siguiente modo:

Es un equipo interdisciplinario, heterogéneo. Tenemos médico generalista de planta... Lo que está bueno es que está formado por gente en la que las residencias no son lo principal, entonces eso le da otra sustentabilidad. Hay muchos que estamos hace seis años ya. Después tenemos rotaciones de residencia: está Claudia (socióloga), Noe, que ahora está de licencia por maternidad, pero es trabajo social; después están las promotoras Rosa y Sole; Eliana (fonoaudióloga); Sofi (psicóloga), Miriam (socióloga) y no sé, me debo estar olvidando de alguien... (Socióloga, Integrante del equipo de Salud ambiental, 2015)

Podría caracterizar al “Equipo de Salud Ambiental” como una modalidad de organización del trabajo, conformado por un grupo de trabajadores altamente calificado⁷ para las actividades que desarrolla, y cumple con las sugerencias planteadas por muchos organismos internacionales en materia de salud.

Por otra parte, una expresión muy frecuente en las relaciones de los trabajadores, es la “reunión de equipo”. Podría describirla como un encuentro de los trabajadores del establecimiento que se reúnen para dialogar, presentar problemas, proponer soluciones, diseñar estrategias, planificar acciones, dirimir conflictos, consensuar intereses y establecer acuerdos.

Existen diferentes equipos y diferentes reuniones de equipo. Este grupo en su organización tiene una función más específica: trabajar sobre los problemas del ambiente que traen efectos sobre su salud. De mis notas de campo, tomé un comentario significativo sobre el tema, que paso a reconstruir

Yo veo que hay muchos equipos y que en muchos de ellos se repite gran parte del equipo. Como que cambia en alguna que otra especificidad: puede estar la nutricionista en el equipo de Alimentación saludable, pero está Rosa, Sole, y se repiten residentes que están en otros espacios. El equipo de adolescencia, también. Hay una serie de personas que se repiten en todos los equipos y, por lo que tengo entendido, hay muchos profesionales que no salen de los muros y se quedan trabajando en su consultorio.
(Promotora de salud, Integrante del equipo de Salud Ambiental, 2015)

Todos los profesionales que integran este grupo acuden en el día y horario pautado, los viernes a las nueve de la mañana. Podría describir aspectos que abarcan a su organización del siguiente modo: encuentros personales, reuniones donde se desarrollan conversaciones en un buen tono, momentos de silencio y reflexión, concentración para organizar una actividad, llamados telefónicos a referentes, intercambio de opiniones, discusiones políticas y puestas en común de las sensaciones de cada uno.

⁷ La mayoría de ellos/as ha realizado una residencia en el propio centro. Se denomina residencia a un momento del aprendizaje profesional donde se ha culminado el ciclo de grado, y posteriormente se ingresa a partir de un concurso a un proceso capacitación y aprendizaje de duración de tres años, que se basa mayormente en el desarrollo de habilidades prácticas y la comprensión del funcionamiento de las instituciones de salud. Muchos de sus integrantes, han realizado este proceso en el propio centro de salud, es decir tienen más de 10 años de antigüedad de trabajo en su cargo.

En los primeros momentos de las reuniones, generalmente algún integrante del grupo toma un cuaderno que cumple la función de reporte: un registro que resume las actividades, una suerte de diario desde donde se parte cada reunión y donde se vuelcan los pendientes al cierre; es una herramienta de organización del grupo que posibilita un mecanismo de coordinación y registro. Al comienzo de las reuniones se leen puntos registrados y se comienzan a comentar las novedades, aquellas cosas que ocurrieron durante la semana -comunicados desde el área programática, los resultados de alguna visita pautada a una familia, posibles charlas con los vecinos-: es una especie de “devolución de cuentas” de los acuerdos que se realizaron en el cierre de la última reunión. La figura de las promotoras es central en esta instancia, ya que son las que más contacto tienen con las personas del barrio y las que más horas pasan vinculándose con ellas fuera del centro de salud. En varias oportunidades, también pude observar la utilización del mapa como instrumento para la reflexión del equipo al permitir la ubicación de algunos sectores.

4. 1 *Acerca del plantel de trabajadores del CeSAC 35*

Se crea en el año 2005, tiene 11 años de antigüedad. Como la mayoría de los centros de salud, cuenta con una figura de autoridad representada por una dirección médica, cuya función es la de coordinar las actividades de los trabajadores del establecimiento. El plantel de trabajadores está integrado del siguiente modo:

Tabla 1. Plantel de trabajadores CeSAC 35

Plantel	N°	Horas semanales	Contratación
			Planta
Administrativos	4	35	Si
Promotoras de salud	2	35	Si
Médicos,			
Pediatras	4	24	Si
Ginecólogas	2	24	Si
Generalistas	1 + 11 resi	24 + 40 x reside	Si
Fonoaudióloga	1	24	Si
Psicopedagoga.	1	24	Si

Enfermeros	2	30	Si
Odontólogos/as	3	24	Si
Nutricionista	2	24	guardia
Socióloga	1	40	Si
Trabajadores sociales	2	24 y 40	Si

Fuente: elaboración propia

4.2 Acerca de la organización denominada Equipo de Salud Ambiental

Al momento de la realización del estudio, el equipo se conforma del siguiente modo: Sole y Rosa (dos promotoras de salud); Claudia (socióloga), Noelia (trabajadora social), Virginia (veterinaria), Eliana (fonoaudióloga) Juan (médico general familiar) y residentes de educación para la salud, medicina general y familiar y trabajo social. Comenzó a funcionar en el año 2010, como resultado de una política impulsada desde el departamento de salud ambiental del ministerio de salud de la ciudad, que realizó cursos de capacitación destinados a los trabajadores y luego propuso la conformación de equipos en diferentes centros de salud: sobre todo, los CeSAC ubicados en el cordón sur.

Los integrantes del equipo tienen horas asignadas para trabajar grupalmente en las problemáticas ambientales: solo los días viernes en el horario de 09 a 13hs, es decir dos horas de las 35 horas semanales promedio. Pueden realizar las actividades, encuentros y reuniones de trabajo en esa franja de tiempo; sin embargo, “se las arreglan” para efectuar actividades en otros momentos. Realizan actividades dentro del centro de salud y también salen a diferentes zonas de la villa, acuerdan actividades con comedores, escuelas, organizaciones sociales, con la junta vecinal y con otros organismos del Estado, como la defensoría de la ciudad, la secretaria de inclusión y hábitat (SECHIS), el instituto de la vivienda (IVC), el CGP, ACUMAR.

Un documento menciona los objetivos del equipo de salud ambiental del siguiente modo:

- Promover espacios colectivos de sensibilización, discusión y reflexión sobre las condiciones del Hábitat.
- Contribuir a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades vinculadas al

Saneamiento Básico Insatisfecho (agua segura, cloacas, plagas y basura).

- Contribuir a la prevención de enfermedades vinculadas con la presencia de metales pesados (plomo, mercurio).
- Contribuir a la prevención de enfermedades zoonóticas relacionadas con animales domésticos (de compañía, de cría y de trabajo).
- Producir conocimiento respecto de las condiciones de Hábitat de Villa 21 24, San Blas, Loma Alegre, Tres Rosas”.

4.3 Del plomo al Dengue. Entramado de actores en la respuesta al dengue en la villa 21 24, el rol del Equipo de Salud Ambiental.

Durante el mes de enero, las autoridades sanitarias del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires convocaron una reunión con el fin de coordinar acciones para abordar la epidemia de dengue en la zona de influencia y responsabilidad del Hospital Penna. Según los registros locales, una de las zonas más afectadas fue la del CeSAC 35, con 114 casos en el período diciembre-febrero⁸: dato que luego pude corroborar con referentes del equipo de epidemiología del área programática.

Pude reconstruir algunos aspectos de la reunión a partir de los comentarios posteriores que se efectuaron en una de las reuniones de equipo y de las anotaciones del cuaderno de registros. La reunión se desarrolló en las oficinas del área programática, ubicadas en el propio Hospital Penna, y contó con la participación de las nuevas autoridades del ministerio de salud, un subsecretario, los directores de programas, las autoridades del Hospital Penna, la directora del área programática, integrantes de la dirección de salud ambiental de CABA, directores de centros de salud dependientes del área y los equipos de salud de los centros, entre ellos, el equipo de salud ambiental del CeSAC 35.

La respuesta desde el sistema sanitario de la ciudad a la epidemia de dengue en la villa 21 24, puso de manifiesto el funcionamiento de un entramado de relaciones de actores

⁸ “Se considera “Caso Confirmado” a todo paciente sospechoso que tenga un diagnóstico confirmatorio de dengue por laboratorio o por nexos epidemiológico, según la situación epidemiológica”.

de diferentes niveles y establecimientos e instituciones, atravesados por relaciones burocráticas.

Las autoridades del área programática y los equipos locales en el marco de la reunión le plantearon al subsecretario la preocupación por la cantidad de “estudios de foco” y “perifocales”, en la zona próxima al domicilio del caso (Ministerio de Salud, 2016) en el área de responsabilidad e influencia del Hospital Penna.

Según pude conversar con los trabajadores, la denominación de “foco” se asocia a la idea de punto de origen -el comienzo del problema-, con posibilidades de transmitirse y transformarse en un problema mayor. En este sentido, la propuesta era corroborar la situación en dicho punto de origen y así evitar una posible expansión.

Las sugerencias oficiales ante un caso sospechoso plantean realizar un estudio de foco: estos esquemas establecen que no se debe esperar por los resultados del laboratorio y la confirmación del diagnóstico para comenzar a actuar -la iniciativa es tomar una medida de manera temprana para evitar una potencial epidemia. El papel protagónico de los centros de salud en estas actividades radica en el vínculo directo con las personas, el sitio donde viven y el conocimiento que poseen los equipos de los lugares. Este aspecto era un indicador sobre el trabajo del equipo y el reconocimiento de ciertas funciones por parte de autoridades de otros niveles de organización.

La búsqueda de los casos sospechosos en la zona del centro de salud, se activa por medio de un circuito de comunicación que proviene del área programática. El área programática le informa al equipo los domicilios que deben visitar y el éxito de la actividad -la búsqueda-, guarda relación con los datos de la ficha epidemiológica para la investigación de los casos de dengue. Al concurrir al domicilio del “caso sospechoso”, los profesionales se identifican y pasan a comunicar el modo en que se obtuvo la información y el motivo de la información que se solicitará.

En el caso del CeSAC 35, esta actividad es realizada mayormente por las promotoras de salud junto a algún profesional del equipo de salud ambiental. Según señalan los trabajadores, puede ocurrir que los datos suministrados para la realización de las visitas sean inexactos: en ese caso, se deben comunicar los hallazgos a las autoridades con el fin de intentar mejorar la calidad de la información, o bien poder obtener la información necesaria. Otra posibilidad en el estudio de foco, es no encontrar a las personas en el lugar registrado. Luego comprendería que era una de las complejidades similares al seguimiento de los casos de intoxicación por plomo

En algunos de estos estudios pude observar que los pasos que se efectúan son los siguientes: al llegar al domicilio, los trabajadores del centro se identifican, corroboran la veracidad de la información que le suministraron desde el área programática, evalúan el su estado de salud de las personas que allí conviven, identifican otros “casos sospechosos”, transmiten sugerencias y responden dudas.

En dicha reunión se ha planteado explícitamente la inviabilidad de los relevamientos denominados perifocales (según los informes del ministerio de salud, sugieren efectuar un relevamiento de 9 manzanas), tanto en las zonas urbanas como en las villas y asentamientos denominaban perifocales a el hecho de salir a caminar por la zona donde hubo un caso, indagar si hubo otros y conversar con las personas para que conozcan y se informen las maneras de evitar ese problema de salud.

No solo se plantearon los problemas sobre las condiciones de trabajo, también tomaron provecho para hacer visible la situación crítica de las manzanas 25 y 26 (se describirá la situación de este sitio más adelante). La falta de suministro de agua y las condiciones de vida de ese sector de la villa, representó uno de los aspectos centrales en el planteo.

Según pude relevar de los registros de los cuadernos del equipo y de los comentarios de sus integrantes, se les informó a las autoridades del ministerio el problema que afronta el sector de las manzanas 25 y 26: los vecinos del barrio y los representantes de la Junta Vecinal han realizado múltiples gestiones y estrategias para poder incidir en la situación crítica del lugar, sobre todo en lo que tiene que ver con las dificultades en el acceso al agua y la recolección de basura.

En relación al problema que los convocaba, estos actores informaron la descripción de la situación desfavorable en las manzanas 25 y 26:

Acceden al agua para consumir por medio de un camión cisterna, el acopio de basura se realiza durante la noche y en muchas viviendas se efectúa el almacenamiento de agua durante la noche. Existen en el barrio recipientes sin tapa, caños fluviales y pluviales dañados, y bombas que "chupan" todo. Además hay un acopio de objetos que son reservorios reales o potenciales y, a la vez, estrategias de supervivencia de las familias por medio de ese acopio de residuos.
(Notas de libreta de campo, enero 2016)

Comprendí, con el correr de los días, que existía un conflicto en este circuito de organización. Había escuchado comentarios en las reuniones acerca de las contradicciones

en los mensajes planteados en la campaña preventiva. La comunicación entre los niveles generaba malestar. Las pautas sugeridas, al aplicarse en el contexto de la villa, generaban muchas contradicciones: “*use mosquitero*”, “*use repelente*”, “*no acumule agua*”, “*acceda al centro de salud si tiene fiebre*” (Ministerio de Salud, 2015). Esas contradicciones planteaban malestar. A los mensajes se le suman las condiciones de trabajo del personal de salud: centros de salud sin mosquiteros (CeSAC 35 sería el único), CeSAC sin aire acondicionado, falta de repelente para entregar a las familias por estudios de foco y para el personal de salud mientras se encuentra trabajando.

Las autoridades del ministerio manifiestan que no pueden afrontar la compra del repelente que se necesita y que sería importante rastrear las prácticas de cuidado de la gente para repeler los mosquitos.

En el momento del año en que se desencadenó la epidemia de dengue, muchos trabajadores se encontraban de licencia por el receso de vacaciones de verano. Existía escasez de fuerza de trabajo, y la situación afectaba al funcionamiento de los centros de salud. De tal manera, sumado a las contradicciones en la comunicación, las actividades que implican los “estudios de foco” propiciaban los reclamos sobre las condiciones de trabajo, la superposición de tareas y la necesidad de priorizar lineamientos.

Los argumentos del reclamo se sustentaban en situaciones donde algunos trabajadores se desmayaron en la calle por las altas temperaturas al momento de realizar sus actividades, y en interrogantes que tenían que ver con la cobertura del seguro de trabajo (ART) para las promotoras de salud y administrativas: según parecía, el gremio informó que su ART no les brindaba cobertura en los relevamientos de “estudios de foco” de dengue.

Por otro lado, existían fuertes reclamos por el problema en la distribución de repelentes -sobre todo a las personas con diagnóstico confirmado, a su grupo familiar y a los trabajadores de los equipos de salud. Esto también lo escuché en diferentes reuniones de equipo.

La reconstrucción de la reunión de contingencia que convocaron las autoridades del Ministerio de Salud de la CABA permitió hacer visible no sólo la disconformidad de los trabajadores respecto a las condiciones en que realizan el abordaje al problema del dengue..

El planteo respecto a condiciones inadecuadas de trabajo develó en mi mirada un conflicto de intereses ante este hecho sanitario: puntos de vista disímiles acerca de cómo abordar el problema, que en definitiva señalaba la discusión sobre cómo organizar el

trabajo, y un criterio diferentes respecto a las prioridades, las condiciones de trabajo y la toma de decisiones por parte de las figuras de autoridad. Por otra parte, se manifestaron “espacios grises” en los que se superponían las tareas y se perdía “claridad” respecto a las funciones y las responsabilidades a cumplir.

En dicha reunión se planteó explícitamente la inviabilidad del relevamiento denominado “perifocales” (relevamiento 9 manzanas), tanto en zonas urbanas como en villas y asentamientos. Según los comentarios, se coincidía sobre este punto, aunque no existieron comunicados ni manifestaciones oficiales sobre las pautas o procedimientos a seguir.

4.4 Reflexiones sobre las similitudes en la relación epidemia del dengue y respuesta sanitaria al problema.

Luego de reconstruir la reunión en el área programática vinculada a la epidemia del dengue mediante mis registros y los comentarios de los trabajadores sobre la reunión en el área problemática, comencé a reflexión sobre las similitudes entre el dengue y la intoxicación por plomo. Sin perder de vista las profundas diferencias, ambas, tenían un punto en común. Expresaban aspectos de la situación socioeconómica y política. Hablaban de la relación entre cómo viven las personas y cómo y de qué se enferman. Si bien, “teóricamente” todas las personas están expuestas a esta posibilidad, las posibilidades ciertamente no son las mismas. Entonces comencé a pensar en el Dengue en su función de trazador. Ese fue uno de los motivos, por los cuales considere propicio colocar a la situación de la epidemia del dengue dentro del marco de mis intereses de investigación. La relación entre el trabajo del equipo, y el problema sanitario de la epidemia del dengue, contaba con una similitud, respecto a la relación con la intoxicación por plomo en niños y niñas de la villa. La epidemia del dengue me permitió apreciar los efectos de las condiciones de vida, las personas se enfermaban de dengue, pero por causas que van más allá del mosquito. De igual modo, me permitió aproximarme al movimiento de actores vinculados a las políticas de Estado, directivos de áreas de programas sanitarios, autoridades jerárquicas de los ministerios en movimiento, y campo de la salud, los conflictos y la lucha políticas entre los actores, las relaciones sociales de dominación en el marco de este contexto histórico.

Por otra parte, la respuesta sanitaria a la epidemia de dengue a nivel local permitió visualizar dificultades en las condiciones de trabajo durante las actividades que se realizaron en diferentes zonas de la villa. El dengue fue un analizador pude corroborar que el dengue, al igual que la intoxicación por plomo, constituye un trazador y sintetiza diferentes variables asociadas a las condiciones materiales de vida. Los problemas con los repelentes, los mosquiteros, el acceso a la atención. A partir de los hechos de la epidemia del dengue, pude aproximarme y visualizar las tensiones y contradicciones, los desacuerdos y las disconformidades del equipo de salud ambiental del CeSAC 35. El conflicto generado en el vínculo entre los trabajadores y las personas de la villa por la escasez de estos recursos. Posibilitó que observará la relación entre el trabajo, la organización y la gestión del equipo y cómo esta relación estaba profundamente determinada por las condiciones de vida de las personas que habitan en la Villa. Como así también por la determinación del rol del Estado, del entramado de actores de diversa dependencia CABA, de los centros de salud de la Villa. La agenda estaba marcada por el problema del dengue, y la demanda estaba centrada en los repelentes, los mosquiteros y la fumigación

Comencé a asistir a diferentes reuniones del equipo de salud ambiental, y fui comprendiendo que trabajar en el Equipo de Salud Ambiental, también era conversar, comunicarse, generar acuerdos, eso era parte del trabajo. Allí no había procedimientos, no observé técnicas, control de signos vitales, auscultación. Era parte del trabajo en salud, pero estas eran las características centrales de lo que podía observar y registrar en primer momento. Era parte constitutivo del trabajo, la reunión, la conversación, la circulación de la palabra. De manera que tomé la decisión de acompañar en algunas ocasiones a los integrantes del equipo a otros establecimientos donde se realizaron reuniones con trabajadores de otras instituciones.

En determinados momentos del TOG sobre la epidemia del dengue pude develar aspectos que me permitieron interpretar rasgos de la relación entre el TOG del Equipo de Salud Ambiental y las condiciones de vida de las personas. Sobre todo, a partir de las dificultades. Estos acontecimientos me han permitido observar los obstáculos y limitaciones del trabajo de este equipo para resolver los problemas vinculados con la prevención del dengue. No contaban con recursos que se manifestaban en ese momento como imprescindibles para poder lograr evitar que se desarrollen más casos. Recursos que dependían de otros niveles de decisión: condiciones de las viviendas, acceso a los servicios, repelentes, mosquiteros etc. También el movimiento de actores del campo de la salud, un

dato significativo, el valor del repelente por aquellos días subió un 100%, este dato era más que una cuestión anecdótica.

La epidemia y las acciones que desencadenó, me permitieron comprender cómo los trabajadores lidiaban día a día con los efectos y los intereses en juego, en una partida donde ellos no formaban de manera directa en la toma de decisiones de las cuestiones que se demandaban. En ese momento reflexioné sobre la forma de organización del trabajo y las limitaciones. Existían amplios espacios de libertad en su forma de trabajar. No observe mecanismos de control más que el acuerdo mutuo entre el equipo y la firma por la asistencia. Sin embargo, pude observar que esta libertad estaba profundamente condicionada para la resolución de los problemas, tenía una dependencia respecto a la toma de decisiones de actores involucrados en otro plano y nivel en la toma de decisiones.

Observe que el equipo desplegaba formas estandarizadas en algunos casos, formas que fueron establecidas en otros niveles. Me refiero a la situación de contingencia sobre la epidemia de Dengue. La percepción ante estas modalidades de organización en el caso, es que fueron poco efectivas: Observe mecanismos de registro de información, aplicación de planillas, definición de casos, formulación de instrumentos, relevamiento de información de planillas, reporte de información a niveles superiores de gestión, mecanismo de seguimiento puerta a puerta de los equipos, pautas para evitar el problema.

4.5 La presencia de ACUMAR en la Villa: el trabajo, la organización y la gestión en la respuesta a la intoxicación por Plomo.

La presencia de ACUMAR en la villa se establece por medio de equipos de trabajadores que dependen laboralmente de la Unidad Sanitaria Ambiental (USAM). La UNSAM es un establecimiento que se encuentra fuera de la villa, pero en una zona próxima de la ciudad., se dedica al seguimiento de las personas evaluadas que manifiestan problemas de salud, y a la generación de información poblacional sobre la situación de salud de los distintos sectores del cordón sur de la ciudad. Su modalidad de organización se caracteriza por ser un grupo de diferentes profesionales: médicos, enfermeros, nutricionistas, médicos toxicólogos, trabajadores sociales y antropólogos.

El efecto inicial de la intoxicación por plomo crónica no presenta ni signos ni síntomas, motivo por el cual solo puede detectarse por medio de pruebas de laboratorio. Mientras no se detecta la intoxicación, el plomo va desarrollando un efecto nocivo en el

organismo: el más mencionado, y que puede constatar en la bibliografía, es el daño neuropsicológico que produce en niños.

Mediante información a la que he accedido a partir de diferentes conversaciones, en las entrevistas y en las búsquedas bibliográficas, pude corroborar el énfasis colocado en los niños. Una referencia por la cual, ACUMAR toma como referencia e indicador a la intoxicación por plomo en sangre, como dato para relevar la situación socioambiental de las personas que viven en la CMR, se basa en la referencia de los organismos internacionales, como la Organización mundial de la salud. Según se indica desde la OMS, los niños de corta edad son particularmente vulnerables porque, según la fuente de contaminación de la que se trate, llegan a absorber una cantidad de plomo entre 4 y 5 veces mayor que los adultos. Según refiere la OMS:

Una vez dentro del cuerpo, el plomo se distribuye hasta alcanzar el cerebro, el hígado, los riñones y los huesos, y se deposita en dientes y huesos, donde se va acumulando con el paso del tiempo. El plomo almacenado en los huesos puede volver a circular por la sangre durante el embarazo, con el consiguiente riesgo para el feto. Los niños con desnutrición son más vulnerables al plomo porque sus organismos tienden a absorber mayores cantidades de este metal en caso de carencia de otros nutrientes, como el calcio. Los grupos expuestos a mayor riesgo son los niños de corta edad (incluidos los fetos en desarrollo) y los pobres (OPS-OMS, 1998).

Un aspecto que comencé a detectar en los primeros meses de mi trabajo, fue el hecho de que la mayoría de las tareas posteriores al diagnóstico para incidir sobre la situación de la intoxicación por plomo, tanto desde del Equipo de Salud Ambiental del 35, como desde los profesionales de la USAM, estuvieron centradas en la convocatoria a aquellas familias en las que se detectaron niños intoxicados, con el fin de efectuar un seguimiento y control de los niveles de plomo en sangre.

4.6 Entre el apuro y la espera. El lugar del Equipo de Salud Ambiental en la problemática a la intoxicación.

Fue un viernes de lluvia del mes de febrero de 2016. Por distintos motivos, varios integrantes del equipo no habían podido asistir, así que éramos pocos. Una vez más, el mate giraba en ronda, y sobre la mesa teníamos dos carpetas y el cuaderno de registro.

Estábamos en la cocina, por la ventana se escuchaba caer la lluvia. Nuevamente el mecanismo: dialogo, palabra, escucha y debate. Recuerdos y propuestas.

Una de las residentes propició la posibilidad de que se desencadenara una conversación centrada en la situación de la intoxicación con plomo en niños. Era la primera vez que la veía -luego nos cruzaríamos en pocas oportunidades. Cuando me presenté, le comenté que mi tema estaba vinculado a la problemática de la intoxicación por plomo en niños que se habían detectado en la villa. Quizás esta presentación y mi presencia incentivaron a que en un momento la conversación girara en torno al tema: comenzaron a recordar algunas situaciones relacionadas a las actividades en conjunto con ACUMAR.

Tenía presente que durante las conversaciones previas donde surgió la relación con la relación con ACUMAR, justamente había dado cuenta de la existencia de una relación de disconformidad. Tensa y con malestar por sentir las contradicciones en su trabajo.

En esa conversación inmediatamente se percibía la disconformidad acerca de esas experiencias de trabajo. La conversación me resultaba muy interesante y evalué cuál sería, estratégicamente, la mejor manera de registrar ese momento. Casi de manera espontánea, consulté sobre la posibilidad de grabar la conversación. Escribir me sacaba de escena, ya que también me interesaba preguntar: mi inquietud giraba en torno a evitar molestias o incomodidad. Consideré la posibilidad de grabar era la mejor alternativa y lo argumenté señalando mi interés en poder conversar más fluidamente sin la presión de perder cualquier registro (Guber, 2001, 2005). No hubo dificultades ni alteraciones de ningún tipo y el clima de la charla se mantuvo como hasta el momento.

Consulté sobre la relación con los niños diagnosticados: si efectuaban algún tipo de trabajo o si tenían pensado algún tipo de estrategia. Me confirmaron que no tenían una relación con los niños intoxicados de manera programada, ni ninguna actividad planificada: de manera esporádica y por indicación del ACUMAR a través de la USAM, efectuaban un seguimiento de los casos detectados en los relevamientos efectuados en el año 2012. El trabajo consistía en pasar a buscar los listados de datos, informar a las familias sobre la importancia de realizarse un control e invitarlos a asistir a una fecha próxima para que pudiera realizarse una extracción de sangre.

En un momento, surgió una duda por parte de una de una de las integrante del equipo: *“El seguimiento está más vinculado con las iniciativas del ACUMAR?”*.

A partir de este comentario, se desencadenó un diálogo que me permitió comprender algunos aspectos del proceso temporal -desde que se conoció el problema de la intoxicación

por plomo en niños en la villa, hasta ahora, luego de cuatro años-, e informarme acerca del rol de los trabajadores del equipo de salud ambiental y las prioridades que ellos le daban a la situación. Interpreté esos hechos como un conflicto latente y zonas grises en la modalidad de organización ante la respuesta al problema.

Ante esa duda, otra integrante le respondió rápidamente y puso de manifiesto ciertas tensiones entre ACUMAR y el equipo, sobre las cuales yo ya venía sospechando.

Este año o el pasado, cuando volvieron a tomar las muestras y demás, algunos chicos se rastrearon y después no hubo un seguimiento. Ellos, en todo caso, lo siguieron; nosotros no. Creo que a muchos chicos a los que se les repitieron las pruebas, dieron los mismos parámetros de plomo en sangre. Después de la primera EISER se hicieron otras pruebas, pero al seguimiento se dedicaba la gente de ACUMAR. Ellos venían con el extraccionista y se les daba un consultorio. El año pasado se hicieron un montón de jornadas, donde se practicaba un nuevo relevamiento a los chicos que habían quedado de las jornadas anteriores. (Psicóloga, residente, integrante del Equipo de Salud Ambiental, febrero 2016)

Les pregunté abiertamente a todas las personas, si estas jornadas estaban organizadas conjuntamente, es decir, si el equipo de salud ambiental participaba de la organización y planificación de las actividades. Uno de los médicos generalistas del equipo me respondió:

“Bueno, en realidad estaba por ACUMAR. Nosotros acompañábamos, pero en conjunto. ACUMAR convocaba”.
Pregunté también en qué se basaba esa convocatoria, y me respondieron:
“No, no se basaba nada el centro de salud... era por ACUMAR nomás.”
(Médico Generalista, Integrante del Equipo de Salud Ambiental; febrero 2016)

Se dio un intercambio de opiniones en el que no hubo consenso acerca de la organización de las jornadas. Otro integrante respondió: *“Sí, es verdad. Para mí era un poco en conjunto”.*

Luego de preguntarles qué opinaban del rol de ACUMAR, se produjo una superposición de opiniones y comentarios simultáneos sobre lo que habían experimentado en el trabajo con ACUMAR. Entonces surgió un comentario que me llevó a reflexionar: *“Me pareció que hubo como un cierto apuro en lo que se hacía, ¿no?”.*

El manejo de los tiempos y las prioridades era otro de los puntos del desacuerdo con las iniciativas que planteaba ACUMAR. Por el relato, existía una cierta celeridad en los procedimientos, un “apuro” parecía manifestar criterios disímiles.

La apreciación sobre el “apuro” era consensuada por el resto presente: la mayoría afirmó este comentario gestualmente. Las opiniones señalaban poca integración entre los equipos de ACUMAR y el CeSAC 35; otros comentarios acerca de las actividades realizadas, marcaban la distancia y la lejanía respecto a las iniciativas. La relación unidireccional era otro de los rasgos en la relación. Otros comentarios fueron los siguientes:

Y nos mandaban: “bueno, ahora hay que hacer esto”. Esa es mi sensación. Era todo de repente y nosotros nos preguntábamos: “¿por qué ahora y no hace 6 meses?”. Nos decían: “va a haber unas jornadas que se van a realizar tal y tal día”. Nosotros acompañábamos esa instancia con la información que podíamos llegar a juntar, no fueron unas jornadas pensadas en conjunto (Psicóloga, residente, Integrante del Equipo de Salud Ambiental, febrero 2016)

También indagué acerca de los resultados de las evaluaciones. Considerando que no era una iniciativa propia y que el equipo estaba supeditado a las iniciativas planteadas desde ACUMAR, me interesó saber qué había ocurrido después de las jornadas y de los procedimientos efectuados. La respuesta fue:

Te enviaban los resultados con una aclaración acerca de si las personas o los chicos tenían algún tipo de seguimiento en particular: por neurodesarrollo o por la plumbemia. Esa información la teníamos. (Médico Generalista, Integrante del Equipo de Salud Ambiental; febrero 2016)

Otra integrante del equipo agregó:

Eso sí es un avance en relación a lo que, según tengo entendido, pasó en el año 2012. Ahí se le había hecho los estudios a un montón de gente y nadie, ni siquiera el centro de salud, tenía los resultados. En ese sentido, han evolucionado. (Psicóloga, residente, Integrante del Equipo de Salud Ambiental, febrero 2016)

Ante este último comentario, se manifestó una duda y se planteó un nuevo diálogo. Aquí los señalo como integrante A e integrante B:

A: Y ahora chicos, me surge una duda... este tema de los chicos con plomo y el tema de la relocalización, ¿no tiene que ver con el camino de Sirga?

B: Claro, porque también está relacionado con la causa Mendoza.

A: Exacto. Hay mucha gente que está por fuera del camino de Sirga y que también tiene plomo en sangre. O sea, presentan los mismos problemas que tienen los que están adentro del camino de SIRGA, y no se encuentran en el marco de la relocalización esperada.

B: Para mí fue arbitrario. A los chicos a los que les vuelven a realizar los estudios, nuevamente tienen plomo alto. Dicen que, en realidad, la solución es alejarlo de la fuente.

A: Hay chicos a los que les seguía pasando lo mismo, y también tiene que ver con la manera en que los padres trabajan o las actividades que realizan -juntando chatarra, por ejemplo. Ahí se les puede dar ciertas medidas preventivas, pero no modifican sustancialmente sus condiciones. Muchas de estas personas no están en el marco de la relocalización esperada.

B: Y otras situaciones que no son de plomo puntualmente, donde lo ambiental incide fuertemente en las condiciones de salud. Algunos no van a ser relocalizados, a algunos no les hicieron el estudio de plomo, a otros no les dio positivo, y otros no están en el camino de Sirga.

Esto me condujo hacerme algunas preguntas. En principio, sobre el sentido del diagnóstico de la intoxicación por plomo: ¿Para qué examinar la posibilidad de intoxicación en una población que habita en un sitio en el que ya existían evidencias sobre los efectos del ambiente contaminado?; por otra parte, consideré los desentendidos que generan poca claridad respecto al manejo de la información y definición de responsabilidades: ¿Era prioritario, para el equipo local, la situación de la intoxicación por plomo en niños? A medida que pasaban los días comencé a comprender que la situación de la intoxicación por plomo no aparentaba ser un problema prioritario para el equipo el Equipo de Salud Ambiental.

En la relación entre el trabajo cotidiano del Equipo de Salud Ambiental ante el problema de la intoxicación por plomo, existía malestar. Los trabajadores encontraban contradicciones y no compartían los criterios de abordaje y las prioridades. No lo sentían como prioridad, pero por encontrar otras más relevantes a partir de su conocimiento y vínculo con las personas y el lugar. Ese vínculo, entre el trabajo y el problema de intoxicación por plomo, estaba signado de prioridades como el diagnóstico sobre los niveles de plomo en sangre, el seguimiento y tratamiento, el relevamiento de información y reporte de información a otras dependencias. Yo no podía dejar de observar que las prioridades de las acciones de los diferentes equipos, estaba destinadas a considerar sólo una dimensión: la biológica

El relato de los trabajadores, me llevo a considerar la existencia de una tensión en la relación entre las personas, entre los equipos, y entre las instituciones. La existencia de

zonas grises, de responsabilidades, y de toma de decisiones y resistencias para el trabajo entre los equipos. Pero quizás, también la existencia de una tensión en el sentido del trabajo, aspecto que impactaba en las diferentes concepciones sobre la delimitación del tipo de prioridad.

4.7 Participando en la posta sanitaria de Cemento Alegre

Decidí participar de la posta de vacunación que se realizaba ese viernes, porque consideré que, al ser una actividad fuera del CeSAC en la que participaría todo el equipo, me permitiría ver las acciones que guardaban relación con las actividades realizadas en conjunto con ACUMAR. Por lo que me venían comentando, las actividades eran parecidas: esa actividad, denominada usualmente como posta, también se la suele denominar actividad extramural por efectuarse por fuera de los muros del centro.

La propuesta de la jornada era ofrecer la posibilidad de vacunar y desparasitar a los animales de ese sector del barrio, pero también guardaba un objetivo más general: fortalecer la relación con las personas de ese sector de la villa, observar el lugar y reconsiderar los planteos del equipo.

Juan planteó la salida y todos bajamos por la escalera. Éramos alrededor de siete personas; salimos del centro por la “puerta trasera” y comenzamos a caminar con los mobiliarios, carteles y folletos hacia Cemento Alegre

Sabía que realizaban estas actividades cada quince días: una semana planificaban la actividad y a la siguiente salían al sector de la villa. No había podido estar en la planificación, pero decidí participar en la realización de la actividad. Claudia, la socióloga del equipo, me compartió el siguiente planteo, lo retome de las desgravaciones de las conversaciones que tuvimos

La limitación que tiene el equipo es que los profesionales que formamos parte sólo disponemos de un día para desarrollar este tipo de actividades. Por otro lado, somos muy pocos. Necesitamos ser más y disponer de más tiempo. Los problemas vinculados con la salud y el ambiente del barrio nos desbordan: con un solo día casi no podemos hacer nada. (nota libreta de campo; febrero 2016)

Continuamos caminando y tuve, una vez más, la percepción de que en la villa existe un máximo rendimiento de los espacios disponibles. En este caso, caminábamos sobre un pasillo que aún sostiene sus rieles del ferrocarril de carga: en un tramo tuvimos, como en

otras oportunidades que recorrí el barrio días de lluvia, que asegurar las pisadas, pegar saltos y caminar sobre una madera que servía de puente.

Rosa, integrante del equipo y promotora de salud, fue quien nos guió. Una vez que atravesamos el pasillo angosto, llegamos a un lugar donde se ensanchaba considerablemente; parecía ser algo así como el centro de ese sector del barrio: las construcciones se disponían alrededor de un espacio libre, y también había diversos comercios.

Una vez allí, se armó rápidamente una especie de stand: una mesa, sus materiales y un cartel que decía “Centro de salud número 35”. En ese espacio abierto, había una camioneta chatarra y dos hombres desarmando artefactos, que aparentaban ser acopiadores.

Colaboré en el armado del stand y la folletería, y ayudé a la veterinaria a acomodar los elementos para la vacunación de los animales. En ese momento, Claudia propuso dividirnos en al menos dos grupos para realizar la difusión por ese sector de la villa. Así que nos dividimos y fuimos por distintos pasillos que se originaban a partir de este espacio “central”. La tarea era que las personas se informaran sobre la posibilidad de acercarse a vacunar a sus animales, y difundir información sobre dengue y otras plagas como roedores: la iniciativa también buscaba contemplar cualquier tipo de consulta al equipo.

Me incluí en uno de los grupos y recorrimos distintas casas. El mecanismo que se utilizaba para interactuar con las personas era regular: primero se presentaban y luego difundían la actividad del día. La mención solía ser la siguiente:

*Hola, ¿cómo estás? Nosotros somos de la salita de acá del barrio.
¿Conocés al centro de salud número 35? Estamos realizando una jornada
de vacunación para animalitos, perros y gatos. Se vacuna para la rabia y
otras enfermedades, y también se está desparasitando.*
(nota de libreta de campo, abril 2016)

El trabajo constaba en la entrega de folletos sobre el problema de los roedores y otras plagas, y en las medidas para prevenir el dengue. En algunos casos se planteaba la pregunta de si tenían problemas con las ratas: mediante ese planteo, las personas referían conocer el centro de salud y, en su mayoría, comentaban que el problema con las ratas era importante.

Esa actividad develaba cómo los mecanismos de organización y el proceso de trabajo del Equipo de Salud Ambiental, generaban un vínculo de proximidad con las

personas. En general, las personas expresaban una buena predisposición ante el llamado a la puerta. Contestaban amablemente, establecían la conversación, escuchaban y manifestaban su agradecimiento. En el recorrido pude percibir que muchas personas respondían que no tenían animales, pero agradecían el ofrecimiento; otras, señalaban que en minutos se acercarían al stand.

De a poco, pudimos ver que se iba armando una pequeña fila, mayormente de niños y mujeres. El stand llamaba la atención de los vecinos del lugar y se notaba su curiosidad al seguir con sus actividades.

La organización de la actividad constaba con la veterinaria en el stand, Juan repartiendo volantes y aprovechando para charlar con las personas, y dos grupos conformados por el resto que nos dividimos para caminar por los pasillos. Yo fui con Claudia y una de las promotoras.

Allí tomé nota de qué hacían y cómo se organizaban. El grupo de trabajadores del equipo de salud ambiental utilizaba como insumo a sus conocimientos técnicos y profesionales, los materiales gráficos y las estrategias de comunicación que denotaban un conocimiento del lugar. Los trabajadores estaban sin ningún tipo de uniforme y los instrumentos que utilizaban eran las vacunas, las conversaciones y su presencia en el lugar.

En uno de los pasillos, vimos a un grupo de jóvenes que no parecían tener más de 13 años. No era la primera vez que cruzaba a jóvenes en un estado, pero me llamó mucho la atención porque se les notaba un marcado deterioro físico: muy delgados, con vestimenta muy descuidada y tambaleando. Por un momento sentí que pasaban desapercibidos para el resto, ya que no había expresiones de sorpresa ante la situación. Supuse que quizás era algo regular en el barrio y que, por ello, nadie parecía alterarse; en mi caso, me llamó mucho la atención.

Luego de caminar por los pasillos difundiendo la actividad, decidimos volver al stand. Habían pasado unas dos horas y cuando regresamos, ya casi no había personas esperando atender a sus animales. En ese momento, mientras transcurrían los últimos momentos del stand, caminé hacia uno de los pasillos con las promotoras. Nos sumamos a otro de los grupos y encontramos nuevamente mucha agua estancada que obstruía parte del pasillo. En la libreta, registre los comentarios de soledad.

“Esto realmente es un problema, porque genera muchas enfermedades. Esta agua está enferma, por eso es importante realizar medidas de prevención. De todos modos, ahora está un poco mejor. La semana

pasada no se podía pasar por acá. Ahora parece que algunos de los vecinos echó tierras y piedras para armar los pasillos.
(Soledad, promotora de salud del Equipo de Salud Ambiental, 2016)

A propósito de este comentario, Claudia agregó:

Antes también estaban los guardianes del Riachuelo: si ellos estuvieran, quizás podrían abordar este tipo de problemas. Era un grupo de promotores que se dedicaban al tema de saneamiento. Pero, después de que vino Macri, todo se vino abajo. Es una pena.
(Claudia, integrante del Equipo de Salud Ambiental, 2016)

Otro de mis registros, me lleva a señalar una situación, en la cual, dos los jóvenes que había visto en ese momento, empezaron a caminar alrededor nuestro. En esa circunstancia, se asentaba más la sensación de estar fuera de sí. Se encontraban a unos 30 metros y cerca de ellos había otro grupo de jóvenes que parecían ser más grandes: se dejaba ver un conflicto entre ellos. Hubo un cruce de palabras y luego comenzaron a tirarse piedras. Esta situación llevó a tuviéramos que retirarnos del lugar. Nos dirigimos al pasillo central y al volver a Stand, vimos que ya se había levantado todo y que estaban a la espera de nosotros.

4.8 Algunas reflexiones sobre el vínculo entre el trabajo, la organización y la gestión en las problemáticas de salud

La participación en las reuniones de equipo y el seguimiento de la situación de la epidemia de Dengue, me permitió aproximarme a ciertas contradicciones que se daban en la relación entre el trabajo, la organización y la gestión del Equipo de Salud Ambiental. Si pensamos a la gestión como parte de concreción de la política. Y sí por otro lado, pensamos a la política como forma de distribución del poder. Quizás estaba en presencia de un tipo de implementación de política en tensión con formas de dominación. Aquí se expresaban relaciones de hegemonía, la tendencia dominante marcada y reflejada en los procesos de trabajo. El trabajo del equipo marcaba tensiones con una fuerza que se orientaba bajo otras prioridades: el seguimiento y tratamiento de las personas afectadas. El relato de los trabajadores, me llevo a considerar la existencia de una tensión en la relación entre las personas, entre los equipos, y entre las instituciones. La existencia de zonas grises, de responsabilidades, y de toma de decisiones y resistencias para el trabajo entre los equipos.

Pero quizás, también la existencia de una tensión en el sentido del trabajo, aspecto que impactaba en las diferentes concepciones sobre la delimitación del tipo de prioridad

Son escasas situaciones en las que he observado la estandarización de procesos, o bien otros tipos de mecanismos de coerción por medio de la supervisión directa para desarrollar la tarea. Sin embargo, pude observar una tensión, el malestar y la frustración. Las limitaciones determinaban el sentido del trabajo. Las políticas de Estado, a pesar del despliegue de recursos, en el plano cotidiano, es decir de las relaciones del día a día, reproducían una lógica: se priorizaba el procedimiento, los tiempos eran apresurados, y existían dificultades en la comunicación y el acuerdo entre los equipos. Claramente, los actores en relación perseguían diferentes intereses y observaban prioridades disimiles.

Pude percibir que predomina una manera del organizar el trabajo, denominada reunión de equipo: el dialogo, la reflexión ante los problemas, el diseño de estrategias, la planificación de acciones, parece ser un motor vital para el sorteo de las dificultades y sostenimiento del sentido del trabajo. En el trabajo cotidiano, sortean las dificultades que atraviesan a las personas que viven en el lugar. Caminan por pasillos entre medio de cables, calles con barro inundadas. Existen conflictos gremiales por los salarios, que es parte del reconocimiento social a la tarea. Contienen situaciones en las cuales no pueden dar respuesta, condiciones de las viviendas. Sin embargo, observé buen clima en las reuniones y mucha mística de equipo. Existen malestares con la relación con otros actores, asociados a no compartir el criterio sobre las prioridades, que para ellos son otras. Es decir, percibí compromiso y no trabajadores desmotivados.

En ese contexto desarrollan estrategias, para fortalecer el vínculo, se trasladan a zonas del barrio, generar acciones que convocan y generan interés en las personas, y consideran representa una oportunidad de relevar: un ejemplo es la posta de vacunación de animales. Diseñan mecanismos de comunicación, folletos, Stand. Caminan en el barrio, conversan con las personas. Sin embargo, una gran parte del tiempo, el trabajo se basa en premeditar mediante el encuentro grupal, el encuentro colectivo.

5 TRABAJAR ENTRE EL APURO Y LA ESPERA: ACERCA DE LAS LIMITACIONES.

En el transcurso de cinco meses de trabajo, participando de alrededor de quince reuniones de equipo, y mediante la realización de 14 entrevistas, vivencié múltiples situaciones que fueron cobrando significado, en algunas circunstancias pude acceder a relatos, manifestaciones que me permitieron sospechar las contradicciones que afrontaba el equipo. La transtienda de un equipo que en sus tareas cotidianas expresa implicación con el trabajo en convivencia con el relato de la frustración. Las conversaciones con los integrantes, por medio de las entrevistas semiestructuradas, me permitió aproximarme a sus puntos de vista, a su manera de comprender el movimiento de los actores y la implementación de una política pública expresada en las intervenciones de los equipos de ACUMAR.

En algunos momentos, pude percibir la tensión entre un equipo que trabaja con un modo de organización y gestión que manifiesta amplios márgenes de libertad, librado de mecanismos de control del tipo de supervisión directa, y potenciado con la existencia de espacios que propician la creatividad, los relatos sobre limitaciones acerca de las características de la demanda, y el tipo de acciones que desarrollaban, manifestaban contradicciones y desacuerdos con las acciones sobre cómo se respondía al problema de la epidemia de intoxicación por niveles elevados de plomo que se había detectado en la Villa 21 y 24.

5.1 Aprender a esperar

Un lunes por la mañana del mes de marzo, me acerqué al CeSAC para observar la sala de espera. En ese momento, me había propuesto, era ir a observar el ingreso de las personas al circuito de “atención con el fin de aproximarme a los aspectos más generales del contexto institucional en el que se trabajaba allí, con el interés puntual de observar – desde el lugar de las personas de la villa- cómo se ingresaba al circuito de atención. Si bien no formaba parte de los intereses centrales comprender la perspectiva de los usuarios ante el problema, tenía la intuición que me permitiría aproximarme a aspectos de la relación entre

el trabajo cotidiano del equipo de salud ambiental con el problema de la intoxicación por plomo del equipo de los niños, esta aproximación daría cuenta de algo de ello. Si una persona que tiene un problema de salud vinculado a la intoxicación por Plomo, quiere acudir al centro por voluntad propia a realizar una consulta: ¿Cuál es el mecanismo? y pensé: ir al centro y sacar un turno. Entonces, fui a la sala de espera.

La observación la realicé durante una hora. Ese día estuvo marcado por una situación particular: había sorprendido un paro de personal administrativo, una situación de reclamo por mejoras salariales. No era una excepción; en el transcurso de ese mes, ya se habían producido diferentes protestas gremiales llevadas a cabo por distintos sectores: el reclamo era por aumentos salariales. Al parecer, existían situaciones de conflicto salarial

La sala de espera se encuentra en la entrada del CeSAC. Al ingresar, observé dos puertas: una era la de la administración, la otra era la del ingreso a la zona de los consultorios. Ambas tenían un cartel con la inscripción: “paro administrativo”.

Las paredes saturaban la mirada con sus carteles, cartulinas y folletos. Mientras la mayoría de las personas permanecían sentadas, algunas decidían estar paradas y otras iban y volvían hasta la puerta. Conversé unos minutos con una mujer que estaba sentada a mi lado: le comenté que estaba haciendo un estudio sobre el centro de salud y le pedí permiso para conversar con ella para hacerle unas preguntas. Como accedió sin problemas, fui directo a lo que me interesaba.

En la sala de espera habría alrededor de 30 personas, algunas sentadas y otras paradas. En su mayoría eran niños y mujeres: los niños jugaban, corrían; las mujeres, tomaban mate. Tuve la sensación de que se habían preparado para esperar, ya que parecían tener un aprendizaje en la espera: mates, celulares, tejidos. Entonces recordé los análisis de Auyero (2013) quien señala a la situación de espera en los servicios estatales como un mecanismo que genera y reproduce el disciplinamiento de las personas que viven en sectores urbanos pobres.

–“¿Tiene turno? –le pregunté-. ¿Cómo se hace para conseguir un turno acá en el centro?”

–“Vine a las 5 de la mañana –respondió-. Hice la cola y me dieron un número. Acá se hace así”.

Fue una conversación de pocas palabras, pero con amabilidad. En ese momento miré el reloj y eran las 10 de la mañana: hacía cinco horas que estaba esperando poder hacer su consulta.

Al otro lado se encontraba otra mujer -en este caso, era una joven con su niña. Conversé con ella un momento y me comentó que se atendía allí desde los 12 años, que era el lugar donde solía hacer las consultas médicas y donde había seguido su embarazo y realizado los posteriores controles de salud de su niña. Según me comentó, en esa oportunidad había ido, justamente, para hacer una consulta médica por su niña: hacía tres días la había visto a la pediatra. Le pregunté si estaba conforme con la atención que recibía y me comentó que sí. Según mencionó, nunca había tenido inconvenientes y tampoco su familia. También le pregunté si consideraba que el centro de salud debía mejorar algo. Me confirmó sin dudarle: *“¡los turnos! Que sea más fácil que te atiendan”*. Sin embargo, seguido a ese comentario, señaló: *“Una vez que te atendés, te atienden bien”*.

Mientras conversaba, sentí una voz fuerte que llamaba a las personas por su apellido: provenía del primer piso.

Si bien sabía que el centro de salud enfrentaba diversas dificultades, en esta oportunidad me había sorprendido el tiempo de espera de las personas. Cuatro horas, en el caso de la mujer con la que hablé, había tenido que esperar para ser atendida. Tenía conocimiento -por mi vínculo previo y por las reuniones en las que había asistido hasta el momento-, de las intenciones manifiestas de la mayoría de los integrantes del equipo por mejorar y favorecer el acceso a las consultas médicas. Sin embargo, ocurría efectivamente que las personas debían esperar mucho tiempo para acceder a un turno.

La situación que había observado en la sala de espera no era una excepción. Había indicios de la existencia de un aprendizaje para la espera: las personas esperaban de manera habitual para realizar una consulta o resolver algún problema de salud. Luego a partir de los registros, me preguntaba: ¿por qué deben esperar tanto tiempo? Una posibilidad, y quizás el argumento con mayor peso, fuera por la escasez de trabajadores y profesionales para tantas consultas. Sin embargo, consideré que la situación de espera -que manifiesta una dificultad grande en el acceso a la atención-, estaba superando la voluntad e intencionalidad de las personas que están involucradas con los usuarios y los trabajadores del centro de salud. Era una situación que preocupaba tanto a los trabajadores de los equipos, como obviamente, a las personas que lo sufrían.

5.2 Estudio de foco de coqueluche y visita a la manzana 25 y 26

Un día la acompañé a Soledad y a Lucía, una nutricionista, a realizar lo que se denomina “estudio de foco” a raíz de un caso de coqueluche⁹ que hubo en la villa. Esta enfermedad afecta la respiración sobre todo de los niños, popularmente se denomina: tos convulsa”, si no se controla puede ser una enfermedad grave. Al igual que el dengue, debe reportarse a otros equipos, existe un procedimiento estandarizado similar al dengue. Debe informarse a las autoridades de otros niveles, y uno de las respuestas que se da desde el equipo ante este problema, es la visita a la casa de las personas.

Por diversos motivos, razones de las actividades, salir al barrio e ir a la casa de las personas era una tarea habitual, el hecho de vincularse directamente en sus casas, recabar información y luego reportarla. Soledad, es una de las dos promotoras de salud que integra el equipo; Lucía es nutricionista, pero según lo que pude llegar a conversar con ella, no pertenece al equipo, sin embargo, tiene interés en incorporarse, pero no le era posible porque los días viernes, el día de la reunión, porque ese día no trabaja en el centro de salud.

Antes de salir, aprovechando la ocasión, le pregunté a Soledad si podía acompañarme a conocer el sector de las manzanas 25 y 26: esas manzanas eran el sector de la villa más afectado por el dengue, uno de los lugares donde se registraban varios casos de diarrea y donde se habían registrado niños con niveles altos de plomo. Tenía mucho interés en conocer ese lugar de la villa, por todo lo que había escuchado en diversas oportunidades durante las reuniones de equipo: las condiciones de acceso al agua, el problema de la acumulación de basura, los desechos de las excretas y las condiciones precarias de las viviendas en ese sitio, manifestaban profundas dificultades).

Había llovido toda la noche, era una mañana muy húmeda. Caminábamos entre los charcos, por algunos tramos de asfalto y otros de tierra. Mientras tanto, Soledad me iba comentando características de algunas de las zonas, y en un momento me contó que ella

⁹ Es una enfermedad respiratoria muy contagiosa que puede ser muy grave, sobre todo en bebés y niños. Es ocasionada por un tipo de bacteria llamada Bordetella Pertussis, y tiene un período de incubación de 7 a 10 días. Se transmite de persona a persona al toser o estornudar. Por lo general, los bebés se contagian de sus hermanos mayores o de sus padres, que pueden tener la enfermedad sin siquiera saberlo. A diferencia de los adultos, los niños menores de un año tienen una alta probabilidad de desarrollar complicaciones graves -siendo la neumonía la más común-, y un riesgo de muerte. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/pdf/coqueluche-recomendaciones-definiciones.pdf>

había nacido por la zona y que, cuando era niña, el sector de la Loma era una montaña de basura donde ella iba a jugar; el paisaje del lugar había cambiado.

Saltábamos y esquivábamos el barro, subíamos y bajábamos escaleras: comprendí por qué la llamaban la Loma. Evitamos cruzarnos con perros sueltos y hasta tuvimos que retroceder en la marcha. Soledad saludaba a la gente, dando cuenta de ser una persona conocida para algunas mujeres de la Villa 21 y 24: ella nos marcaba el rumbo a Lucía y a mí. Había pasillos que no tenían salidas y lugares donde casi no entraba luz por la altura de las casas —en su mayoría de dos o tres pisos. Soledad tenía habilidad clave, de mucho valor. Conocía al barrio. Era parte clave de la organización del equipo porque implicaba la posibilidad de llegar, y contar con información que provenía directamente de las personas que habitaban en el lugar.

En los pasillos angostos de la Loma ví, en varios pasillos, compresores portátiles para dar presión al agua: por lo que parece, la presión de agua no es un problema centrado sólo en la zona de manzana 25 y 26. También me llamaron la atención sus conexiones eléctricas: alargues que, en algunos casos, hacían un amplio recorrido por el pasillo.

Nos tomó más de media hora encontrar la casa de la persona que buscábamos, a pesar de estar a no más de trescientos metros de distancia del centro de salud: no habíamos podido comprender la lógica de numeración de las viviendas. Finalmente llegamos, pero no había nadie en ese momento, así que Sol definió regresar al día siguiente.

Volvimos de regreso, esta vez por una calle más amplia: caminamos unas cinco cuadras, pasamos frente al centro de salud y, de allí, continuamos en dirección al Riachuelo por la calle principal, Osvaldo Cruz. Ese trayecto fue bastante rápido, quizás la inclinación del suelo ayudaba a acelerar el paso en el descenso. Al caminar por la calle Cruz y continuar por el asfalto, noté que había mucha agua acumulada: le pregunté a Soledad si era acumulación a causa de la lluvia y ella me dijo que no: *“Esto sale de los baños de las casas, es el desagote. No se sabe de dónde viene y qué es lo que trae, pero viene de las casas de este sector”*.

Caminamos rápido, cruzamos la calle e ingresamos a un pasillo: Soledad me aclaró que esa era la manzana 25, y que la de atrás era la 26. Luego señaló un marcado descenso y me dijo que a ese lugar le decían “la canchita” o “el pozo”.

Había comenzado a cambiar el cielo y se veía más gente transitando por los pasillos, sobre todo mujeres y niños. En el medio de la manzana puede ver la cancha de fútbol, que

únicamente permitía distinguir su atributo por los arcos de madera que tenía en sus extremos. La cancha delimita dos zonas en ese sector: de un lado, casas construidas sobre una elevación del suelo de unos 10 metros de altura y del otro costado de la cancha, viviendas muy precarias -aún más precarias que las del sector elevado. Caminamos costearo la cancha por uno de los pasillos.

Al estar ubicados en el sector elevado, podíamos ver la franja de viviendas que estaban más abajo: todos los techos y paredes eran de chapa; además, se veían maderas utilizadas para las divisiones. El enjambre de los cables es una característica regular en todos los sectores que conocí de la villa, también presentes en estas manzanas.

Sobre el piso al costado de las canchas, se ven tres cuadrados de cemento que no pasan desapercibidos. Cuando pregunté qué eran, Soledad respondió: *“son las cámaras de los pozos ciegos; esta es la zona que se inunda, es como una pileta: a esta gente se la tiene que evacuar siempre, porque el agua sube medio metro”*. Según comentaron, la bomba que servía para extraer el agua se había roto.

Decidimos descender y llegar hasta el fondo. Soledad preguntó si queríamos seguir y ver el Riachuelo: dijimos que sí. Como ella conocía el lugar y los sentidos que debíamos tomar, ella fue la que nos guió. Observé, Niños en las veredas, mujeres que caminan. Seguimos caminando hasta llegar a unos 20 metros del Riachuelo, donde el espacio se abrió nuevamente: Sole nos comentó que allí había existido una vivienda que había sido demolida para que no fuera ocupada. A la familia la habían reubicado en un complejo habitacional construido por el gobierno local que se denominaba Castañares. Se ubica al sur de la ciudad, a unos 40 minutos de distancia de donde viven actualmente.

Estábamos parados en un espacio abierto, en una suerte de elevación. Soledad se adelantó unos pasos y nos señaló un lugar a unos metros: un gran basural, en el medio de la manzana. Desde allí se veía el Riachuelo. La idea que se había barajado en un momento era la de trasladar a toda esa gente, aunque solo se hizo con algunas personas.

Nos detuvimos frente a una puerta de alambre y Soledad golpeó las manos. Apareció un joven, al que le pedimos permiso para pasar a ver el Riachuelo y que aceptó sin problemas.

Soledad nos señaló una zona de unos 15 metros que estaba sin viviendas: el espacio había sido liberado y todas las familias, reubicadas. Entre el Riachuelo y donde estábamos parados, había un alambrado que funcionaba como divisorio: avanzamos siguiendo rodeándolo. En el camino de vuelta, Sole nos sugirió caminar más rápido porque

había unos jóvenes que aparentaban estar consumiendo algo: no era la primera vez que me encontraba en esa situación, pero Lucía parecía intranquila. Finalmente nos alejamos.

Ese pasillo nos dirigía a las vías muertas. A la salida del recorrido, nos encontramos un gran cartel con un mapa de la zona que contenía la siguiente información:

La zona delimitada en el plano se encuentra afectada a la ejecución del fallo de la causa Mendoza Beatriz y otros, con el estado nacional y otros daños y perjuicios en post de la demolición y liberación del área para la construcción del camino de sirga. No construya, no venda, ni compre una vivienda en el área. Para más información diríjase a Pje. Carabelas 258, Ciudad de Buenos Aires, de lunes a viernes de 09:00 a 14:00hs. Instituto de la Vivienda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (donde, año)

Detrás del cartel había una garita que parecía custodiar el lugar. Luego llegamos a las vías muertas: se veían algunos carros de recolección, pequeñas quemas de basura, viviendas de chapa y madera. En ese pasillo no había personas, salvo las que se encontraban a unos metros en la garita.

Regresamos caminado lento, en silencio: recién ahí pude reflexionar acerca de lo que había visto. Nuevamente, no había procedimientos, y el tiempo cobraba otro valor. Aquí, el sentido del tiempo tenía otra lógica. En el estudio de foco, el eje era el vínculo que requería de la presencia física y del diálogo: no se habían desarrollado procedimientos mecánicos. Otro aspecto importante del trabajo era saber caminar por la calle y conocer el barrio, lo cual lo asocié a que Sole destinaba casi todo su tiempo a realizar actividades de este tipo, mientras que Lucía visitaba el barrio por primera o segunda vez (Merhy, 2006).

La relación entre el tiempo y el trabajo no estaba racionalizado, marcado por procedimientos y la estandarización. A diferencia, estaba sustentado en el dialogo, en la escucha, y en conocer el terreno. Nuevamente, no había líneas de montaje

5.3 Caminar es trabajar: la casa de Dominga

Caminar era parte del trabajo de Soledad. Había acordado con Soledad ir nuevamente a la manzana 26, ya que había quedado pendiente de la última vez que salimos. Tenía profundo interés en conocer esa zona porque era mencionada constantemente en el equipo y señalada como uno de los lugares con mayores problemas socioambientales.

Caminamos con Soledad desde el centro de salud hasta la manzana 26, ubicada a unas 5 cuadras. En el camino presté más atención a la acopiadora que se encontraba frente a la vía muerta: era un lugar bastante grande, con un gran portón y, en ese momento, con al menos tres carros recolectores en la puerta.

En una de las calles del interior, a una cuadra de Osvaldo Cruz, vimos estacionado al camión cisterna que distribuye agua. Nos acercamos junto con otros vecinos del lugar, y una mujer nos preguntó si éramos de ACUMAR. En ese momento me sorprendió y llamo mi atención el aparente conocimiento que tenía sobre el organismo. Le respondimos que no, y Sole se detuvo con mayor: *“nosotros somos de la salita, del centro de salud 35, que esta acá a unas cuadras. ¿Usted qué necesita?”*. La señora, quien luego supimos que se llamaba Dominga. Nos realizó comentarios, que pude registrar posteriormente en mis notas de campo. En aquellos días, se le había caído parte del techo, eran chapas que ya están viejas. Nos señalalo en el dialogo *“Vivo con mis nietitos; me dijeron que me tienen que trasladar y yo no sé qué hacer. Si arreglo mucho la casa, no entra en las prioridades; además, me dijeron que no me pueden dar subsidios para arreglar mi casita. Tengo a mis nietos acá en la escuela, todo organizado: necesito que me ayuden, se me llena toda la casa de agua.* (Notas sobre Dominga en mi libreta de campo).

Un aspecto que no consideraba hasta el momento era el tema la reubicación de las personas. Dominga no contaba con información y necesitaba resolver su problema en ese momento. Soledad, una vez más, actuó rápidamente: le preguntó si conocía al centro, si había ido alguna vez. Dominga dijo que sí, que había ido en algunas oportunidades al centro de salud. Soledad pensó que lo mejor era que se acercara a la reunión de equipo el día viernes para ver cómo se la podía ayudar: le anotó en un papel los nombres y la franja horaria. Nuevamente, Dominga dijo que no sabía qué hacer con la gente de ACUMAR, que no sabía cómo encontrarlos.

Pude recabar de mis registros que realicé, el momento en que fuimos a la casa de Dominga. Casi al momento de despedirnos, Dominga nos invitó a conocer su casa *“¿quieren venir a ver mi casita?”*, dijo. Soledad me miró y yo asentí. Estaba profundamente interesado en conocerla.

En el camino, nos cruzamos con más personas que se dirigían hacia el camión cisterna. Era un sector con pasillos más anchos, con características de calles angostas.

Llegamos a su casa, ubicada a unos 50 metros del Riachuelo. Dominga nos invitó a entrar: primero atravesamos un pasillo al aire libre y muy angosto, que se ensanchaba a medida que avanzábamos. Adelante vimos la puerta de ingreso a la vivienda. Ni bien entramos, nos topamos con dos tachos de agua grandes, que ocupaban un espacio considerable en comparación al espacio disponible. Dominga nos comentó que ahí acumulaban agua para bañarse y lavar las cosas (en ese momento recordé las discusiones y la disconformidad del equipo respecto a las recomendaciones para abordar el problema del dengue y la situación de acopio de agua, en muchas de las viviendas del barrio). Era un espacio pequeño, con una cama de dos plazas, dos camas más chicas y una mesa con utensilios para cocina. Una de las paredes estaba totalmente mojada; las camas se ubicaban en la pared que estaba más seca; Dominga nos señaló una parte del techo de chapas y en ese momento nos dijo: “ese era el lugar que se “llovía” señalando el sector del techo de la casa. Se notaba que era una casa de varios años, porque los tirantes eran de una madera vieja. Luego, Dominga nos señaló uno de los tirantes y nos dijo que de ahí, a veces, salían arañas bastante grandes.

Las palabras de Dominga se volvían cada vez más inquietantes y generaban mucha ansiedad, debido a que no podíamos ofrecer otra respuesta más que se acercara al centro de salud. Los dos estábamos en silencio; Sole no contestaba nada, solo miraba el lugar con un gesto de consternación. Fueron unos breves minutos, pero de una profundidad tan fuerte que aún continúan presentes en mí. Nuevamente la demanda de recursos que no están al alcance de resolución de los trabajadores.

Dominga nos agradeció por la visita y confirmó que pasaría a los dos días por el centro de salud. Salimos y caminamos en silencio. A diferencia de otras oportunidades, Sole no me dio tema de charla y no volvimos a hablar de la situación.

5.4 Acerca de las limitaciones

Las acciones de los trabajadores, las conversaciones establecidas en sus entrevistas y los diálogos que se generaron en el marco de las reuniones de los días viernes, me hicieron considerar que, la problemática que visualicé como posible trazador para aproximarme a la organización del trabajo, ocupaba un lugar muy pequeño dentro de las preocupaciones y prioridades de los trabajadores del equipo de salud ambiental en comparación a otras

problemáticas. En el transcurso del tiempo, mis supuestos estuvieron fuertemente interpelados. En una conversación que mantuve con Juan, registré esta frase que continuó acompañándome en lo que restaba del trabajo de campo:

No es la principal preocupación del equipo salud ambiental el tema del plomo, pero sabíamos que nuestra intervención iba a traer consecuencias; es una encuesta de corte transversal: hacen lo que tiene que hacer y se van, la gente queda expuesta sin respuesta de lo que pasó y de lo que está pasando. (Notas de libreta, Médico Generalista; integrante del Equipo de Salud Ambiental, Marzo 2016)

Previo a las acciones planteadas por ACUMAR, el equipo se encontraba efectuando actividades en las manzanas 25 y 26, sector en el que, luego de las evaluaciones, los resultados indicaron que era el sector que concentraba más casos de intoxicación por plomo.

Las acciones se encontraban atadas a las directivas que establecía ACUMAR: el envío de planillas para el seguimiento de casos y la búsqueda de los niños intoxicados que habían sido evaluados por la EISAR. Según me comentaron, no siempre podían ubicar a los niños: o se habían mudado o no encontraban a ninguna persona al momento de la visita. La dimensión de la expectativa generada a partir de la posibilidad de la reubicación, está materialmente fuera del poder de definición de los trabajadores; el seguimiento de los casos era una tarea ardua y frustrante, y la posibilidad de actuar sobre la prevención resultaba inviable por el contexto socioambiental degradado. Sobre el tema del plomo, los trabajadores se encontraban en una encrucijada, ya que no contaban con los recursos para resolver el problema.

En el contexto de una entrevista conjunta, las promotoras de salud Rosa y Sole, hicieron referencia al trabajo que estaban realizando desde el equipo:

Nosotros, que trabajamos el tema del plomo, lo único que pudimos dar es información. Hicimos un folleto donde se explicaba qué cosas conviene y no conviene hacer en la casa, pero no podemos solucionarles los problemas a la gente. O sea, elevamos reclamos como equipo de salud, elevamos reclamos para que la UGIS se hiciera responsable la gente que necesita materiales. ¿Pero qué pasa? La respuesta de la UGIS es: “como van a ser relocalizados, para qué arreglar algo que después se va a tirar”. (Promotoras de salud, integrantes del Equipo de Salud Ambiental, Marzo 2016)

Durante la mayor carga de tiempo del trabajo de campo, el equipo desarrollaba acciones vinculadas a las pautas educativas y de transmisión de información, como charlas, distribución de folletos y realización de talleres. He observado y escuchado los relatos acerca del conjunto de actividades que se vinculan con el TOG del equipo: caminar el barrio, recorrer los pasillos, participar de reuniones con organizaciones sociales y otras instituciones del barrio, estar en contacto permanente con la defensoría, producir material gráficos -carteleros, folletos. Desde el punto de vista de algunos integrantes del equipo, parece ser restrictivo frente a la dimensión del problema que abordan, ya que se vincula con aspectos estructurales como los servicios básicos y las condiciones de las viviendas.

Reflexionar sobre el trabajo que observaba del Equipo de Salud Ambiental y su relación con la conformación de un equipo, traslado mis inquietudes desde el *cómo* lo hacen, hacia la pregunta de *qué* es lo que hacen y pero en fuerte correlación de un interrogante, *qué* hacen y para *qué* lo hacen (Onocko Campos, 2007); es decir: ¿cuál es el producto buscado? (Sousa Campos, 2009). En la situación que atraviesa el Equipo de Salud Ambiental del CeSAC 35 ante la intoxicación con plomo, la dimensión material del problema requiere recursos que no están dentro del poder de decisión del equipo. La organización del trabajo, sostenida en mecanismos horizontales, genera condiciones propicias para desarrollar acciones creativas e innovadoras (Merhy, 2006, 2008; Sousa Campos, 2009), sin embargo, la sensación que expresan los trabajadores del Equipo de Salud Ambiental, aparenta ser de frustración.

En la manera de trabajar del Equipo de Salud Ambiental, observé cierta versatilidad a la hora de efectuar tareas en diferentes escenarios: aunque sostenían una modalidad de organización interna de carácter horizontal, propiciando a que las reuniones se constituyeran en espacios democráticos (Sousa Campos, 2009; Testa, 1974; Spinelli, 2015), las circunstancias marcaban fuertes limitaciones. En un momento de mi trabajo de campo, tuve la oportunidad de conversar con Claudia sobre la situación de la intoxicación por plomo en niños. Me llamó la atención que ella, en diferentes oportunidades en el marco de las reuniones de equipo, señalaba que *“lo ambiental, que debería ser prioritario, no se toma”*. En diferentes ocasiones, también manifestó la preocupación respecto a la necesidad de ver el modo de favorecer el acceso de las personas. Además, me comentó que trabajar sobre la problemática del plomo era frustrante para ella: señaló que cada vez había más gente

viviendo en el barrio, que los problemas se agravaban a medida que pasaba el tiempo y que la falta de recursos en el sistema de salud era cada vez más grande. Respecto al tema del plomo, Claudia me señalaba:

Es un bajón el tema. ¿Cómo trabajas lo del plomo, si no se labura lo que está de fondo, vinculado a las condiciones de vida? Son temas muy dolorosos, porque no se resuelven. A mí me angustia. Vos le decís a la gente que use agua segura, pero no hay. Entonces uno se pregunta: ¿cómo lo laburo? (socióloga, integrante del equipo de salud ambiental, marzo 2016)

Al escuchar las palabras de Claudia, recordé aquellas referencias que mencionan la existencia de un sufrimiento asociado a los obstáculos para la realización de la tarea primaria, la cual se entiende por la finalidad y se vincula con la producción de valor de la utilidad (Onocko Campos, 2007). Asimismo, asocié los comentarios de Claudia a los aportes que advierten que, en muchas ocasiones, la forma de organización acaba por suplantar la utilidad. Tal vez aquí, en la respuesta a la problemática de la situación toxica asociada al plomo, no estemos solo ante la presencia del sufrimiento ambiental, sino también ante el sufrimiento institucional (Auyero, 2008).

Esta situación, me llevó a reflexionar nuevamente sobre las tareas y sobre cuáles son los resultados esperados del proceso de trabajo de este equipo. Para los trabajadores, las actividades vinculadas a la intoxicación por plomo parecían no tener sentido. Sin embargo, la situación tóxica asociada a los niveles elevados de plomo en sangre, es una problemática más dentro de otra lista de problemas, e incluso no ingresa en la lista de las prioridades. Según me comentaron en las reuniones de equipo, antes de comenzar las actividades con ACUMAR, estaban trabajando con el tema de las plagas, roedores y basura:

Las respiratorias y gastrointestinales de las poblaciones de niños; vivo viendo los problemas relacionados con la piel; mucha violencia, la violencia me parece que es todo un tema: violencia de género, familiar, entre pares; el tema de las piezas dentales, la pérdida de las piezas dentales es algo muy fuerte. Después está lo que se averiguó con los estudios, la cuestión del plomo es un tema. El acceso a la nutrición saludable es un tema, hay gente que está muy mal alimentada, que se ve que es por el acceso al tipo de alimentación que tiene. Enfermedad por mordedura de ratas, mordedura de perros; el dengue, otras zoonosis, las parasitosis.

Las gastrointestinales también se pueden marcar en esto de la basura; las respiratorias muchas tienen que ver con el aire... Y después el tema de la violencia: una vida con tantas carencias lleva a un estado de violencia de por sí. (Veterinaria, integrante del Equipo de Salud Ambiental; 2016).

Percibí, en diferentes circunstancias, dos maneras de concebir la organización del trabajo, existía malestar por la propuesta de ACUMAR. Según pude reconstruir, el trabajo en conjunto marcaba conflictos: la potencialidad del equipo sustentada en la producción grupal, los espacios de reflexión y la iniciativa creativa que observé en las reuniones, tal vez se veía opacada por la imposibilidad de formar parte del diseño de las actividades y, sobre todo, por no contar con el poder de decisión sobre las reubicaciones y el seguimiento de los casos detectados.

Es como que vienen y te llevan puesto. De ahí hay que salir corriendo a suspender todo, ponerse a tomar sangre, abrir historia clínica; una parte del equipo se tuvo que abocar completamente a eso (Veterinaria, integrante del Equipo de Salud Ambiental; 2016).

El diagnóstico de la intoxicación por plomo en niños, se desprende de las evaluaciones EISAR efectuadas en los operativos de ACUMAR. Actualmente, el equipo enfrenta avatares vinculados a dar respuestas a un problema que emergió a la luz de la intervención de un organismo Estatal que, aparentemente, no otorga recursos para desplegar soluciones adecuadas. En el “recorrido” realizado en el trabajo de campo, tuve la oportunidad de entrevistar a una referente de la Dirección de Salud Ambiental GCBA, que señaló algunos aspectos de la respuesta al problema del plomo:

Se asocia a la intoxicación con plomo a la disminución del coeficiente intelectual. Entonces la verdad es que, primero que los niños que tenían algún "problema" o algún "trastorno" con estas pruebas, no siempre eran los que tenían valores de plomo elevado: podían tenerlo ya normalizado por haber estado expuestos durante mucho tiempo, o incluso durante el embarazo de sus madres. Era muy difícil de establecer. (Ex Directora de la Dirección de Salud Ambiental GCBA febrero 2016)

La evaluación desarrolló y generó la detección de un problema, sobre el que no había ni una respuesta establecida, ni recursos diseñados, ni una contención planificada tanto para las personas como para los trabajadores de los establecimientos del lugar.

En diferentes ocasiones, se detuvieron en la discusión respecto a qué se hacían con los resultados de las pruebas EISAR. Según comentaban, el procedimiento se basaba en

realizar las pruebas en tráiler de camiones que se emplazaban en las calles del barrio; eran jornadas que movilizaban muchos recursos y personas. En ese contexto, según relataron:

Les decían a las propias madres de los niños: "no pasó la PRUNAPE", que era la prueba nacional de desarrollo psico-motor. Les decían eso sin tener en cuenta todo lo que hace a la interculturalidad y a un montón de otros aspectos; y porque, cada vez que se "identificaba un problema", no había una derivación a algún centro que los recepcionara y que les diera una respuesta. La verdad, me pareció que se utilizó como para validar pruebas por parte de unos grupos que cobraron por esto. (Directora de la Dirección de Salud Ambiental GCBA febrero 2016)

Las distintas opiniones de los trabajadores del equipo de salud ambiental del CeSAC 35, como así también de los referentes de los equipos del nivel de coordinación ministerial de la Ciudad, mostraban las tensiones y desacuerdos en el diseño e implementación del abordaje a la evaluación de las condiciones de salud de la población en situación de exposición de la degradación y contaminación ambiental. Señalaban respecto a los procedimientos desarrollados:

En todo esto de la PRUNAPE y las pruebas, en realidad, si a los niños se les hace el dosaje, lo primero que tenés que tener es una resolución de los resultados, de la mano de: "su niño tiene tanto, esto puede significar esto, esto o lo otro (Integrante de la dirección de salud ambiental). Directora de la Dirección de Salud Ambiental GCBA febrero 2016)

En otra oportunidad, Rosa y Sole me señalaron -desde una visión de las personas que viven en el barrio-, acerca de otro aspecto de la respuesta: la reubicación, la que no contempla dimensiones relevantes de la vida cotidiana de las personas destinatarias de estas políticas.

Yo pienso que el problema mío lo tiene mucha gente, mucha gente de acá: de ir a otro lado donde no conocés, donde tenés que empezar de vuelta... Por más que me den una vivienda y que sé yo, es empezar a hacer otros vínculos (Promotora de salud, integrante del equipo de salud ambiental, 2016)

Comprendiendo las referencias acerca de la sensación de apuro señaladas en varios momentos: entrevistas, reuniones y conversaciones. Detrás del velo del apuro y la espera,

¿se encuentra el poder y el disciplinamiento? Si bien el equipo de salud ambiental guarda amplios márgenes de libertad en su cotidiano, encuentra profundas limitaciones que responden a otro orden de cosas, decisiones que impactan en la forma de organización del trabajo y que llevan a redireccionar la agenda de prioridades. El apuro por efectuar acciones que no están delimitadas por la propia iniciativa, y la ejecución que no responde a las acciones habituales del equipo: ¿Qué es lo que ocurre que un equipo en condiciones propicias para abordar este tipo de problemas, se encuentra profundamente limitado y casi sin posibilidades de resolver los pedidos, las demandas y el planteo de problemas? Entiendo por “condiciones propicias” a las formas de organización del equipo basadas en la producción grupal, con rasgos horizontales y con un sólido conocimiento técnico de la temática.

6 CONCLUSIONES

Inicialmente describí las acciones realizadas a la luz de un problema sociosanitario singular detectado a partir de la intervención de un organismo del Estado, Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR). El origen de la visualización de la intoxicación se realizó en el contexto de la implementación de un plan (Plan Integral de Saneamiento Ambiental), que abarcó a un entramado de actores con anclaje en diferentes jurisdicciones. El Equipo de Salud Ambiental del CeSAC 35, fue el referente ante los habitantes de la zona de las acciones diseñadas y coordinadas por integrantes de equipos de ACUMAR.

He considerado a la intoxicación por plomo en niños, una situación propicia para indagar la respuesta que desarrolla un equipo de trabajadores mediante su trabajo y organización (Spinelli; 2010). Concebí la selección del trazador como un indicador que posee la capacidad de traducir una estructura latente en observaciones manifiestas, permite sintetizar un conjunto mayor de procesos sociales más amplios y posibilita construir una unidad de observación (Castellanos, 1994).

Esa posibilidad me permitió aproximarme a indagar y describir por medio de una aproximación etnográfica (Guber; 2011), el trabajo que realizan el Equipo de Salud Ambiental del Cesac 35 ubicado en la Villa 21 y 24, CABA y su dinámica de organización. Estas páginas expresan el trabajo de investigación que pude desarrollar gracias a la oportunidad que me ha brindado un grupo de trabajadores de formar parte de su trabajo cotidiano.

A través de una aproximación etnográfica pude reflexionar sobre disconformidades que se expresaron en el discurso de los trabajadores del equipo, y la existencia de tensiones; por una parte, la tarea se basaba en responder a dificultades de acceso a recursos básicos para sostener condiciones sanitarias adecuadas, pero ante esta situación la eficacia en la respuesta, escapaba a su capacidad efectiva de resolución.

Mi aproximación al campo estuvo signada por mi rol de “observador privilegiado”, a raíz de mi conocimiento previo del lugar, los trabajadores y algunos aspectos vinculados a la organización del trabajo que efectúa el equipo de salud ambiental del CeSAC 35.

Tal vez por esta proximidad, tardé un tiempo en detenerme a considerar las características del equipo tomado como principal unidad de observación. Este está integrado por trabajadores de diferentes profesiones y promotoras de salud de la villa, y tiene la

función de trabajar en acciones preventivas. Se trata de un equipo versátil, que sostiene una modalidad de trabajo grupal continua y que logra desarrollar acciones en diferentes escenarios. La modalidad del trabajo no guarda relación con acciones mecánicas pero, pese a esta organización -que según la literatura en la materia podría considerarse como apropiada (Sousa Campos, 2010), observé profundas limitaciones en la resolución de las dificultades materiales: es decir, escaso poder para incidir.

Durante mi trabajo de campo percibí que las principales preocupaciones del equipo estuvieron centradas en la falta de acceso al agua segura para consumo humano, en las instalaciones inadecuadas para manejo de las excretas, la recolección de residuos y la exposición continua a un sitio contaminado. El énfasis del equipo fue diferente en los distintos sectores de la villa: las manzanas 25 y 26 constituyen el sitio de mayor interés para el equipo, tal vez por el hecho de ser el sector que sufre con mayor frecuencia las consecuencias del contexto de degradación y donde converge la mayor concentración de casos vinculadas a las problemáticas de diarrea, parasitosis y dengue.

Hasta el momento en que finalizó el trabajo de campo, la situación de segregación espacial no se había modificado. Existen profundos problemas en el seguimiento de los casos y no es visualizado como una prioridad por la población ni por los trabajadores: las acciones se habían orientado a constatar y corroborar el nivel de plomo en sangre, sin acciones resolutivas.

El ambiente en la villa 21 24 es resultado de profundos procesos de degradación histórica. Degradación que se expresa también en las personas. Los indicadores disponibles permitieron describir un mapa de situación que manifiesta condiciones de vida desfavorable en términos generales. Por ejemplo, los datos relativos a mortalidad infantil, que superan aquí a los indicadores disponibles para otras áreas de la CABA.

Respecto a las actividades vinculadas a la situación tóxica asociada al plomo, el equipo desarrolla acciones restringidas a las pautas educativas de transmisión de información. Percibí dos modalidades en tensión, en disputa cotidiana respecto al sentido del trabajo y a las prioridades (Spinelli; 2010). Percibí también la capacidad de un grupo de trabajadores de transformar malestares en demandas, sosteniendo la postura de intereses contrapuestos respecto a las autoridades sanitarias, por ejemplo al plantear la disconformidad en las condiciones de trabajo desarrolladas en las actividades preventivas en el marco de la epidemia de dengue, un problema sociosanitario con fuertes similitudes con la problemática trazadora.

A pesar de los constreñimientos del contexto, el Equipo de Salud Ambiental, que expresa modalidades trabajo, organización y gestión, que otorgaban efectividad en la producción del vínculo con las personas del barrio, podríamos considerar, en términos de valor de uso (Sousa Campos, 2010). Observé el desarrollo de vínculos de proximidad y confianza con las personas de la Villa 21 y 24. Los hechos de la epidemia del dengue me han permitido considerar cierta certeza en esta apreciación. Comprendí que posiblemente estaba ante la presencia empírica de lo que Emerson Merhy denomina tecnologías leves. Modalidades de organización que permiten capturar y fortalecer el trabajo vivo. Un trabajo humanizado que mantiene la creatividad en los trabajadores (Merhy, 2006; 2017)

Las acciones vinculadas con la respuesta a la epidemia de dengue me permitieron considerar el papel protagónico del equipo de salud ambiental por estar en vínculo directo con las personas. Hablar de organización del proceso de trabajo, me llevó a focalizar en el *cómo* o en el *qué*, y en gran medida se omitió el *para qué*.

Ante la dimensión del problema de las condiciones de vida de personas que habitan en la villa, observé pero también compartí y vivencié su indignación y desazón junto a los trabajadores del equipo, al mismo tiempo que traté de sortear mi proximidad a los vínculos de afecto y al campo práctico para poder ver allí dónde estaba mirando, y para poder oír en los momentos que estaba escuchando. La indignación, en algunos momentos, fue tal que me costó poder apartarme y reflexionar; tal vez se debió a que yo estaba demasiado empapado de sentido común -sanitario técnico-, que casi de manera rígida intentaba encontrar al culpable y no me colocaba en el lugar de comprender qué es lo que estaba ocurriendo allí. El pensamiento se transformó en un fuerte obstáculo. De manera prematura, supuse que los trabajadores debían actuar sobre este problema relevante, por afectar a niños y, sobre todo, por el retraso madurativo que acarrea. Sin embargo, comprendí que no es prioridad para los trabajadores del equipo: la mirada estaba centrada en otros problemas. En el período que efectué mi trabajo de campo, la situación emergente que dominó las reuniones, las novedades, el desarrollo de las acciones y la iniciativa de planificar actividades, fue la epidemia de dengue.

Esta Tesis admite ser leída como la descripción de un caso particular, pero también como un aporte para reflexionar sobre los mecanismos que operan en la construcción de un problema sanitario y las formas de construir respuestas. En el caso abordado, la dimensión biológica constituyó una prioridad en los indicadores de evaluación de la situación de salud de las personas de la villa que ingresaron al estudio. Las acciones y los relatos de los

trabajadores del Equipo de Salud Ambiental del CeSAC 35 nos muestran un despliegue de recursos utilizados con el fin de diagnosticar una situación, sin un correlato equivalente en cuanto a recursos disponibles para resolver las demandas construidas durante la construcción del diagnóstico. Los integrantes del Equipo, señalaban que parte relevante de la efectiva solución del problema, es trasladada a las personas de las fuentes contaminantes. Sin embargo, lejos se encuentra aquel Equipo de la capacidad de ejecutar una política pública de tamaño envergadura.

Partiendo de comprender que los procesos de trabajo expresan aspectos de las relaciones sociales más amplias, lo descripto permite también entrever mecanismos de reproducción de la dominación. Entre ellos, la espera como mecanismo de disciplinamiento (Auyero, 2013) las limitaciones de un enfoque centrado en el individuo aislado de su contexto.

Tanto la espera en las “salas de espera” como la espera de los resultados de los análisis resultan significativos al respecto. Los resultados se le otorgaron a la población luego de tres años, este episodio es posible sea la expresión de un tipo de relación social que se multiplica en distintas instancias. Aquí, al igual que en la escena de la sala de espera, comprendo la presencia de una situación de la cual, tanto los trabajadores como las personas usuarias, se encuentran atravesadas por condiciones que condicionan sus márgenes de libertad.

Este estudio ha colocado el foco sobre los trabajadores. Queda abierta para futuras indagaciones la perspectiva de los usuarios acerca de este proceso.

El desarrollo de la investigación vinculada al trabajo, organización y la gestión de un equipo, en un contexto de segregación social me llevo plantearme: ¿En qué medida es factible no reproducir la precariedad en la respuesta ante poblaciones con condiciones de vida precarias? ¿Qué produce este equipo? ¿Qué se espera que produzcan estos trabajadores? ¿Cuál es el peso simbólico del trabajo en salud? ¿Cómo puede aprehenderse? ¿Qué lugar ocupa el “poner el cuerpo” desde los equipos sanitarios, cuánto de la respuesta está definida por esta implicación? ¿En qué medida se construye o no ciudadanía a través de estas experiencias sanitarias?

Repetto y Andrada R.A. Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el territorio de la villa 21 24 - CABA. Reflexiones etnográficas sobre la organización del trabajo en salud. [Tesis de Maestría]. Gestión y Políticas de la Salud. Universidad de Lanús. 2016.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACUMAR. Informe de la Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo (EISAR) de la villa 21 24. Ciudad de Buenos Aires [internet] 2013. [citado 18 de junio de 2015] Disponible en: <http://www.acumar.gov.ar>.

Auditoría general de la Ciudad de Buenos Aires. Informe del auditor general de la ciudad: Contaminación por plomo en niños de las villas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [internet] 2014. [citado 05 de Julio 2015] Disponible en: <http://www.farn.org.ar>

Auyero, J, Swistun D. Inflamable. Un estudio sobre el sufrimiento ambiental. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2008.

Auyero, J. Pacientes del estado. Buenos Aires: Editorial Eudeba; 2013.

Babino, L. G. La oficina del gobernante: aportes para fortalecer los procesos de conducción política de las organizaciones públicas. Revista Salud Colectiva. 2008; 3 (1): 77-99.

Balparda A. Intoxicación por plomo: una revisión con énfasis en la población pediátrica. Revista CES Medicina, Universidad CES Medellín. 2008; 22 (1): 43-58.

Bourdieu, P. Wacquant L. Respuestas por una Antropología Reflexiva. México. Ed. Grijalbo; 1995.

Calvetti J, M. Análisis de la utilización de los servicios del Centro de salud y Acción Comunitaria N°35 focalizado en los varones entre 2005 y 2011. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tesis para la obtención del título de Magíster. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús; 2013.

Chorny AH. Planificación estratégica en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes. Cuadernos Médicos Sociales; 1998.

Carvalho, SR. Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. Salud Colectiva. 2008; 4 (3): 335-347.

Castellanos, P L. Proyecto: sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. Washington DC: Organización Panamericana de la salud; 1994.

Cereznia D. Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Bs As.: Lugar editorial; 2006.

Clifford, J. Prácticas espaciales: el trabajo de campo, el viaje y la disciplina antropológica. En: itinerarios transculturales. España: Gedisa; 1999.

Departamento de Epidemiología. ASIS cuenca Matanza Riachuelo. CABA; 2007.

Repetto y Andrada R.A. Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el territorio de la villa 21 24 - CABA. Reflexiones etnográficas sobre la organización del trabajo en salud. [Tesis de Maestría]. Gestión y Políticas de la Salud. Universidad de Lanús. 2016.

Dirección de Salud Ambiental. Guía para el abordaje de la intoxicación con plomo desde la salud ambiental para los efectores de la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires; 2014.

Emerson, Robert, Fretzz, Rachel y Shaw, Linda: *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago, University of Chicago Press, 1995, "Las notas de campo en la investigación etnográfica" y "La escritura de las notas de campo: del campo al escritorio" (traducción de la cátedra Metodología y Técnicas de la Investigación de Campo: Ana Domínguez Mon; Sergio Visacovsky, Damián Herskovits, Paula Bilder; María Eugenia Domínguez; Carola Golberg; Gustavo Ludueña).

Fleury S, Org. Reforma Sanitaria, em busca de uma teoria. 3era edición. Rio de Janerio: Cortez Editora- ABRASCO.

Foucault, M. Arqueología del poder; Madrid: Ediciones de Piqueta; 1979.

Franco, B; Merhy, E. Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2016

Gramsci, A. Antología., Buenos Aires: siglo XXI editores; 2010.

Gramsci, A. Los intelectuales y la organización de la cultura. Buenos Aires: Nueva Visión; 2006.

Grimberg, M. Sexualidad, experiencias corporales y género. Un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Cadernos de Saude Publica, 2009; 5(1): 133-141.

Guber R. Etnografía. Método, campo y reflexividad, Buenos Aires: Norma; 2001.

Guber. R. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Paidós; 2005.

Hernandez, V, Hidalgo C, Stagnaro A. Etnografías globalizadas. Sociedad Argentina de Antropología. Buenos Aires; 2005.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. La mortalidad infantil en la ciudad autónoma de buenos aires. Periodo 1990 2010. Informe 459.INDEC; 2010.

Iriart, C, Waitzkin, H, Breilh J, Estrada A, y Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Revis Panam salud Pub; 2002; 12(2): 128-136.

Laurell AC. La salud y la enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud; México, D.F. 1982; 4 (2): 7-25.

Led, R. y Col. Consecuencias para la salud de una elevada concentración de plomo en sangre en niños menores de 6 años. Rev Argent Salud Pública, 2011; 2 (7): 33-39.

Loreau, R, El análisis Institucional. Buenos Aires: Amorrortu; 1988.

Repetto y Andrada R.A. Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el territorio de la villa 21 24 - CABA. Reflexiones etnográficas sobre la organización del trabajo en salud. [Tesis de Maestría]. Gestión y Políticas de la Salud. Universidad de Lanús. 2016.

Margulies, S. Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-Sida. Ensayo de antropología de la medicina; Intersecciones en Antropología, 2010; 11: 215-225.

Matte T. Efectos del plomo en la salud de la niñez. Salud pública de México; Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2003; 45(2): 220-224.

Marx, K. Introducción general a la crítica de la económica política. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI; 2008.

Marx. K. El capital. Tomo I, Vol I, Buenos Aires: Siglo XXI, editores; 2006.

Matus, C; La capacidad de gobierno. El líder sin Estado Mayor. La paz: Fondo Editorial Altadir; 1997.

Matus, C. Los tres cinturones del gobierno: gestión, organización reforma. Caracas: fondo Editorial Altadir; 1997.

Matus, c. Teoría del juego social. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, 2007

Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? México, Revista Alteridades, 1994; 4(7): 71-83.

Menéndez E, Sujetos Saberes y Estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.

Menéndez E, sistemas locales de salud. Aproximaciones teóricas y metodológicas. Material de trabajo del seminario de Epidemiología teóricas y objetos. MEGyP. UNLA- ISCO.

Menéndez E, Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washigton, D.C.: OPS; 1992. (Publicación Científica No. 540).

Merhy E, Mapas analíticos: um olhar sobre a organizacao e seus processos de trabalho. UFRJ. [internet] 2008 [citado 10 de Julio 2015] Disponible en: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>

Merhy E, O capitalismo e a saude pública; Campinas; Sao Pablo Edição; 1987.

Merhy E, Tulio Batista F, Reestructuración productiva e transcao Tecnológica na saúde. UFRJ; [internet]2008. [citado en 26 de junio 2015] Disponible en: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>

Merhy E, Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.

Repetto y Andrada R.A. Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el territorio de la villa 21 24 - CABA. Reflexiones etnográficas sobre la organización del trabajo en salud. [Tesis de Maestría]. Gestión y Políticas de la Salud. Universidad de Lanús. 2016.

Merlinsky, G. Políticas, derechos y justicia ambiental. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2013.

Mintzberg, H. Diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo; 2001.

Minayo M.C. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

Ministerio de Salud de la Nación Enfermedades infecciosas: dengue. Guía para el equipo de salud. [internet] 2015 [citado 20 de julio 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia-dengue.pdf>

Morgan G. En imágenes de la organización. México DF: Alfaomega Grupo Editor; 1999.

Nervi, L. Etnografía del plomo, una sustancia peligrosa. Procesos tóxicos, modelos médicos y articulación social en un municipio de la frontera Norte de México, Tijuana. [Tesis de doctorado]. Universidad de Buenos Aires; 1999.

Oniszczyk, G & otros. Un estudio sobre integración urbana y derechos sociales en la ciudad de buenos aires. El derecho a la movilidad en la villa 21-24. 2012. Centro de estudios perspectiva Sur. Ciudad de Buenos Aires [internet] 2012 [citado el 03 de Julio 2015]. Disponible en: <http://lafabricaportena.com>.

Onocko Campos, R. A promoção à saúde e a clínica: o dilema “promocionista”; São Paulo: Editora Hucitec/OPS/OMS; 2006.

OPS/OMS. Desarrollo de capacidad de conducción sectorial en salud. En serie: Organización y gestión de sistema y servicios de salud. Buenos Aires; 1998.

OPS/OMS. La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires; 2013.

Ordóñez, G. Salud ambiental: conceptos y actividades. Revista Panamericana de Salud Pública; 2000; 7(3): 137-147.

Peirano Mariza. A favor de la etnografía., Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1995.

Portelli, H. Gramsci y el bloque histórico. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 2011.

Ramírez Hita S. La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Revista de salud colectiva.; 2009; 5 (1): 63-85.

Recoder, M. L. Médicos, pacientes y consultorios. Un abordaje etnográfico de las consultas médicas en la atención del VIH/sida, *Runa*, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; 2011.

Repetto y Andrada R.A. Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el territorio de la villa 21 24 - CABA. Reflexiones etnográficas sobre la organización del trabajo en salud. [Tesis de Maestría]. Gestión y Políticas de la Salud. Universidad de Lanús. 2016.

Romieu I, Uso de los datos de plumbemia para evaluar y prevenir el envenenamiento infantil por plomo en Latinoamérica. Salud pública de México, Cuernavaca, México; Instituto Nacional de Salud Pública; 2003; 45(2): 244-251.

Schut G, Hacon y Col. Principales marcos conceptuales aplicados para la evaluación de la salud ambiental mediante indicadores en América Latina y el Caribe. Revista panamericana de Salud Pública; 2008; 24 (4): 276-285.

Souza Campos, Gasto. WS. Manual de práticas de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

Souza Campos Gasto. WS. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Editorial Huitec; 2008.

Souza Campos G W. Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

Souza campos, G W. Paideia. Análisis y co gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Souza Minayo, M. C. : Saúde e ambiente: uma relacao necessaria. En: Tratado de saude coletiva. Sao Pablo: Editora Hucitec; 2006.

Sousa Minayo, M. C. De hierro y flexibles. Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2014

Spinelli. H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Revista Salud colectiva; 2010; 6 (3): 275-293.

Spinelli H; El proyecto político y las capacidades de gobierno. Revista Salud Colectiva. 2012; 8 (2): 107-130.

Spinelli H. El trabajo en el campo de la salud: ¿modelos artesanales o industriales? Revista de Investigación y educación en enfermería; Medellin; 2015; 33 (2): 294-297.

Testa M, Bloch C. Estado y Salud; Washigton DC: OPS/OMS; 1974.

Testa M, Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de la programación. Buenos Aires: Lugar editorial; 2007.

Tobar F. Modelos de gestión en salud. Buenos Aires: ISALUD; 2002.

Repetto y Andrada R.A. Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el territorio de la villa 21 24 - CABA. Reflexiones etnográficas sobre la organización del trabajo en salud. [Tesis de Maestría]. Gestión y Políticas de la Salud. Universidad de Lanús. 2016.

Verd, Joan Miquel; Barranco, Oriol, Moreno, Sara. El análisis de los procesos de trabajo mediante métodos etnográficos: el caso del trabajo administrativo de consultas externas hospitalarias, Papers: Revista de Sociología, 2007; 83:145-168.

Villalobos & Col. riesgo a la salud infantil en una zona contaminada por plomo Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica, 2007; 27 (1): 8-15.

ANEXOS

ANEXO A - Esquema consideraciones teoricas	22
ANEXO B – Mapa de la villa 21 24 y del barrio de San Blás.....	96
ANEXO C – Mapa de sectores identificados y/o relevados.....	97
ANEXO D – Mapa de villa 21 24, NHT Zavaleta.....	98
ANEXO E – Mapa de las áreas programáticas de los CeSAC.....	99
ANEXO F – Mapa de los problemas relacionados con el agua.....	99
ANEXO G – Mapa de villa 21 24, Industrias.....	100
ANEXO H – Fotografía de “la canchita” o “el pozo”.....	101
ANEXO I – Fotografía de zona próxima al Riachuelo.....	102
ANEXO J – Fotografía de las manzanas 25-26.....	103
ANEXO K – Fotografía de la administración del CeSAC 35.....	104
ANEXO L – Fotografía de la sala de espera del CeSAC 35.....	104
ANEXO M – Fotografía de la sala de espera del CeSAC 35.....	105
ANEXO N – Fotografía del cuaderno de registros del equipo de salud ambiental.....	106
ANEXO Ñ – Fotografía del cuaderno de registros del equipo de salud Ambiental.....	107
ANEXO O – Fotografía del cuaderno de registros del equipo de salud ambiental.....	108
ANEXO P – Fotografía del cuaderno de registros del equipo de salud ambiental.....	109

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

ANEXO D

ANEXO E

ANEXO F

ANEXO F

ANEXO G

Imagen N°1: Villa 21 24/ Manzana 25-26: “La canchita” o “el Pozo”.

ANEXO H

Imagen N°2: Villa 21 24/ Próximo al Riachuelo, conformación del camino de SIRGA.

ANEXO I

Imagen N°3: Villa 21 24/ Próximo al Riachuelo, conformación del camino de SIRGA.

ANEXO J

Imagen N°4: Villa 21 24/ Manzana 25-26.

ANEXO K

Imagen N°5: CeSAC N° 35/ Administración.

ANEXO L

Imagen N°6: CeSAC N°35: sala de espera.

ANEXO M

Imagen N°7: CeSAC N°35: sala de espera.

Repetto y Andrada R.A. Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el territorio de la villa 21 24 - CABA. Reflexiones etnográficas sobre la organización del trabajo en salud. [Tesis de Maestría]. Gestión y Políticas de la Salud. Universidad de Lanús. 2016.

ANEXO N

Repetto y Andrada R.A. Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el territorio de la villa 21 24 - CABA. Reflexiones etnográficas sobre la organización del trabajo en salud. [Tesis de Maestría]. Gestión y Políticas de la Salud. Universidad de Lanús. 2016.

Imagen N°8: cuaderno de resgistro del equipo de salud ambiental.

ANEXO Ñ

Imagen N°9: cuaderno de registro del equipo de salud ambiental.

ANEXO O

Imagen N°10: cuaderno de registro del equipo de salud ambiental.

Repetto y Andrada R.A. Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el territorio de la villa 21 24 - CABA. Reflexiones etnográficas sobre la organización del trabajo en salud. [Tesis de Maestría]. Gestión y Políticas de la Salud. Universidad de Lanús. 2016.

Repetto y Andrada R.A. Respuesta sanitaria a las familias afectadas por la intoxicación con plomo en el territorio de la villa 21 24 - CABA. Reflexiones etnográficas sobre la organización del trabajo en salud. [Tesis de Maestría]. Gestión y Políticas de la Salud. Universidad de Lanús. 2016.