

**Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**  
**Ministerio de Salud**

*Ministro Dr. Alberto de Micheli*

**Dirección General de Regulación y Fiscalización**  
**Dirección de Capacitación Profesional y Técnica**

*Director Lic. Gabriel Listovsky*

**Residencia de Psicopedagogía**

*Coordinadora: Lic. Silvia Dubkin*

**Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”**  
**División Área Programática**

*Jefa: Dra. Teresa Batallán*

**Centro de Salud y Acción Comunitaria N°15**

*Jefa: Dra. María Elena Folini*

**Coordinadora de la Residencia**

*Lic. Claudia Fernández*

**Jefa de Residentes**

*Lic. Mariana Micheletti*

**“La comunidad del Área Programática del Hospital Argerich: sus  
modalidades y oportunidades de participación y el quehacer  
psicopedagógico”**

**Autoras**

Residentes de 1º Año

Lic. Analía Zavattaro

Lic. Ileana Cincotta

**- Año 2006 -**

## Índice

- Tema del trabajo y motivaciones de su elección: **pág. 3**
- Objetivos: **pág. 4**
- Metodología: **pág. 5**
- Organización del Trabajo: **pág. 7**
- Atención Primaria de la Salud. Qué, cómo, cuándo y por qué: **pág. 8**
- Caracterización Área Programática Hospital Argerich: **pág. 14**
- Desarrollo del tema: **pág. 28**
- Conclusiones: **pág. 44**
- Agradecimientos: **pág. 45**
- Anexo: **pág. 46**
- Nómina Trabajos de Inserción Equipo de Psicopedagogía CESAC N°15: **pág. 72**
- Bibliografía: **pág. 74**

### **El tema del trabajo y los motivos de su elección**

El examen de ingreso a la residencia resultó para nosotras una instancia de importancia y de alta significatividad. La bibliografía vinculada con intervenciones psicopedagógicas en espacios de prevención y promoción de la salud, desde abordajes individuales y comunitarios, constituyó el primer acercamiento al rol del profesional en psicopedagogía en el marco de una estrategia de Atención Primaria de la Salud.

A su vez, nuestra inserción en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 15, dentro del Área Programática del Hospital de Agudos Cosme Argerich, orientó nuestra mirada hacia la comunidad y el rol protagónico de la misma al pensar el tipo de tareas a desempeñar desde el Equipo de Psicopedagogía.

Su denominación como “*Centro de Salud y Acción Comunitaria*” (CESAC) da cuenta del rol central que adquiere la comunidad, como actor que da sentido a la tarea de quienes trabajan en la institución.

En este sentido, los CESACS y los demás efectores del Área Programática, son puerta de entrada de la población al sistema de salud, a partir de lo cual se gesta un vínculo de características particulares entre las instituciones mencionadas y la comunidad.

Tanto desde los temas a los cuales nos aproximamos desde los textos abordados en la preparación del examen de residencia, como desde los primeros encuentros con la tarea propia del CESAC N° 15, la estrategia de APS constituyó una temática de interés y relevancia para ambas.

Así, surgieron preguntas en relación a la puesta en práctica de dicha estrategia y a la forma en que se plasman sus elementos característicos en el trabajo diario en el Área Programática del Hospital Argerich.

Como tercer antecedente en la elección del tema señalamos la lectura de los trabajos de inserción y de investigación de compañeras del Equipo de Psicopedagogía, de años anteriores. Especialmente a partir del trabajo titulado “*Atención Primaria de la Salud: Estrategias y Recursos de la mano de la Psicopedagogía*”, realizado por las residentes de primer año en el año 2005, nos interesó focalizar en algunos interrogantes desplegados por las autoras luego del análisis, en las conclusiones del mismo.

En dicho trabajo, se indagan las formas de organización y desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) desde los diversos efectores del Área Programática del Hospital Argerich.

En las conclusiones, las autoras reflexionan sobre la dificultad en la implementación de estrategias de promoción y prevención de la salud, en un contexto en el cual la población demanda prioritariamente un abordaje asistencial.

A su vez, surgen preguntas en relación a la distancia entre los paradigmas culturales de los profesionales y aquellos propios de la comunidad. En este sentido, las autoras piensan lo anterior como una posible causa de la dificultad en la convocatoria a espacios preventivo - promocionales. Las motivaciones descritas fueron delineando el tema del trabajo: partiendo del objetivo más amplio de conocer la dinámica de la APS en el primer nivel de atención desde los efectores que componen el Área Programática, nos propusimos centrar nuestro análisis en el carácter comunitario de dicha estrategia. Esto es, las oportunidades de participación de la comunidad en los procesos de promoción y prevención de la salud. Nos interesó adentrarnos en las características socioculturales de la gente que vive en los barrios que comprende el Área y en las formas en que se vinculan con las instituciones de salud. También quisimos reflexionar acerca de la especificidad de la labor psicopedagógica en relación con la participación comunitaria.

## Objetivos

- Objetivos generales

- ✓ Conocer la organización y el funcionamiento de los diferentes efectores que componen el Área Programática del Hospital Argerich.
- ✓ Aproximarnos a las características de la población en el área de influencia del Hospital Argerich.
- ✓ Adentrarnos en las actividades que desempeñan los Equipos de Psicopedagogía en los CESACs pertenecientes al Área Programática.
- ✓ Indagar con profesionales de distintas disciplinas de ambos Centros de Salud acerca del trabajo que realizan en los mismos.
- ✓ Indagar sobre el contexto de surgimiento y la historia institucional de los Centros de Salud y Acción Comunitaria N° 9 y N° 15.
- ✓ Profundizar teóricamente el análisis desde la búsqueda, selección y lectura de material bibliográfico pertinente.

- Objetivos específicos

- ✓ Profundizar nuestro conocimiento sobre las características socio- culturales de la población dentro del área de relevancia del Hospital Argerich.
- ✓ Interiorizarnos acerca de las modalidades y oportunidades de participación de la comunidad que accede al CESAC N°15.
- ✓ Reflexionar acerca del quehacer psicopedagógico en relación con la participación comunitaria.
- ✓ Relacionar y analizar la información obtenida a partir de entrevistas, con aportes teóricos de diferentes autores.-

## Metodología

A continuación detallamos el camino que hemos transitado en la realización del Trabajo de Inserción con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

- ✓ Con el fin de comenzar a seleccionar el tema que íbamos a desarrollar en nuestro trabajo de inserción y ampliar las ideas que nosotras teníamos sobre el mismo, leímos los trabajos de inserción y de investigación realizados por nuestras compañeras en el CESAC N° 15 en años anteriores. A su vez realizamos un rastreo bibliográfico sobre el tema que nos interesaba trabajar.
  
- ✓ Con la intención de conocer y caracterizar socioculturalmente a la población que concurre al Área Programática del Hospital Argerich consultamos datos estadísticos sobre la población de la Ciudad de Buenos Aires y además realizamos las siguientes entrevistas a profesionales del Área:
  - Dra. Teresa Batallán (Jefa del Área Programática del Hospital Argerich)
  - Licenciado Martín Stella (Coordinador de Epidemiología del Área Programática Hospital Argerich).
  - Lic. Laura Domínguez (Coordinadora Programa Salud Escolar Hospital Argerich)
  
- ✓ Con el fin de indagar sobre el contexto de surgimiento y la historia institucional de los Cesacs N°9 y N°15, realizamos entrevistas a profesionales que trabajan en ambos Centros de Salud y Acción Comunitaria:
  - Dra. Adriana Cillo (Jefa CESAC N° 9)
  - Lic. Mabel Saravia (Coordinadora Equipo Psicopedagogía CESAC N°9)
  - Lic. Lorena Rodríguez (Psicopedagoga de planta Equipo Psicopedagogía CESAC N°9)
  - Dra. María Elena Folini (Jefa CESAC N°15)

- ✓ Para historizar las características de la población y sus modalidades y oportunidades de participación en los CESACs que conforman el Área Programática del Hospital Argerich realizamos entrevistas a los siguientes profesionales:
  - Dra. Adriana Cillo (Jefa CESAC N° 9)
  - Lic. Mabel Saravia (Coordinadora Equipo Psicopedagogía CESAC N°9)
  - Lic. Lorena Rodríguez (Psicopedagoga de planta Equipo Psicopedagogía CESAC N°9)
  - Dra. María Elena Folini (Jefa CESAC N°15)
  - Lic. Claudia Fernández (Coordinadora Equipo Psicopedagogía CESAC N°15)
  - Lic. Mariana Micheletti (Jefa de Residentes Equipo Psicopedagogía CESAC N°15)
  - Profesionales de los Equipos Interdisciplinarios: Lic. Flavia Zdancho (Nutricionista), Lic. Mirta Clara (Psicóloga), Lic. Eduardo Tissera (Psicólogo), Lic. Silvia Julio (Terapista Ocupacional), Dra. Ada Berenstein (Pediatra).-)

### **Organización del trabajo**

En el abordaje de la temática en cuestión decidimos, en primer lugar, caracterizar la estrategia de APS, rastreando su contexto de surgimiento y detallando los elementos que la definen.

En segundo lugar, nos proponemos hacer una descripción de la organización y del funcionamiento del Área Programática del Hospital Argerich, atendiendo a las funciones y a la dinámica de los efectores que la componen.

Luego ahondaremos en el tema del trabajo a la luz de bibliografía específica y de los aportes que constituyeron las opiniones y los relatos de experiencias de diferentes profesionales que trabajan en el Área Programática.

Finalmente dedicamos un espacio para establecer conclusiones y reflexionar sobre la riqueza del trabajo en relación a nuestra inserción laboral en el Área Programática y a los aportes que ofrece al quehacer grupal del Equipo de Psicopedagogía.

## Atención Primaria de la Salud

### Sobre el Qué, el Cuándo y el Por qué

La *Atención Primaria de la Salud (APS)* es una estrategia en salud que concibe integralmente las problemáticas de salud- enfermedad de las personas y del conjunto social, abordando la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la asistencia y la rehabilitación.

En el año 1978, en el marco de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, patrocinada en forma conjunta por la OMS y UNICEF, se firmó la Declaración de Alma Ata, en la entonces capital de la República Socialista Soviética de Kazakhstan (URSS). Representantes de 134 naciones instaron a través de la Declaración a todos los gobiernos, agentes de salud y de desarrollo y a la comunidad mundial a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo.

A partir de la lectura de la declaración de Alma Ata destacamos el contexto mundial que le da origen a la misma: *“La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países”*<sup>1</sup>

La estrategia de APS se constituye en la clave para alcanzar la meta de “Salud para todos”, definida ésta por Lemus como *“...la posibilidad de que la salud se encuentre al alcance de todos y cada uno de los individuos de un país determinado”*<sup>2</sup>.

Desde Alma Ata se piensa a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedades o afecciones. La misma constituye un derecho humano fundamental que exige un abordaje multisectorial. Así, el concepto de “salud integral” que propone la Declaración no se limita al acceso a la atención médica y pone énfasis en las acciones destinadas a la prevención y promoción de la salud.

Basada en la utilización apropiada de los recursos nacionales y locales y en la optimización de los servicios, la estrategia busca la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los sectores social y económicamente más desfavorecidos.

---

<sup>1</sup> Declaración de Alma Ata, 1978.

<sup>2</sup> LEMUS, J.: Áreas Programáticas Ed. Kohan, Bs. As, 1994

En la búsqueda de la optimización de servicios y de una máxima accesibilidad se prevé la prestación de servicios descentralizados, apoyados en sistemas de interconsultas integrados y funcionales.

La APS propone la organización de los servicios de salud por niveles de atención:

- ✓ **Primer nivel:** comprende las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.
- ✓ **Segundo nivel:** acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de internación.
- ✓ **Tercer nivel:** acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica.

La estrategia propicia la articulación en redes de los diferentes niveles y enfatiza la gestión en el primero de éstos, el cual da respuesta a un 80% de los problemas de salud de la población.

Desde el marco conceptual de la APS la salud no se piensa como bien a ser entregado, en una relación de exterioridad respecto de la población. Al contrario, surge desde la comunidad y se orienta a resolver los problemas propios de la misma. Las acciones en salud logran eficacia cuando responden a necesidades reales y cuando sus abordajes se adecuan a las modalidades culturales de la población.

Entonces, la participación de la comunidad en la gestión de políticas de promoción de la salud se considera uno de los aspectos fundamentales de la estrategia de atención primaria. Al respecto dice Lemus: *“...la participación de la comunidad es un proceso social en el que grupos específicos que comparten ciertas necesidades y viven en una zona geográfica definida, tratan activamente de identificar esas necesidades y adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlas”*.<sup>3</sup>

La participación comunitaria en el desarrollo de acciones de salud implica el desarrollo de la autorresponsabilidad individual y social.

Ambos conceptos, el de participación comunitaria y el de autorresponsabilidad, serán retomados y profundizados en el momento de análisis de nuestro trabajo.

---

<sup>3</sup> Ídem 2

### Acerca del Cómo

En el camino hacia la “Salud para todos”, Lemus propone el abordaje de los problemas en salud desde la integración de disciplinas científicas diversas. Desde una mirada integral, debe contemplarse la multiplicidad de factores individuales, familiares, sociales y ambientales de los que dependen la salud y/ o la enfermedad. En la comprensión de la complejidad y multicausalidad de los procesos de salud- enfermedad, el trabajo interdisciplinario se constituye en requisito fundamental.

Nora Elichiry, psicóloga argentina, señala que el trabajo interdisciplinario es productor de nuevos conocimientos y se constituye dando respuesta a los problemas cada vez más complejos de la realidad social: *“La aproximación interdisciplinaria (...) surge ante la demanda social, ante las situaciones de problemas cada vez más complejos y por la evolución interna de las ciencias. Esta orientación interdisciplinaria puede favorecer la integración y producción de conocimientos (...) Nuestra propuesta es: partir de los problemas, no de las disciplinas dadas. Desde esta perspectiva, la colaboración interdisciplinaria es básica a través de la convergencia de problemas”* <sup>4</sup>

La Licenciada en Ciencias de la Educación Elina Dabas, al presentar un modelo de trabajo en red para el desarrollo comunitario, describe la “estrategia interdisciplinaria” de la siguiente manera: *“...es aquella mediante la cual las operaciones de transformación del espacio en los asentamientos populares son encaradas de forma integral, con la asistencia de un equipo profesional en el que confluyen miembros de distintas ciencias y disciplinas, los que interactúan dando lugar a un abordaje acorde con el nivel de complejidad de la realidad concreta con la que se enfrentan, ya que permite describirla, explicarla y operarla en su multidimensionalidad”* <sup>5</sup>

La estrategia de APS busca dar respuesta a realidades sociales complejas, multicausales y multideterminadas; por eso requiere abordajes interdisciplinarios y enmarcados en el paradigma de la complejidad.

Las actividades dentro de una estrategia de APS requieren de momentos de Programación. Desde Brawerman, Nirenberg y Ruiz, la Programación prevé instancias de diagnóstico y fundamentación en el tratamiento de una situación problema; de determinación de objetivos y modalidades de intervención e instancias de evaluación.

Para la promoción de la salud a nivel poblacional adquiere especial relevancia el desarrollo de un entramado social continente del accionar y del sentir, individual y

---

<sup>4</sup> **ELICHIRY, Nora:** “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodología transdisciplinaria” en El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Editorial Nueva Visión, Bs. As., 1987.

<sup>5</sup> **DABAS, Elina:** Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Editorial Paidós, Bs. As., 1993.

social. Esto es lo que Elina Dabas denomina *red social*: “...proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo (...) sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla. Los diversos aprendizajes que una persona realiza se potencian cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común”<sup>6</sup>

Por último, una estrategia de salud que pone el acento en la promoción y prevención de la salud a nivel individual y social, precisa adecuarse al contexto socio-cultural en el cual se inserta y armarse a partir de las necesidades e intereses de los actores a los cuales convoca. En este sentido pensamos que una propuesta de Atención Primaria de la Salud cobra características particulares de acuerdo a la zona geográfica en la cual se desarrolla y a las modalidades de participación y organización de la comunidad hacia la cual se brinda, entre otros factores.

A continuación nos interesa describir la modalidad de funcionamiento y el contexto de surgimiento de la estrategia de APS en nuestro país, específicamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Puesta en marcha de la APS en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En el contexto de deterioro socioeconómico del país en los últimos años de la década del '80, crece la demanda de asistencia en el Sistema de Salud de gestión estatal de la Ciudad de Buenos Aires: a las demandas históricas se suma la de los sectores medios empobrecidos.

Así, los hospitales mono y polivalentes de la Ciudad deben reorientar su rol hacia requerimientos de atención ambulatoria, además del rol tradicional como prestadores de servicios de alta complejidad.

Dando respuesta a la situación antes descrita se promueve la estrategia de APS la cual, como hemos visto, trasciende las fronteras del país y responde a situaciones a nivel mundial.

La organización de la Ciudad de Buenos Aires en 12 Áreas Programáticas en el año 1989, responde a una política de descentralización que busca favorecer el desarrollo de modalidades de atención innovadoras.

Así define Lemus al “área programática”: “...superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos

---

<sup>6</sup> Ídem 2

*disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de salud de la población que la habita.”<sup>7</sup>*

Con el objetivo de desconcentrar servicios y fortalecer la red de acceso al primer nivel de atención, se crean diferentes efectores: los *Centros de Salud y Acción Comunitaria* y más tarde el *Plan Médicos de Cabecera* y los *Centros Médicos Barriales*.

Entendemos por “efector” a la entidad componente del área programática cuya finalidad consiste en prestar atención de primer nivel.

Los *Centros de Salud y Acción Comunitaria*, establecimientos insertos dentro de los barrios, especialmente en zonas donde habita población con necesidades básicas insatisfechas, implementan programas de atención y prevención en forma conjunta con la comunidad.

El *Plan Médicos de Cabecera* está dirigido a todas las personas de la Ciudad sin cobertura de salud. Profesionales médicos miembros de la planta del personal de los hospitales generales cuentan con consultorios particulares dentro de cada área programática. En dichos consultorios se atienden vecinos del área correspondiente, favoreciendo este sistema la privacidad y el fortalecimiento de la relación médico-paciente.

Los *Centros Médicos Barriales* conforman una particular modalidad de atención del Plan Médicos de Cabecera. Son policonsultorios que nuclean a médicos generalistas, clínicos, pediatras y tocoginecólogos. Los profesionales atienden en forma gratuita realizando controles de salud, tratamiento de las enfermedades más frecuentes y desarrollando actividades grupales de prevención y promoción de la salud.

Las acciones descriptas a nivel salud se acompañan de un marco normativo más amplio: a partir de la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires en 1996, enmarcada en la reforma constitucional de la Nación dos años antes, se da lugar a un proceso de importantes cambios en las dimensiones política e institucional.

La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley de Descentralización y la Ley Básica de Salud tienen como eje conceptual común la descentralización. Las dos primeras remiten a la cuestión de las Comunas y la última a las Áreas de Salud.

Ambos proyectos de organización socio política, el de la implementación de Comunas y el de Áreas de Salud, ponen énfasis en la autonomía local dentro de un proyecto de desarrollo colectivo. Tienen como objetivos primordiales descentralizar el poder, y devolver a niveles locales autonomía, competencias y facultades en diversos grados.

Las acciones de descentralización actualizan el debate sobre la insuficiencia de la democracia representativa y proponen formas complementarias de participación de los ciudadanos en cuestiones comunes: “...un importante debate de la teoría política es si la

---

<sup>7</sup> Ídem 2

*democracia representativa, basada en el voto ciudadano, expresa suficientemente los intereses de la sociedad; o por el contrario, si debe enriquecerse con mecanismos de democracia participativa que permitan la expresión orgánica de los intereses sectoriales, sociales, culturales, grupales, etc. El concepto de descentralización es parte de ese debate, y se refiere a cómo los grupos intermedios y los intereses locales tienen otras formas de participación que enriquezcan la representación política, sin que se pierda la igualdad esencial de los ciudadanos y el desarrollo de un proyecto colectivo".<sup>8</sup>*

Si bien no es nuestro propósito ahondar en lo relativo a la organización política y administrativa de la Ciudad, pensamos que es éste un aspecto fundamental a la hora de pensar la participación de la comunidad en cuestiones de salud.

---

<sup>8</sup> GCBA, Secretaría de Salud, Dirección de Capacitación y Desarrollo. Capacitación en Servicio: Comunas. Áreas de Salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Bs. As., Año 1. N° 1. Octubre 2002

## Caracterización del Área Programática Hospital General de Agudos Cosme Argerich

El Área Programática del Hospital General de Agudos Cosme Argerich abarca el territorio delimitado por:

- ✓ Al Norte por la Avenida Córdoba.
- ✓ Al Sur por el Riachuelo
- ✓ Al Este por el Río de la Plata
- ✓ Al Oeste por las Avenidas Carlos Pellegrini, Bernardo de Irigoyen y las vías del ferrocarril General Roca.

Comprende los barrios de La Boca, San Telmo, y parte de los barrios San Nicolás, Monserrat, Constitución y Barracas.



El Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich cuenta con diversos efectores, desconcentrados territorialmente, que atienden al desarrollo de

modelos de gestión innovadores, teniendo en cuenta una mejor atención y una mayor accesibilidad de la comunidad a los servicios de salud.

Los prestadores llevan adelante la estrategia de Atención Primaria de la Salud, implementando programas preventivo - promocionales y de tratamiento.

Los efectores del Área Programática del Hospital Argerich son:

- ✓ Plan Médicos de Cabecera
- ✓ Centros Médicos Barriales N°10 y N°30
- ✓ Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 9
- ✓ Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 15
- ✓ Salud Escolar

A fin de conocer las características y la organización de los efectores en los que se inserta la Residencia de Psicopedagogía, a continuación detallamos los objetivos y los programas y actividades más importantes que se desarrollan en tres de los efectores antes mencionados: el CESAC N° 9, el CESAC N°15 y Salud Escolar.-

- **Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 9**

El Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) N° 9 se encuentra ubicado en la calle Irala 1254, en el barrio de La Boca.

El área de responsabilidad del CESAC N° 9 está delimitada por las calles Pinzón, Avenida Regimiento de Patricios y el Riachuelo.



### ✓ Contexto de surgimiento

En el contexto de retorno de la democracia al país, el CESAC N° 9 comienza a funcionar en la Plaza Matheu del barrio de La Boca, en el año 1987, en los baños públicos que funcionaban en la misma. Dicho espacio se tabicó para la creación de cuatro consultorios.

Diez años después, se cierra el Centro con el objetivo de ampliarlo, sobre la plaza. Sin embargo, a raíz de la oposición de los vecinos de restarle espacios verdes al barrio, el equipo de profesionales del Centro tiene una localización itinerante, durante cuatro años, residiendo en diferentes instituciones de la zona y manteniendo una atención irregular.

Con la insistencia de los vecinos en la construcción de un nuevo centro, en abril del 2001 se inaugura el CESAC N° 9 frente a la Plaza Matheu, sobre la calle Irala.

Actualmente el CESAC N° 9 cuenta con profesionales de diversas especialidades. En lo que se refiere a la actividad clínico asistencial, el Centro de Salud brinda un servicio de consultorios externos con las siguientes especialidades: Farmacia, Trabajo Social, Psicología, Psicopedagogía, Sociología, Fonoaudiología, Nutrición, Enfermería, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Medicina Familiar, Clínica Médica, Psiquiatría y Odontología (este último, servicio perteneciente a Salud Escolar al cual el centro cede un espacio).

### ✓ El Equipo de Psicopedagogía

El mismo lo integran:

- 2 psicopedagogas de planta
- 1 concurrente de psicopedagogía
- 2 residentes de psicopedagogía rotantes del CESAC N° 15

La mayoría de los pacientes que acuden al Servicio de Psicopedagogía concurren a escuelas de la zona correspondientes al distrito escolar N°4. Los pacientes llegan derivados a psicopedagogía por los Equipos de Orientación Escolar. Otra forma de ingreso es a partir de demanda espontánea de la familia o por derivación interna de algún otro profesional del CESAC. En todos los casos se realiza una entrevista de admisión a cargo del equipo de Psicopedagogía.

El Equipo de Psicopedagogía desarrolla las siguientes actividades:

### ✓ Actividades preventivo - promocionales:

- ✓ **Programa de Adulto Mayor:** destinado a personas mayores de 60 años sin cobertura médica que tiene como objetivo la asistencia, prevención y promoción de la salud, favoreciendo un envejecimiento saludable.

Participan en este equipo de trabajo profesionales de distintas disciplinas: Psicología, Psicopedagogía, Nutrición, Trabajo Social, Fonoaudiología y Medicina familiar.

El espacio contempla el trabajo en talleres de frecuencia semanal y visitas domiciliarias a los participantes frente a casos especiales.

- ✓ **Rincón de Lectura:** en sala de espera, con el objetivo de promover hábitos de lectura en niños y sus mamás.

Participan en el espacio profesionales del equipo de Psicopedagogía y siete alumnas de 5º año de la escuela William Morris, en una modalidad de pasantía. En este sentido, el espacio trabaja en forma intersectorial con Educación y tiene como otro de sus objetivos que las alumnas que sean promotoras de salud entre sus pares adolescentes

- ✓ **Grupo de Recuperación Nutricional:** dirigido a niños con bajo peso y desnutrición (en general de primer grado) y a sus padres.

El espacio lo integran profesionales de Pediatría, Nutrición, Trabajo Social, Psicopedagogía y Enfermería.

El mismo contempla tres instancias:

- Talleres interdisciplinarios con padres.
- Controles médicos individuales de los niños.
- Entrega de leche.

Los niños se agrupan por edad (desde el nacimiento hasta los dos años; tres años; cuatro años; cinco y seis años).

En los dos grupos extremos (desde el nacimiento a los dos años y cinco y seis años) el equipo de Psicopedagogía realiza un diagnóstico cognitivo y su seguimiento.

A su vez, se contemplan entrevistas individuales con aquellas mamás que se considera en situación de alto riesgo, coordinadas desde Psicopedagogía, Psicología y Trabajo Social.

- ✓ **Grupo de Factores de Riesgo y Sobrepeso:** convoca a la población adulta y adolescente a la participación en talleres de control de peso.

La coordinación es interdisciplinaria, participando los equipos de Nutrición, Medicina clínica, Psicopedagogía y Psicología.

✓ **Actividades Asistenciales:**

- ✓ Entrevistas de admisión
- ✓ Diagnóstico individual
- ✓ Tratamiento psicopedagógico individual
- ✓ Tratamiento psicopedagógico grupal
- ✓ Tratamiento grupal en forma interdisciplinaria con Psicología
- ✓ Tratamiento grupal en forma interdisciplinaria con Fonoaudiología
- ✓ Tratamiento grupal en forma interdisciplinaria con Trabajo Social
- ✓ Entrevistas de orientación a padres

✓ **Actividades de formación y capacitación del Equipo:**

- ✓ Reuniones de equipo semanales
- ✓ Supervisiones semanales

- **Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 15**

El Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) N° 15, se encuentra ubicado en Humberto 1° 470, entre las calles Bolívar y Defensa, en el barrio de San Telmo.

El área de responsabilidad del CESAC N° 15 está delimitada por las Avenidas Paseo Colón, Bernardo de Irigoyen, Belgrano, Caseros y Parque Lezama.



- ✓ **Contexto de surgimiento**

El edificio donde funciona el CESAC N° 15 fue donado por la familia Piccardo en el año 1943 creándose en el Centro en Puericultura N° 3.

En el año 1971 se convierte en el Centro de Salud Mental N° 2 dedicado a la atención psicológica individual, grupal y comunitaria suspendiéndose estas últimas en el período de la dictadura militar.

En 1990 se incluyen otras disciplinas, por lo que se deja la modalidad monovalente y pasa a convertirse en un centro de extensión comunitaria. De esta manera nace el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 15. El CESAC comienza a depender del Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

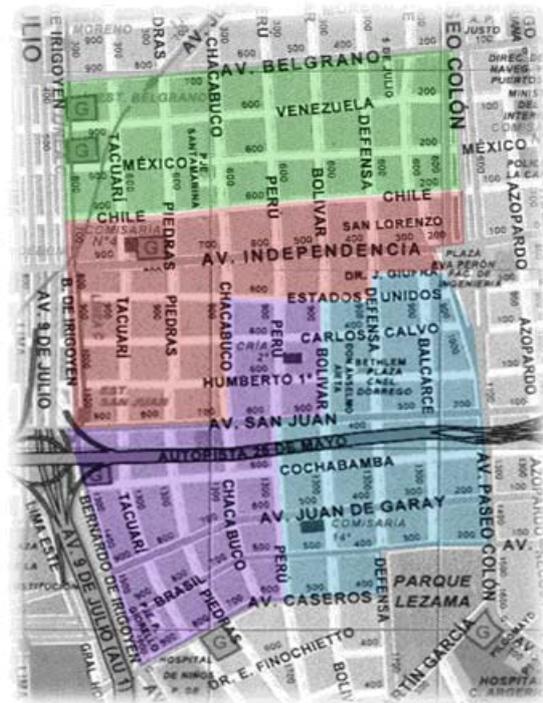
A partir de 1991 se crean los primeros equipos multidisciplinarios con tendencia a la interdisciplinariedad. Éstos inician una actividad intra y extra mural.

A partir del año 1992 asume la Jefatura del Centro la Dr. Teresa Batallán, designada por concurso. Durante ese año se proyecta la formación de “mini equipos interdisciplinarios” para salidas extramurales y seguimientos de pacientes.

Hacia fines de Agosto de 2002 se produjo un cambio de jefatura del CESAC N° 15. La Dra. Teresa Batallán pasó a asumir el cargo de Jefatura del Área Programática del Hospital Argerich y la Dra. Elena Folini queda designada por medio de concurso como jefa del CESAC.

Desde el año 1994 la zona geográfica de responsabilidad del CESAC N° 15, actual base territorial total (BTT), fue dividida en cinco pequeñas zonas geográficas, actuales sub bases territoriales (SBT) cada una a cargo de un equipo interdisciplinario.

Actualmente son cuatro los equipos interdisciplinarios (Independencia, Perú, Quinto, Sur) y cada uno de ellos se hace cargo de una SBT.



9

Hoy el CESAC N° 15 cuenta con alrededor de 60 profesionales (de planta y residentes) de diversas especialidades. En lo que se refiere a la actividad clínico asistencial, el Centro de Salud brinda un servicio de consultorios externos en las siguientes especialidades: Clínica Médica, Pediatría, Medicina Familiar, Ginecología, Nutrición, Obstetricia, Enfermería, Trabajo Social, Odontología, Farmacia, Hematología, Fonoaudiología y Salud Mental: Psicología (niños, adolescentes, adultos y familia), Psiquiatría y Psicopedagogía.

✓ **Equipo de Psicopedagogía**

El **Equipo de Psicopedagogía** lo integran:

- 2 Psicopedagogos de planta
- 1 Jefe de Residentes de Psicopedagogía
- 6 Residentes de Psicopedagogía
- 3 Residentes de Psicopedagogía (dos residentes rotantes del Hospital Piñero y una residente rotante del Hospital Vélez Sarfield)

La mayoría de los pacientes que concurren al Equipo de Psicopedagogía concurren a escuelas de las zonas correspondientes a los distritos escolares (D.E.) III y IV, y algunas del I y V. Los pacientes llegan derivados a Psicopedagogía por los Equipos de Orientación Escolar pertenecientes a cada uno de los distritos escolares, por medio del Programa de Salud Escolar. Otra forma de ingreso es a partir de la demanda espontánea de la familia o por derivación interna de algún profesional del CESAC. En todos los casos se realiza una entrevista de admisión en Salud Mental, en la que se determina el tipo de abordaje prioritario en cada caso.

La Residencia de Psicopedagogía en el CESAC N° 15 desarrolla las siguientes tareas:

- ✓ **Actividades Preventivo-Promocionales**
- ✓ **Participación en Equipos Interdisciplinarios**
- ✓ **Espacio de Crecimiento y Desarrollo:** Seguimiento del crecimiento y desarrollo de niños de 0 a 18 meses y acompañamiento a las familias en la crianza de los mismos. Cuenta con un momento de taller grupal y un segundo momento de consultorio interdisciplinario individual.
- ✓ **“Crecer Jugando”:** Espacio de juego vincular entre padres y niños que participan del Espacio de Crecimiento y Desarrollo. Funciona simultáneo al consultorio interdisciplinario. Se encuentra coordinado por las residencias de Psicopedagogía y Fonoaudiología.
- ✓ **“No Sólo Leche”:** Funciona en dos momentos: la entrega de leche a la población de la B.T.T del Centro y las reuniones de equipo interdisciplinario.
- ✓ **Taller de Lectura Buscacuentos:** Espacio de lectura destinado a niños entre 2 a 5 años y de 6 a 12 años. Se encuentra coordinado por residentes de Psicopedagogía y una Lic. en Ciencias de la Educación.

✓ **Área Asistencial:**

- ✓ Diagnósticos Psicopedagógicos Individuales
- ✓ Tratamientos Psicopedagógicos Individuales
- ✓ Tratamientos Psicopedagógico Grupal: grupo de niños y grupo de madres
- ✓ Entrevistas de orientación a padres
- ✓ Entrevistas Vinculares con Padres y niños en diagnósticos y/o tratamientos.
- ✓ Entrevistas a docentes u otros integrantes de la institución escolar con relación al paciente
- ✓ Entrevistas con los equipos de Orientación Escolar, Gabinetes escolares y/o C.E.R.I, en función de los niños que se encuentran en diagnóstico o tratamiento.
- ✓ Derivaciones e interconsultas con otros servicios o institucionales
- ✓ Realización de informes y registro de las acciones realizadas en historias clínicas.

✓ **Actividades de Formación:**

- ✓ Supervisión de la tarea clínica
- ✓ Espacios de reflexión clínica
- ✓ Ateneos intra e interhospitalarios en conjunto con el resto de las residentes de
- ✓ Psicopedagogía
- ✓ Módulos: lectura y análisis de material teórico
- ✓ Capacitación interna sobre diversos temas
- ✓ Capacitación profesional en otras instituciones (cursos, seminarios, etc.)
- ✓ Capacitación sobre metodología de taller y otras temáticas a otros profesionales
- ✓ del CESAC
- ✓ Rotación por los consultorios de pediatría

- **Salud Escolar**

El programa de Salud Escolar de la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud, se enmarca dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Se desarrolla en atención a la necesidad de proveer a la población escolar de medidas sanitarias integrales, mediante actividades articuladas entre los sectores de Salud y Educación.

El objetivo general es preservar y garantizar un satisfactorio estado psicofísico de toda la comunidad educativa.

Los objetivos específicos del programa son:

- ✓ Promover la adquisición de hábitos de vida saludables.
- ✓ Concientizar acerca del cuidado de uno mismo y de los demás.
- ✓ Establecer consenso en relación con la detección, asistencia, prevención y promoción de la salud, y seguimiento a través de las Áreas Programáticas de los hospitales de la ciudad.

El Programa de Salud Escolar del Área Programática del Hospital Argerich (SE) es considerado un efector más, siendo su sede para reuniones y planificaciones el Área Programática del mismo, y desempeñando las demás actividades en las escuelas que corresponden al área.

Como efector del primer nivel de atención es una formulación programática que intenta acercar y comprometer a sus tres actores principales: comunidad escolar, sector educación, equipo de salud itinerante. Por lo tanto se permite una plasticidad que emerge en diferentes estrategias de acción.

A su vez, cuenta con un desempeño de un grupo profesional, que construye en interdisciplinariedad e intersectorialidad.

Posibilita un pensar-se, nutridos desde la realidad de cada escuela, para no perder el marco de salud integrada.

En el Área Programática del Hospital Argerich, se implementa este Programa con una modalidad de “equipo itinerante”, ya que el mismo permanece, en general, entre 2 y 5 días en cada una de las escuelas. Sin embargo la cantidad de días puede variar por diferentes factores, como el tamaño de la escuela, entre otros.

Las especialidades que conforman este equipo son: Pediatría, Psicopedagogía, Odontología, Fonoaudiología, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Médicos Kinesiología.

El Programa considera fundamental trabajar con la comunidad acerca de la importancia de asumir un rol activo en el cuidado de la salud.

Las acciones preventivo-promocionales del equipo incluyen: control pediátrico, control odontológico y vacunación de los alumnos de preescolar, 1º, 4º y 7º grado; screening fonoaudiológico de los alumnos de 1º; talleres y reuniones de articulación intersectorial.

Las mismas se están implementando actualmente a través de las siguientes actividades:

- ✓ **Screening:** El equipo de SE visita a todas las escuelas una vez por año. En esa oportunidad se realizan los controles médicos pertinentes. Los niños van pasando por distintas mesas para hacerse las correspondientes revisiones: pediátrica y odontológica. También pasan por enfermería, donde se los pesa, mide y vacunan. Esto se realiza con todos los niños de preescolar, primero, cuarto y séptimo grado. Los alumnos de primer grado pasan también por un screening fonoaudiológico. Posteriormente se extienden las libretas sanitarias a todos los niños, siendo estas válidas (a partir de primer grado) por tres años.
- ✓ **Mesas de Salud:** Consisten en reuniones en las escuelas que se realizan mientras el equipo se encuentra trabajando allí. En las mismas participan, en general, la coordinadora de Salud Mental del equipo de SE (psicóloga); una psicopedagoga del equipo de SE, la Trabajadora Social (o cualquier otro miembro del equipo); conjuntamente con el equipo directivo de la escuela y el Equipo de Orientación Escolar del distrito al que pertenece la misma.

Los objetivos de las mesas de salud son:

- ✓ Favorecer la articulación entre los sectores de Salud y Educación.
- ✓ Reflexionar sobre los temas de preocupación de la escuela en relación con la salud y los obstáculos con los que se encuentra para el desarrollo de la tarea.
- ✓ Acordar estrategias de intervención que apunten a lo preventivo-promocional de la salud

- ✓ Construir conjuntamente formas de intervención transferibles de una situación a otra.
- ✓ Asumir en forma conjunta la responsabilidad de optimizar el crecimiento y desarrollo integral de los alumnos.

En las mesas, el equipo directivo de la escuela presenta al equipo de SE aquellas situaciones relacionadas con la salud que resulten preocupantes o conflictivas para la escuela. A partir de esto, se delimita un área o campo posible de intervención del equipo de salud, desde una mirada que apunta a lo preventivo-promocional. Se acuerdan estrategias de intervención de diferentes tipos (talleres, grupos de reflexión, articulación con distintos niveles del sistema de salud).

- ✓ **Reuniones con los E.O.E.:** Luego de la Mesa de Salud, el equipo de SE se reúne con el EOE para trabajar sobre los casos individuales y articular derivaciones y seguimientos. Lo que se intenta es atender a las demandas relativas a casos individuales concretos desde una perspectiva preventiva, global e institucional.

El EOE comparte la información que posee en relación con el alumno, recogida a partir de su trabajo con la familia y la escuela y se reflexiona conjuntamente acerca de cuál sería la intervención más apropiada para el caso. En caso de derivación el equipo de Salud Escolar entrega un turno a los padres, a través del EOE, para que tengan una entrevista de admisión con un profesional de alguno de los equipos de salud mental, ya sea en el Hospital base u otro especializado, o en algunos de los Centros de Salud.

- ✓ **Talleres con Padres:** Se realizan en las escuelas en forma previa a la revisión pediátrica. Los temas que se trabajan están relacionados con el cuidado de la salud, entre ellos: cuidados odontológicos, alimentación, límites, cuestiones de aprendizaje, entre otros.
- ✓ **Talleres “a demanda”:** Surgen en el espacio de intercambio de las Mesas de Salud. Son pedidos por las escuelas para abordar alguna temática relacionada con la salud psico-biológica de los alumnos que resulte preocupante o problemática para esa institución.

Una vez que se clarifica la demanda, el equipo de SE decide cómo vehicularla. Esto puede darse a través de trabajo con docentes, charlas, talleres, etc.

Muchas veces, las demandas se resuelven a través de talleres que el equipo de SE planifica y lleva a cabo. Algunas de las temáticas de estos talleres son: cuidado de la salud, convivencia, alimentación saludable, etc.

### Desarrollo del tema

Con el fin de adentrarnos en las características socioculturales de la gente que vive en los barrios que comprende el Área Programática del Hospital Argerich y en las modalidades de participación comunitaria en uno de los efectores de la misma: el CESAC N°15, organizamos nuestro análisis en los siguientes momentos:

- ✓ Descripción de las características sociodemográficas de la población del Área Programática del Hospital Argerich.
- ✓ Indagación sobre la forma en que los profesionales de la salud conciben la participación de la comunidad en el CESAC N°15.

Queremos señalar que el recorte del análisis a uno de los efectores del Área (CESAC N° 15) responde a un criterio práctico, en base al tiempo y los objetivos del trabajo: el mismo pretende ser una primera aproximación al conocimiento del Área.

A lo largo del segundo eje de análisis intentaremos inferir algunos rasgos del quehacer psicopedagógico en relación a la participación comunitaria, en el marco del trabajo desde una estrategia de APS en un Centro de Salud y Acción Comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

#### 1. Caracterización sociodemográfica de la población

En este apartado intentaremos realizar una descripción acerca de las características socio demográficas y epidemiológicas que presenta la población que concurre al Área Programática del Hospital Argerich. Cabe aclarar que esta es una primera aproximación que nosotras realizamos en esta temática al ingresar a la residencia de psicopedagogía en el CESAC N° 15.

Para su realización hemos consultado y utilizado distintas fuentes de información como ser: estudios epidemiológicos y socio demográficos (Revista Población de la Ciudad de Buenos Aires, Boletín Mensual de Información Estadística Sistema Estadístico de la ciudad), bibliografía específica; entrevista a profesionales que trabajan en el área programática y en los centros de salud y acción comunitaria N°9 y N°15.

Para comenzar a caracterizar creemos pertinente realizar una breve descripción acerca de las situaciones que viene atravesando nuestro país en las últimas tres décadas para así luego focalizar nuestra mirada en la Ciudad de Buenos Aires, en el Área Programática y por último en dos de sus efectores: CESAC N° 9 y CESAC N° 15. Cabe aclarar que en este análisis haremos mayor énfasis en la caracterización del CESAC N°15 dado que es la base de incumbencia de la residencia en psicopedagogía.-

### ✓ Situación de nuestro país: globalización, distribución de la riqueza...

En las últimas décadas los procesos de globalización y de concentración de la riqueza han reforzado la heterogeneidad socioeconómica; la cual remite a la existencia de distintas situaciones económicas y sociales dentro de la población de un determinado territorio (nación, provincia, ciudad, barrio).

Desde hace treinta años, el deterioro económico fue en aumento, extendiendo y consolidando el núcleo duro de la pobreza, arrastrando a los desposeídos y consolidándolos a una exclusión de difícil retorno.

La precarización del conjunto de la vida social ha puesto en crisis las relaciones e identidades; intensificando la vulnerabilidad de las familias ya socialmente vulneradas. El deterioro económico y distributivo ha aumentado la pobreza y a los más pobres los ha empujado a la indigencia.

Los datos del SIEMPRO indican que: *“entre 1974 y 2002, en el distrito más rico del país, la proporción de la población pobre se, multiplicó por once, pasando de menos del 5% a casi 58%, mientras que la de aquellos que no logran cubrir las necesidades nutricionales – los indigentes – creció más de dos veces (de 2% a casi 25%). En el total urbano, la incidencia de la población creación entre las dos últimas crisis económicas casi 30 puntos porcentuales (28,7% en 1995 y 57,7% en la actualidad), mientras que la indigencia lo hizo 20% puntos porcentuales (7,6% a 27,7%).”*<sup>10</sup>

En la actualidad el porcentaje de familias con NBI (Necesidades básicas insatisfechas) es desolador. La desigualdad en términos de accesibilidad al consumo de bienes y servicios básicos como educación, salud, vivienda y seguridad social avanzó de la mano del desempleo y/o de la precarización laboral, destacándose un preocupante denominador común: la población más pobre con menor educación, las mujeres y jóvenes. Estos problemas dan marco y sostén a la violencia de todo tipo que comienza en el contexto social y se enquistaba en lo intrafamiliar.

En las poblaciones más vulnerables, el arrasamiento simbólico que la crisis actual produce puede comprometer los recursos psíquicos de los adultos, restándoles disponibilidad libidinal para satisfacer sus necesidades y las necesidades de los niños pequeños. Una de las presentes preocupaciones es el riesgo simbólico que ello implica.

Cabe aclarar que el abordaje de estos temas desde las políticas públicas guarda contradicciones. Suelen encararse programas o proyectos interesantes pero que terminan brindando asistencialismo y se diluye el pensar acerca de las causas del sufrimiento.

---

<sup>10</sup> SIEMPRO: Programa del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación. Informe Deuda Social Mayo 2003

Silvia Bleichmar (psicóloga argentina) hace referencia a este tema proponiendo una ecuación para medir lo que la autora denomina “Dolor País”: la relación entre la cuota diaria de sufrimiento que se le demanda a sus habitantes y la profunda insensibilidad de quienes son responsables de buscar una salida menos cruenta.-

### ✓ Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Características Poblacionales

De acuerdo al último Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el año 2001, la Ciudad de Buenos Aires posee 3.053.030 habitantes, de los cuales las mujeres constituyen un 55% del total (de los residentes de la ciudad) mientras que los varones alcanzan el 45%.

El grupo etéreo con mayor cantidad de habitantes es el que se encuentra entre los 20 y los 29 años. Durante el proceso de envejecimiento mueren más tempranamente los varones que las mujeres. Se trata de una pirámide similar a la de los países desarrollados, con una base pequeña, es decir, nacen pocos niños y una terminación poco afinada, esto significa que hay muchos adultos mayores.

Según el informe del segundo semestre del 2005 sobre pobreza e indigencia publicado por el Sistema Estadístico de la Ciudad (Mayo 2006) se plantea que: “en el segundo semestre del 2005 el 7,3 de los hogares de la ciudad de Buenos Aires se encontraba por debajo de la línea de pobreza<sup>11</sup>, en tanto que un 2,4% de los mismos se hallan por debajo de la línea de la indigencia<sup>12</sup>. Asimismo el 11,5% de la población residente de la ciudad habitaba en hogares pobres mientras que un 3,2% de la misma lo hacía en hogares indigentes. Esto significa que para el segundo semestre del 2005 aproximadamente 341 mil personas residentes en la ciudad se encontraban en situación de pobreza de las cuales 95 mil estaban en situación de indigencia. Considerando los hogares pobres estos serían 83 mil.

*Debe señalarse que los niveles de pobreza e indigencia alcanzados a partir de la crisis de Diciembre del 2001 se incrementaron de manera significativa registrando en el segundo semestre del 2003 los mayores porcentajes de personas y hogares bajo la línea de la pobreza e indigencia. A partir de dicho período se observa un continuo descenso de porcentaje de personas y hogares cuyos ingresos no permiten la satisfacción de sus necesidades”.-*

---

<sup>11</sup> Línea de Pobreza: es al valor monetario de una canasta básica total de bienes y servicios capaz de satisfacer un umbral de necesidades alimentarias y no alimentarias (vestimenta, transporte, educación, salud, etc) consideradas esenciales. Se denomina pobre a los hogares cuyos ingresos no alcanzan dicha línea o valor y a la población incluida en ellos.

<sup>12</sup> Línea de Indigencia: es el valor monetario de una canasta básica de alimentos, de costo mínimo, capaz de satisfacer un umbral elemental de necesidades energéticas y protéicas. Se consideran indigentes a los hogares cuyos ingresos no alcanzan dicha línea o valor y a la población incluida en ellos.

En la Ciudad de Buenos Aires la población presenta una gran heterogeneidad socioeconómica; es decir que en la misma ciudad y hasta en los mismos barrios conviven distintas situaciones económicas y sociales. Esto se observa con claridad al realizar una lectura comparativa de los datos estadísticos provenientes de los Centros de Gestión y Participación (CGP), dieciséis unidades administrativas que dividen la Ciudad de Buenos Aires (Ver mapa en el anexo).

Para una mayor claridad estructuraremos el análisis en función de cinco indicadores: Características Habitacionales; Salud; Trabajo-Ingreso; Educación y Condiciones de vida.

- ✓ **Características habitacionales:** Los CGP N° 8, 5, 11 y 14E son los que presentan mayor porcentaje de viviendas inundables mientras que los CGP 1 y 2S son los que presentan el menor porcentaje de toda la ciudad.

El porcentaje de viviendas con pared deficiente es muy bajo para el promedio de la ciudad (0,5 %); el CGP 3 (3,8 por ciento) es el que se encuentra en la peor situación, con más de tres desvíos estándares respecto del promedio.

Las viviendas que no disponen de servicio de red cloacal pública también muestra un porcentaje muy bajo en promedio para la ciudad (1,5 por ciento). Pero se observa que el CGP 8 se encuentra muy por encima del promedio de los CGP. Asimismo, los CGP 1, 3, 4 y 5 también superan el valor promedio, al presentar valores entre 1,7 y 5,3 por ciento respectivamente.

- ✓ **Estado de Salud de la Población:** El estado de salud de la población muestra grandes desigualdades. En los CGP 3, 5, 8 entre el 37 % y 47% de la población sólo está cubierta por el sistema público de salud, situándose por encima del promedio de la ciudad (23,2 por ciento). Mientras que en los CGP13 y 14 E estos valores son más bajos.

Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil indica problemas en los CGP 1, 3, 4, 5, 7 y 8, los cuales muestran valores por sobre el promedio (8,3 por mil) siendo los CGP 5 y 8 (con 11,5 y 16,2 por mil) los que se encuentran a una distancia entre uno y tres desvíos estándares con respecto del valor medio. Siendo los CGP 14 E y 11 los que presentan la mejor situación en cuanto al valor de esta tasa.

- ✓ **Trabajo e Ingreso:** En cuanto al tema de trabajo e ingresos la tasa de desocupación muestra también un comportamiento heterogéneo sobre el territorio. El promedio de jefes de hogar desocupados para el total de la ciudad alcanza el 4,0 por ciento. Los menores porcentajes se registran en los CGP 2N, 7 y 10 (sus valores oscilan entre 2,0 y 2,6 %), mientras que los valores más altos se observan en los CGP 2S, 3 y 8 (5,9 %).

En promedio el 35,8 % de los asalariados de la ciudad carece de aportes jubilatorios. En los CGP 12 y 13 las proporciones son menores mientras que en los CGP 8, 5 y 3 los valores son mayores: 49,7% ; 45,4% y 44,3% respectivamente.

En cuanto a los bienes durables los CGP 1, 2S, 3, 4, 5 y 8 muestran los mayores porcentajes de hogares que no alcanzan al promedio de la ciudad en cuanto a la posesión de heladera con freezer (70,2 %), lavarropas automático (60,1%), video casettera (60%), teléfono celular (40,4%), teléfono fijo (86%), televisión por cable (67,6%) y horno microondas (42,4%).

El 20,4 % de los hogares de la ciudad posee computadora sin conexión a Internet mientras que en los CGP 1, 2S, 3, 4, 5 y 8 el porcentaje de hogares es esta situación está por debajo del promedio general. Por otro lado, el 25,9 por ciento de los hogares de la ciudad tienen en promedio computadora conectada a Internet.

- ✓ **Educación:** En relación a la situación educacional los indicadores permiten ver que en promedio en la ciudad un 4,8 por ciento de las personas de 14 años y más poseen como máximo nivel de instrucción alcanzado el primario completo. Entre todos los Jefes de Hogar de la Ciudad, el 5,3 % en promedio ha sido clasificado como jefes de hogar sin instrucción. Los CGP 3, 5 y 8 muestran valores entre 12,3% y 10,5% y los CGP 13 y 2N, con la menor proporción de esta característica, se ubica alrededor de 1,3 %.
- ✓ **Condiciones de Vida:** En cuanto a las condiciones de vida la variable baño compartido se sitúa muy por encima del valor promedio en los CGP 1, 2S y 3 dado que en esas zonas hay mayor presencia de inquilinatos y hoteles.

En promedio el 6% de la población viven en condiciones de hacinamiento; característica que tampoco se distribuye en forma homogénea. Son los CGP 1, 2S, 3, 4, 5 y 8 los que presentan mayor proporción de personas hacinadas (sus valores oscilan entre 7,5 % y 14,7%) Mientras que en el resto de los CGP las proporciones descienden a menos del 5%.

En relación a la proporción de hogares en situación de pobreza para la ciudad alcanza en promedio al 8,4% según indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI)<sup>13</sup> Pero entre los CGP 3, 5 y 8 muestran proporciones de hogares con NBI que van del 18,8% al 29,6%; en los CGP 1, 2S y 4, los valores descienden a menos del 15 % y en los restantes CGP dichos valores se ubican por debajo del 7 %.

---

<sup>13</sup> N.B.I: Indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas: 1)Hacinamiento (más de tres personas por habitación, 2) Vivienda precaria, 3) Vivienda sin retrete con descarga de agua, 4)Desfasaje escolar (Ministerio de economía, INDEC)

Por último, la población que vive bajo la línea de pobreza representa en promedio el 15,6 % de la población total de la ciudad. Los CGP 3, 4, 5 y 8 muestran los mayores porcentajes de población con estas características, con valores que oscilan entre 28,9 % y 37,5%, mientras que el CGP 13 posee el porcentaje más bajo: 3,5%.

En síntesis, el recorrido por los diferentes indicadores permite constatar la amplia diversidad de situaciones entre los distintos CGP como también algunas regularidades entre ellos, lo cual permitiría agruparlos en áreas más o menos desfavorecidas. Siendo los que presentan los porcentajes con mayores condiciones de desfavorabilidad los CGP 3, 5, y 8. Todos ubicados en el cordón sur de la Ciudad de Buenos Aires.

### ✓ Área Programática Hospital Argerich

Según la división de la Ciudad de Buenos Aires en Centros de Gestión y Participación, el Área Programática del Hospital Argerich se encuentra en parte de los CGP 1 y 3.

De acuerdo al análisis antes realizado, se podría decir que la población del área presenta un alto porcentaje de condiciones de vida desfavorable y de vulnerabilidad. Sin embargo al interior del área se evidencian una heterogeneidad en la población en relación a situación socioeconómica y cultural.-

### ✓ CESAC N° 9: Características sociodemográficas y epidemiológicas de la población.

A partir de las entrevistas realizadas a distintos profesionales del CESAC N° 9 podemos sintetizar presentando a la población de la siguiente manera:

- ✓ **Características sociodemográficas:** Población perteneciente al Cordón Sur de la ciudad, presentan alto grado de vulnerabilidad. Población con NBI. Presentan carencias de todo tipo.

Población migrante del interior de nuestro país de las provincias del norte y de la región mesopotámica. También hay población que viene de países limítrofes, la mayoría son de Paraguay y Bolivia. Se evidencia que antes de la crisis del 2001 había mayor porcentaje de familias peruanas.

- ✓ **Trabajo e Ingresos:** Los medios de subsistencia de la población son los planes trabajar, planes sociales. Un alto porcentaje de la población comen en comedores comunitarios.

- ✓ **Estado de salud de la población:** La problemática de salud compleja: (50% de la población sin cobertura en salud)
  - Alto porcentaje de violencia familiar, alcoholismo y drogadicción
  - Aumento del porcentaje de enfermedades de transmisión sexual tanto en niños como en adultos.
  - Aumento de casos de niños golpeados por sus padres.
  - Familias monoparentales y ensambladas
  - Falta de modelos en adolescentes
  - En los últimos años se está naturalizando que en las familias de la población algún miembro del grupo familiar esté preso.
- ✓ **Educación:** Alto porcentaje de repitencia y de dificultades de aprendizaje en particular en los primeros grados de escolaridad.
- ✓ **Características Habitacionales:** Las viviendas son inadecuadas: hacinamiento, viviendas de madera, suelo con alto porcentaje de agua; presencia de hongos y humedad en paredes que favorecen y agudizan la presencia de cuadros respiratorios. Vivienda y baños compartidos: dificultades en la limpieza de alimentos y del cuerpo. Accidentes en las escaleras en mal estado

✓ **CESAC N°15: Características sociodemográficas y epidemiológicas de la población.**

Teniendo en cuenta las entrevistas realizadas a distintos profesionales que integran el CESAC N° 15 y de distintos trabajos realizados por equipos de trabajo del Centro podemos caracterizar a la población de la siguiente manera:

- ✓ **Características Sociodemográficas:** La población del área de influencia del CESAC N° 15 alcanza las 54.161 personas de acuerdo al último censo nacional de población (2001) de las cuales 29.205 son mujeres y 24.956 hombres.

Las mujeres constituyen el 54% de la población y los varones el 46%. El grupo etáreo entre 20 y 29 años, al igual que en la pirámide de la ciudad, constituye el de mayor población.

La mayoría de la población (50%) que concurre al CESAC N° 15 procede de las provincias del interior de nuestro país; mientras que un 25% de la población procede de países limítrofes y otro 25% es de Capital Federal.

La población del área de influencia del Centro es heterogénea: la mayoría de los profesionales entrevistados coinciden que la población del área de influencia del CESAC N° 15 es muy heterogénea, dado que en una misma zona conviven personas de distintas clases sociales: turistas, extranjeros, casas de anticuarios y al lado hay una casa tomada, inquilinatos u hoteles. La población de estos últimos se encuentra en situación de riesgo y vulnerabilidad.

- ✓ **Trabajo e Ingreso:** El perfil socioeconómico de las familias que acuden al CESAC N°15 el 67% presentan N.B.I; presentando los siguientes niveles de ingresos: el 27% de las familias se encuentran sobre la línea de pobreza, un 46 % de las familias se encuentran por debajo de la línea de pobreza mientras que un 26% de las familias se encuentran por debajo de la línea de indigencia. Por tanto, el 73% de los usuarios no cuenta con un ingreso mínimo esencial para cubrir la canasta familiar (obra social, educación, movilidad por transporte público y alimentación).<sup>14</sup>

Desde lo ocupacional es una población con condiciones laborales precarias e inestable. La población presenta un perfil ocupacional con las siguientes características: el 84 % de los jefes de hogar tienen una ocupación (con tendencia a la subocupación / desocupación), el 62% está en relación de dependencia; mientras que 16% de la población presenta desocupación abierta (busca trabajo y no encuentra) y sólo un 10% de la misma no busca trabajo al no contar con los medios mínimos para cubrir la movilidad indispensable.

---

<sup>14</sup> Datos de una proyección realizada a partir de una muestra tomada en el año 2000 de un relevamiento a usuarios del CESAC N° 15

- ✓ **Características habitacionales y condiciones de vida de la población que concurre al centro;** más del 15% de la población vive en piezas de inquilinato, hotel o pensión. De esta población, casi el 70% vive en condiciones de hacinamiento.

Algunos de los profesionales, en las entrevistas realizadas, plantean que la población que concurre al centro es migrante. Con esto hacen referencia a que es una población inestable, muy cambiante; dado que reciben subsidios del estado para la vivienda, no tienen vivienda propia, sufren desalojos de los hoteles y de las casas tomadas.

- ✓ **Educación:** tanto las zonas de los CGP 1 y 3 corresponden a la segunda zona menos escolarizada de la Capital Federal.

De acuerdo a los datos de los Distritos Escolares, si bien la franja etárea que va de los 5 a los 14 años se observan porcentajes de asistencia escolar que superan el 90%, en el grupo de 3 a 4 años esta cifra se reduce al 61,65 %. Del 34,38% restante sólo el 7,3% asistió mientras que el 92,06% restante nunca lo hizo.

En el grupo comprendido entre los 15 y 17 años, la asistencia disminuye el 86,89%. Del grupo que no asiste (13,10%), el 95,96% asistió, lo cual evidencia una alta tasa de deserción escolar.

Creemos que estos problemas dan marco y sostén a la violencia de todo tipo que comienza en contexto social y se enquistada en lo intrafamiliar. Al respecto citamos a la Licenciada Elina Dabas, quien plantea: *“...la problemática económica se entrecruza con la social y con la psicológica: el desempleo o la proximidad del mismo genera miedo, angustia y sensación de desamparo; la amenaza siempre presente de los procesos hiperinflacionarios se asocia con el incremento de la violencia, sea ésta en el interior de las familias o en las calles. Migraciones masivas del campo a la ciudad o de ciudades pequeñas a otras más grandes conllevan la pérdida de la seguridad de los contextos locales”*.<sup>15</sup>

Varios profesionales que trabajan en el Área mencionaron la violencia como una problemática que atraviesa a la población. Sin embargo destacan que la necesidad de abordar esta situación y mejorarla todavía no se ha constituido en una demanda explícita.

## 2. Participación comunitaria y prácticas psicopedagógicas

---

<sup>15</sup> DABAS, Elina: Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Editorial Paidós, Bs. As., 1993.

Tenemos en cuenta en este momento los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a los profesionales del CESAC N°15 y la lectura de material bibliográfico sobre el tema.-

Anteriormente destacamos a la participación de la comunidad y su responsabilidad en lo que respecta a cuestiones de salud, como fundamentales en el logro de los objetivos propuestos en la estrategia de APS en el marco de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

No podemos pensar a la participación comunitaria de una manera única y universal sino que la realidad política, social, económica y cultural propia de cada región le da características singulares.

*¿Cómo pensar entonces la participación comunitaria en el CESAC N°15?*

*¿Cómo podemos definir las modalidades de participación de la comunidad en el Centro?*

A continuación definimos qué entendemos por participar y por comunidad para luego adentrarnos en la participación comunitaria.-

***¿Qué es participar?*** Entendemos que participar es ser parte de algo, formar parte de alguna cosa. Se trata de un acto ejercido por un sujeto que tiene presencia activa en actos que conciernen a su vida, en lo personal, familiar, laboral y social. Por tanto, participar es siempre actuar con otros o en relación con otros.

***¿Qué es una comunidad?*** Al hablar de comunidad no se hace referencia a grupos homogéneos, sino a grupos compuestos por individuos que tienen en común algunos conocimientos, sentimientos, necesidades, deseos y proyectos.

Una comunidad es un grupo dinámico, en constante transformación.

El hecho de compartir un espacio, un lugar, no define necesariamente una comunidad. Maritza Montero, licenciada en Psicología por la Universidad de Venezuela, plantea desde el marco teórico de la Psicología Comunitaria, que aquello que permite definir a una comunidad es la identidad social y el sentido de comunidad que construyen sus miembros en las praxis cotidianas. También en ese proceso se construye la historia social.

Cuando hablamos de “*sentido de comunidad*” tenemos en cuenta el sentimiento de sus miembros de pertenecer a ella; la percepción de similitudes con los otros, de ideas y expectativas compartidas; el sentimiento de que los miembros importan los unos a los otros y al grupo más amplio.

En relación a lo anterior y teniendo en cuenta la heterogeneidad social, económica y cultural de los actores que conforman el CESAC N° 15 nos preguntamos:

¿Cómo podemos pensar el **sentido de comunidad** en la población que concurre al CESAC N° 15?

¿Qué expectativas e intereses comunes los convocan a participar?

Maritza Montero define a la **participación comunitaria** como “...un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales”.<sup>16</sup>

En las entrevistas a los profesionales del Centro surgen diferentes maneras de entender a la participación. Por un lado se entiende a la participación a través de instituciones de la sociedad civil: juegoteca, cooperadora, MOI (Movimiento de Ocupantes e Inquilinos), Asambleas Barriales en el Área, Red Cultural.

Por otro lado, algunos profesionales expresan que la participación implica toma de decisiones: “Si participar es apropiarse la población debería adueñarse, opinar, sentirse actor. Para ser actor la población tiene que lograr que su opinión entre en la agenda del gestor, en la agenda de acciones.”<sup>17</sup>

Entre los alcances y beneficios de la participación comunitaria, Montero señala el crecimiento personal de los individuos que participan activamente y el de aquellos que reciben los beneficios de dicha participación. También se benefician las instituciones, que pueden ser ámbitos de participación o copartícipes en planes externos a ellas, y la sociedad.

Por otro lado, según esta autora existen aspectos que dificultan la participación, como el conocimiento: muchos de los conocimientos propios de la comunidad entran en contradicción con los cambios considerados beneficiosos desde las pautas socialmente establecidas: “Puede ocurrir que las creencias y costumbres o los valores sostenidos en una comunidad sean el fundamento de ciertas conductas, de ciertos modos de vida que impliquen peligros, que causen formas de exclusión o de maltrato, o que mantengan la ignorancia respecto de ciertos fenómenos”.<sup>18</sup>

Respecto de lo anterior, en una de las entrevistas realizadas se hace referencia a una diferencia entre aquello que la población demanda desde sus formas de entender la realidad cotidiana y aquello que los profesionales piensan como modalidades apropiadas de promoción de la salud, según sus propios paradigmas. Estas diferencias son quizás las que producen los desencuentros, los obstáculos en las convocatorias, etc..

---

<sup>16</sup> MONTERO, Maritza: Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. Bs. As., 2004.

<sup>17</sup> Entrevista a la Dra. María Elena Folini. Coordinadora del CESAC N°15 (Anexo)

<sup>18</sup> MONTERO. Ídem 1

Creemos relevante introducir aquí el concepto de “habitus” trabajado por el sociólogo francés Pierre Bourdieu: “conjunto de disposiciones mentales duraderas a través de las cuales los agentes aprehenden el mundo social; de manera tal que los esquemas de percepción de cada habitus organizan y orientan las prácticas de los sujetos”.<sup>19</sup>

En el marco de las teorías reproductivistas de los años 70, Bourdieu plantea en la base de las desigualdades simbólicas, de bienes culturales, a aquellas de orden económico. Las primeras, plasmadas en el lenguaje y los recorridos escolares por ejemplo, reproducen y legitiman las desigualdades de raíz económica, las diferentes oportunidades de acceso a los bienes materiales.

Bourdieu denomina “capital cultural” al conjunto de bienes simbólicos, desigualmente distribuido entre las diferentes clases sociales. El autor ordena el concepto más amplio de “capital cultural” en tres estados: “estado incorporado”; “estado objetivado” y “estado institucionalizado”.

Si bien no es nuestro objetivo profundizar en las características de cada una de las formas con que describe este autor la posesión de bienes simbólicos, sí nos interesa destacar que el “habitus” coincide con el “estado incorporado” del “capital cultural”. Esto es, nos habla de formas de sentir, pensar y actuar en el mundo; de modalidades de conocer en las cuales se ponen en juego determinadas clasificaciones o divisiones. El primer ámbito de socialización del habitus es la familia.

Podemos pensar, entonces, que la distancia entre las percepciones e ideas de los miembros de la comunidad y los profesionales sobre cuestiones relativas a la salud encuentra su origen en formas globales de entender la vida cotidiana, en “paradigmas de la vida cotidiana”: aprehendidos desde el nacimiento en la familia, y diferentes según la división de clases al interior de la sociedad.

Varios profesionales destacan la dificultad por parte de la población para participar en actividades comunitarias en salud. Por un lado, hacen referencia a una escasa cultura y poca formación en participación ciudadana en la sociedad de nuestro país.

Por otro lado, algunos profesionales señalan como causa de la baja participación las condiciones de riesgo y vulnerabilidad social y económica de la población que concurre al Centro, como por ejemplo la inestabilidad laboral y habitacional.

En varias entrevistas se señala que la población se agrupó y se organizó para tomar decisiones, por ejemplo, cuando corrió riesgo la continuidad de los servicios

---

<sup>19</sup> MONTESINOS, Marta: Aproximaciones a ciertos “conceptos en uso” sobre el fracaso escolar. En Ensayos y Experiencias N°43: “El fracaso escolar en cuestión. Concepciones, creencias y representaciones”. Ed. Novedades Educativas, Bs. As., 2002.

de salud, en el Centro. Es decir, cuando se puso en juego la estabilidad del derecho a la salud. Los entrevistados también destacan que la comunidad se organizó en grupos y asambleas durante la crisis social, política y económica, en nuestro país, a fines del año 2001.

Por último, algunos profesionales mencionan que la “participación” queda acotada a la demanda (de atención, leche, medicamentos). Al respecto, en la entrevista realizada a la Jefa del Área Programática, la Dra. Teresa Batallán, ella caracteriza a los miembros de la comunidad como “actores de demanda”.

Nos preguntamos entonces si en nuestra sociedad existen espacios que favorezcan la participación comunitaria; a su vez, ¿cómo pensar la integración de las personas en proyectos *participativos en cuestiones de salud*?

Desde una perspectiva constructivista entendemos el aprendizaje como un proceso mediante el cual el sujeto construye conocimientos a partir de interacciones sucesivas con los objetos y desde sus saberes previos, en interacción con otros del entorno social.

Desde esta idea nos animamos a pensar a la participación comunitaria como un proceso de aprendizaje que se construye y fortalece desde la acción cotidiana: participando aprendemos a participar.

Una de las cuestiones que convoca a la Psicopedagogía como disciplina se relaciona con el aprender. Surgen, entonces, nuevos interrogantes:

*¿Es tarea de los profesionales de Psicopedagogía facilitar y acompañar los procesos de aprendizaje en torno a la participación comunitaria? Y si así lo fuera, ¿qué estrategias son las apropiadas para lograrlo?*

*¿Cuáles son los aportes que esta disciplina puede efectuar al trabajo comunitario?*

*¿Qué lugar asumimos en este proceso las psicopedagogas, como profesionales especialistas en cuestiones vinculadas con el aprender?*

Alicia Navarro y Patricia Cristaldo en su libro “Hacia una Didáctica de la Nutrición” (2002) plantean que la participación puede ser provocada y organizada: en grupos sociales no acostumbrados a la participación, en un primer momento puede ser necesario inducirlos a la misma, iniciando así un proceso en el cual la participación se dará cada vez con mayor autonomía.

En las prácticas cotidianas desarrolladas en el Centro interactúan muy diversos actores (profesionales de distintas disciplinas, miembros de la comunidad, profesionales de otras instituciones como el CAINA, SE, etc.). De ahí que como psicopedagogas debamos repensar al sujeto que aprende y al sujeto que enseña:

*En la participación comunitaria, ¿hay alguien que enseña y otro que aprende, o podemos animarnos a pensar el aprender en forma conjunta: como construcción permanente dentro de las prácticas cotidianas y como producto entre pares, a partir del diálogo y del intercambio?*

Paulo Freire, creador de la pedagogía de la liberación, entiende a la educación como práctica de la libertad, como un acto de conocimiento y aproximación crítica a la realidad.

Este autor rectifica la asimetría entre quien enseña y quien aprende: *“no es posible educar sin aprender a la vez”*<sup>20</sup> Es así como el educador debe aprender con los educandos cuál es la realidad del grupo con el que se trabaja, cuáles son las herramientas que ellos utilizan para abordarla; qué elementos aún no poseen, como así también si existe interés en adquirir otros nuevos.

Paulo Freire afirma que nadie educa pero, al mismo tiempo, nadie se educa solo. De esta manera la educación se convierte en un desafío para los actores en ella implicados, quienes aprehenden juntos la realidad.

En este momento, tenemos en cuenta el concepto de “andamiaje” elaborado por Jerome Bruner: para este autor las intervenciones de otro experto tienen un carácter necesario y funcionan como herramientas culturales en los procesos de aprendizajes de los sujetos.

En varias de las entrevistas realizadas los profesionales destacan los espacios de taller como instancias privilegiadas de participación comunitaria: los mismos favorecen la expresión, el planteo de dudas y opiniones. Las temáticas abordadas muchas veces responden a intereses puntuales de la población.

También destacan las salidas extramurales como momentos de encuentro directo con la comunidad, en sus hogares. Desde situaciones concretas se hace posible brindar información sobre las modalidades de atención del Centro. Los profesionales destacan que, partiendo de situaciones problema familiares o grupales y desde un abordaje interdisciplinario, se indaga acerca de los saberes de la comunidad respecto de la problemática en cuestión, para construir otros nuevos y mejores.

Así describe la forma de trabajo en el equipo interdisciplinario en el que participa, una psicóloga del Centro: *“De acuerdo a la tipificación de problemas que se haya hecho frente a lo que uno o el equipo relevó en forma extensiva e intensiva, se propondrán talleres o espacios de reunión con los habitantes del lugar como para hablar de temas que no hablan entre ellos”*<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> FREIRE, Paulo. Citado en VIDELA, Mirta: Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Ed. Cinco, Bs. As., 1991.

<sup>21</sup> CLARA, Mirta: Jornadas Nacionales de Salud Mental. "Modelos de Atención: Políticas y Propuestas". Colegio de Psicólogos de la Provincia de Santa Fe. FEPR. Rosario, Argentina, 1999.

De esta forma, los talleres y las salidas extramurales fomentan la construcción de nuevos vínculos y redes sociales más amplias que, brindando sostén y contención a sus integrantes, fortalecen la participación comunitaria.

Es así como el equipo de profesionales, a partir de las modalidades de intervención antes descritas, funciona *andamiando* el encuentro de la comunidad que se reúne para tratar cuestiones relacionadas con la salud individual, familiar y colectiva. Dichas estrategias constituyen intervenciones que organizan la participación comunitaria: en su desarrollo los profesionales ponen énfasis en el intercambio de experiencias y valores, respetando las diferencias y particularidades propias de los sujetos.

Respecto de los espacios de taller, pensamos que desde la Psicopedagogía nos es posible contemplar instrumentos, estrategias y modalidades que favorezcan un clima de confianza relacionado con la vida cotidiana de los participantes, donde las opiniones encuentren una escucha atenta, sean valoradas y respetadas.

Sobre lo anterior, la psicóloga argentina Mirta Videla, plantea como propósito de los talleres en educación para la salud comunitaria, que las familias puedan sentir, a través del encuentro con los otros, la responsabilidad de la salud familiar, constituyéndose así en agentes de salud: comprometiéndose con la salud de los suyos, logrando un nivel de información, desmitificando y conociendo a partir de la reflexión compartida.

En la entrevista realizada a la Coordinadora del Equipo de Psicopedagogía del CESAC N°15, ella menciona que en alguna oportunidad en el Programa de Niño Sano, se invitó a una mamá egresada del mismo a co - coordinar uno de los encuentros de taller de padres sobre cuestiones relacionadas con la crianza. Se contemplaron instancias previas y posteriores a los talleres, de planificación y evaluación.

La integración progresiva a diversos espacios a los que convoca el Centro, podemos pensarla como una forma de apropiación de la institución, un formar parte, un compartir con otros ideas y problemáticas, que posibilite la construcción conjunta de un sentido de comunidad que, como hemos visto, fortalece la participación. Así, cuando los miembros de la comunidad advierten que saben y pueden decirlo, surge el deseo de compartirlo con otros.

Entendemos que en el desarrollo de la participación comunitaria se produce un intercambio entre los actores participantes, miembros de la comunidad y profesionales, que favorece los procesos de problematización y de concientización.

Maritza Montero piensa a la concientización y a la problematización como instancias fundamentales en el análisis crítico del ser en el mundo.

La problematización, según esta autora, es un proceso crítico de conocimiento que implica una movilización del campo cognitivo, en el cual se deshecha el carácter natural relacionado con ciertos fenómenos, reflexionando sobre sus causas y consecuencias.

Gracias al desarrollo de una conciencia crítica los actores comunitarios pueden producir los argumentos y las acciones para expresar, comunicar y divulgar sus ideas, permitiéndoles hacer frente a los grupos mayoritarios, movilizarse en la defensa de sus intereses o en la consecución de sus fines.

Por último, como profesionales de salud debemos tener en cuenta que al promover la participación comunitaria la misma puede transformar a las personas: antes pasivas y conformistas en personas activas y críticas.

A su vez, debe anticiparse que la participación hace posible la adquisición de poder dentro de la comunidad; generando una descentralización y distribución del mismo, antes centrado en una autoridad o en un grupo reducido de personas.

Por tanto pensamos la participación comunitaria como una acción política que favorece la formación de ciudadanía, desarrollando y fortaleciendo la sociedad civil y aumentando la responsabilidad social.

Concluyendo este momento de reflexión y sistematización de información, creemos que la temática abordada, dentro del contexto socio- histórico en el que se desarrolla, nos convoca como ciudadanas y como psicopedagogas. Al mismo tiempo, nos invita a recuperar los conocimientos aprendidos en instancias anteriores de formación: a cuestionarlos, a repensarlos y a *ponerlos a jugar* en el nuevo sendero dentro de nuestra trayectoria profesional, que constituye para nosotras la Residencia de Psicopedagogía.

Por último pensamos a la participación comunitaria como un desafío para nuestra práctica, en el cual el quehacer psicopedagógico se constituye en facilitador del proceso de aprendizaje que implica el participar en y con la comunidad.

## Conclusiones

Finalizando el trabajo sentimos satisfacción por el intenso camino recorrido.

Vivimos experiencias altamente enriquecedoras, en entrevistas con profesionales de otras disciplinas y de la propia; conocimos lugares de trabajo dentro del Área Programática; profundizamos la lectura de autores de nuestro interés y nos encontramos con la propia producción.

A su vez, la realización del trabajo nos permitió conocernos, intercambiar ideas y vivencias, enriqueciendo nuestras formas de aprender y favoreciendo la construcción de nuevos conocimientos.

Comenzamos el trabajo con una idea de la participación comunitaria en el área de la salud más cercana a un concepto teórico que a un trayecto que implica movimiento y cambios.

En este momento pensamos a este componente fundamental dentro de la estrategia de APS como un proceso de aprendizaje en el cual todos los actores del Área Programática somos protagonistas.

Creemos que abrir interrogantes sobre el quehacer psicopedagógico, en este caso desde la indagación sobre uno de los aspectos que definen a la APS, resultará de interés para el Equipo.

A su vez el trabajo nos permitió acercarnos a los miembros de la comunidad del Área. Posibilitó una mayor comprensión del contexto en el que viven, de sus necesidades y costumbres, de sus modalidades en el vínculo con las instituciones y con los profesionales de la salud.

Al ser esta una primera aproximación a la temática desarrollada, creemos que quedan como interrogantes:

¿Cómo podemos pensar nuevas modalidades de participación ciudadana en nuestro país que fortalezcan la vida en democracia?

¿Cómo pensar nuestra propia participación comunitaria, como ciudadanas?

¿Qué modalidades de trabajo pueden favorecer el aprendizaje que implica la participación, desde nuestra labor psicopedagógica?

Pero sobre todo sentimos que se abre, desde el comienzo de nuestra residencia, un camino de intensa labor, crecimiento personal y profesional y de genuino aprendizaje.

**¡Muchas Gracias!**

Queremos agradecer especialmente a todas aquellas personas que colaboraron en el desarrollo de este trabajo tan importante para nosotras: A la Jefa del Área Programática del Hospital Argerich, a las jefas de ambos CESAC, a las coordinadoras de los Equipos de Psicopedagogía, a nuestra jefa de residencia y a todos los profesionales que nos brindaron su tiempo y buena predisposición para responder a nuestras preguntas.

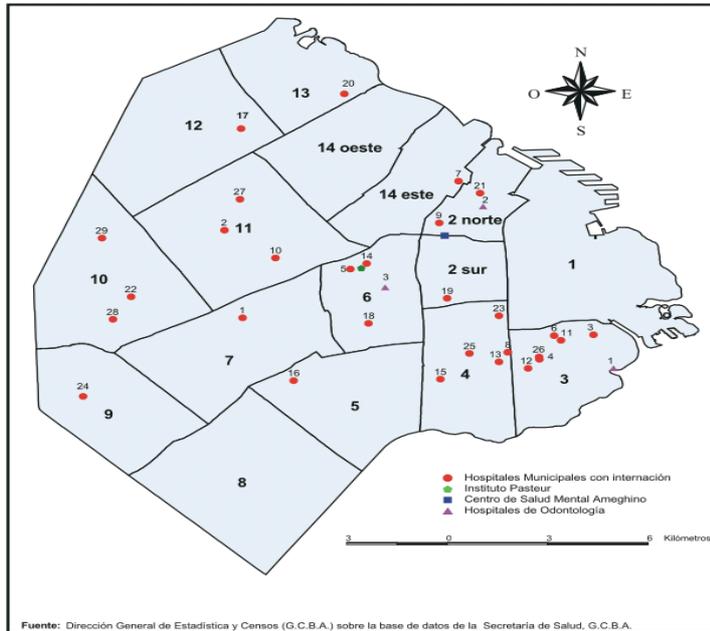
Por último queremos hacer un especial reconocimiento a todo el Equipo de Psicopedagogía del CESAC N° 15 que nos acompañó y nos dio su apoyo a lo largo de la elaboración de este trabajo.-

## ANEXO

✓ MAPAS

✓ ENTREVISTAS

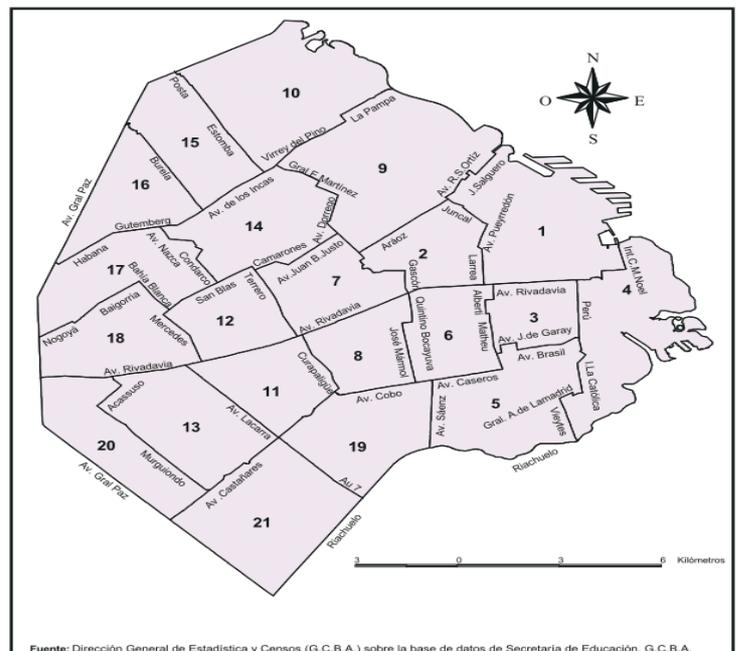
Mapa 5.1 Establecimientos de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires según Centro de Gestión y Participación (CGP) . Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de datos de la Secretaría de Salud, G.C.B.A.

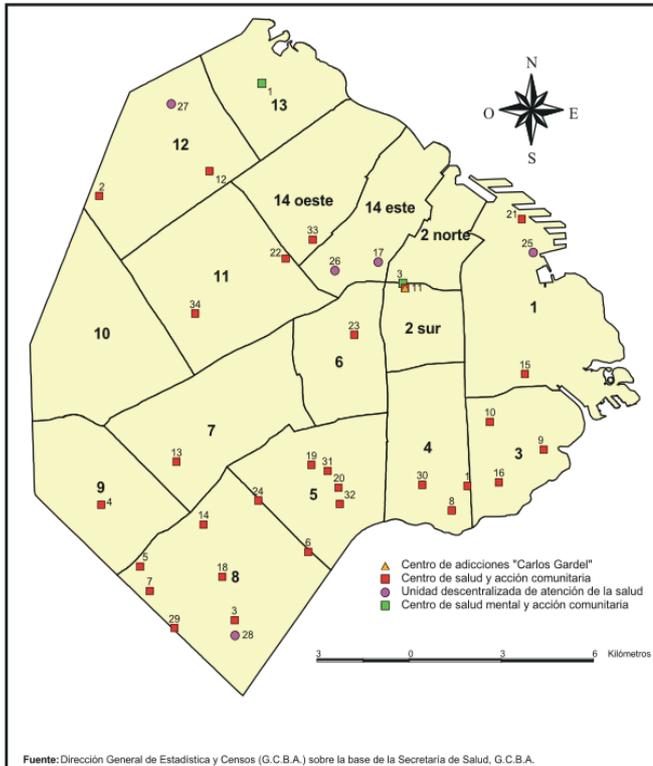
- |                            |                                |                                     |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Hospitales con internación | Hospitales de Odontología      | Hospitales de Odontología           |
| 1 Alvarez                  | 15 Penna                       | 1 Hospital de Odontología Infantil  |
| 2 Alvear                   | 16 Pirero                      | 2 Hospital de Odontología           |
| 3 Argerich                 | 17 Pirovano                    | 3 Hospital Municipal de Odontología |
| 4 Borda                    | 18 Quemados                    |                                     |
| 5 Durand                   | 19 Ramos Mejía                 |                                     |
| 6 Elizalde                 | 20 Rehabilitación Psicosfísica |                                     |
| 7 Fernández                | 21 Rivadavia                   |                                     |
| 8 Lissandro                | 22 Rocca                       |                                     |
| 9 Gutiérrez                | 23 Santa Lucía                 |                                     |
| 10 Lagleyze                | 24 Santojanni                  |                                     |
| 11 María Ferrer            | 25 Sarda                       |                                     |
| 12 Moyano                  | 26 Tobías García               |                                     |
| 13 Muñiz                   | 27 Tornú                       |                                     |
| 14 Oncología               | 28 Vélez Sarsfield             |                                     |
|                            | 29 Zubezarreta                 |                                     |

Mapa 5.2 Ciudad de Buenos Aires según Distrito Escolar



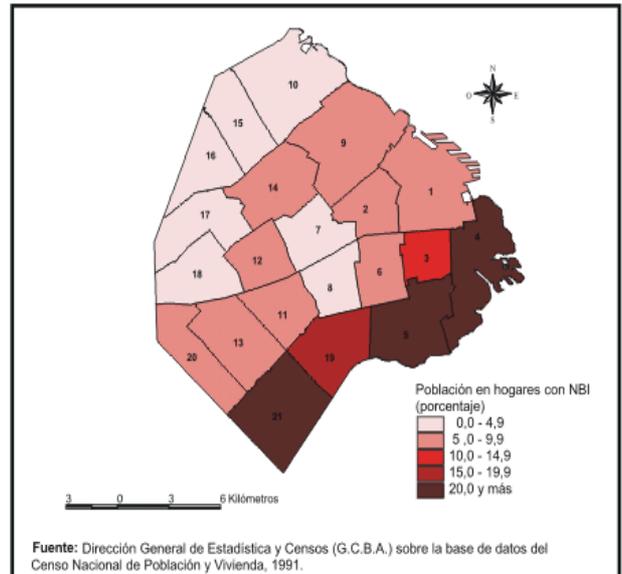
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de datos de Secretaría de Educación, G.C.B.A.

**Mapa 5.2** Centros de salud y acción comunitaria (CESAC) según Centro de Gestión y Participación (CGP). Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

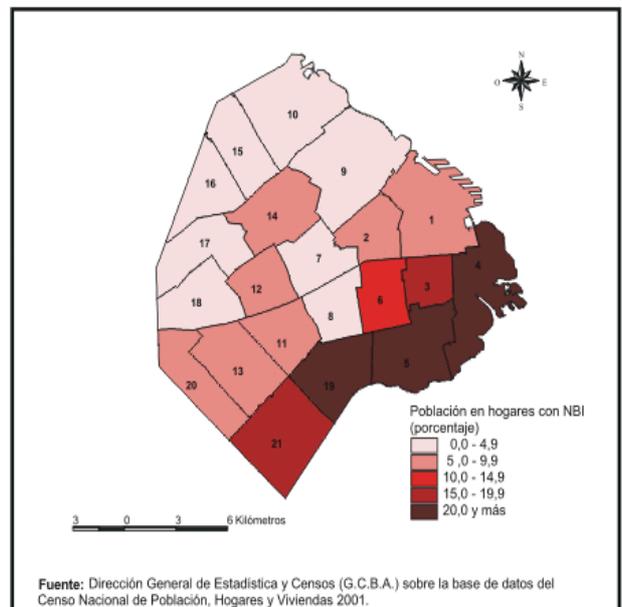


Nota: el número asignado a cada establecimiento corresponde a la identificación del mismo.

**Mapa 6.1** Porcentaje de población en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) según Distrito Escolar. Ciudad de Buenos Aires. Año 1991



**Mapa 6.2** Porcentaje de población en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) según Distrito Escolar. Ciudad de Buenos Aires. Año 2001



Nota: para los hogares del 2001 se incluye a los hogares censados en la calle.

**Entrevista: Jefa Área Programática**  
**Dra. Teresa Batallán.**

**1. ¿Cómo podría caracterizar a la población del Área Programática?**

La población está posicionada como actor por necesidad. El actor por necesidad es el que denuncia (personas, notas, recursos de amparo, etc) Todas estas son útiles para ver como se puede dar solución a la problemática, buscar estrategias. Una de las demandas estaba relacionada con salud ambiental, es un proyecto que venimos desarrollando hace tres años y para el próximo año va a ser el eje de trabajo.

Los actores por necesidad tienen fugaces niveles de asociación. Es difícil verlos en la construcción de esto. Es difícil ver la red funcionando. Predominio en lo institucional, organizaciones públicas. Hay mucha bronca en los sectores. Los objetivos de la participación en las instituciones es la búsqueda de subsidios. Esto da poca densidad a la población.

Buscar acuerdos es difícil. Es un trabajo en construcción.

Nosotros en el Área tenemos un escasa oferta instalada, ahora se va a abrir un nuevo CESAC.

Se puede pensar que el parque Lezama para la Boca y del parque Lezama para el lado de San Telmo presentan los mismos indicadores pero se diferencia en el movimiento de los actores.

En La Boca con la crisis del 2001 surgieron 35 comedores comunitarios. La población entiende la forma de participar y de militar más conjunta, es más homogéneo en el pedido. Mientras que del Parque Lezama para el lado de San Telmo son más heterogéneo, los grupos están tipo islas.

**2. ¿Cómo piensa la salud en relación a las características ambientales de la zona?**

La Salud Ambiental hay que pensarla en relación a la salud del ser humano, a lo que hace a los sujetos...

Hay que pensarla en los siguientes ejes: Factores contaminantes, hacinamiento, salud ocupacional y violencia. Hay una perversa tergiversación de esto, porque nos quieren hacer creer que la salud ambiental es sólo los factores contaminantes: petroquímico, cuenca del matanza, etc.

La verdadera acepción: todo lo que esté relacionado con el ser humano influye en la salud ambiental.

El sector salud no acepta que poco le interese al entorno. Esto refleja un modelo de trabajo...en los CESAC se trabaja lo extramuro.

La salud ambiental requiere de un esfuerzo en la cabeza de los profesionales ya que no hay cosas claras sobre el tema.

Por planificación estratégica lo más urgente a trabajar sería: en la Boca los basurales a cielo abierto, aguas bebibles seguras, condiciones edilicias de habitación. En San

Telmo el tema de roedores. En ambos se trabajaría hidrocarburo aéreos, transformadores, plomo, entre otros.

### **3. ¿Cómo es la participación comunitaria en el Área Programática?**

La participación comunitaria no debe ser considerada como un fin en si mismo sino como una herramienta o un medio para trabajar. Hay que ser honesto un taller no es trabajar participación comunitaria es condición para.

Hay que pensar la línea sociohistórica de participación en nuestro país en los últimos treinta años. A lo que queremos llegar es a una participación más democrática, lo cual implica: participar, informar, comprender la información, toma de decisiones democráticas.

La participación comunitaria debe trabajarse de lugares más profundos. Tiene un alto contenido político y tiene en los profesionales raíces sociohistóricas.

Mientras que el modelo neoliberal este presente no va a ser el populismo lo que cambie.

Si lo que aspiramos es la participación democrática encontremos puntas para lograrlo.

Las instituciones están muy enfermas. Clientelismo.

Nosotros no somos sujetos participativos democráticos reales.

El cliché de participación es más nefasto que una autoridad bien planteada y un autoritarismo.

También hay que olvidarse de formas nostálgicas de participación, no se puede pensar la participación comunitaria como en los años 70, cambio todo.

### **4. ¿Cómo piensa los aportes de la psicopedagogía en la participación comunitaria?**

No soy psicopedagoga, me resulta difícil...pero creo que la psicopedagoga debería incluirse más, atreverse a formas más alternativas de trabajo.

Hay cierta rigidez de trabajo, en la práctica.

Los campos disciplinares deben ser específico pero tienen que tener poros.

Veo la psicopedagogía escolarizada, basada en recetas. Faltan más grados de libertad.

Hay gente que trabaja con más libertad, es la gente que tiene más trayecto.

Imagino a la psicopedagogía impulsando redes; buscando más niveles de participación. Si puede comprender las matrices de aprendizaje puede ver por donde pasa la cosa.

La realidad nos pasa por arriba, hay que poner más el cuerpo; cuando se pone el cuerpo se siente las cosas desde otro lugar.

## Entrevista Coordinadora del Programa de Salud Escolar Area Programática Hospital Argerich: Lic. Laura Dominguez (psicopedagoga)

### 1. ¿Por quiénes está integrado el programa de Salud Escolar?

El programa está subdividido en cuatro equipos:

- Nivel Inicial, Primario, Escuela de Recuperación (Nº3 y 4) y Escuela especial N° 14
- Equipo de escuela media
- Equipo de Adulto escolarizado
- Equipo de Nivel Terciario

El primero de estos equipos está formado por pediatras, médicos de medicina familiar, odontólogos, fonaudiólogos, enfermeros, psicopedagogas, trabajadores sociales, psicólogos, kinesiólogos, nutricionistas. Todos ellos tienen horas de guardia destinadas a este programa, no son personal de planta.

### ✓ ¿Qué actividades se realizan en este programa?

Mesas de Salud: son encuentros en las instituciones educativas, donde participan el equipo directivo y docentes, el Equipo de Orientación Escolar (EOE), el Centro Educativo de Recursos Interdisciplinarios (CERI) y el Equipo de Salud Escolar (ESE) En ellos se abordan temas relacionados con la salud, las dificultades en el aprendizaje y cuestiones relativas a la institución en particular.

Screening: diagnóstico de cuestiones integrales de salud de los niños de cada institución, con la intervención de diferentes profesionales del equipo.

Luego del diagnóstico, se entrega a los niños la libreta de salud, la cual es obligatoria y se renueva cada tres años.

Este año se incorporó un nuevo instrumento sobre la salud ambiental de la población.

La actividad de screening se realiza en sala de 5 años, 1º grado, 4º grado y 7º grado.

Talleres a demanda: sobre temas diversos como sexualidad, límites y cuidado de la salud. Los mismos están dirigidos a alumnos y a padres de cada institución.

Años anteriores también se realizaban talleres dirigidos a docentes, pero se interrumpieron por tensiones con las escuelas. El objetivo es retomarlos, debido al surgimiento de demandas por talleres sobre violencia, desde las familias y las instituciones.

Talleres a niños de 7º grado: de kinesiología (abordando temáticas vinculadas con la nutrición, la postura y la actividad física).

Talleres de Odontología: dirigidos a niños, padres y docentes y auxiliares de la institución educativa.

Proyecto de estimulación del lenguaje: está pensado para disminuir la patología del lenguaje. Este año se eligió al distrito 4º. El JINB (se trata de cuatro escuelas que comparten un mismo equipo directivo) Se seleccionó a esta población debido a que presentaba los índices más altos de esta patología y los más bajos en asistencia al tratamiento; a su vez sus características socioeconómicas son deficitarias. El proyecto contempla la capacitación a los docentes de salas de 5 años y la visita de un profesional de fonoaudiología a la institución, con una frecuencia quincenal.

### 3) ¿Cómo puede caracterizar a la población?

En relación con la población escolar, la misma se caracteriza por carencias socioeconómicas bastante importantes.

Año tras año se agudizan problemas como la adicción, el suicidio y la violencia.

Es alto el porcentaje de vulnerabilidad social: presentan un nivel educativo y habitacional deficitario.

Hay mucha gente sin cobertura de salud; sólo acceden a la salud pública porque no tienen ningún tipo de cobertura, obra social.-

Muchos niños se encuentran gran parte del tiempo frente al televisor; no hay espacio para el juego, ni para compartir cuentos con los padres.

Por un lado, hay niños que pasan mucho tiempo solos en sus hogares o en la calle. Pero también hay muchos padres temerosos de que sus hijos sean abusados (en la escuela, en la casa de un amigo). Esto hace que los retengan en sus hogares y les impidan ir, por ejemplo, a jugar a la casa de los compañeros.

A partir de la aplicación de un instrumento de diagnóstico con niños de 5 y 6 años en el año 2004, encontramos en esta población un alto porcentaje de casos con dificultades fonoaudiológicas (58%).

Pérdida de redes sociales. Antes por ahí los padres se encontraban en la puerta de la escuela y ahora eso ya no pasa, hoy no hay intercambio entre los padres. Lo importante del intercambio entre los padres es que va generando nuevas respuestas, alternativas a situaciones o problemas cotidianos.

Los padres registran más a los hijos pequeños que a los grandes. Los cuidan más.-

✓ **Datos estadísticos:**

En cuanto a las causas de deserción podría decir que los Alumnos desertan en séptimo grado para trabajar; muchas veces, también, se quedan para cuidar a sus hermanos.

Estadística de derivación a salud mental:

Sala 4 años	4 %
Sala 5 años	7 %
Primer grado	28 %
Segundo grado	19 %
Tercer grado	13 %
Cuarto grado	12 %
Quinto grado	8 %
Sexto grado	7 %
Septimo grado	2 %

✓ **¿Qué tipo de participación tiene la comunidad que accede al área programática?**

Se trata que participe lo más activamente en el screening y en los talleres

Lograr más participación comunitaria

Lo más difícil del trabajo es que es un equipo itinerante, no tenemos una sede fija, vamos rotando por las escuelas.

✓ **¿Cuáles considera que son los aportes de los equipos de psicopedagogía en el trabajo con esta comunidad?**

Yo creo que la psicopedagoga que está trabajando en salud escolar o en un hospital tiene que saber que trabaja en atención primaria de la salud. Por tanto, debe acercarse a la gente. La psicopedagoga debería tratar de crear estrategias todo el

tiempo olvidarse de hacer diagnóstico y tratamiento. Dadas las condiciones y los contextos de trabajo debe vincularse con otras disciplinas, especialidades.-

Cada vez se hace más necesario tener una mirada más amplia por la complejidad del contexto.

En sí, una psicopedagoga tiene que moverse, ir en búsqueda de la gente. La psicopedagoga deberá ayudar a crear la demanda. Uno ve en atención el aumento del porcentaje de deserción en los tratamientos de la tarea; la tarea tiene que ser acompañar. Es necesario para iniciar crear un buen vínculo. Un profesional en APS hay cuestiones que lo distinguen.-

### **Entrevista a Coordinador de Epidemiología Área Programática Hospital General Argerich. Lic. Martín Stella (antropólogo)**

#### **2) ¿Cómo podría caracterizar a la población del área programática del Hospital Argerich?**

La población del área es heterogénea, tanto desde lo sociodemográfico como desde epidemiológico. Hay un mosaico epidemiológico, no es uniforme. Hay que atender a la heterogeneidad.

Las familias que concurren a las escuelas públicas del área son precarias, son inmigrantes de países limítrofes, reciben planes jefes y jefas de hogar.

El 75 % de la población del área no concurre al centro.

El 25 % de la población o un poco más presenta necesidades básicas insatisfechas. Este es un indicador fuerte. La mayoría de los chicos que van a la escuela son pobres y presentan condiciones de vida desfavorables.

El área programática presenta una pirámide poblacional regresiva. La mayoría de la población no supera los treinta años. De esos el 40% son pobres por ingreso y el 60% son pobres estructurales. Es decir, la población que concurre acá, el 10% no son pobres, el 90% son pobres estructurales y el 60% son pobres estructurales. De la diferencia entre estos, que es el treinta por ciento si la situación de ellos no cambia, no se modifica en un tiempo más van a pasar a ser pobres estructurales.

La pobreza estructural se da cuando presenta hacinamiento, falta de agua, el jefe de hogar tiene la escuela incompleta, entre otros indicadores.

Nosotros estamos ubicados en el cordón sur de la ciudad de Buenos Aires, es el cordón que tiene mayor déficit. Para que tengan una idea. El cordón Norte presenta una tasa de mortalidad infantil de 4 x 1000 mientras que el cordón sur presenta una tasa de mortalidad infantil de 17 x 1000.

#### **2).-¿ Cómo podrías caracterizar o qué diferencias podrías señalar, respecto de lo dicho anteriormente, sobre la población que accede al CESAC N° 9 del CESAC N° 15?**

Presentan casi las mismas necesidades y características. Tal vez la población del CESAC N° 9 es más deficitaria. También al estar más cerca del riachuelo están más expuestos a toda la contaminación de este.

#### **3) ¿Cómo se acerca la población a los distintos efectores?**

Muchas veces los nuevos pobres quedan afuera del sistema de salud porque al no saber, al no tener información, al no saber de la existencia del CESAC no se acercan.

Para un CESAC es necesario conocer a la población para poder llegar a esta y a sus demandas.

Hay que desarrollar nuevos modelos de gestión para dar cuenta de las desigualdades. Tratando que los profesionales se involucren cada vez. Incorporar planificación estratégica

Es una realidad compleja.

En epidemiología están aumentando cada vez más los perfiles patológicos. (bronquiolitis, hepatitis, tuberculosis está aumentando, suicidios y muerte violenta).

Los Indicadores de análisis de riesgo, se usan para hacer las encuestas epidemiológicas. Estos son: Peligrosidad, Vulnerabilidad, Incertidumbre y Exposición.

La mayor demanda se ubica en la población materno infantil. Es mayor en los controles que en los casos de patología; esto hace a la atención Primaria de la salud.

También es grande el porcentaje de las derivaciones a odontología, a salud escolar: psicopedagogía y psicología, fonoaudiología y oftalmología.-

#### **4) ¿Qué tipo de participación tiene la comunidad que accede al área programática?**

En el CESAC N° 15 la población participó históricamente. La gente logró que no se cerrara el centro y la creación del consultorio de odontología.

Participación en lo ambiental.-

#### **5) ¿Cuáles considera que son los aportes de la psicopedagogía en el trabajo con la comunidad?**

La psicopedagogía tiene muchas facetas: por un lado integrarse en los equipos interdisciplinarios.

Relacionarse con los padres, hijos, hacer un acompañamiento en el diagnóstico y tratamiento en lo vincular.

Trabajo grupal en juegotecas.

### Entrevista a la Jefa del Centro N°15: Dra. María Elena Folini

- **¿Cuándo comenzó a trabajar en el Cesac N°15?**

En el año 1990. Entré como pediatra. Fue cuando comienza a ser polivalente el Centro. Ustedes saben que este Centro era monovalente, especializado en salud mental. El cambio fue a partir de un decreto municipal.

- **¿Cuáles piensa que fueron los motivos de este cambio?**

Las políticas de salud en ese momento apuntaban a una salud global. Fue un cambio de estrategia, sumado a un pedido de la población de la zona, que pedía al Hospital un centro de salud. El barrio necesitaba un lugar que no fuera sólo de salud mental. Por otro lado, también participó de este pedido el MOI (Movimiento de Ocupantes e Inquilinos). Este movimiento se organizaba cooperativamente y trabajaba en las casas tomadas y hoteles para que la gente tuviera su vivienda propia. El mismo venía luchando por lograr la instalación de un centro de salud en el barrio.

También la Residencia de Educación para la Salud que funcionaba en el Hospital Argerich, comenzó a pensar en un centro polivalente. Profesionales como Eduardo Tissera, Silvia Rivera y Diana Mosca participaban de esta residencia y la finalizaron acá en el Centro. La doctora Teresa Batallán, coordinadora de la misma, pasó a coordinar el Centro de Salud y, el equipo de residentes, a trabajar en éste.

De esta manera se comenzó a contemplar la injerencia de diversas disciplinas dentro del área de la salud que no se daba hasta el momento.

Entonces, podría concluir diciendo que fueron una multiplicidad de factores o variables las que favorecieron este cambio.-

- **¿Cuáles considera que son los aportes del Equipo de Psicopedagogía en las actividades de prevención, promoción y asistencia?**

Los profesionales de psicopedagogía son quienes más me deslumbran. Creo que son profesionales que pueden insertarse en todos los espacios de salud. Para ello deben correrse del aprendizaje específico de los niños, adentrándose en una perspectiva más macro, que tenga en cuenta cómo modificar los saberes de los adultos, para cambiar los hábitos de la familia. Los hábitos hay que desarmarlos primero, para poder armar algo nuevo.

Los médicos transmiten mensajes desde la palabra. Pero para modificar ciertos hábitos es necesario trabajar en los procesos a través de los cuales las personas incorporan conocimientos, y ahí es importante la tarea de las psicopedagogas. Por lo anterior, es fundamental su inclusión en programas de prevención y promoción de la salud.

A su vez, las psicopedagogas generalmente tienen la habilidad de favorecer los vínculos entre las personas, los profesionales y los equipos. Comúnmente, cuando

están las psicopedagogas, comienzan a darse los vínculos entre los profesionales de los distintos equipos y eso es muy favorable.

La actividad protagónica de los profesionales en psicopedagogía es la de favorecer el aprendizaje, con la participación de la familia, a través de programas, que se planifican e implican un tiempo y un proceso.

En el Centro se insertan en todos los equipos interdisciplinarios (Quinto – Perú – Independencia – Sur) y en la mayoría de los talleres: sida, tuberculosis, reproducción responsable y prevención en niños.

Mi intención es que se integren también en los programas de prevención de la salud, para adultos.

### ▪ ¿Cómo describiría a la población que acude al Cesac N°15?

La población es migrante, se mantiene por tres o cuatro años en forma estable en la zona. Esto pasa porque viven en casas comunitarias (inquilinos, hoteles, casas tomadas). La mayoría de las viviendas son subsidiadas por el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el subsidio habitacional. Este subsidio es temporario y por eso la población va migrando de viviendas. Pocos tienen casas o departamentos propios.

En su mayoría, cada familia vive en una habitación y no son tan numerosas. Se organizan en una habitación y el baño y la cocina son compartidos. Es muy raro que una familia viva sola en una casa. Es alto el nivel de hacinamiento y el 60% de la población se encuentra por debajo de la línea de indigencia.

Hoy ya no llega al barrio gente de países limítrofes, como sucedía hasta el 2001; no hay nuevas familias desde 2002. Si bien hay familias extranjeras (bolivianas y peruanas), sus hijos hoy ya son argentinos. En su mayoría los pacientes del Centro son argentinos.

Es una población muy demandante. Pobre, indigente, pero con un importante grado de estimulación socio-ambiental. Están en el centro de la ciudad, con acceso a la cultura, a planes, subsidios y recursos sociales. Tienen contacto con el desarrollo, están en el medio del poder adquisitivo, de los turistas. Esto tiene ventajas, como por ejemplo, estar más cerca del arte que una familia de clase media de Lomas de Zamora. También tiene su costado negativo porque genera frustraciones.

Las familias obtienen sus ingresos de los planes “Trabajar” y de changas. Hay muchas mujeres jefas de familia.

La población demanda bien, saben lo que se puede conseguir, tienen idea de sus derechos, saben que pueden ir a la Defensoría del Pueblo, están al tanto de las vacunas, de los alimentos, etc.

Tienen una contra muy grande que es el hacinamiento. El hacinamiento es un obstáculo importante para la salud: se hace más frecuente el contagio de enfermedades, ocasiona problemas de vínculos, de aprendizaje y discordias familiares. La falta de aire, de luz y de espacio para lavar y secar la ropa constituye

otro factor negativo del hacinamiento. Debido al poco espacio, no existe el adolescente que da un portazo y se encierra en su pieza; en todo caso, se va a la calle. En cambio, las casas de La Boca son mucho más aireadas.

- **¿Por qué la población se acerca al Cesac N°15?**

En un primer momento la población demanda lo clásico, buscan un médico, un pediatra; buscan la solución a la salud física. En un segundo momento demanda todo lo que puede: prueba, pregunta, toma la información de los carteles. Una vez que la población conoce la oferta, la demanda se amplía. Demanda lo que cree que necesita y muchas veces esto no es lo mejor o lo más apropiado para su salud. Ahí está nuestro arte: indagar sobre la situación problema de esa familia y llevarlo a otras cosas más apropiadas.

A la gente le pasan cosas muy globales y no tienen resueltas muchas cuestiones: vivienda, trabajo, alimentación, escuela.

Las demandas más importantes son por pediatría y ginecología. En el Centro la demanda del adulto es menor. Y mucho menor la del hombre, el hombre no aparece. Generalmente el hombre desaparece a los 15 y 16 años, que es el momento hasta el cual lo trae la madre. Las mujeres acuden al Centro en relación a temas de procreación, en los años de fertilidad.

Muchas familias vienen por la leche y esto está muy interrelacionado con pediatría y con ginecología. También pasan por los anticonceptivos. Ambos programas tienen que ser lo más libres posible, para que la población venga.

El sistema está pensado para la gente del barrio, la idea es que si la persona se olvida un papel, va y vuelve. Son “programas amigables” de acceso no complicado.

Otra manera de demandar es por medio de las salidas de los equipos extramurales. A medida que relevan el área, los profesionales se enteran de problemáticas, en el contacto directo con la población.

A veces lo intramural absorbe el tiempo y lo saca del extramuro. Pero todo el personal debe participar de las actividades extramurales y ésta debe ser una actividad sistemática.

- **¿De qué forma se acerca la población al Cesac N°15?**

Creo que es gente que está en la cresta de la ola. En general saben, están informados de la existencia del Centro de Salud por diarios, medios de comunicación, folletería del Gobierno de la Ciudad, de persona a persona.

Nosotros hacemos escasa promoción. En este momento, hace rato que no se reparten folletos. La gente generalmente conoce la salita por el “boca a boca”.

- **¿Qué tipo de participación tiene la comunidad en el Cesac N°15?**

Si participar es apropiarse, la población debería adueñarse, opinar, sentirse actor. Para ser actor la población tiene que lograr que su opinión entre en la agenda del gestor, en la agenda de acciones.

En ese sentido creo que la población todavía no es actor. La participación comunitaria todavía es un gran desafío.

En el Centro no hay foro comunitario, la gente sólo participa cuando nosotros queremos.

Hoy su participación es pedir. Hoy están pidiendo un centro de odontología. La participación pasa por el pedir y no por la participación real, con delegados, poniendo temas en agenda, con algún vecino se acercara y dijera “Hay un albañil que conozco que podría ayudar en...”

En general los temas de agenda vienen de arriba. Desde el Centro, nosotros ahora logramos meter en agenda lo que queremos. Hoy somos actores, antes no lo éramos.

La participación pasa porque algo de sus intereses empieza a ser discutido. Si no, son personas que utilizan un servicio, no actores.

La participación de daría si nos ayudaran. En una época se probó que la leche, desde el camión la entrara gente de la comunidad, pero fracasó, porque ellos no sentían la leche como propia. Sentían “Me tienen que dar la leche”.

La participación comunitaria es lograr que la población funcione como un actor. A veces los equipos lo logran, prueban actividades que están más cerca de lograrlo. Perú lo logra más. El equipo Quinto y el Independencia son más académicos.

### **Entrevista a la Jefa del Cesac N°9: Dra. Adriana Cillo**

- **¿Cuándo comienza a funcionar el Cesac N°9 y cuál es su contexto de surgimiento?**

En la plaza Matheu en el año 1987, en los baños públicos de la plaza. Comienza a funcionar la residencia en Medicina Familiar con tres instructores: de clínica, pediatría y tocoginecología. También una enfermera y un administrativo.

Luego de la vuelta de la democracia resurge el tema de los espacios asistenciales más cerca de donde vive la gente. El objetivo fue formar un equipo de trabajo desde la mirada de una medicina generalista que contemplara como unidad de trabajo a la familia.

Funciona así dos años pero la residencia queda sin aspirantes a primer año debido a las deficientes condiciones físicas que hacen difícil mantener un espacio de docencia.

Pasa entonces a ser un Centro de Salud polivalente, con actividad asistencial. Ya no como medicina familiar.

En los '90 se agregan nuevas disciplinas como sociología, psicología y trabajo social.

En el año 1997 el Centro se cierra para ampliarlo, sobre la plaza. Nosotros veníamos trabajando con la Dirección de Salud Comunitaria lo pequeño que resultaba y las dificultades del espacio físico.

Pero los vecinos se resisten a que el nuevo Centro se construya en la plaza, justificando su denuncia desde la contemporánea Ley de Espacios Públicos Verdes.

El Equipo debe decidir qué hacer. Se buscan espacios del barrio donde trabajar, itinerando por diversas instituciones del barrio durante cuatro años. En ese momento la atención se hace de manera irregular.

Esta situación de limitación en lo asistencial trae como consecuencia un fortalecimiento del trabajo en equipo, con evaluaciones de nuestro trabajo en forma conjunta. Se desarrollan herramientas informáticas y se realiza la primera base de pacientes, informatizada.

Comienza un abordaje del trabajo con la comunidad, conjuntamente con otras instituciones del barrio. Se pone en práctica un abordaje interdisciplinario, con planificación y objetivos comunes.

Ante la insistencia de los vecinos que entre otras cosas hicieron reclamos frente a la Secretaría de Salud y movilizaciones a la Dirección del Hospital Argerich, se logra la construcción del actual Cesac, en una manzana, frente a la plaza. Yo gestioné la compra de dos terrenos por parte del Gobierno de la Ciudad.

La inauguración es en abril de 2001, en plena crisis. Este Centro, junto con el n°4, es el primero de los nuevos.

La inserción del Equipo en el barrio siempre fue muy buena, construimos un buen vínculo con la gente.

El primer año fue de adaptación y se contrató nuevo personal. La demanda de la población se agudizó a partir de la crisis de diciembre, con importantes exigencias de la gente al equipo de salud. Esto trajo incertidumbre al equipo que tuvo que reorganizarse en función de la demanda.

Debido a las condiciones de inestabilidad se organizó un servicio de guardias especiales.

En el 2002 abrimos la mirada hacia el barrio. En ese momento se abrieron 34 comedores comunitarios y el desafío para el equipo fue el de generar un trabajo en equipo con otras instituciones de la comunidad.

- **¿Cuáles considera que son los aportes del Equipo de Psicopedagogía en las actividades de prevención, promoción y asistencia de la salud?**

Estos profesionales aportan la mirada sobre el desarrollo del conocimiento en el niño. En el programa de Desnutrición las psicopedagogas participan en el espacio de juego libre y observación de los niños.

También desarrollan talleres con profesionales de disciplinas más duras. En este sentido es importante la formación metodológica de la Psicopedagogía. La línea médica está muy preparada para el hacer pero no para la investigación.

- **¿Cómo describiría a la población que acude al Cesac N°9?**

Es una población cadenciada y de un alto grado de vulnerabilidad.

En la Ciudad de Buenos Aires, que es la más rica del país, se da la peor desigualdad. Hay un deterioro de la familia pobre que vive problemáticas como la violencia, el desempleo, adicciones en general, falta de alimentos, desacomodación de los roles familiares.

Los niños presentan dificultades de aprendizaje y en la aceptación de límites.

Más del 50% de la población no tiene cobertura de salud.

Las siguientes son las principales características del hábitat que generan un mapa epidemiológico con enfermedades típicas:

- Viviendas deficitarias (pisos de madera; condiciones de humedad).
- Terrenos inundables.
- Hacinamiento importante sumado al consumo de cigarrillo.
- Alta presencia de hongos.
- Dificultades en el acceso al agua (fuera del domicilio) y, por ende, para realizar la limpieza de alimentos y la higiene personal.
- Muchos animales.
- En muchas viviendas se comparte el baño.

- Basura domiciliaria
- Desagües tapados

Las enfermedades más frecuentes están vinculadas con temas respiratorios en los niños, principalmente; zarnilla; pediculosis; escabiosis; disfunciones intestinales; hepatitis; enfermedades infecto- contagiosas; mordeduras de ratas.

También hay un alto porcentaje de accidentes, por ejemplo en escaleras, en los conventillos.

- **¿Por qué la población se acerca al Cesac N°9?**

La población se acerca porque necesita atención. Sabe lo que necesita y demanda. En estas familias la situación de enfermedad es muy alta. En prevención, trabajamos lo que podemos. La población tiene urgencias tales como el alimento y el trabajo. La falta de tranquilidad y energía en la gente dificulta pensar en prevención, no es porque no esté educada. La demanda es por salud, no sólo de enfermedad física, y por problemáticas sociales como vivienda, apoyo alimentario y violencia.

- **¿De qué forma se acerca la población al Cesac N°9?**

La población se acerca a través de la demanda, en forma espontánea en un 60/70%. La demanda programada es más limitada y depende de cada especialidad (30%). Desde el Centro las puertas están siempre abiertas. También el Centro se acerca con turnos programados que se otorgan desde los Equipos de Área (son tres y cada uno trabaja en relevamientos de población en algunas manzanas de la BTT) en el caso de familias en situaciones especiales.

- **¿Qué tipo de participación tiene la comunidad en el Cesac N°9?**

Convocatoria no hay.

La forma de participación es indirecta, a través de lo que se ofrece en los programas y a través de las organizaciones (de base; comedores comunitarios, organizaciones culturales, representantes de las propias familias del barrio).

Los comedores comunitarios tienen en la zona una representación popular muy fuerte. En estos, los habitantes de La Boca ofrecen actividades para sus propios vecinos. Arrancaron desde la crisis del 2001, para paliar la situación alimentaria.

En los comedores funcionan microemprendimientos, apoyo escolar, cooperativas de vivienda.

## **Entrevista a Coordinadora del Equipo de Psicopedagogía CESAC N°15**

### **Lic. Claudia Fernandez.-**

#### **1. ¿Cómo está conformado el Equipo de Psicopedagogía?**

*El equipo de psicopedagogía está integrado por una psicopedagoga de planta, una jefa de residentes, seis residentes de base y tres residentes rotantes.*

#### **2. ¿Qué actividades realiza el equipo de Psicopedagogía?**

En el equipo de psicopedagogía se realizan actividades: asistenciales, preventivas-comunitarias, de capacitación y de capacitación a otros profesionales.

Dentro de las actividades asistenciales se desarrollan: diagnósticos individuales y grupales (en este momento no se están realizando diagnósticos grupales); tratamientos grupales e individuales; entrevistas de orientación a padres de niños que están en tratamiento; entrevistas con docentes de niños que están en tratamiento y entrevistas de admisión.-

El Equipo de psicopedagogía participa en actividades Preventivo –Comunitaria extramurales integrándose y participando en los cuatro equipos interdisciplinarios. También en las actividades intramurales: Crecimiento y Desarrollo (en los distintos espacios con los que cuenta este programa: talleres grupales, participación consultorio pediatría y crecer jugando); Adulto sano (prevención de enfermedades a este grupo concurren pacientes jóvenes de 25 a 60 años; son pacientes que están en seguimiento en los consultorios de clínica y de nutrición); Buscacuentos para niños de entre 2 a 5 años y de 6 a 11 años; No sólo leche; Talleres recreativos en vacaciones escolares y en Juegoteca (éste es una actividad intersectorial con una ONG, reactivar)

Dentro de las actividades de capacitación en el equipo se desarrollan: reuniones de equipo semanal (en estas se realizan lectura bibliográfica...); supervisiones con distintos profesionales externos al equipo; espacios de reflexión clínica; clases con distintos invitados; participación en el ateneo general de la residencia.

También el equipo de psicopedagogía desarrollan en algunas oportunidades actividades a otros profesionales.

#### **3. ¿Cómo describiría a la población que concurre al CESAC N°15?**

En general son familias que están en situaciones de inestabilidad y de vulnerabilidad por distintos motivos. Los que más se destacan son la precariedad de la vivienda y a la inestabilidad en relación con la misma.

Inestabilidad en relación con el trabajo, si lo tienen.

También desde lo social y desde las redes sociales es precario; dado que más del 60% de la población son originarios de provincias del interior y de países limítrofes. Hay muchas personas que están de paso y esto repercute en la calidad de vida.-

#### **4. ¿Cuáles de estos aspectos cree que favorecen u obstaculizan la salud comunitaria?**

Pienso que la urgencia en cuestiones tan importantes como la inestabilidad en la vivienda y en lo económico, esto lleva a que en general no se priorice el tema de la salud, es decir, vienen sólo frente a la enfermedad o la urgencia. De ahí que las acciones que desde los profesionales se ofrecen si no se tiene en cuenta el diagnóstico de la población fracasen. Por otro lado, la falta de experiencias y de espacios participativos sobre todo de profesionales, al igual que de la población haga que muchas veces sea difícil el encuentro para trabajar conjuntamente temas de salud.

Como rasgo positivo de la población se puede señalar es la gran disponibilidad frente a las distintas propuestas de profesionales en visitas, por ejemplo esto se observa con los que han tenido más contacto con los del centro de salud.

#### **5. ¿Qué tipo de participación tiene la comunidad en el CESAC N°15?**

El CESAC tiene espacios organizados donde la gente puede participar sobre distintas temáticas, son más estructurados. Si bien no hay una historia de otro tipo de participación el centro se encuentra abierto a que haya otro tipo de participación. Cuando se iba a cerrar el centro se convocó a los vecinos, la gente pudo expresarse. Se piensa encuentros para que la gente participe.

En sí el centro se encuentra abierto a lograr otro tipo de participación, más igualitaria. A lo largo de los años se hicieron distintas experiencias de mayor participación: por ejemplo madres egresadas del taller de niño sano participaron en la coordinación de algunos talleres con las madres de niño sano y de lactancia. También en la juegoteca

las madres participan y se organizan preparando el té o la merienda para los niños.

#### **6. ¿Cuáles son las características de los niños y las familias que concurren al Equipo de Psicopedagogía?**

En general las demandas se presentan en dificultades de aprendizaje ya instaladas, donde no hubo una detección precoz y menos instancias de detección.

Últimamente se trabajó con los derivados del equipo de orientación escolar con lo cual en una primera instancia, estamos trabajando la necesidad de la consulta.

Vemos que la dificultad de aprendizaje se relaciona con situaciones sociales y familiares de riesgo que se potencian con lo que la escuela propone o pretende al pensar el aprendizaje. Pienso que si la escuela tuviera en cuenta distintas modalidades y saberes e incluiría a las familias estos niños se adaptarían e ingresarían mejor a la escuela.-

#### **7. ¿Cuáles son las demandas más frecuentes de los pacientes que concurren al Equipo de Psicopedagogía?**

Fundamentalmente en área de lecto – escritura. La mayor población está en primer ciclo de la escuela primaria y de ahí la consulta. Esto no es el motivo de consulta puro, tiene que ver con dificultades de atención, dificultades para adaptarse a requerimientos escolares sin que haya un área en particular.

**8. ¿Cuáles considera que son los aportes de la psicopedagogía respecto del trabajo con la comunidad con que trabaja el CESAC N°15?**

En la planificación de estrategias para llegar a la comunidad, en la coordinación de los espacios grupales y también en todo lo que implique generar o consolidar aprendizajes en cualquier franja etárea.

También la atención de dificultades de aprendizaje.

**9. ¿En qué aspectos piensa que la residencia en psicopedagogía en el marco de un centro de salud y acción comunitaria influye en la formación profesional?**

La experiencia en un centro de salud abre a múltiples aspectos del trabajo psicopedagógicos que no están previstos en la carrera de grado.

En particular aprendemos a participar en equipos interdisciplinarios; pensar la promoción y la prevención de las dificultades de aprendizaje; a trabajar con las familias y los grupos más allá del niño por el que se realiza la consulta. En ese sentido se dimensiona el aprendizaje de las personas y de los grupos más allá del aprendizaje escolar.

Por otro lado, la inserción en el sistema de salud particulariza el rol del psicopedagogo.

**Entrevista a Equipo de Psicopedagogía CESAC N° 9**  
**Lic. Mabel Saravia – Lic. Lorena Rodríguez**

**1. ¿Cómo está conformado el Equipo de Psicopedagogía?**

El equipo está conformado por dos psicopedagogas de planta; una concurrente y dos residentes del CESAC N°15 que rotan un día a la semana cada una.

**2. ¿Qué actividades realiza el equipo de psicopedagogía?**

En la clínica se desarrollan actividades individuales: se desarrollan entrevistas de orientación a padres y seguimientos.

También se desarrollan actividades grupales: un grupo de psicopedagogía (tres encuentros mensuales con los niños y un encuentro mensual con las madres) y tres grupos interdisciplinarios: psicopedagogía y psicología; psicopedagogía y fonoaudiología y un grupo de orientación a madres interdisciplinario psicopedagogía y trabajo social.

El equipo de psicopedagogía participa de actividades programáticas:

Adulto Mayor: Se realizan un taller quincenal, seguimiento y visitas domiciliarias. El equipo está integrado por psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, trabajo social, medicina familiar, nutrición.

Rincón de lectura: es intersectorial con educación. Es un rincón de lectura en sala de espera con alumnas del William Morris que tienen pasantías. Es una actividad que promueve la lectura

Grupo de Recuperación Nutricional: pediatría, trabajo social, psicología, enfermería y psicopedagogía. Esta actividad tiene un año. Esta actividad está destinada a niños de bajo peso. Se realizan talleres sobre distintos temas de nutrición y de crianza. Se realiza el control de salud de los niños y se entrega la leche. También se realiza un seguimiento cognitivo entre niños de dos y cinco años. Se realizan entrevistas individuales con algunas madres.

**3. ¿Cómo describe a la población del CESAC N°9?**

- NBI. Población con carencias de todo tipo. La crisis del 2001 atacó mucho a la población. Perdieron cosas que no van a recuperar.
- Ahora la población migra mucho. Generalmente vienen del interior de nuestro país sobre todo de las provincias de Santiago del Estero y de las provincias del norte y de la región mesopotámica. También de países limítrofes: la mayoría son de Paraguay y Bolivia; en los últimos años no están llegando tantos peruanos, se fueron a partir del 2001.
- Viven de planes sociales
- Generalmente comen en comedores escolares. En el último tiempo cerraron un montón, quedaron algunos.

- En la población hay un gran porcentaje de personas que son analfabetos. Terminan la primaria y algunos comienzan la secundaria pero sólo llegan a primer y segundo año.
- En su mayoría las familias son monoparentales o ensambladas. Son muy pocas las familias estables.
- En los últimos años se está naturalizando en la población que las familias tienen algún familiar en la cárcel, se está naturalizando el estar preso.
- Violencia familiar, alcoholismo, drogadicción. Está aumentando tanto en niños y en adultos las enfermedades de transmisión
- En los últimos años están aumentando la cantidad de niños golpeados

#### **4. ¿Cuáles son las características de los niños y las familias que consultan al servicio de psicopedagogía?**

De los niños que consultan a psicopedagogía hay un mayor porcentaje que están en primer grado. Tienen dificultades para adaptarse al medio social. Los niños llegan a la escuela sin límites y esto genera dificultades en la conducta y de ahí en el aprendizaje.

Hay niños que repiten un año y luego avanza y hay otros niños que repiten y se quedan estancados no avanzan.

Los adolescentes no tienen modelos. La mayoría no ingresan al secundario.

#### **5. ¿Cómo acceden al servicio de psicopedagogía?**

Por derivación de Salud Escolar o por derivación de otros profesionales del CESAC o por demanda espontánea de los padres.

#### **6. ¿Qué tipo de participación tiene la comunidad en el CESAC N°9?**

En algún punto hay grupos que se integran al centro, que se apropian de la institución. Identificando al centro como un lugar de salud. A los grupos les cuesta participar; hay que trabajar mucho la convocatoria. Después que vienen sí siguen viniendo y traen a otras personas. La población es bastante individualista no se agrupa. Se encuentran desbordados por las cosas que les pasa, les cuesta armar algo, necesitan de mediadores.-

#### **7. ¿Cuáles cree que son los aportes de la psicopedagogía en el trabajo con la comunidad que se acerca al CESAC N°9?**

En los equipos interdisciplinarios se respeta el saber psicopedagógico. Los psicopedagogos organizan, tienen dinámicas grupales, armado de materiales, coordinación de los talleres. A través de estas actividades se llega a la comunidad. Creemos que el aprendizaje es transversal a la vida humana. Hay algo del reconocimiento de la población: antes tomaban de referencia a un profesional de pediatría y últimamente están tomando de referencia a profesionales de otras disciplinas como ser psicopedagogía.

**Entrevista a la Jefa de Residentes del Equipo de Psicopedagogía del Cesac N°15:  
Lic. Mariana Micheletti**

• **¿Cómo describe a la población que accede al Cesac N° 15?**

Es población en riesgo: con NBI e inestabilidad habitacional y laboral.

Sufren inestabilidad en cuestiones básicas y en cuestiones psico afectivas; en los vínculos y en las redes.

Al comenzar la residencia, sentía que la vulnerabilidad era mayor. Ahora con los subsidios y planes jefas y jefes la gente presenta menor vulnerabilidad. Aunque éstos son paliativos y no soluciones profundas. Generan que la gente pueda empezar a recuperarse, aunque es una solución pasajera que no va a la raíz del problema. Son soluciones de compromiso ante la crisis, pero no reales ni verdaderas.

La gente se acerca al Centro con todo eso a sus espaldas.

La gente que viene al Centro es la que está mejor, se anticipan y organizan para sacar un turno. La otra, el objetivo es acercarnos desde el trabajo extramural.

Hay un importante contraste de clases: por un lado casas de anticuarios y por el otro, viviendas con hacinamiento y situaciones de salud malas.

En el plano de los aprendizajes y la escolarización, hay cuestiones que hacen a la constitución subjetiva que salen a la luz en el ingreso al colegio. Chicos con aprendizajes lábiles, historias escolares fallidas, fragilidad en los vínculos.

• **¿Qué tipo de participación tiene la comunidad en el Cesac N°15?**

Desde el trabajo en el equipo interdisciplinario, en el contacto directo con la población, vemos gente que está inmersa y preocupada por el día a día, por lo inmediato. Eso obstaculiza la participación, que se unifiquen bajo una causa.

En un mismo hotel, cada familia o persona está luchando por sus cosas. El contexto lleva al individualismo y egoísmo.

Por otra parte, no hay formación de la población en la participación comunitaria, producto entre otras cosas del rol del Estado paternalista. Es poca la participación política a nivel general de la población. No hay formación en ninguno de los niveles sociales, en participación activa y real.

La participación queda del lado de la queja y del reclamo.

Es un proceso que se retroalimenta, no queda energía para más.

Cuando empecé la residencia sentía que había mayor participación, con mayor convocatoria a talleres, ahora menos. Desde el equipo interdisciplinario, nos ha pasado de organizar talleres y falla la convocatoria, aún que sean talleres recreativos.

• **¿Cuáles son las características de los niños y de las familias que consultan al Equipo de Psicopedagogía?**

En general existen dos o tres niveles: en gente en situación de riesgo muy profunda, más allá de la inestabilidad laboral y de vivienda, con redes sociales y vinculares muy frágiles o inexistentes. Casos de adicciones: alcoholismo, drogadicción, violencia. Madres jefas de hogar y con pobreza simbólica importante. En un abordaje psicopedagógico se pueden abrir las redes sociales de estas familias.

En otros casos, la gente presenta dificultades en la constitución subjetiva pero cuenta con otro tipo de recursos; con fallas en las funciones materna y paterna, pero con cierta estabilidad lograda, de comida y techo. La mayor riqueza simbólica nosotras la notamos con los pacientes en el poder organizarse, anticiparse.

En la población en general, muchas veces se naturalizan situaciones y no hay aspiraciones a salir de eso. La pobreza material, psíquica y cognitiva se retroalimentan. La situación macro se ve reflejada en el trabajo, en la clínica y también desde las actividades preventivo- promocionales.

Por eso es importante construir una psicopedagogía preventiva: de diferentes aprendizajes; de la constitución de los vínculos de los niños con los objetos de conocimiento.

En este sentido, la residencia da la posibilidad de trabajar ese aspecto de la formación profesional.

▪ **¿Cuáles son las demandas más frecuentes de los pacientes que concurren a Psicopedagogía?**

La gran demanda es en relación al aprendizaje. Los chicos vienen derivados de SE, a su vez por los equipos de orientación escolar.

La demanda espontánea es poca. Después un porcentaje menor, es derivado desde otros servicios, como pediatría y nutrición.

En las derivaciones desde SE, se hace referencia a dificultades de los niños en el desempeño en Lengua y Matemática: que no escriben, leen mal o no resuelven situaciones problemáticas.

A veces se hace referencia a dificultades de conducta y en estos casos se deriva al servicio de Psicología.

Adolescentes, acuden muy pocos y muy desfasados. Históricamente, el Centro no tiene mucho trabajo con adolescentes.

• **¿Cuáles considera que son los aportes de la Psicopedagogía respecto del trabajo con la comunidad con la que se trabaja en el Centro 15?**

Nosotras tenemos una modalidad de trabajo muy valorada desde los otros profesionales, que ayuda y es positiva. Pienso que tiene que ver con algo que hace a nuestra formación, una mirada relacionada con el aprender que da una flexibilidad y una capacidad de escucha auténtica, que facilita el trabajo interdisciplinario.

Escuchamos a la población y a otros profesionales teniendo en cuenta el aprender, el aprender del error y la capacidad de reflexión. Pensar desde el aprendizaje implica tiempos para parar y reflexionar.

- **¿En qué aspectos piensa que la residencia en Psicopedagogía en el marco de un CESAC, influye en la formación profesional?**

Los aprendizajes tienen que ver con el trabajo en equipo, con otras disciplinas, un trabajo más allá del consultorio. Se da una formación desde temáticas no clásicas y diferentes de las que una vio en la universidad.

El trabajo en APS implica el desafío de brindar miradas y aportes desde la propia disciplina.

## Nómina de Trabajos de Inserción Equipo de Psicopedagogía

### CESAC N°15

Año: 1995

Autoras: Lic. Capella, Lic. Grimaldi, Lic. Macias

Nombre del Trabajo: “Nuestra primera construcción acerca de la comprensión de la realidad del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 15”

Año: 1996

Autoras: Lic. Juárez, Lic. Gómez, Lic. Chamma

Nombre del Trabajo: “Trabajo de inserción”

Año: 1997

Autoras: Lic. Orezza, Lic. Sánchez Granel

Nombre del Trabajo: “Nuestro primer acercamiento a la realidad del CeSAC N° 15”

Año: 1998

Autoras: Lic. Gabella, Lic. González Rena

Nombre del Trabajo: “El Centro inserto en la Comunidad”

Año: 1999

Autoras: Lic. Romano, Lic. Silvano

Nombre del Trabajo: “El Rol Psicopedagógico en el marco del trabajo comunitario e interdisciplinario en el CeSAC N° 15”

Año: 2000

Autoras: Lic. Gerschenson, Lic. Semberoiz

Nombre del Trabajo: “Familia y Centro de Salud”

Año: 2001

Autoras: Lic. Fiore, Lic. Simone

Nombre del Trabajo: “Interdisciplina e Intersectorialidad”

Año: 2002

Autoras: Lic. Acevey, Lic. Fernández

Nombre del Trabajo: “Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 15, centro de prevención y promoción de calidad de vida ”

**Año:** 2003

**Autoras:** Lic. Delgado, Lic. Micheletti

**Nombre del Trabajo:** “El Rol Psicopedagógico en las Salidas Extramurales”

**Año:** 2004

**Autoras:** Lic. Bursztyn, Lic. Viale

**Nombre del Trabajo:** “Abriendo Caminos. Acerca del rol psicopedagógico en los distintos efectores de primer nivel de atención del Área Programática del Hospital Dr. Cosme Argerich”

**Año:** 2005

**Autoras:** Lic. Carballo, Lic. Solans

**Nombre del Trabajo:** “Atención Primaria de la Salud: Estrategias y Recursos de la mano de la Psicopedagogía”

**Año:** 2006

**Autoras:** Lic. Cincotta, I; Lic. Zavattaro, A.

**Nombre del Trabajo:** “La comunidad del Área Programática del Hospital Argerich: sus modalidades y oportunidades de participación y el quehacer psicopedagógico”

## **Bibliografía**

- **BATALLÁN, T; ACEVEY, N; FERNANDEZ, C; GODOY GARRAZA, M.:** “En la construcción de otros caminos”. XI Jornadas Psicoanálisis Comunidad- II Jornada de Residentes y Concurrentes en Psicopatología de Hospitales: “Lo traumático: sus marcas sociales”. Buenos Aires, Argentina, Agosto 2004.
- **BONAZZOLA, Pablo:** “Políticas y Organización del Sistema de Salud” En Revista Salud y Población en la Ciudad de Buenos Aires. Cuadernos de capacitación de la RIEPS, N°1, 1999.
- **BURSZTYN, Andrea; VIALE, Carolina:** “Abriendo caminos” Acerca del rol psicopedagógico en los efectores de Primer Nivel de Atención del Área Programática del Hospital Argerich.” Trabajo de inserción. Residencia de Psicopedagogía. Área Programática del Hospital Argerich, 2004.
- **CARELLO, G., GRATTI, P., MAI, V.:** “Calidad de vida en la Ciudad de Buenos Aires: una propuesta de configuración de espacios homogéneos. En Revista Población de la Ciudad de Buenos Aires. Año 3, N°3, Abril de 2006 (sitio en Internet: [www.buenosaires.gov.ar](http://www.buenosaires.gov.ar)).
- **CLARA, Mirta:** Jornadas Nacionales de Salud Mental. "Modelos de Atención: Políticas y Propuestas". Colegio de Psicólogos de la Provincia de Santa Fe. FEPPRA. Rosario, Argentina, 1999.
- **CRISTALDO, Patricia y NAVARRO, Alicia:** Hacia una Didáctica de la Nutrición. Editorial Científica Universitaria. Córdoba, Argentina, 2002.
- **DABAS, Elina:** Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales; Editorial Paidós, Buenos Aires, 1993.
- Declaración de Alma Ata, 1978. Internet
- **DELGADO, Virginia; MICHELETTI, Mariana:** “El rol psicopedagógico en las salidas extramurales”. Trabajo de inserción. Residencia de Psicopedagogía. Área Programática del Hospital Argerich, 2003.
- **ELICHIRY, Nora:** “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodología transdisciplinaria” en El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Editorial Nueva Visión, Bs. As., 1987.
- **GCBA, Secretaría de Salud, Dirección de Capacitación y Desarrollo. Capacitación en Servicio:** Comunas. Áreas de Salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Bs. As., Año 1. N° 1. Octubre 2002

- **LEMUS; Jorge:** Áreas Programáticas; Ed. Kohan, Buenos Aires, 1994.
- **MONTERO, Maritza:** Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. Bs. As. , 2004.
- **MONTESINOS, Marta:** Aproximaciones a ciertos “conceptos en uso” sobre el fracaso escolar. En Ensayos y Experiencias N°43: “El fracaso escolar en cuestión. Concepciones, creencias y representaciones”. Ed. Novedades Educativas, Bs. As., 2002.
- **MUNTABSKI, Gabriel; CHERA, Silvia; DAVERIO, Daniela; DURÉ, Isabel:** “El plan de Atención Primaria de la Salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, en Gestión de las redes de efectores; Universidad de Buenos Aires.
- **NIRENBERG, O. y Otros:** Programación y evaluación de proyectos sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia. Editorial Paidós, Bs. As., 2003.
- **PEREIRA, M. y Otros:** Intervenciones en Primera Infancia. Prevención y asistencia en salud y educación. Editorial Novedades Educativas, Bs. As., 2005.
- **ROSBASCO, I.:** El desnutrido escolar . Homo Sapiens Ediciones. Rosario 2000
- **VIDELA, Mirta:** Prevención. Intervención psicológica en Salud Comunitaria. Ediciones Cinco, Bs. As., 1991.

**Sitios de Internet Consultados:**

- [www.buenosaires.gov.ar](http://www.buenosaires.gov.ar)

*Área Programática Hospital Argerich  
Trabajo de Inserción 2006*

*Equipo de Psicopedagogía  
Lic. Ileana Cincotta – Lic. Analía Zavattaro*