

Educación para la salud y tecnologías apropiadas para el abordaje de problemáticas de salud ambiental.

María Andrea Dakessian, Vanesa Vega y con participación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud y Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires).

Cita:

María Andrea Dakessian, Vanesa Vega y con participación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud y Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires) (2011). *Educación para la salud y tecnologías apropiadas para el abordaje de problemáticas de salud ambiental. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/822>

Educación para la salud y tecnologías apropiadas para el abordaje de problemáticas de salud ambiental

Lic. María Andrea Dakessian (Directora de la Beca), Lic. Vanesa Vega (Becaria)

Ciudad de Buenos Aires, Argentina; Beca de Capacitación que se desarrolla desde la Unidad de Capacitación en Prevención, Promoción y Educación para la Salud (UniCaPPES); con participación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud y Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Email: epsytecnologias@gmail.com

Palabras clave: educación para la salud, tecnologías apropiadas, saneamiento básico insatisfecho, salud ambiental, participación social.

Resumen

Esta presentación es un producto del desarrollo de una beca de capacitación del Ministerio de Salud del GCBA, tendiente a gestionar un proceso formativo en lo referido a la generación y aplicación de tecnologías apropiadas y situadas para la resolución de problemáticas complejas, en el campo de la salud ambiental, de comunidades que viven en asentamientos precarios y villas de la Ciudad de Buenos Aires. El enfoque metodológico seleccionado es la investigación-acción-participación junto a la metodología de capacitación en servicio.

El campo de la Educación para la Salud, portador de una vasta experiencia en la aplicación de dispositivos en otras problemáticas de salud-enfermedad, se presenta como el espacio propicio para la elaboración de las mencionadas tecnologías, específicamente en lo referido al acceso al agua segura para consumo humano y control de roedores.

A través de ella se combinan los procesos de conocer/explicar/actuar-hacer implicados directamente con la comunidad, eje de nuestro interés. En esta modalidad conviven los distintos saberes que construyen dialéctica y dialógicamente en pos de una transformación social en beneficio de la comunidad involucrada, y de las personas que la constituyen en tanto sujetos de derecho y con capacidad participativa.

El fin último consiste en adquirir conocimiento teórico-práctico en los aspectos que aporten al desarrollo de tecnologías aplicables en este campo, para generar un espacio de reflexión, elaboración y producción de contenidos para ser transferidos por la dupla (directora-becaria) a: las comunidades y con los trabajadores de la salud para que estos, puedan replicar la experiencia en otras comunidades.

Presentación y contexto de producción

La presente ponencia se desarrolla al interior de una Beca de Capacitación, dependiente de la Dirección de Docencia y Capacitación, Dirección General de Docencia e Investigación del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. El eje de formación se ancla en el aporte de la Educación para la Salud en el desarrollo de la aplicación de tecnologías apropiadas-situadas, en la resolución de problemáticas complejas -ligadas a la salud ambiental específicamente- en lo concerniente a acceso al agua segura para consumo humano y control de roedores.

Se inscribe dentro del método de investigación-acción-participación, combinando el conocimiento, la acción y la participación activa de las comunidades implicadas, para lograr un acercamiento a esa realidad en la que se encuentran inmersos, adentrándonos en los problemas que los aquejan, sus necesidades, capacidades, habilidades, y recursos; en pos de una planificación de acciones orientadas a promover una práctica transformadora y el cambio social.

La inscripción institucional de la beca, está dada por la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS¹), medio que hace posible la capacitación en servicio. Este espacio se convierte en el articulador para promover el conocimiento teórico-práctico en todos aquellos aspectos que aporten al desarrollo de tecnologías aplicables en el campo de la salud ambiental, para la reflexión, elaboración y producción de contenidos transferibles por la dupla (directora-becaria) a la comunidad y a los profesionales, replicadores, a su vez, en las comunidades en las que desarrollan su labor.

La temática de tecnologías apropiadas para la resolución de problemáticas complejas, y su aplicación al ámbito de la salud ambiental, ha sido poco desarrollada a nivel local y en algunas instancias su tratamiento ha sido nulo. Nos resulta prioritario comenzar a andar este camino en torno a la exploración y sistematización de tecnologías desarrolladas en villas y asentamientos de la Ciudad de Buenos Aires, dispuestos en uno de los conglomerados con mayor concentración demográfica del país.

Entendemos que su generación y aplicación, se constituyen en la herramienta clave de una planificación del corto y mediano plazo tendiente a la mejora en la calidad de vida de las poblaciones con Saneamiento Básico Insatisfecho (SBI).

En este sentido, priorizamos la incumbencia del campo de la Educación para la Salud, en tanto ámbito que no limita el proceso educativo en salud a la transmisión de un saber, sino que busca que sea entendido por las personas como parte de su cultura, generando conciencia y aprendizaje social en las diversas esferas en las que se desenvuelve su vida.

La generación y aplicación de tecnologías, no escapa a la conflictiva que atraviesa al campo de la salud en general y ambiental en particular. Mencionaremos algunos aspectos en la multiplicidad de conflictos que se

desenvuelven en su interior, y propondremos una serie de estrategias en torno a la elaboración/aplicación de tecnologías apropiadas para su abordaje.

En este sentido, nos resulta preponderante analizar críticamente cuál es la posibilidad de acción de los profesionales de la salud, en lo referente a la prevención, promoción y educación para la salud, frente a conflictivas tan complejas al interior del campo de la salud ambiental que hacen teñir el escenario en lo aparentemente dado como tal, e inmodificable.

Por último, nuestras consideraciones, que invitan al diálogo y discusión de las aproximaciones aquí vertidas en torno al conflictivo campo de la salud ambiental.

El Saneamiento Básico Insatisfecho (SBI) como problemática compleja en villas y asentamientos de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires.

La Ciudad de Buenos Aires aparenta ser una ciudad equitativa, en la que se concentra la mayor actividad económica, cultural, social y política del país; y ofrece una cobertura de servicios e infraestructura casi total. Pero en su interior se despliega un marcado proceso de fragmentación social -unido de una estigmatizante segregación espacio-territorial- donde las zonas privilegiadas se disponen (en relación a su localización y al acceso a los servicios), frente a zonas donde se concentran los sectores sociales más perjudicados, localizados en su mayoría en la zona sur de la ciudad² realidad que, determina una situación altamente diferenciada e inequitativa entre sus habitantes.

La configuración de la ciudad evidencia un trazado de diferencias de un valor material y simbólico que no obedecen estrictamente a límites geográficos -aunque en apariencia así sea-, sino que reflejan una distribución desigual del poder. La diferenciación norte-sur expone la existencia de dos realidades distantes, -y opuestas en muchos casos- que conllevan a dinámicas de inclusión/exclusión. La complejidad del entramado no termina allí: esta gran divisoria estigmatiza e invisibiliza, a su vez, a los opuestos que conviven en su interior. En la zona norte de la ciudad existen -y en mayor proliferación- casas tomadas, inquilinatos, e incluso asentamientos en los que se reproducen las situaciones de inequidad, en referencia al saneamiento básico insatisfecho y la consecuente vulneración de sus derechos. Realidades que en la mayoría de los casos son negadas como tales, anulando con ello la posibilidad de efectivizar un reclamo efectivo de las personas/familias que en ellos habitan, para la consecución de sus derechos. La ciudad se fragmenta; las barreras culturales, simbólicas, ideológicas y económicas se hacen evidentes y el abismo infranqueable.

Podemos tomar el caso de cualquiera de las villas o asentamientos a orillas del Riachuelo, y las características con las que nos encontraremos serán muy similares. Históricamente la zona sur de la Ciudad fue el reservorio de los residuos producidos por el conjunto de la sociedad: siglos atrás en sus terrenos se depositaban y quemaban o, se arrojaban en el Riachuelo los desechos de la actividad portuaria/industrial de la zona; realidad que no se ha modificado en

mucho, o no se ha modificado para mejor, al menos por el momento. Las viviendas se han construido sobre estos terrenos castigados durante siglos por el tratamiento de la basura, y sumado a eso, la población que allí vive se encuentra expuesta a la contaminación que a diario emanan las aguas del Riachuelo. Condiciones habitacionales precarias, hacinamiento, falta de acceso al agua segura para consumo humano, inadecuado tratamiento de excretas y falta de un tratamiento integral de los residuos; son sólo algunas de las características que estas comunidades manifiestan en común.

El paradójico progreso, en una de sus múltiples caras, se manifiesta como un creciente deterioro del ambiente, la zona sur con la presencia del Riachuelo es ejemplo de ello. En sus aguas se vierten a diario los excedentes industriales de la producción que la ciudad consume. En sus márgenes viven miles de personas, afectadas por la contaminación de aire, suelo y tierra en relación directa con la presencia de plomo. Estas poblaciones, asentadas sobre terrenos no aptos para ser habitados, reproducen y profundizan la situación de inequidad, evidenciando al SBI como una de sus problemáticas complejas.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ si el ambiente fuera más saludable, cada año se podrían evitar hasta 13 millones de defunciones. Se calcula que en todo el mundo el 24% de la carga de morbilidad, y aproximadamente el 23% de todas las defunciones son atribuibles a factores ambientales. En los niños de 0 a 14 años, el porcentaje de muertes que pueden atribuirse al medio ambiente es de hasta un 36%, siendo la carga de morbilidad por diarrea, asociada en un 94% a factores de riesgo ambiental (falta de acceso al agua segura, inadecuado tratamiento de excretas y falta de prácticas de higiene).

Según documentos e informes producidos por el Departamento de Salud Ambiental, Ministerio de Salud-GCBA, algunas de las causas más importantes que contribuyen a las enfermedades y a la alta mortalidad infantil se encuentran en el acceso no seguro del agua para consumo humano, además de la disposición inadecuada de excretas y aguas residuales, con acumulación de basura y presencia diversa de plagas; realidad que, en paralelo con la contaminación del aire y suelo redundando en un aumento de los riesgos para la salud y el nivel de exposición a los mismos. Es en estas poblaciones donde se identifican los grupos en situación de vulneración social; y de la mano de la complejidad de este escenario, se hace evidente el quebrantamiento de sus derechos (al agua, a la salud, al ambiente sano, entre otros⁴).

La problemática del SBI abre un capítulo dentro del intrincado campo de la salud ambiental. Dentro de él se incluyen al acceso al agua segura para consumo humano, la adecuada disposición de excretas y la gestión integral de residuos, todas ellas características descuidadas, o incluso nulas en las zonas más vulneradas de la ciudad, con consecuencias desfavorables en la salud de las personas.

Si bien la llegada del agua para consumo a villas y asentamientos suele ser garantizada por la red pública del organismo que la suministra, al interior de las viviendas, las conexiones habitualmente son de tipo no reglamentario,

realizadas precariamente por los vecinos, utilizando mangueras como reemplazo de los caños correspondientes. Las mangueras -por la poca resistencia de sus materiales a este tipo de fines-, suelen estar expuestas a roturas y filtraciones. Situación que se ve agravada si son apoyadas en el terreno, en algunos casos en contacto con excretas; ya sea porque se suelen juntar en baldes y tachos para luego ser arrojadas al exterior de la vivienda; o por la escasa profundidad de los pozos desde la superficie, provocando filtraciones y desborde de mismas. Estas son vinculaciones posibles que pueden combinarse al interior del SBI, que por extremas que pueda parecer no por ello, dejan de ser habituales.

El tratamiento de los residuos reviste igual importancia y gravedad. Son habituales al interior de villas y asentamientos la presencia de basurales a cielo abierto, micro basurales, el vertido de basura a las aguas del Riachuelo por algunos de los vecinos, y una recolección de residuos que en muchos casos se ve afectada por la baja frecuencia, haciéndose nula en aquellos sectores donde sus calles no han sido contempladas por el pliego de licitación, o porque no se tiene registro del asentamiento en la traza urbana. La no existencia de un tratamiento integral de los residuos, se convierte en un riesgo de consecuencias múltiples, siendo una de las más significativas la presencia de roedores con el inminente riesgo que ello conlleva.

En este sentido, se da una identificación de territorios-población, vulnerados en términos de calidad de vida y riesgos potenciales para la salud. El territorio se erige como el lugar de intervención, atravesado íntegramente por procesos políticos, económicos y sociales, en el que se observan objetivamente las condiciones que determinan la calidad de vida. Se establece. De esta manera, como un espacio de mediación entre los macro procesos estructurales y las expresiones particulares del fenómeno de salud/enfermedad/atención-cuidado. Es esa instancia en la que se materializan todas las abstracciones, los recursos disponibles, las leyes, los intereses, en definitiva: los conflictos. Y es allí donde el vecino y el profesional de la salud se encuentran en pos de generar un cambio que a simple vista se evidencia como imposible por la compleja conflictividad que se desarrolla en su interior.

Esta inscripción territorial actúa como una herramienta, un recorte, en el que se materializa lo complejo del entramado social, y nos facilita el análisis de lo que ocurre en su interior. El que personas-familias-comunidades vivan con SBI, es una realidad que se da de manera constante en varios puntos de nuestra ciudad (mostrando concentración en la zona sur de la misma) y evidencia la necesidad de implementar cambios de tipo estructural que ofrezcan condiciones de vida dignas, generando una ciudad más saludable para todos. La implementación de estas medidas debe darse de manera sostenida en el tiempo, con un criterio de universalidad, de manera integral, interdisciplinaria e intersectorial.

Tal como esta dada la estructura gubernamental, el sector salud se presenta con incumbencias y responsabilidades directas sobre la atención de la población, pero con limitaciones en actuar sobre la remoción de aquellas causas que generan la mayoría de los problemas de salud-enfermedad.

Las problemáticas sociales complejas -entendidas como una brecha entre necesidades y derechos- deben ser abordadas desde múltiples concepciones, dimensiones, estructuras y actores, concibiendo a la acción sanitaria como un dispositivo, una trama de relaciones que articule el diálogo entre diferentes puntos problemáticos del espacio social. Debe prevalecer la acción según necesidades con planificación a corto, mediano y largo plazo y que en su desarrollo vaya desencadenando procesos de organización de actores social con eje en la participación comunitaria y ciudadana; a partir de “la reflexión que corresponde a la elaboración del conocimiento y su devolución como elemento perfeccionado para una práctica más eficaz.”⁵ Es en este plano donde entran en juego las tecnologías apropiadas para cada contexto, con sus particularidades y cada comunidad con sus modos de hacer.

La Educación para la Salud en la generación/aplicación de tecnologías apropiadas/situadas.

El término tecnología, de origen griego, (téchnē: arte, técnica u oficio, que puede ser traducido como destreza; y logía: su estudio) suscita un sinfín de interpretaciones aplicadas de acuerdo al ámbito al que nos referimos. En el de los profesionales de la salud, es frecuente que se asocie el concepto a lo que Merhy denomina tecnologías ‘duras’, más cercanas a la idea de equipamiento tecnológico del tipo máquinas, normas y estructuras organizacionales. Pero cuando hablamos de tecnologías de salud, no nos referimos sólo a esa clasificación, sino que también hablamos de los saberes “*que son constituidos para la producción de productos singulares y hasta para organizar las acciones humanas en los procesos productivos inclusive, en su dimensión subjetiva*” (Merhy, 2006:33)

En el ámbito que nos compete, entendemos a la tecnología como “*todo conocimiento material o simbólico capaz de transformar una determinada realidad*”⁶ y a su aplicación como, aquellas acciones que las personas de la comunidad en cuestión, realizan mediante prácticas sencillas (herramientas, instrumentos o máquinas), utilizando los recursos locales para recomponer situaciones. Tecnología apropiada remite, además, a los métodos (maneras, modos de hacer, de aprender y resolver problemas) que se adaptan a las necesidades, habitus y competencias de las personas-familias-comunidades y hace referencia a “una amplia variedad de tecnologías nuevas o bien establecidas”, en este caso que se caracterizan por el costo reducido, la capacidad de satisfacer las necesidades básicas de los habitantes de villas y asentamientos, y “el elevado grado de adaptación del medio ambiente local, cultural y social”⁷

No es poco habitual que las acciones orientadas a la implementación de tecnologías apropiadas dejen a un lado las necesidades y cosmovisiones de la población protagonista; aplicando una mirada verticalista, independientemente de la convicción que se tenga acerca de la idoneidad de la participación comunitaria. Por el contrario, proponemos el campo de la Educación para la Salud (EpS), como espacio fundamental en la implementación de tecnologías

'blandas', de producción local, más ajustadas a la realidad, e implicadas con la producción de las relaciones entre los sujetos. Sostenemos nuestra postura en el éxito probado de diversas experiencias en la aplicación de dispositivos de EpS en diversidad de comunidades y problemáticas, mencionando, -sólo a título de ejemplo-, algunas de ellas: las vinculadas con salud sexual y procreación responsable, Vih-SIDA, prevención de la violencia, enfermedades estacionales y crónicas, juego-lectura y arte en el marco de la promoción de la salud, arrojando en todos los casos, resultados positivos.

A su vez, se instituye como un ámbito de rearticulación en el que se generan habilidades de uso de tecnologías a partir del intercambio de saberes con los diferentes actores. Su diseño no queda, solamente, en manos del personal altamente calificado, reduciendo el papel del individuo al de mero receptor pasivo; sino que lejos de esto, los conocimientos y tecnologías se generan en consonancia con la cultura local, posibilitando la integración de los saberes científicos-profesionales con los de la propia comunidad.

Bien sabido es que a problemas estructurales se necesitan respuestas estructurales. Las políticas públicas orientadas en este sentido se han convertido en una necesidad inminente, asociadas al respeto por los Derechos de los ciudadanos en atención a su calidad de vida. Pero no escapa a nuestra mirada que su concreción se relaciona en torno a relaciones de fuerzas en pugna matizadas por aspectos políticos, económicos y sociales que exceden el campo de lo microsocioal, y que hacen lejana la medida de lo posible. En este sentido, es que se hace prioritaria la generación y aplicación de estrategias, en el largo y mediano plazo, que vehiculicen el reclamo por el cumplimiento de derechos; y la aplicación de tecnologías que permitan una mejora en las condiciones de vida de los vecinos de villas y asentamientos, en el corto plazo; ambas estrategias como parte de una respuesta que se nos presenta como posible.

El campo de la EpS se establece como el propicio para posibilitar ambas instancias, porque elabora, articulando las percepciones de los sujetos en tanto ciudadanos de derechos, y brega por una mejora del conocimiento de la población en relación con la salud, y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y comunitaria. Su accionar no se posiciona como la mera transmisión de saber sino que promueve las habilidades personales, necesarias para la toma de decisiones en torno a un mejoramiento de las condiciones de salud. En estos términos, su implicancia tiene relación directa con la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación; dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.⁸ Es por ello que su acción se orienta en dos sentidos: como acciones preventivas de enfermedades y acciones promocionales de la salud.

En este sentido, la *prevención de enfermedad* abarca las medidas destinadas no sólo a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.⁹ Se trata de la acción que emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como

expuestos a factores de riesgo, identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

En correlato, la aplicación de estrategias de *promoción de la salud* -en tanto modificación de las condiciones de vida para que sean dignas- se dirige hacia la transformación de los procesos individuales de toma de decisiones, para que sean propicios para la calidad y la salud, y se orientan al conjunto de acciones y decisiones colectivas que puedan favorecer la salud y la mejora de las condiciones de bienestar,¹⁰ convirtiéndose en una estrategia social, política y cultural. La promoción de la salud, en una de sus estrategias (*advocacy*) se inclina por una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social para un determinado objetivo o programa de salud, que podrá implementarse desde los propios individuos y grupos, con el fin de crear *condiciones de vida* que conduzcan a la *salud* y a la adquisición de *estilos de vida* sanos.

A modo de ejemplo. ¿Tecnologías para qué?

Por lo hasta aquí expuesto, ¿es posible garantizar el acceso al agua segura para consumo de las personas que viven en los asentamientos precarios y villas de la Ciudad de Bs.As?, ¿hasta dónde será suficiente una intervención casa por casa sobre la calidad del agua, cuando no está garantizado el saneamiento básico?

La calidad del agua dentro de los domicilios se relaciona más con la adopción y utilización por parte de las personas de prácticas de higiene personal y doméstica, para prevenir la contaminación del agua que reciben y almacenamiento, es por ello que, adquiere un valor predominante el nivel de acción/intervención domiciliario-familiar; porque no podemos hablar del manejo adecuado del agua si éste no se inscribe en un programa de internalización de las prácticas higiénicas generales en hogares que carecen del servicio de provisión hasta la canilla de su hogar. Es difícil pensar que por el sólo hecho de lograr que una persona adopte procedimientos adecuados para el manejo del agua, se pueda asegurar el control de enfermedades hídricas¹¹ si no se asegura que aplique también las medidas de higiene en otros aspectos de su vida como el manipuleo y conservación de alimentos, el manejo y disposición de excretas, la limpieza de su entorno, etc.

Si bien sabemos que el acceso al agua segura responde a problemas estructurales y de infraestructura, que exceden a la labor que podamos ejercer desde nuestro lugar como profesionales de la salud, la implementación de tecnologías apropiadas, pone al alcance de nuestra mano la posibilidad de hacer aprovechables la presencia de los recursos, desde las tareas comunales, familiares e individuales de mantenimiento que pudieran realizarse, en relación al acceso seguro al agua para consumo humano. Su implementación debe ser entendida en torno a lo que Matus¹² denomina planificación estratégica, como una mediación entre el conocimiento y la acción que se nutre de un análisis de situación, desde el “lugar/posición” desde y donde el actor se relaciona con el

escenario y desde el cual se construye su interpretación de la realidad circundante y el potencial desarrollo de su acción. Se hace necesario conocer las relaciones de sentido (destrezas, habilidades, recursos) y procurar reconstruir el proceso multicausal que origina el problema, identificar los puntos críticos con el fin de intervenir en la situación inicial y reconvertirla en una situación objetivo, esa situación deseada que se pretende alcanzar, lo que en paralelo con el concepto de tecnología apropiada podría denominarse como una tecnología de situación.

Valen similares interrogantes y la misma interpretación para el caso de control de roedores. Pongamos como ejemplo una de las acciones que venimos desarrollando en la Villa 26, del barrio de Barracas.

Las personas allí residentes, coexisten con plagas -en este momento se referencia una mayor presencia de cucarachas-, llegando al límite de la convivencia para el caso de los roedores. La baja percepción de la presencia de roedores como un problema, en las personas y las familias de la Villa 26, tiene como consecuencia más evidente la no aplicación de medidas preventivas en este sentido.

¿Cómo actuar/intervenir en una población que en principio está signada por su ubicación territorial a orillas del Riachuelo?, ¿qué hacer cuando esta problemática no está definida en tales términos desde los sectores gubernamentales, encargados de la aplicación de políticas públicas?, ¿podemos hacer algo, cuando la presencia de roedores es inminente por considerarse una plaga?, ¿cómo definir prioridades frente a un panorama tan complejo?

En primera instancia nos parece fundamental el que la presencia de roedores sea concebida como una problemática al interior de la comunidad. Muchas de las personas que allí habitan, acostumbrados a su presencia durante décadas no los conciben de tal forma, mucho menos si no se ha identificado su existencia al interior de la vivienda. Aquellos hogares donde referencia la presencia de los roedores, lo conciben como un problema, pero en el orden del “asco” que les representa el animal y eventualmente por el riesgo que pudieran representar, pero sin tener muy en claro a qué apela ese riesgo. El poder identificar su sola presencia en el barrio como un problema, va de la mano de comprender la relación directa que existe con la presencia de enfermedades y los riesgos que estas traducen para la salud. Es importante, en este sentido, poder especificar cuáles son, tanto unos como otros, con sus consecuentes síntomas que a la vez permitirían actuar de manera más eficaz ante contagio, sin que queden en la pura abstracción de “traen enfermedades”. Sólo una vez que esto sea comprendido, se podrá actuar en el plano de lo conductual-actitudinal referido al cambio de hábitos que pudieran actuar como preventivos de enfermedades.

Este proceso se realiza de manera microscópica al interior de cada uno de los hogares, buscando relevar las percepciones que los sujetos tienen sobre la presencia de roedores en el barrio, y a partir de una instancia netamente dialógica entre los profesionales de la salud y los habitantes de la villa, se logra

establecer un conocimiento de la problemática construido transversalmente. El profesional de la salud, podrá acercar el saber médico referido a las cuestiones netamente científicas pero será el propio vecino quien brindará el aporte más significativo a la hora de viabilizar aquellas recomendaciones, poniendo sobre el tapete sus imposibilidades inmanentes, así como también la exhibición de las propias tecnologías que se desarrollan al interior de su hogar para el control de roedores/prevención de enfermedades que pudieran transmitir.

Será tarea en conjunto evaluar aquellas tecnologías para poder diferenciar entre las que no son apropiadas, de aquellas otras de mayor efectividad/eficacia para el control de roedores/prevención de enfermedades a ella asociada que pudieran ser replicadas al resto de la comunidad y a otras con la misma problemática. En este sentido, los actores posicionan como protagonistas de la realidad, con una visión desde dentro para el cambio de la misma; entendiendo que no es inmodificable, que no está dada de una vez y para siempre, sino que se construye y reconstruye, mediante las acción de sus propios protagonistas.

Dado el nivel de intervención, es central que los dispositivos de educación para la salud que se propongan, puedan reconocer las particularidades de las personas y del contexto en que se desarrolla. Tienen que estar situados, comprendiendo al lugar social donde está situado el actor y la acción. Al trabajar con grupos poblacionales se intenta promover aprendizajes saludables (individuales y colectivos), en tanto procesos que propicien que tanto personas, como grupos asuman una posición crítica, activa y protagónica en la construcción de saberes y de sus decisiones de vida, por ello, es necesario motorizar el cambio que incluya a las ciencias sociales como necesarias para el trabajo en los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado.

Es muy frecuente en los profesionales de la salud, caer en el error de transmitir a las personas lo que se debe hacer, casi como portadores de un saber erudito e indiscutido. Para que una tecnología sea aceptada en la población, su desarrollo no debe estar sólo condicionado por los avances técnico-científico sino, y por sobre todas las cosas, por los valores culturales e ideológicos de la sociedad que la produce, teniendo en cuenta la diversidad y las posibilidades de las realidades locales, desarrolladas desde y con las comunidades, y no desde un eje central apartado de esa realidad. Es inminente que el trabajo interdisciplinario y articulado con la comunidad se convierta en el primer eslabón de una sucesión de acciones tendientes a bregar por la mejora en la calidad de vida de las personas, desde el ámbito de la salud pública.

La acción sanitaria debe ser concebida como un dispositivo, una trama de relaciones que articule el diálogo entre diferentes puntos del espacio social, sólo desde esta concepción será efectiva a la hora de abordar problemáticas sociales complejas -entendidas como una brecha entre necesidades y derechos- que por su propia naturaleza, deben ser abordadas desde múltiples concepciones, dimensiones, estructuras y actores. Debe prevalecer la acción según necesidades con planificación a corto, mediano y largo plazo y que en su desarrollo vaya desencadenando procesos de organización de actores social con eje en la participación comunitaria y ciudadana.

El desafío será entonces, poner en juego los saberes; hacer conjunciones, poner a prueba; analizando el contexto global y local, identificando actores, sus particularidades, y los recursos existentes y potenciales.

Lo conflictivo al interior del campo de la salud ambiental y la planificación como herramienta de gestión.

Es en este recorte territorial, que expresa “una tradición cultural, unas relaciones de poder, una historia y prácticas cotidianas”(Castells, apud Czeresnia), es dónde el profesional de la salud sitúa su lugar de intervención, configura su planificación, establece relaciones y aborda la realidad de esa comunidad en la que se haya inserto. Su posición se visualiza como un lugar microscópico, pero con un potencial transformador, en una marea de actores (ministerios, secretarías, departamentos, organismos no gubernamentales, profesionales de la salud, referentes, corporaciones y comunidades, entre otros), e intereses, que pueden tender a la cooperación o al conflicto.

El campo de la salud ambiental, inserto territorialmente en el nivel local, redundante en la presencia de actores con intereses definidos y contrapuestos, sumados a la propia conflictividad que despierta la definición/delimitación de este campo. Conflictividad que se potencia si tenemos en cuenta que la gestión de gobierno pretende posarse sobre ella para definir su abordaje y solución de problemáticas, ofreciendo una incongruencia entre los diversos organismos de gobierno, sus incumbencias y responsabilidades específicas; y la especificidad del campo que no resiste divisiones organizacionales.

Matus, nos relata tres diferentes tipos de conflictos: el cognitivo, en términos del modo de conocer, de ver la realidad y vinculado con un posicionamiento teórico y una escala de valores que reflejará la importancia asignada al conflicto. El emocional, “es un juicio o prejuicio sobre el otro, sobre la producción del otro, (...) una predisposición no argumentada, a favor, o en contra de algo”¹³. Y por último el conflicto de intereses, sobre el que se definirán posiciones en torno a *ganar o perder*, de acuerdo a la posición que asumen los actores, en torno a las posiciones que promueven los otros.

Sería muy extenso y excedería los fines de la presente ponencia el dar un detalle minucioso de cómo estos conflictos se multiplican al interior del campo de la Salud Ambiental. Pero no por ello, podemos perder de vista la convergencia de relaciones de fuerzas contrapuestas, la ausencia de políticas públicas saludables inclusivas para el total de la población, partiendo de la base de que aquellos asentamientos ubicados en lugares no urbanizables, no son contenidos por la acción de gobierno; y el atravesamiento por los diferentes enfoques y perspectivas ligadas a la salud al interior del campo que, a su vez, invisibilizan la propia mirada de aquellas comunidades vulneradas, como si la intervención en sus problemáticas les fuera completamente ajena.

En este sentido es que nos resulta tan relevante poder priorizar las miradas de los sujetos en torno a las diversas problemáticas, para que dicha interpretación no recaiga de manera exclusiva en los profesionales de la salud, haciendo un

recorte caprichoso de la misma. Asimismo priorizamos el poder reconstruir el trazado histórico de valores, creencias que puedan evidenciarse a su interior. Tal sea el caso de un hábito que ha sido transmitido generacionalmente y que hoy pueda repetirse de manera sistemática al interior de una familia, pero que no tengo ningún efecto positivo, y en algunos casos hasta pudiera ser adverso. Acción y situación se constituyen en una totalidad compleja, distinta en cada caso, dado que la situación variará acorde a los intereses del actor, influidas - además- por las situaciones simultáneas de los otros actores en juego y los diferentes grados de poder y capacidad de ejecutar planes. Por lo mencionado, se hace fundamental a la hora de desarrollar un proceso de planificación, tener en cuenta los problemas a abordar, la determinación histórica de la situación (incluyendo en ella, la de los actores y la de los problemas) y la delimitación de los problemas a abordar.

En un contexto en el que pareciera que la realidad está signada por el peso de los determinantes políticos, económicos y sociales, y el peso de las condiciones socio-ambientales, con sus consecuentes efectos sobre el proceso salud- enfermedad, se suman los intereses contrapuestos de los diversos actores que en él intervienen.

Para poder definir las líneas de acción y no socavar un infinito cúmulo de esfuerzos se hace necesaria la priorización de problemas, teniendo en cuenta el grado de importancia que le confiere el actor, la disponibilidad de recursos y de tiempo; las restricciones políticas, sociales culturales, financieras y organizacionales. Esta delimitación se hace prioritaria, para evitar dispersar el foco de intervención ante la emergencia de lo *conflictivamente* cotidiano.

La planificación estratégica, es entendida como el procedimiento que intenta desencadenar un proceso permanente de discusión y análisis de los problemas sociales, esa instancia intermedia entre la planificación y la acción. En inherente a su existencia la proposición de metas conflictivas que reflejan los intereses contrapuestos de los diversos grupos actuantes, cada uno de ellos gestor de su propia planificación. En este contexto, la esfera de la Educación para la Salud se ofrece como el ámbito para la producción y reproducción de un saber atravesado por el diálogo entre los distintos actores que busca significar y resignificar habilidades y capacidades ocultas, desestimadas y olvidadas – una recuperación de los saberes sometidos en términos de Foucault, en tanto conjunto de conocimientos descalificados, señalados como no conceptuales, o como insuficientemente elaborados, situados por debajo del conocimientos científico- y es allí cuando la elaboración de tecnologías apropiadas -aquellas que contribuyen, en mayor medida, al cumplimiento de objetivos ambientales de una sociedad en desarrollo¹⁴- se convierte en una bisagra entre el “saber” y el “hacer”, atravesada por la lucha de intereses.

La lucha por el poder, atraviesa de manera intrínseca el objetivo de la planificación, en tanto y en cuanto, articula relaciones de fuerza disímiles, por ello es prioritario entender a la planificación como un proceso colectivo, donde priman diversos intereses, ideologías, y valores y ante la presencia –inminente- del conflicto de intereses, será prioritario el intento por echar mano a abordajes no violentos vinculados con procesos de negociación.

A modo de cierre

Aún nos queda un amplio camino por recorrer en el intrincado campo de la salud ambiental, pero creemos que es un buen comienzo el comenzar a pensar y repensar conceptos y acciones que aplicamos a diario en nuestro quehacer profesional, cuestionándolos y desnaturalizarlos a los fines de poder problematizar de manera constructiva el inextricable ámbito de la aplicación de tecnologías apropiadas/situadas en la resolución de problemáticas complejas, en este caso, referidas al acceso al agua segura para consumo humano y control de roedores en asentamientos precarios. Proceso que debe ir acompañado, desde nuestra opinión, de un reposicionamiento del campo de la Educación para la Salud como facilitador fundamental a los fines propuestos.

Una de las condiciones que deben tenerse muy en cuenta en las intervenciones, es la sostenibilidad de las estrategias que se proponen, las que depende fundamentalmente de la aceptabilidad de las mismas por la población a la que están destinadas.

Estas problemáticas ponen en jaque al modelo político social y al modelo organizacional del propio Estado, también al hacer del proceso de construcción de saberes y formas de trabajar y conocer.

La pregunta de cómo hacer cuando las cosas funcionan mal o no funcionan (y de potenciar y socializar las que funcionan bien) nos persigue y esperamos que el objetivo que se plantea en esta beca de capacitación aporte conocimientos y herramientas concretas en el modo de hacer para solucionar problemáticas complejas y concretas.

NOTAS

¹ La RIEpS forma parte del sistema de residencias del equipo de la salud de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, desde el año 1987. Es una residencia básica interdisciplinaria que tiene como propósito formar profesionales de las ciencias sociales y médicas en el campo de la salud pública/colectiva, atención primaria de la salud y promoción de la salud. Los sistemas de residencias son parte de la formación de posgrados con modalidad de capacitación en servicio. La RIEpS actualmente cuenta con 7 (siete) sedes formadoras distribuidas en efectores del sistema público de salud y co-gestiona -junto con la Dirección General mencionada y el Área de Educación para la Promoción de la Salud del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur- la Unidad de Capacitación en Prevención, Promoción y Educación para la Salud (UniCaPPES).

² En la zona sur de la ciudad se concentra el 69% de villas y el 54% de asentamientos del total existente. Informe "Intervención estatal destinada al abordaje del Déficit Habitacional en la Ciudad de Buenos Aires" (2009), Diagnóstico Especial N°8-UPE-SGCBA/09 de la Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires. Informe elaborado por la mesa de diálogo interministerial.

³ Diez datos sobre medio ambiente y prevención de enfermedades. Noviembre de 2010 en

http://www.who.int/features/factfiles/environmental_health/environmental_health_facts/es/index.html

⁴ Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se relaciona a la Salud Ambiental con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud. (OPS/OMS, 1998). Reafirmando lo expuesto por numerosos organismos internacionales, en nuestro país, tanto la Constitución Nacional, en su artículo 41, y en el artículo 26 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, se establece que los habitantes de la Nación-y la Ciudad- tienen derecho a un ambiente sano y las autoridades deben garantizar el goce de este derecho. En lo que respecta al acceso al agua, la ley N° 3295 de Gestión del Agua de la CABA en su artículo 3° establece que la ciudad garantiza a todos sus habitantes el acceso al agua potable en cantidad y calidad suficientes para usos personales y doméstico como derecho humano fundamental. Y la Ley Básica de Salud N°153 de la Ciudad garantiza el derecho a la salud integral -vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente- a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad.

⁵ Mario Testa, Tecnología y Salud, en Pensar en Salud, OPS, 1989, p. 177.

⁶ OMS/OPS: Tecnología apropiadas para la salud. Washington, 1981.

⁷ Id.

⁸ OMS. Promoción de la Salud. Glosario. 1998

⁹ Referencia: adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984.

¹⁰ Franco et al, apud Gutiérrez et al., 1997 en Czeresnia, Dina. Promoción de la Salud. Concepto, reflexiones, tendencias. Lugar Editorial. Buenos Aires 2006

¹¹ La falta de acceso al agua segura, produce efectos adversos en la salud provocando enfermedades prevenibles-prevalentes, en algunos casos con altos índices de morbimortalidad, en todos con una disminución de la calidad de vida. Pueden dividirse en cuatro categorías: Las transmitidas por el agua contaminada con desechos humanos, animales o químicos (cólera, fiebre tifoidea, shigellosis, poliomiélitis, hepatitis A y E, diarreas). Las originadas en el agua, causadas por organismos acuáticos que pasan una parte de su ciclo vital en el agua y otra parte como parásitos de animales. Los causantes de estas enfermedades son una variedad de gusanos (tenias, lombrices intestinales) que infectan al hombre.

Las de origen vectorial relacionadas con el agua, transmitidas por vectores, tal es el caso de los mosquitos que se crían y viven cerca de aguas contaminadas y no contaminadas, que producen enfermedades como el dengue, la fiebre amarilla y la malaria. La incidencia de este tipo de enfermedades ha ido en aumento, entre otras razones, porque los mosquitos han desarrollado una mayor resistencia a los medicamentos que ayudan a combatirlos. Las enfermedades vinculadas a la escasez de agua, tales como diarreas, enteritis, hepatitis, entre otras. COORDINACION SALUD AMBIENTAL. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Notas técnicas sobre agua segura para consumo humano. 2008.

¹² Economista y Ministro de Economía, Fomento y reconstrucción de Chile en el Gobierno de Salvador Allende. Desarrolló la teoría de la Planificación Estratégica

¹³ Matus, Carlos, (2007) Teoría del Juego Social. Universidad de Lanús.

¹⁴ Arana Ercilla M, Valdés Espinosa R. Tecnología apropiada. Concepción para una cultura. En Grupo de Estudios Sociales de la Tecnología. Tecnología y sociedad. La Habana: Félix Varela, 1999: 79-92.

Bibliografía

- Ávila Fuentemayor, Francisco. El concepto de poder en Michel Foucault. A parte Rei. 2007, 53
- Barten, Françoise; Flores, Walter; Hardoy, Ana(Comps.) (2008) *La inequidad en la Salud. Hacia un abordaje integral*. Buenos Aires: América Latina Publicaciones
- Coordinación Salud Ambiental. Ministerio de Salud. (2008) Notas técnicas sobre agua segura para consumo humano. Ciudad de Buenos Aires: GCBA
- Czeresnia, Dina. *Promoción de la Salud. Concepto, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006
- Harvey, David *El derecho a la ciudad*. Artículos. 23-39
- Matus, Carlos. (1994) *El Método PES: Entrevista a Carlos Matus*. Caracas,
- Matus, Carlos (2007) *Escuela de Gobierno*. Salud Colectiva Buenos Aires 203-213
- Matus, Carlos (2007) *Las ciencias y la política*. Salud Colectiva Buenos Aires. 3
- Matus, Carlos. *Política y planificación de gobierno*. Caracas: Fundación Altadir
- Matus Carlos. (2007) *Teoría del juego Social*; Buenos Aires: Universidad de Lanús
- Merhy Emerson, Elías.(2006) *Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Ministerio de Salud, GCBA. (2009) *Vigilancia Epidemiológica de Problemas de Salud relacionados con Exposición a Factores Ambientales Adversos*. Informe Preliminar sobre Consultas registradas en el SICEsAC. CABA.
- Pissani, Olga; Olivetto, Adriana; Monza Luciano; Preide, ALicia; Vázquez, Alberto; Rovere, Mario (2010) *Hábitat urbano y salud*. Posibles
- *Promoción de la Salud. Glosario*. (1998). Ginebra: OMS.
- Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (2007) *Material sobre herramientas de indagación e intervención en prevención, promoción y educación para la salud*. Ciudad de Buenos Aires:
- Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (2008) *Dispositivos de Intervención en Educación para la Salud*. Ciudad de Buenos Aires: GCBA
- Rovere, Mario ¿Pueden ser las metrópolis saludables? Informe digital metropolitano. 2007 n°34
- Siede, Julio (2007) *Evaluación de Tecnologías Sanitarias. XVII jornadas nacionales y XVI internacionales de la Asociación de la Economía de la Salud Argentina*. Tucumán.
- Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires; *Mesa de Diálogo Interministerial sobre nivel de Intervención Estatal del Gobierno de la Ciudad en la Cuenca Matanza-Riachuelo*. Ciudad de Buenos Aires.
- Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires. (2009). *Diagnóstico Especial N°8-GDEN-SGCBA/09.Intervención estatal del Gobierno de la Ciudad en la Cuenca Matanza-Riachuelo*. Ciudad de Buenos Aires: GCBA.
- Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires. (2010). *Diagnóstico Especial N°1-GDEN-SGCBA/10.Intervención estatal del Gobierno de la Ciudad en la Cuenca Matanza-Riachuelo*. Ciudad de Buenos Aires: GCBA.
- Solsona, Felipe (1997) "Tecnología, tecnología apropiada y el factor social"; Perú: CEPIS/OPS, <http://bvs.per.paho.org/tecnologia/modulos/modulo1/ponen7.pdf>
- Soto, Edgar; Guinsberg, Enrique. *Temas y desafíos en Salud Pública*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- *Tecnología apropiada para la salud*. (1981) Washington D.C : OMS/OPS
- Testa, Mario (2006) *Pensar en Salud*; Buenos Aires; Lugar Editorial.
- Valadez Figueroa, Isabel; Villaseñor Farias, Martha; Alfaro, Noe (2004) "Educación para la Salud: la importancia del concepto". En *Revista Educación y Desarrollo I*. pp. 43 a 48.