XV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

“Mapeando nuestro andar”. Reflexiones sobre una investigación-acción participativa en la localidad de Los Hornos (La Plata).

Brenda Moglia (IJDH-CONICET), Rosario de la Mata (SAPS-UPA 6), Vanesa Bender (SAPS-UPA 6) y Federico Sasiain (SAPS-UPA 6).

Cita:

Brenda Moglia (IJDH-CONICET), Rosario de la Mata (SAPS-UPA 6), Vanesa Bender (SAPS-UPA 6) y Federico Sasiain (SAPS-UPA 6) (2023). *“Mapeando nuestro andar”. Reflexiones sobre una investigación-acción participativa en la localidad de Los Hornos (La Plata). XV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-025/686



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

“Mapeando nuestro andar”. Reflexiones sobre una investigación-acción participativa en la localidad de Los Hornos (La Plata).

Brenda Moglia (IJDH-CONICET)
Rosario de la Mata (SAPS-UPA 6)
Vanesa Bender (SAPS-UPA 6)
Federico Sasiain (SAPS-UPA 6)

Resumen

En 2020, en la Unidad de Pronta Atención N°6 se constituye el Servicio de áreas programáticas y redes en salud (SAPS) con el objetivo de crear redes intra y extramuros. Si bien se propone trabajar con la estrategia de APS y la perspectiva de derecho, la dinámica organizacional de las instituciones de salud y el modelo biomédico de atención dificulta la implementación de este enfoque, agudizado en el contexto de pandemia. En 2022, con el cambio de la situación epidemiológica, el SAPS asume como desafío propiciar la participación activa de la comunidad de Los Hornos en sus propias problemáticas de salud. En ese sentido, iniciamos un proyecto de investigación titulado “Participación comunitaria para la defensa y sostenimiento del derecho a la salud. Una cartografía social de las representaciones del proceso de salud-enfermedad-cuidado (PSEC) en la localidad de Los Hornos (La Plata)” con el propósito de conocer saberes y experiencias sobre el PSEC de la comunidad de Los Hornos. Se realizaron, en primer lugar, encuentros de mapeo con organizaciones sociales del barrio para posteriormente iniciar un proceso de sistematización de la experiencia de cartografía, orientada hacia una interpretación crítica de la misma. El objetivo de la ponencia consiste en presentar avances de dicho proyecto, describiendo decisiones y recorridos por parte del equipo de investigación a fin de identificar aportes y limitaciones de la propuesta teórica-metodológica para la generación de articulaciones con los servicios de salud.

1. Introducción

La Unidad de Pronta Atención N°6 (UPA 6) se encuentra en el barrio de Los Hornos, ubicado en el sudoeste de la ciudad de La Plata (Buenos Aires). En los últimos años, esta localidad se caracteriza por un aumento en la densidad demográfica que se vió reflejada en la conformación de distintos sub-barrios[1], que cuentan con referencia de organizaciones/referentes barriales.

La creación de la UPA 6 radica en la organización asamblearia de la comunidad hornense, que demandaba la creación de un hospital para la localidad. Esta institución se inauguró en octubre del año 2013 como servicio de atención a eventos que requerían atención inmediata:

[1] Como por ejemplo Barrio Ex-planeadores, Las Palmeras, Barrio Cartoneros, entre otros.

urgencia y emergencia (Giménez, 2018). Progresivamente fueron sumándose nuevas áreas de atención y en 2020 comenzaron a desarrollarse cambios orientados a conformar un centro de salud comunitario, con la incorporación de nuevos profesionales de diferentes disciplinas, nuevas áreas de trabajo, la ampliación de consultorios externos y el inicio del trabajo territorial. En simultáneo que ocurrían dichas transformaciones irrumpe la pandemia, teniendo que modificar nuestras acciones a promover protecciones básicas para la población y el acompañamiento de les vecines en la emergencia sanitaria. Surgen en ese momento las Brigadas Sanitarias de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y el Comité Popular de Crisis[2], con quienes desarrollamos la estrategia de detección de casos sospechosos de COVID casa por casa. Además, se llevaron adelante relevamientos recabando datos de interés sobre la salud de la población, lo que permitió elaborar informes que luego se utilizaron para el trabajo posterior en la UPA 6.

Otro hito importante resultó ser la creación de los Servicios de área programática y redes en salud (SAPS) a fines del 2020, siendo un nuevo modelo de trabajo a nivel de la Provincia de Buenos Aires, conformados por equipos interdisciplinarios territoriales. Esto llevó a generar redes interinstitucionales y articulaciones con distintos actores barriales, bajo el propósito de promover accesibilidad a la salud con un enfoque de atención primaria.

Con los datos obtenidos durante la pandemia, el SAPS genera un plan de trabajo que propone la asignación de una zona a un determinado equipo para facilitar la comunicación, profundizar redes y generar mayor referencia con la UPA 6. El SAPS asume, de esta manera, el desafío de propiciar la participación activa de la comunidad y además, comienza un proceso de vinculación con los referentes para poder historizar el barrio, escuchar las problemáticas de salud que identifican quienes lo habitan y pensar, planificar y realizar actividades como las postas de salud y talleres en articulación con instituciones como escuelas, clubes, proyectos de extensión de la UNLP, entre otras.

Siguiendo esta linea, iniciamos un proyecto de investigación en el marco de las Becas Lanteri (Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires) titulado “Participación comunitaria para la defensa y sostenimiento del derecho a la salud. Una cartografía social de las representaciones del proceso de salud-enfermedad-cuidado (PSEC) en la localidad de Los Hornos (La Plata)” con el propósito de conocer saberes y experiencias sobre el PSEC en la comunidad de Los Hornos.

El objetivo de la ponencia consiste en presentar avances de dicho proyecto, describiendo decisiones y recorridos por parte del equipo de investigación a fin de identificar aportes y limitaciones de la propuesta teórico-metodológica para la generación de articulaciones con los servicios de salud y la comunidad hornense.

[2] Conjunto de vecines que se reunieron de manera voluntaria para aportar a la gestión de la pandemia

A fines expositivos la ponencia está dividida en tres apartados, en el primero se abordan las decisiones en torno a nuestro marco conceptual de referencia, en el segundo tienen lugar los recorridos vinculados a cuestiones metodológicas y en el tercero reflexionamos sobre algunos aportes y limitaciones identificados en el desarrollo del proyecto de investigación.

2. Recorridos y decisiones conceptuales

Problematizando aquellos abordajes centrados en la enfermedad como fenómenos biológicos e individuales, en la biomedicina como único saber explicativo y en la centralidad que adquiere dicho modelo en las instituciones de servicios de salud, nosotros tomamos el marco de referencia que propone el proyecto del SAPS. Este se basa en la perspectiva de los derechos humanos (el derecho a la salud), la atención primera de la salud (APS) y la participación social.
Rovere (2006) explica que el derecho a la salud se vincula a tres juegos de equidades: la primera refiere a la equidad en la atención, es decir, que las personas tengan las mismas posibilidades de acceso a servicios de salud. Esto va a estar sujeto a la disponibilidad de recursos, servicios de calidad y capacidad resolutiva adecuada según la complejidad del problema de salud que se enfrente. La equidad en la atención resulta insuficiente si no se tiene en consideración los riesgos de enfermar, discapacitarse o morir por causas evitables a partir de distintas medidas preventivas. La equidad en los riesgos supone que ninguna equidad es completa si existen grupos sociales, barrios, grupos étnicos, localidades o países expuestos a riesgos ambientales, económicos o políticos inaceptables. El tercer juego de equidad refiere a la distribución del salud y del poder en salud, esto es la adecuada difusión y circulación de la información, que sustente al mismo tiempo un máximo de autonomía y toma de decisiones informada como ciudadano y como usuario de los servicios de salud.
De esta forma, la equidad en la atención, la equidad en los riesgos y la equidad en la distribución de la información (saber-poder) configuran un trípode orientado a la concreción del derecho a la salud.
Una de las estrategias para garantizar el derecho a la salud es a través de la APS, que desde su propuesta inicial en 1978 se ha modificado en reiteradas ocasiones, generando confusión sobre su significado y en la práctica. Desde la OMS (2018), se ha propuesto que: “La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente (...) desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades”.
Desde este enfoque de la APS, entendemos a la salud desde una concepción integral, como explica Floreal Ferrara (1975) “la salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para

ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos".

En nuestro país, Ferrara, entonces Ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, creó en 1987 el programa ATAMDOS (Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud), centrado en la participación popular en salud. En este programa los equipos interdisciplinarios de trabajadores de la salud se integraban al barrio abordando a través de asambleas barriales las problemáticas de salud desde la perspectiva de las condiciones de vida. Aunque este programa duró pocos meses, se constituyó en un hito en nuestro país en atención primaria de la salud. Para nosotres representa un horizonte que inspira nuestro trabajo.

Teniendo en cuenta el enfoque de APS nos centramos en nuestra investigación en la categoría de Participación Social en Salud (PSS), definida por Oakley (1990) como un proceso de adquisición de poder, en el sentido de acceso y control sobre los recursos considerados necesarios para proteger los medios de vida, y colocando el eje en las decisiones en el saber y poder locales.

En su sentido más profundo la PSS incluye la toma de decisiones por parte de la comunidad sobre su propia salud, siendo un mecanismo de transformación social.

Teniendo en cuenta este marco de referencia y, en línea con nuestro trabajo en el SAPS, decidimos que nuestra investigación se enmarcara en las perspectivas críticas de las ciencias sociales latinoamericanas que postulan al proceso de investigar como una práctica colectiva y comprometida con la transformación social (Palumbo y Vacca, 2020). Estas corrientes apuestan, por un lado, por aunar producción de conocimiento y acción política en el estudio de una realidad concreta desde el compromiso con la transformación social insertando la investigación en una práctica colectiva. Por otro lado, plantean la vinculación de los sujetos de la ciencia con los "sujetos de a pie" en un diálogo entre conocimientos diferentes pero igualmente incompletos. Finalmente, proponen el reconocimiento del proceso educativo que media esta forma de hacer ciencia en la que transitan aprendizajes de todos los sujetos involucrados.

Específicamente, retomamos las contribuciones de la Investigación-acción Participativa (IAP), la epistemología crítica de Orlando Fals Borda y la educación popular de Paulo Freire[3] (Palumbo y Vacca, 2020). Una de las consideraciones centrales de estas perspectivas es el esquema epistémico sujeto-sujeto, diferenciándose de las miradas positivistas clásicas, "fundado en la constatación de la existencia de múltiples reflexividades en juego en el proceso

[3] La Educación Popular concibe a la educación verdadera como *praxis*, como reflexión y acción del sujeto sobre el mundo para transformarlo (Freire, 2008).

de construcción de conocimiento que alienta la activa participación de los sujetos en el derrotero de la investigación" (Palumbo y Vacca, 2020, p. 4). En este sentido, como equipo de salud nos reconocemos en el doble rol de observadores y participantes de la realidad social, sin negar la asimetría de poder existente entre les trabajadores de la salud y les actores comunitarios. De esta manera, se redefine la relación sujeto-objeto a partir del esquema sujeto-sujeto que reconfigura los roles y grados de participación en la praxis investigativa.

Asimismo, dichos enfoques plantean la vinculación del conocimiento científico con los saberes populares frente a una ciencia basada en la jerarquía y universalidad del primero, permitiendo el quiebre de la supremacía del conocimiento científico con vistas a reconocer y recuperar la trama epistémica diversa de saberes ancestrales, colectivos y populares que convive con el conocimiento científico (Palumbo y Vacca, 2020).

Un tercer punto que sostienen estas corrientes críticas es el compromiso de la ciencia con la política en contraposición a una ciencia desinteresada. En este sentido, se rechaza la neutralidad valorativa, que escinde a los juicios de hecho de los juicios de valor, dado su compromiso ético y político con los problemas sociales y con las luchas y realidades cotidianas, a las que se enfrentan las organizaciones y movimientos populares con los que los investigadores se vinculan en su práctica académica.

En el caso particular de nuestra investigación nos situamos desde la IAP para el análisis de las representaciones sociales sobre el PSEC, entendidas como un conocimiento socialmente elaborado y compartido, que no se construye solamente desde las experiencias individuales sino que tiene en cuenta las informaciones, saberes y modelos de pensamientos que recibimos y transmitimos (Jodelet, 1986). Particularmente nos referimos a las distintas representaciones construidas desde las organizaciones sociales, en tanto sujetos colectivos, para afrontar conflictos "...que impiden alcanzar el ideal vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad" (Ferrara, 1975).

3. Recorridos y decisiones metodológicas

Teniendo como postura epistemológica lo anterior, decidimos basar nuestra propuesta metodológica en una aproximación cualitativa, entendiendo que permite explorar la mirada y perspectiva de las personas involucradas en relación al problema de investigación, considerando sus puntos de vistas, interpretaciones y significados (Taylor y Bodgan, 1987; Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

Como herramientas de abordaje y análisis se utilizan la cartografía social y la sistematización de experiencias, siendo que ambas se basan en una co-producción entre actores que participan de la investigación.

La cartografía social como una herramienta cualitativa de carácter territorial colectiva, como un proceso comunicativo y creativo de carácter iconográfico que permite recuperar saberes,

representaciones y experiencias de les participantes (Risler y Ares, 2013; Barragán-León, 2019; Diez Tetamanti, 2018). La misma se asocia a un ejercicio libre y colectivo de automapeo donde usualmente las comunidades u organizaciones que se disponen a realizar este tipo de ejercicios hacen una representación o significan su territorio en una hoja de papel, donde no es obligada o necesaria la rigurosidad euclidiana cartográfica. Se parte de un objetivo previamente trazado por les participantes, el cual le da forma al ejercicio de automapeo (Andrade y Santamaría, 1997; Restrepo, Velasco y Preciado, 1999; Andrade, 2001; Herrera, 2001; Barrera, 2009; Herrera, 2009; Offen, 2009; Ulloa, 2012; Barragán, 2012), lo que la diferencia de otras cartografías.

Barragán-León (2019) distingue a la cartografía social de otros métodos cartográficos como la automatizada y la participativa, ambas asociadas a las tecnologías. La cartografía automatizada utiliza un método de base euclidiano, con la recolección de datos a través de la georreferenciación utilizando distintos dispositivos (GPS, fotografía aérea). Por su parte, la cartografía participativa se basa en la producción de mapas topográficos o temáticos, construyendo cartografías automatizadas con participación de comunidades y organizaciones.

Entendemos que la cartografía social nos permite visualizar las relaciones con el territorio donde los procesos de salud-enfermedad-cuidado acontecen, analizar los múltiples movimientos que tienen los grupos sociales e identificar las formas singulares de expresión sociocultural de dichos procesos en función del territorio (de Paula Souza y Castaño-Pineda, 2015). En este sentido, el territorio es una categoría fundamental para conocer los PSEC, entendiendo que es allí donde transcurre la vida y se dan los procesos de producción y reproducción de la misma. El territorio es visto como una “relación social mediada y moldeada en la o por la materialidad del espacio” (Haesbaert, 2013, p. 290). El PSEC ocurre en los territorios y entenderlo desde allí implica poder identificar aquellas determinaciones sociales que se ponen en juego localmente (Borde y Torres-Tovar, 2017) como así también abordar sus múltiples dimensiones incluyendo las formas de habitar el espacio, los sentidos de identidad y pertenencia, las vivencias y memorias, conflictos y problemáticas locales.

El mapeo colectivo es una actividad que comenzó a desarrollar el equipo de territorio desde su conformación en el año 2020. A través de diferentes actividades, en nuestras reuniones de trabajo, pudimos identificar organizaciones e instituciones barriales, conocer las problemáticas socioambientales del barrio y armar redes, permitiéndonos pensar y planificar actividades en y junto a la comunidad.

Teniendo en cuenta los relevamientos previos y el modo de trabajo del SAPS, seleccionamos aquellas cinco organizaciones con las que se había establecido mayor referencia y vinculación para realizar la cartografía social:

- “El Ángel” (comedor, espacio para las niñeces y cooperativa de trabajo que forma parte de la Federación de Trabajadores de la Economía Social)
- “El barrial. Luchando a la par” (centro de acompañamiento comunitario ambulatorio, forma parte del Movimiento de Trabajadores Excluidos)
- “Chispita” (centro de día para niñes de 6 a 12 años que forma parte de la Obra del padre Cajade)
- “Jorge Julio Lopez” (comedor que forma parte del Movimiento de Trabajadores Excluidos)
- “Escuelita Eva Duarte” (Centro Comunitario de Extensión Universitaria de la UNLP).

Nos acercamos a cada una de las organizaciones llevando la propuesta del proyecto de cartografía social para definir pautas y criterios de la misma en conjunto y acordar una fecha/hora posible de inicio del taller. Además, aprovechamos el momento para dejar cartelería y volantes para la difusión, tanto en papel como en versión digital.

Particularmente el taller de mapeo se organizó en tres momentos:

1) **¿Qué mapear?**

   En este primer encuentro se reflexionó sobre qué es un mapeo, los tipos de mapas existentes y las múltiples formas de mapear. Posteriormente se realizó la identificación de aspectos que generan malestar y bienestar en el barrio y de percepciones sobre el mismo.

2) **Mapeando el barrio**

   En el segundo encuentro comenzamos con la construcción del herramentario. Esto incluye el conjunto de íconos que representen las ideas y reflexiones del momento anterior para luego volcarlas en el afiche.

   Posteriormente realizamos el mapeo propiamente dicho, donde les participantes representan libremente en un papel afiche a su barrio.

3) **Mapeando la salud**

   En este tercer encuentro el objetivo es la vinculación de lo mapeado/reflexionado en los encuentros anteriores con los procesos de salud-enfermedad-cuidado y su incorporación al mapa.

En cada uno de estos encuentros se establecieron dos roles para les talleristas: uno referido al registro textual y fotográfico y otro enfocado en la coordinación del taller.

Una vez finalizados los talleres de mapeo se realizaron entrevistas abiertas a les referentes de las organizaciones para conocer su experiencia sobre dichos encuentros.

Luego al momento de la sistematización nos basamos en la propuesta de Jara (2018), quien plantea que ésta no se trata solamente de sistematizar informaciones, sino que busca penetrar en la trama compleja de la experiencia y recrear sus saberes con un ejercicio interpretativo de teorización y de apropiación consciente de lo vivido, entendiendo que las experiencias son

procesos sociohistóricos dinámicos y abarcan un conjunto de dimensiones objetivas y subjetivas de la realidad. En palabras del autor, “al sistematizar, las personas recuperamos de manera ordenada lo que sabemos sobre nuestras experiencias; también descubrimos lo que no sabemos acerca de ellas, pero además se nos revela lo que no sabíamos que ya sabíamos y que ahora se convierte en un conocimiento explícito y apropiado, es decir, hecho nuestro y por nosotros” (p. 78).

Jara (2018) contempla cinco tiempos para la sistematización, siendo el punto de partida la experiencia, en nuestro caso la cartografía social. En segundo lugar, se encuentra la formulación del plan de sistematización teniendo como eje en los debates y reflexiones críticas que contribuyan a generar propuestas adecuadas al contexto local.

El tercer tiempo es la recuperación del proceso vivido, es decir, la exposición del trayecto de la experiencia, que nos permitirá objetivarla. Esta es una etapa descriptiva en la que se reconstruye la historia de lo acontecido y se identifican los principales hitos.

Posteriormente entraremos en el tiempo clave del proceso de sistematización: las reflexiones de fondo que nos permitirán, a través de procesos de análisis, síntesis e interrelaciones, construir interpretaciones críticas sobre lo vivido e identificar aprendizajes.

Por último, será la etapa de formular conclusiones y comunicar aprendizajes orientados a la transformación de la práctica.

Para llevar a cabo este proceso se utilizaron como registros:

-Diagnóstico previamente elaborado del trabajo territorial del SAPS.

-Proyecto de trabajo y diseños de actividades.

-Listas de participantes.

-Mapas elaborados en los diferentes encuentros.

-Fotografías y filmaciones de los encuentros.

-Diarios de campo donde se tome nota de lo que vaya aconteciendo en cada encuentro.

-Cuadernos para el registro posterior de lo que pensamos sobre cada encuentro como una segunda mirada/pensada sobre y desde nuestro quehacer.

-Entrevistas con referentes post encuentros de mapeos.

El proceso de sistematización de la experiencia de cartografía estuvo orientada hacia una interpretación crítica de las mismas que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, apuntó a reconstruir la lógica y el sentido de lo vivido en ellas. Esta recuperación histórica del proceso nos permitió la toma de distancia de los que experimentamos vivencialmente, para identificar los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionan entre sí y por qué lo hicieron de ese modo.

En este momento, nos encontramos en el cuarto tiempo de la sistematización, profundizando en el análisis de los principales hitos y sintetizando posibles ejes de análisis para la

interpretación crítica del proceso vivido. Esto supone ir más allá de lo descriptivo para reflexionar sobre lo que sucedió en el proceso de la experiencia, siendo el interrogante central: ¿por qué pasó lo que pasó?

4. Limitaciones y aportes en la profundización de redes con servicios de salud

Teniendo en cuenta lo señalado anteriormente, en este apartado reflexionamos en torno a las limitaciones y aportes que la propuesta teórica-metodológica implica para la profundización de las redes entre servicios de salud y la comunidad.

En este sentido, nos interesa resaltar como una limitación las distintas temporalidades existentes para el logro de la continuidad del trabajo iniciado en la investigación. Este punto se piensa sobre todo en relación con los distintos tiempos: de demandas en el barrio y de los servicios de salud. Este escenario entra en tensión con el desafío de construir agendas comunes.

Respecto de los tiempos del barrio, si bien logramos completar el desarrollo de la cartografía en todos los espacios, nos vimos ante situaciones tales como la postergación de encuentros, rotación de participantes y dificultad en sostener los encuentros en las siguientes etapas de la investigación.

Creemos que esto se relaciona con la dificultad/desafío de generar un tipo de relación distinta entre el sistema de salud y la comunidad, donde prime la concepción de la salud como proceso y la participación social. Dada la relación histórica entablada con el sistema de salud, abocada a lo asistencial y a la definición de las necesidades de la comunidad sin dialogar con ella, identificamos ciertos cuestionamientos a la propuesta de trabajo evidenciadas en preguntas tales cómo: ¿para qué sirve esto? o ¿qué obtenemos a cambio?.

Respecto a las temporalidades a nivel institucional, encontramos ciertas resistencias relacionadas con las líneas de trabajo existentes, la insuficiencia de personal abocado a las tareas de investigación y las decisiones políticas respecto a las prioridades institucionales en estos momentos. Para ejemplificar esto, podemos mencionar los intentos por sumar más trabajadores a los encuentros de mapeo, que resultaron fallidos debido a que estaban ocupados en otras tareas de índole asistencial que se consideraban prioritarias para la institución.

El planteamiento de una propuesta teórica-metodológica anclada en los territorios y desde los servicios de salud no garantiza que luego la puesta en marcha de ciclos de investigación implique resignificaciones en las lógicas de trabajo, incluso en modelos institucionales no hospitalarios que sostienen como modelo de trabajo la APS, el trabajo comunitario y la participación social.

Como aportes, la propuesta teórica-metodológica nos permitió profundizar en la construcción de una mirada territorial crítica desde el efector de salud, construida en y con la comunidad. Como reflexiones sobre el desarrollo de la experiencia podemos decir que,en primer lugar, el ejercicio libre de automapeo generó diversidad de mapas, que muestran a su vez, diversidad de formas de representar el territorio, abordando sus múltiples dimensiones: las formas de representar el espacio, los sentidos de identidad, pertenencia y contención, las vivencias y memorias, los conflictos y problemáticas locales, las distancias intergeneracionales, y además, y como parte de todo esto, sus modos de pensar el PSEC. Cada mapa mostró las distintas formas de vinculación que cada espacio ha ido construyendo con les vecines.

En uno de los espacios se pudo ver que la propuesta era más a nivel laboral, donde les vecines obtenían, a través de la participación en la organización, la posibilidad de trabajar y eso era visto como un aporte a su salud.

Otro, se vio como un espacio de escucha y contención donde les jóvenes compartían parte de su cotidiano entre pares. A partir de actividades como almuerzos y meriendas, charlas grupales, talleres y asambleas, les jóvenes encontraban un lugar de pertenencia.

Otro de los espacios era más pensado como un lugar de solidaridad entre vecines para mejorar su barrio y generar propuestas de encuentro.

Por último, nos encontramos con un espacio de acompañamiento y formación dirigido principalmente a niñes y de articulación con otras instituciones estatales que permitieron la construcción de proyectos con y para les vecinos.

En segundo lugar, el enfoque propuesto en la investigación nos permitió reconocer múltiples dimensiones involucradas en los PSEC en la comunidad de Los Hornos. Una de las dimensiones comunes entre los distintos sectores del barrio fue la salud mental. Haciendo referencia a esto, los actores mencionan la falta de espacios como canchas, clubes y plazas, caracterizando al ocio, el juego, el ejercicio y el encuentro entre pares, como una dimensión central para la salud.

Otras de las dimensiones abordadas fue el saneamiento ambiental y los servicios públicos: falta de recolección de basura, escasez de agua, falta de luminaria y reductores de velocidad.

Por último, señalaron la importancia del rol de las organizaciones en el barrio. Las mismas fueron caracterizadas como espacios de contención, de organización para el mejoramiento de sus condiciones de vida y de lucha para que sus derechos, de cierta manera, se garanticen.

Para terminar queremos resaltar el aporte de la propuesta teórica-metodológica para el desarrollo de unos de nuestros objetivos: el reconocimiento y recuperación de los saberes de la comunidad.

5. Reflexiones finales

En esta ponencia presentamos avances de un proyecto de investigación en curso, describiendo decisiones y recorridos por parte del equipo de investigación. Particularmente nos interesó identificar aportes y limitaciones de la propuesta teórico-metodológica para la generación de articulaciones con los servicios de salud y la comunidad hornense.

En este sentido, nos resulta interesante señalar que la propuesta nos permitió sostener una mirada amplia sobre los PSEC, lo que nos remitió al concepto de clínica reformulada y ampliada de Souza Campos (2001), quien retoma a Basaglia y plantea un modelo de atención contrahegemónico donde el contexto del sujeto incluya a su familia y comunidad. El autor sostiene que la ampliación del objeto del saber implica correr el eje de la enfermedad al sujeto para poder visualizar los múltiples padecimientos que le pueden afectar (incluyendo los mentales). Esto refuerza la apuesta por la ampliación, cuestionamientos y rupturas de miradas y enfoques profesionales para generar redes entre comunidad y servicios de salud.

Por último, reflexionamos sobre este proceso de investigación centrado en la construcción de cartografías sociales y en su sistematización como modo de acceso a saberes invisibilizados sobre el PSEC en la comunidad de Los Hornos, que permiten ser representados y potenciados. En palabras de Jara (2018): “Al sistematizar, las personas recuperamos de manera ordenada lo que sabemos sobre nuestras experiencias; también descubrimos lo que no sabemos acerca de ellas, pero además se nos revela lo que no sabíamos que ya sabíamos y que ahora se convierte en un conocimiento explícito y apropiado, es decir, hecho nuestro y por nosotros” (p. 78).

6. Bibliografía

Andrade, H. & Santamaría, G. (1997). *Cartografía Social para la planeación participativa*. *Memorias del Curso: Participación Comunitaria y Medio Ambiente. Proyecto de capacitación para profesiones del Sector Ambiental.* Bogotá, Colombia: Ministerio del Medio Ambiente e ICFES.

Andrade, H. (2001). *La cartografía social para la planeación participativa: experiencias de planeación con grupos étnicos en Colombia*. Caracas, Venezuela: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.

BARRAGÁN, L. A. (2012). *Cartografía social de la cultura local del departamento de la Guajira*. Riohacha, Colombia: Editorial Gobernación de la Guajira y Fondo Mixto de Cultura.

Barragan-León, A. N. (2019). *Cartografía social: lenguaje creativo para la investigación cualitativa. Sociedad Y Economía*, Número 36.

Barrera, L. S. (2009). Reflexiones sobre Sistemas de Información geográfica Participativos (SIGP) y cartografía social. *Cuadernos de Geografía*, (18), 9-23.

Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde em debate, 41, 264-275.

Diez Tetamanti, J. M. (2018). Cartografía social: teoría y método. Estrategias para una eficaz intervención comunitaria. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Biblos.

Ferrara, F. (1975). En torno al concepto de salud. Revista de Salud Pública. Publicación del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires N°8. Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec504.pdf

Haesbaert, R. (2013). *El mito de la desterritorialización. Del fin de los territorios a la multiterritorialidad.* Revista *Cultura y representaciones sociales.* Año 8, núm. 15.

Hernandez-Sampieri, R., & Mendoza, T. CP (2018). *Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Mc Graw Hill Education*.

Herrera, G. (2009). Los métodos cualitativos de investigación y su aporte para la comprensión y transformación del desarrollo comunitario. *Revista Búsqueda*, (11), 62-101.

Herrera, J. (2001). *Cartografía Social*. Bogotá, Colombia: Documento del Instituto para la investigación educativa y el desarrollo pedagógico IDEP.

Jara Holliday, O. (2018). La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos políticos – 1ed. Bogotá. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano - CINDE.

Jara Holliday, O. (2018). La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos políticos – 1ed. Bogotá. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano - CINDE.

Jiménez, C. A. (2018). *Las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires: un nuevo servicio del subsector público de salud entre los años 2010–2015* (Tesis de Maestría).

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. Moscovici, Serge (comp.), Psicología Social II, Barcelona, Paidós, 469-494.

Oakley, P.; World Health Organization. (1990). Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario : examen de los aspectos esenciales / Peter Oakley. Organización Mundial de la Salud. Disponibles en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/39398

Offen, K. (2009). O Mapeas o Te Mapean: Mapeo Indígena y Negro en América Latina. *Tabula Rasa*, (10), 163-189.

OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs.

Palumbo, M. M. & Vacca, L. Ce. (2020). Epistemologías y metodologías críticas en Ciencias Sociales: precisiones conceptuales en clave latinoamericana. Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales. Vol 10, N° 2. DOI: 10.24215/18537863e076

Paula Souza, T., & Castaño-Pineda, Y. (2015). El método cartográfico: creación y verdad en la producción de conocimiento. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, *33*, 5.

Restrepo, B. G., Velasco, A. C. & Preciado, B. J. (1999). Cartografía Social. *Revista Terra Nostra*, (5), 95-110.

Risler, J. & Ares, P. (2013). Manual de mapeo colectivo : recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. Buenos Aires. Tinta Limón.

Rovere M. (2006). Educación en Salud Pública; Relevancia, Calidad y Coaliciones Estratégicas. Publicación OPS/OMS Argentina.

Sousa Campos, G. W. (2001). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Taylor, S. J., & Bodgan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.

Ulloa, A. (2012). Los territorios indígenas en Colombia: de escenarios de apropiación transnacional a territorialidades alternativas. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, *XVI*(418).