

VI CONGRESO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIÓN LATINOAMERICANA DE ENTIDADES DE PSICOLOGÍA

*Por Ángela Cardella
Vicepresidenta de APDH
Secretaria de Salud*

Temática: Movimientos sociopolíticos en países latinoamericanos y su impacto en el ejercicio de la Psicología

Nos referiremos en primer término a cómo nace la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos y de qué modo reformula su accionar en función del decurso histórico. Luego haremos una mención sucinta de la labor en salud, con especial desarrollo de una de sus acciones territoriales, por considerarla entre las más inclusivas de los distintos aspectos que hacen al contexto sanitario de los colectivos sociales.

En nuestro trabajo siguiente nos referiremos al reagravamiento de la problemática sanitaria en los últimos meses y al que consideramos un punto clave en la lucha de nuestro pueblo por su salud: la formación de quienes trabajan en esta área

Trabajo I: “El decurso de la praxis de los Trabajadores de la Salud Mental de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos a lo largo de su historia”

La APDH es una asociación civil cuyos fines y objetivos son promover la vigencia de los DDHH enunciados en los documentos de las Naciones Unidas, la Organización de Estados Americanos y la Constitución Nacional.

Surgió en 1975 –tiempos de la Triple A-, de una convocatoria multisectorial para luchar contra la desaparición forzada de personas, la tortura y la detención arbitraria, por la defensa de la vida y el respeto a los DDHH. Restituído el estado de derecho, la APDH continúa trabajando por la vigencia de éstos en su concepción integral.

“Todos los DDHH son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí”

Para ello recoge, estudia y valora los datos de la realidad nacional referidos a los DDHH en tal carácter; por tanto, derechos civiles, económicos, sociales y culturales.

La **complejidad** de los problemas que tal relevamiento configura impone la labor conjunta de los equipos que operan en las diversas secretarías.

Ya dijimos que en su primera década la APDH se centró en la defensa de la vida y, por ende, en la denuncia pública de la conculcación de la ley y en la contención de sus víctimas.

Una vez restablecida la vigencia de la Constitución, se centra la actividad en el análisis y abordaje de la incidencia en la sociedad del trauma consecuente al grave ataque sufrido por la acción de la dictadura genocida.

Sin que esta temática desaparezca –por el contrario, sigue muy presente como una suerte de telón de fondo del acontecer social que llega hasta nuestros días- paulatinamente van luego imponiéndose otras cuestiones como las más urgentes a resolver. La restauración liberal que los '90 significaron en el terreno económico conllevó, como una de sus consecuencias más graves, la desocupación laboral. La Comisión de Salud Mental, hasta entonces centrada en la elaboración reflexiva del trauma producido por el impacto dictatorial en nuestra sociedad, empieza a desarrollar una labor de contención de este problema. Labor que continúa hasta ahora, con ricos frutos tanto en su tarea de **investigación/acción** con personas desocupadas como en la producción teórica en torno a las misma.

La Comisión de Salud nace en el 2004, con el objetivo general de desarrollar acciones que contribuyan a reconocer el Derecho a la Salud como una necesidad básica; y como tal concientizarlo, hacerlo efectivo y defenderlo.

Esto implica dos líneas de trabajo: la territorial, barrial y la presencia sostenida en espacios profesionales, gremiales y académicos de la salud. Donde se analiza la realidad sanitaria y se actúa en consecuencia, promoviendo y

realizando reclamos y demandas al Estado para la asunción de su responsabilidad de garante de derechos.

La concepción de los **DDHH como integralidad** que dirige el accionar de la APDH, nuestra Comisión de Salud ha venido articulando su labor tanto intra como extrainstitucionalmente. Así, en el año 2005 y desde la intervención conjunta con nuestra Comisión de Educación en un programa de extensión iniciado por la Universidad Tecnológica Nacional comenzamos en un barrio del partido de La Matanza talleres con adultos, adolescentes y niños centrados en problemáticas de salud.

Desde nuestro posicionamiento de encarar la labor comunitaria como una **praxis de intercambio de saberes**, se fue perfilando como eje central la cuestión nutricional. Esto nos llevó al diseño de un Programa para la Promoción de la Alimentación Infantil Saludable en Contextos de Pobreza.

En la primera etapa del mismo se realizó un diagnóstico de situación, con el objetivo de promover en los diferentes actores sociales el constituirse como “**sujetos de derecho**” y, por ende, ciudadanos. Apuntábamos así a objetivar (desnaturalizar) las carencias que venían padeciendo.

En una segunda etapa acompañamos la construcción de nuevas formas solidarias de desarrollo colectivo tendientes a generar un conjunto de cambios facilitadores de una mejor calidad de vida.

En el anexo que integra esta presentación pormenorizamos avatares de la experiencia, así como nuestra evaluación de la misma.

En Moreno, otro partido del ÁMBA (Área Metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) realizamos otra experiencia en la que también integramos en el trabajo con actores de la comunidad a compañeros de diversas áreas de nuestra APDH. A partir de la convocatoria de la Secretaría de DDHH de SUTEBA (sindicato que nuclea a docentes de la provincia de Buenos Aires), abordamos el intento de dilucidación de la causa de un número altamente significativo de casos de cáncer en niños de un barrio, desde la hipótesis de su relación causal con el deterioro previo de los transformadores del tendido eléctrico de la zona. Para ello trabajamos con la escuela barrial, en un abordaje

con talleres en los que participaron maestros, padres y niños de la misma. Del análisis de esta primera actividad se desprendió la necesidad de evaluar ambientalmente la zona. Para lo cual diseñamos una encuesta que comenzamos a implementar con la colaboración de actores surgidos de los talleres realizados.

Luego de un muy buen suceso inicial –se reunió un auspicioso número de material en las dos primeras semanas- la labor de recolección de datos se interrumpió bruscamente. El diálogo con los actores zonales nos hizo evidente una clara interferencia de presión por parte de las autoridades del municipio, probablemente con el fin de evitar la detección de irregularidades.

A fin de no generar inconvenientes sobreagregados a una población ya dolorosamente afectada por el problema, solicitamos y obtuvimos una audiencia con el jefe comunal, la cual fue muy cordial de su parte y nula en sus resultados.

Tanto en esta actividad como en la anterior experiencia territorial en la provincia de Buenos Aires, la respuesta de la población fue altamente positiva, con buen grado de **participación** y hasta de liderazgo en las tareas. No lo fue así la de las autoridades a las se les plantearon diversas carencias estructurales, en su mayoría ambientales y de recursos profesionales. En un caso, ni siquiera se respondió a nuestro pedido de audiencia. En otro, a una “prometedora” recepción siguió el boicot a los actores que lideraban la tarea.

Esperamos que este sucinto relato de experiencias que nos aparejaron mucho esfuerzo* y grandes satisfacciones haya dejado en claro que no intentamos nunca reemplazar al Estado en su obligación indelegable del cuidado de la salud de la población, sino a que **la sociedad devenga en actor de la reivindicación de sus derechos**. Aspiramos, al decir de Ítalo Calvino, a “*un país donde la inevitabilidad de la muerte no sea el término de una vida sumergida*”.

*Todos los integrantes de la APDH somos voluntarios y no percibimos remuneración alguna por nuestro trabajo.

ANEXO I: Informe de evaluación final del Proyecto Barrio Los Ceibos

Este proyecto ha alcanzado a 125 niños pertenecientes a 103 familias o grupos de convivencia, cumpliendo su objetivo de *“promover el acceso al derecho a la salud de la población meta –en particular niños y niñas de hasta 12 años y sus grupos de convivencia- mediante el conocimiento de información sobre su estado nutricional y la generación de estrategias sostenibles para mejorar su situación de alimentación”*.

Durante la planificación, el diagnóstico, la implementación y evaluación de la propuesta se ha logrado generar estrategias tanto entre los vecinos del barrio como en los grupos y equipos de universitarios que desarrollan acciones de extensión devolviendo a la comunidad.

Asimismo este trabajo, respaldado por la APDH desde sus diferentes Comisiones de Salud, Educación y Jurídica, le ha significado una valiosa experiencia en la concreción de sus objetivos de promover acciones en los sectores más vulnerados de la sociedad, desde la toma de conciencia de sus derechos.

Así, la puesta en marcha del proyecto aportó diferentes tipos de aprendizajes sociales e institucionales, que intentaremos resumir a continuación:

Para la UTN –desde su área de educación no formal- resultó una experiencia que permitió generar una intervención desde una mirada más holística, teniendo en cuenta tanto los conocimientos de índole educativa como los particulares de cada una de las especialidades que hicieron aportes al proyecto.

Para la Asociación Civil San Cayetano resultó una experiencia en la que se pudo ofrecer al barrio “algo más”. Se vivió la posibilidad de generar desde el barrio otros recursos, diferentes a los concretos de alimento, que también son muy necesarios. La referente barrial señala que “no hace falta esperar que un nene muera para hacer algo; hay mucho que podemos hacer”; a ellos la experiencia les permite resignificar la labor que desde hace años se realiza en el barrio: “nos pueden ver; pueden ver realmente todo lo que pasa acá, lo que la gente necesita y nosotros tratamos de hacer”. La actividad es también

valorizada altamente por los vecinos: “es como si alguien nos escuchara” comenta una de las madres que participa en un taller.

Para la APDH significó la concreción de sus objetivos de promoción del derecho a la salud, con el desarrollo de contenidos que permiten conocer los aspectos legales y las herramientas posibles para obtener esos derechos.

Para la UBA resultó también una experiencia de práctica real en la que se debieron resolver problemas de la vida cotidiana en el contexto en el que se trabaja.

Las principales **fortalezas** encontradas en la experiencia están relacionadas con que:

- . se comienza a contar con una metodología de indagación de datos como mecanismo para la toma de decisiones en el comedor.
- . se obtienen datos reales de la población de niños en la zona, para determinar los casos más sensibles a seguir desde los vecinos y profesionales de la salud.
- . se generan herramientas de reclamo por escrito, lo que permite formular denuncias.
- . **se promueve la concientización de los vecinos como sujetos de derecho a la educación, la salud, la alimentación.**
- . se provee de información a los vecinos sobre los programas sociales vigentes, tales como el remediar, así como de los derechos de los niños a contar con los alimentos requerido cuando presentan determinados problemas físicos, etc.
- . se reconocen los espacios de atención a la salud, desmitificando en algunos casos su “mal funcionamiento” y revisando en otros las acciones que desarrollan; acercando a la población del barrio a estos centros estatales de atención a la salud mediante el reconocimiento mutuo de las problemáticas institucionales y de los vecinos.

. se cuenta con un alto grado de participación de los vecinos en las actividades, más allá de su fluctuación: la permanencia del equipo en el barrio otorgó “credibilidad” a las acciones y al proyecto.

. se reconocieron espacios barriales tales como la sala de emergencia; en la que es posible coordinar recursos externos (el personal médico del proyecto) con la labor de la pediatra del lugar.

. se inicia una integración cultural y social por la interacción de todos los actores, en la que se desmitifican creencias y prejuicios, construyendo puentes para el encuentro como sujetos de derecho y ciudadanos.

Entre las **dificultades** y necesidades insatisfechas encontradas mencionaremos las siguientes:

. fue difícil lograr la participación en acciones que no fueran la queja, el enojo o la violencia. Pocas veces se pudo cambiar estas respuestas por la demanda escrita. Consideramos que esto se debe al miedo o a “múltiples pobrezas”.

. suponemos que una de las dificultades que ocasionan esta imposibilidad se debe a los diferentes códigos que devienen de las diferencias culturales entre los participantes.

. generar una red de contención interinstitucional es el principal desafío que plantea el programa que presentamos; si bien esta tarea se convierte en un alerta y una forma de resolución de casos puntuales, lamentablemente no logra sostenerse en el tiempo sin nuestra presencia externa; con lo que se mantiene en el tiempo la denegación fáctica del derecho a la salud de los más vulnerados.

En **conclusión**, sostenemos que el programa puede constituirse en una experiencia piloto para generar acciones que involucren tanto a las comunidades universitarias como a las asociaciones de la sociedad civil para trabajar en forma sostenida en el tiempo, generando estrategias de promoción

de la salud, desde el reconocimiento de los recursos con los que cuenta el barrio para el desafío de demandar y construir las respuestas a sus necesidades.

Generando una metodología de **capacitación permanente** en la interacción con los referentes barriales puede articularse una forma de mejorar la aplicación de los programas de salud estatales en los barrios, facilitando la vigilancia de sus pobladores en la concreción de sus derechos.

ANEXO II: Propuestas particulares y colectivas para atender las dificultades detectadas

En función de los datos recolectados en el barrio y su posterior análisis se desarrollan propuestas para el tratamiento de los problemas de mayor importancia.

Una de ellas se dirige especialmente a los **niños**, desarrollándose mediante la creación de espacios lúdicos y recreativos. Uno de ellos fue una obra de títeres que giraba en torno a los temores acerca de la vacunación y los beneficios de ésta para la protección de la salud. Otra actividad que consiguió gran participación fueron los talleres de preparación de alimentos –panificación, etc.

Otras propuestas se dirigieron a los **adultos**, desarrollándose en talleres focalizados en temas de salud; considerando el barrio, los grupos de convivencia y las medidas de cuidado de la salud.

Se identificaron 11 casos de niños con problemas de desnutrición que son tratados por el equipo de pediatras en un seguimiento conjunto con la especialista de la sala de salud del barrio.

BIBLIOGRAFÍA

(Se la incluye en torno a los **conceptos clave**)

DDHH como integralidad – sujetos de derecho

OMS “Veinticinco Preguntas y Respuestas sobre Salud y DDHH”, n° 1 de la Serie de Publicaciones sobre Salud y DDHH, Ginebra, julio 2002.

Complejidad – Modelo Médico Hegemónico

Menéndez, E. “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”, en Basaglia, F. y otros. La Salud de los Trabajadores, 1984, México, Nueva Imagen
Galende, E. Psicoanálisis y Salud Mental. Para una Crítica de la Razón Psiquiátrica. 1990, Buenos Aires, Ed. Paidós.
Galli, V. “Problemáticas de Salud Mental en la Argentina” en Voces en el Fénix n° 12, suplemento especial de Página 12, 12/9/2013.

Participación, praxis de integración de saberes

OMS. Declaración de Alma Ata, URSS, 1978. Bloch, C. y Belmartino, S. “Participar”, en Salud y Sociedad, año 2, n° 9 y 10, X/1985.
Cardella, A. “Notas sobre la tarea del psicólogo como trabajador de la salud mental. Fundamentos para una praxis” Premio FePRA en el VII Congreso Argentino de Psicología, Córdoba, 1986.
Tognoni, G. “Epidemiología comunitaria”, en Salud y Sociedad, año 8, n° 20.

Investigación/Acción

Pichon Riviere, E. “Concepto de Ecro”, en Temas de Psicología Social, año 1, n° 1, 1977.
Bauleo, A. “Los caminos sinuosos de un esquema de referencia”, en Ideología, Grupo y Familia, 1982, México, Ed. Folios. APDH. Talleres de Vida, Educación por los DDHH, Cuadernos para la Práctica I, 1989; y II, 1993.

