

V. RECONSTRUCCIÓN DE LAS PRIORIDADES COMUNITARIAS: RECUPERANDO LA ESTABILIDAD. PREPARACIÓN DE NUE- TRA SALIDA

“Psicóloga: ...Lo mejor que ha funcionado en nuestra sociedad son las familias como instituciones primarias, como instituciones de contención de lo sucedido, es lo que mejor funcionó. Después, instituciones como las Escuelas, por ejemplo, el personal docente, que tuvo a nuestros niños y que después volvió a trabajar... Entonces yo diría, contestando a esta pregunta suya, que no deberíamos poner plazos para la finalización de duelos, yo creo que estamos en proceso de elaboración, pero de elaboración de aquello que tiene que ser sano posteriormente.

Periodista: Usted ha dicho algo importante, es como que Río Tercero, comunitariamente hablando, se está curando en sí misma...

Psicóloga: Sí señor, así es, así es.”

Reportaje a la psicóloga de Río Tercero Susana Carballo de Hillton, televisado por el programa “De frente” (Canal 10 de Córdoba) el 4 de noviembre de 1996.

1. Volviendo con la gente al problema de la contaminación del aire y la salud de la población, en una nueva situación.

A pocas semanas de las explosiones, en Barrio Monte Grande comienza a reaparecer la demanda prioritaria de la gente. Algunas mujeres del barrio vinieron a consultarnos, no ya por el temor de que hubiera nuevas explosiones en Fábrica Militar, sino que su preocupación se focalizaba en cómo proteger la salud ante el caso de que se produjeran escapes químicos masivos, agravado por el riesgo de las explosiones; de esta manera volvíamos con la gente al mismo problema prioritario y convocante que nos llevó al área, pero en otro nivel de conciencia.

Después de dos años de trabajo en redes de confianza, algunas familias se habían ido aproximando para decirnos lo “no dicho” o lo “dicho a medias”, para contarnos su historia en relación con este problema.

En esos días de diciembre de 1995 se hizo público también que durante las explosiones del 3 de noviembre un artefacto explosivo, que cayó sin detonar, “estaba alojado en uno de los siete tanques de un millón de litros cada uno que contiene diclorofenol, residuo de la planta del herbicida 2 4D que produce Atanor”(Tribuna 9-12-95)¹ (ver mapa p. 83).

Los vecinos relataban estar todo el tiempo pendientes del color de los “humitos”, de los ruidos propios del funcionamiento de las fábricas, los sentían más fuertes que de costumbre. En algunas cuadras habían comenzado a organizar guardias nocturnas.

A partir de este problema comienza a gestarse un plan de seguridad en el barrio. Las familias, en coordinación con el Centro Vecinal, proponían realizar acciones tales como abrir una calle al sur, poner veletas, máscaras de oxígeno en el Centro Asistencial y sistema de sirenas conectadas con las fábricas que indicaran qué hacer ante una emergencia. Con este

¹ “Fue finalmente en la madrugada del martes -entre las 3 y las 4 horas - cuando el personal de la brigada de explosivos de la policía y el personal de la empresa logró retirar de uno de los tanques el proyectil... El artefacto que apareció intacto, era calibre 155mm (de los mayores que se hacían en FMRT), estaba cargado con unos 8 kilos de trotyl, tenía el tapón de izaje colocado pero estaba desprovisto de espoleta, con lo que su posibilidad de estallar era menor y podía considerarse inactivo”(Tribuna, 16-12-95)

motivo, el Centro Vecinal convocó al director de Defensa Civil a una reunión y, por iniciativa de esta comisión, se difundía por radio que los profesionales del Centro Asistencial asistirían a la reunión. Luego de ésta y otras reuniones se eligió una subcomisión, la cual organizó durante los meses siguientes “charlas informativas” y propuso articular un plan designando “manzaneros”¹ responsables ante una posible evacuación. Muchos vecinos, sin embargo, continuaban expresando que, de ser necesario, se evacuarían “como lo hicimos la primera vez, con mis vecinos, con mis hijos...; de la misma manera”.

2. Evaluación de Cobertura de los Programas de APS y preparación de nuestra salida (abril, 1996).

a. Contexto institucional.

La modalidad de abordaje expuesta se sostuvo en las Áreas de los Barrios Monte Grande, I. Magnasco, Mitre, Los Algarrobos y Cerino. En Parque Monte Grande la nueva disminución del recurso profesional para el servicio de APS (no se había contratado aún otro trabajador social) constituyó un obstáculo para lograr este objetivo: en diciembre de 1995 la Secretaría decidió que atendiéramos la demanda espontánea e individual de afectados por las explosiones en otros Centros Asistenciales de la ciudad; esto implicaba dispersar el recurso asignado a la estrategia en marcha de Atención Primaria de Salud, desde la cual se estaban cubriendo todas las áreas de más pobreza económica del “Área Roja”.

Cuando advertimos a las autoridades sobre las graves consecuencias programáticas de esta decisión, la Secretaría resuelve no renovar el contrato de la psicóloga del Área de Parque Monte Grande a fin de diciembre de 1995. Ante ello notificamos a la Secretaría de Salud Pública y Asis-

¹ Este sistema de manzaneros es una variante de los sistemas jerárquicos que se marginan de las organizaciones heterárquicas (ver Bertucelli, Lerda, Mercado, op. cit, Paidós, 1995, p. 275) las cuales, como podemos ver en este trabajo, son mucho más eficaces y eficientes en situaciones de emergencia social.

tencia Social que si no se disponía de los recursos entrenados en APS para esta área, la posibilidad de continuar cumpliendo con la función por la cual se nos contrató - abordar desde la Estrategia de APS el problema de la contaminación del aire y la salud de la población en las áreas más expuestas -, estaba seriamente condicionada, y solicitamos la no renovación de nuestros contratos (30-12-96).

Aunque en un primer momento se rectifica esta medida y continuamos trabajando, el Centro Asistencial de Barrio Parque Monte Grande permaneció cerrado durante todo el mes de enero, a pesar de los pedidos del equipo y de la población. Esta situación alteró el trabajo de seguimiento acompañando el tiempo de autorreparación de la población. Cuando la psicóloga solicita retornar al trabajo (30-4-96)¹, se le comunica que la Secretaría implementaría “nuevas estrategias” y no le renuevan su contrato (6-5-96).

En el contexto del seguimiento de la población después de lo vivido en noviembre de 1995 y ante esta coyuntura adversa, que nos hacía prever la no continuidad de nuestro trabajo, creímos que era conveniente y oportuno realizar una nueva Evaluación de Cobertura y preparar nuestra salida.

b. Evaluación de Cobertura de los Programas de APS en las cuatro Áreas de Responsabilidad (abril, 1996).

La modalidad de esta Evaluación de Cobertura, por los resultados ya obtenidos fue la ensayada en junio de 1995.

En el Área de Parque Monte Grande en la anterior evaluación contamos principalmente con las relaciones de parentesco de las familias-llave; en esta oportunidad ampliamos la búsqueda a sus relaciones de vecindad (ver mapa p. 129).

¹ Durante los meses de febrero, marzo y abril no pudo retornar al trabajo por problemas en el desarrollo de su embarazo. Cuando su salud se lo permitía colaboraba acompañando al trabajador social del Área de I Magnasco, Mitre y Los Algarrobos, que transitoriamente extendió su trabajo a Barrio Parque Monte Grande.

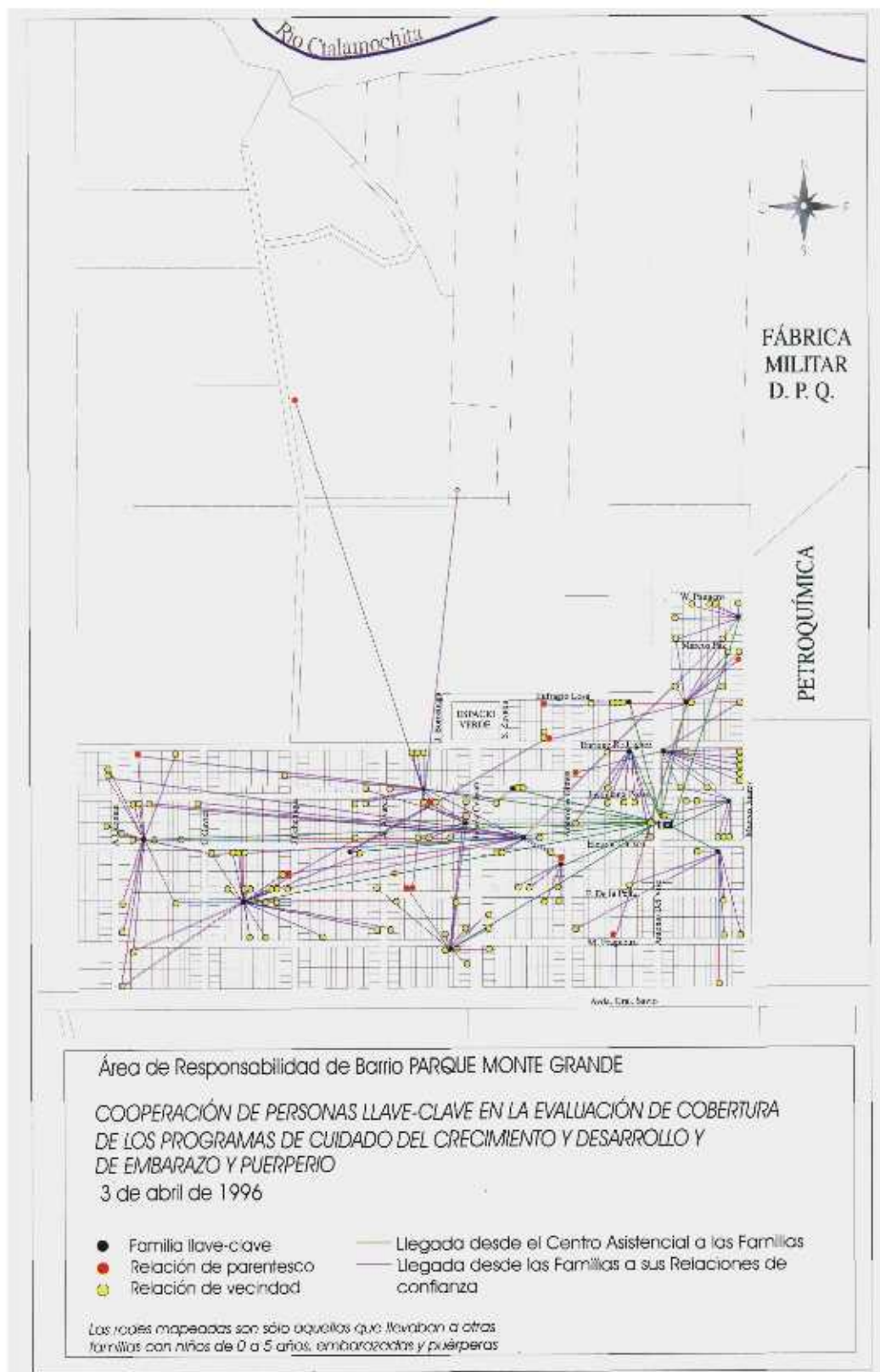
En el Área de los Barrios I. Magnasco, Mitre y Los Algarrobos, a este trabajo el año anterior lo hicimos con veintiuna familias; en esta ocasión, si bien lo realizamos con catorce, logramos más alcance y profundidad en la cobertura articulándonos a través del trabajo a otras familias con mucho arraigo, cuyos hijos y nietos continuaban viviendo en el área (ver mapa págs. 130 y 131).

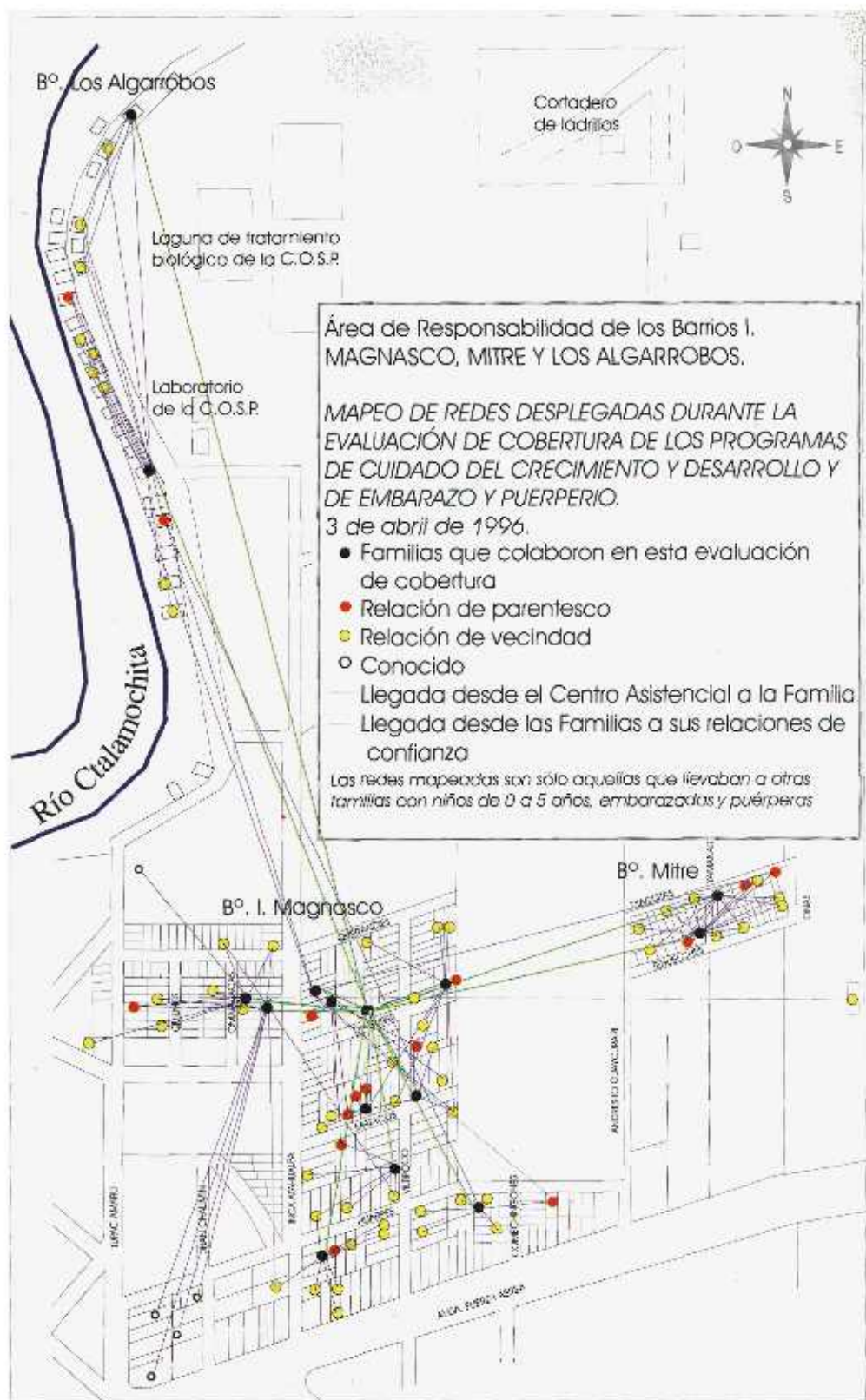
Con una familia a la que le habíamos solicitado ayuda para ver la cobertura de su red familiar, después de seis meses de espera, pudimos acordar el día en que haríamos la visita domiciliaria. Anteriormente llegábamos a esta familia con la ayuda de una de las hijas, ahora lo haríamos con la ayuda de los abuelos. Cuando se realizó la visita, cuatro de los hijos estaban presentes colaborando en esta tarea. Evaluamos que todos los niños y embarazadas de esta red estaban en programa.

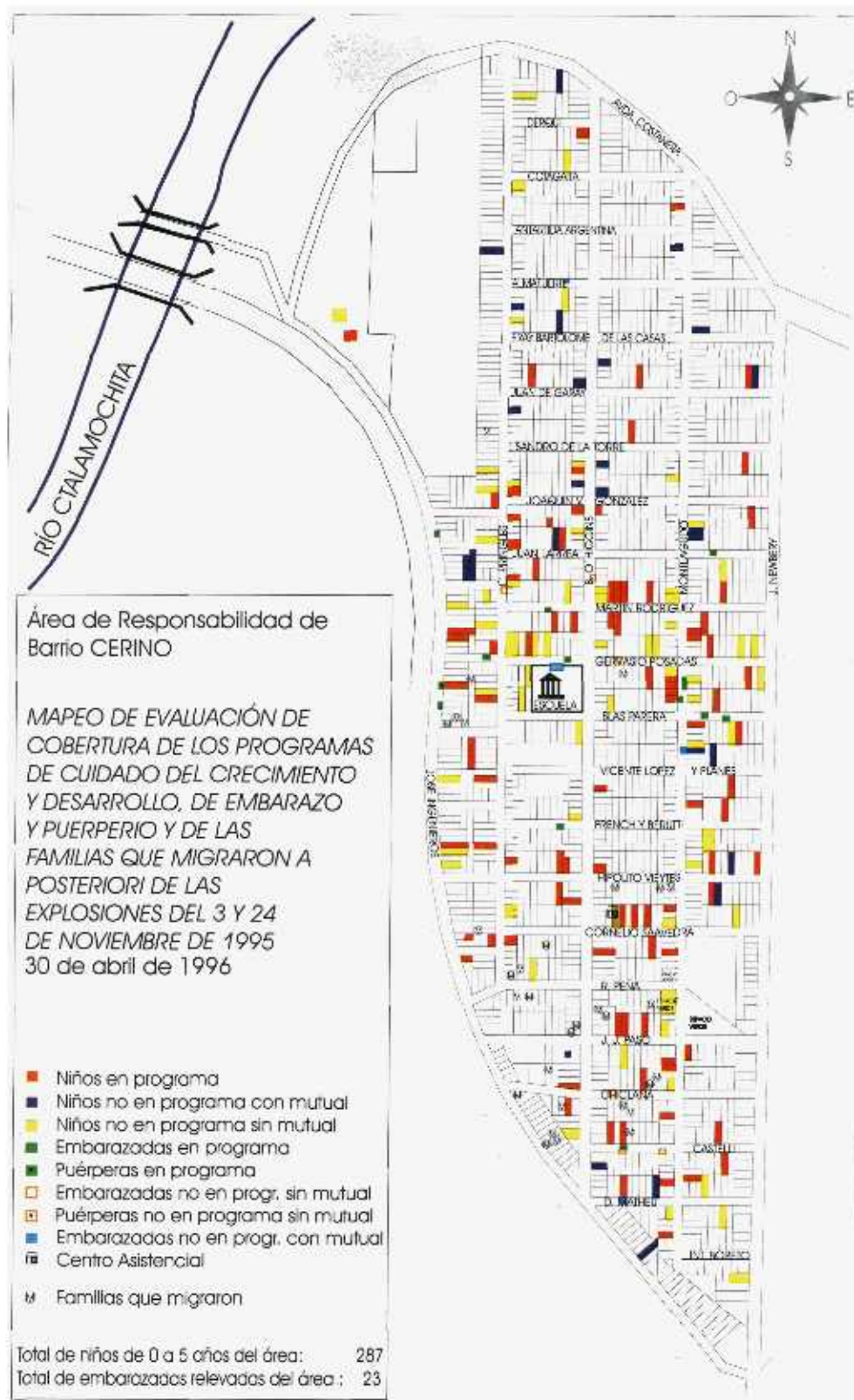
En esta Evaluación de Cobertura continuamos articulando el servicio de salud a los sistemas de trabajo existentes en la vida cotidiana, ensayando formas diacrónicas de evaluación: la enfermera de esta área, por ejemplo, coordinó el seguimiento de las familias que llegaban o se iban del barrio con el trabajo diario de una vecina que lo recorría todos los días vendiendo pan casero.

En Barrio Monte Grande colaboraron familias nuevas en esta evaluación y, aunque también fueron menos que el año anterior a las que se les pidió ayuda, se llegó en menor tiempo a relevar toda el área. Inferimos, por ello, que cuando fuimos logrando mayor inserción necesitamos menos cantidad de ayudas para llegar a todos los vecinos.

En Barrio Cerino el rastreo por proximidad geográfica se fue haciendo, como dijimos, simultáneamente con la oferta del servicio, acompañando el regreso de la población al área. Con este despliegue comunitario seguíamos reapropiándonos simbólicamente de los espacios y tiempos cotidianos e institucionales. Después de hacer este primer rastreo, al mapa utilizado lo colgamos en una pared del hall de espera de la “salita”. Esto permitió que los vecinos permanentemente lo fueran actualizando. Algunos, mientras esperaban ser atendidos nos pedían lápiz y goma para borrar y corregían la información registrada en el mapa; por ejemplo, cuando habíamos indicado en un lote que la familia había migrado, al ser ocupada nuevamente la casa los vecinos lo anotaban y nos avisaban (ver mapa p. 132).

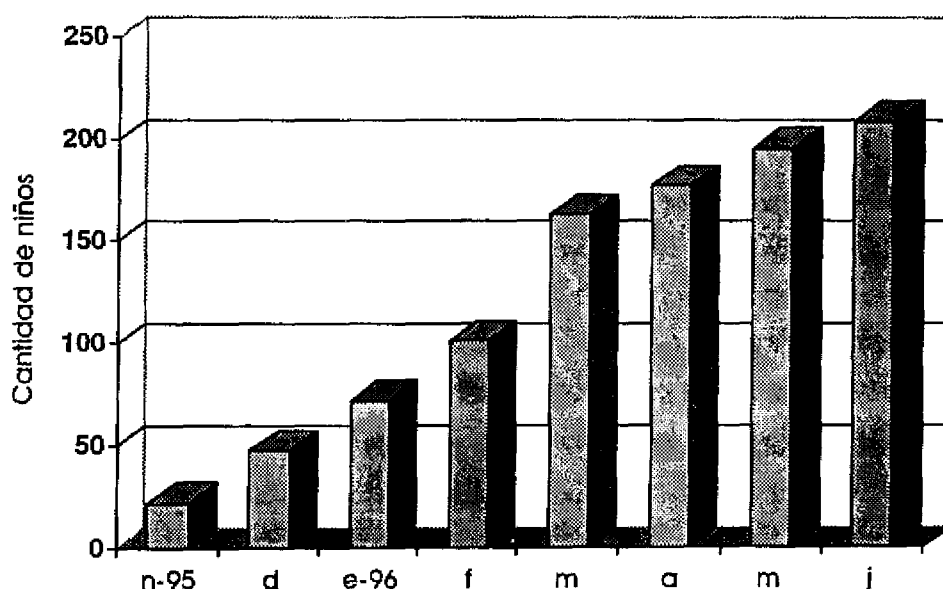






Los resultados de la Evaluación de Cobertura, al igual que el año anterior (30-6-95), fueron comunicados en primer lugar a los vecinos que trabajaron, en el contexto de visitas domiciliarias, y luego al resto de los vecinos, a través de la radio LV26 y del canal de televisión local.

Gráfico de niños de 0 a 5 años en programa de Cuidado de Crecimiento y Desarrollo. Área de Responsabilidad de Barrio Cerino



Estos resultados mostraron que se estaba generando la tendencia permanente a la cobertura total en el Área de Barrio Cerino (ver gráfico) y que se sostenía en las otras tres Áreas de Responsabilidad ¹.

Vimos que la participación de las familias durante este trabajo fue “rotando” en orden a la proximidad física o socio-afectiva con la tarea a abordar. Por ejemplo: la familia que nos dio entrada a la “primera contención de embarazadas por redes de confianza” en Barrio Los Algarrobos, tuvo también un rol muy importante en la organización de un servicio de emergencia médica en este barrio, ya que en su casa había un equipo de radiollamada, pero como no vivía en “El Bajo”, no participará directamente en el trabajo de “Control de Foco de Diarrea”; en Barrio

¹ Ver Anexo 4.

Parque Monte Grande la familia que conectó a la psicóloga con el trabajo de la “red de familias sanjuaninas”, no será la misma que esperarán para que les ayude a autoevacuarse el 3 de noviembre de 1995; ese rol lo tendrán las familias que contaban con vehículos.

Cuando expusimos este trabajo al Dr. James Kelly¹, en el contexto del “II Curso de Postgrado de Psicología Comunitaria” (U.N.C., 1996), nos preguntó si la catástrofe había dado lugar al surgimiento de nuevos líderes o sólo había contribuido a aumentar el poder de los líderes ya existentes. Si bien este trabajo en redes es alterno al trabajo con líderes, esta pregunta nos ayudó a rescatar mejor otro aspecto de nuestra experiencia: el *carácter rotativo del poder en función de la tarea por resolver*².

En la exposición de este proceso hemos intentado presentar cómo fuimos construyendo el Equipo del Centro Asistencial y la población un sistema de contención, de seguimiento, de enlace entre el sistema institucional y el comunitario, pasando de los programas normativos, de control de la salud que, como herramientas, nos permitieron iniciar este trabajo, al cuidado³ de la salud integral con ayuda permanente de los vecinos.

c. Abordando otro problema emergente: niños de 0 a 5 años con bajo peso.

Estando posicionados desde la Atención Primaria de Salud para aproximarnos a abordar el problema de la contaminación del aire y su relación con la salud de la población, fuimos a la vez atendiendo otros problemas prioritarios y convocantes para la población, adaptándonos a

¹ Profesor del Departamento de Psicología de la Universidad de Illinois de Chicago, Estados Unidos.

² Ver características de la “Rueda del Mingado” en Bertucelli y Otros, op. cit.; pub. del Gob. de la Prov. de Córdoba, 1988. En las organizaciones heterárquicas, más que aumentar líderes para el sistema jerárquico institucional, lo que importa es quién está posicionado estratégicamente para resolver el problema convocante.

³ En adelante comenzaríamos a denominarlos Programas de Cuidado del Crecimiento y Desarrollo y Programa de Cuidado de Embarazo y Puerperio.

la necesidad emergente en cada momento (ver definición de Equipos Primarios de Salud en págs. 95 y 96).

En esta nueva Evaluación de Cobertura, realizada en el contexto de la atención a la población después de la catástrofe vivida, encontramos en el total de niños de 0 a 5 años que habitaban el Área de Barrio Parque Monte Grande un aumento significativo del porcentaje de niños con bajo peso: del 9,4% que había al 30 de junio de 1995 -que estaban siendo atendidos y en muchos casos revirtiendo esa situación- observamos que subió al 17,8% (3-4-96).

En el Área de Barrio Cerino en abril de 1996, detectamos un 18% de niños en programa con bajo peso, disminuyendo en junio este porcentaje a un 13%. En las Áreas de Barrio Monte Grande y de I. Magnasco, Mitre y Los Algarrobos no se observaron variaciones de importancia en relación con la evaluación del año anterior, siendo los porcentajes de niños con bajo peso, del total de niños de 0 a 5 años de estas áreas, del 3,7% y 7,6 %, respectivamente (3-4-96).

Al Área de Barrio Parque Monte Grande, en febrero de 1996, había extendido su trabajo el trabajador social que estaba en el Área de los Barrios I. Magnasco, Mitre y Los Algarrobos. La psicóloga que venía trabajando en el área cooperó durante los meses siguientes, aún después de que se le comunicara la no renovación de su contrato, presentándonos a las familias que nos ayudaron a evaluar cobertura y a las que tenían niños con bajo peso.

A medida que nos fuimos aproximando a cada familia, íbamos adecuando nuestras primeras intervenciones a la multicausalidad de factores que concurría en cada situación. De los treinta y un niños que encontramos con bajo peso, sólo en dos casos las familias solicitaron recursos para mejorar la alimentación de sus hijos.

Al trabajo con las familias de estos niños lo hicimos hasta que las crecientes dificultades que se presentaban desde nivel central para continuar, nos lo permitieron. Anticipándonos a la posibilidad de nuestra no continuidad laboral, para garantizar la atención a estas familias en riesgo, coordinamos las acciones necesarias con el Equipo del Centro Asistencial del área, con los sistemas de apoyo familiares disponibles para cada caso y con Cáritas y Cruz Roja-Filial Río Tercero, instituciones locales con las que ya veníamos coordinando ayudas con criterio de riesgo. Un aporte importante en cuanto a recursos necesarios para los Pro-

gramas de Atención Primaria, fue también la donación de medicamentos y leche que hiciera una institución bancaria, gestión que fue apoyada por el Colegio de Servicio Social de la Provincia de Córdoba y la "Agrupación de Entidades Intermedias de Río Tercero". De este modo procurábamos recursos alternos que no conseguíamos desde las instituciones públicas.

En marzo de 1996 se concretó un avance muy importante en el trabajo con el Hospital Zonal, al coordinarse pautas comunes para la entrega de leche y un cronograma único de vacunación para toda la ciudad.

Estando posicionados en programas de Salud Integral pudimos abordar de un modo ventajoso una de las posibles consecuencias de las situaciones de catástrofes, como pueden ser los problemas de nutrición en los grupos más vulnerables¹. El abordaje de este nuevo problema emergente fue posible porque desde el comienzo montamos un servicio de Salud Integral y aun después de una catástrofe, que podría generar problemas específicos de salud mental, no "armamos" un programa selectivo separado de la Atención Primaria, sino que continuamos abordando la problemática desde la estrategia en marcha.

Entre los meses de abril y mayo observamos una disminución sustancial de las demandas de consultas psicológicas por efectos de las explosiones en las Áreas de Responsabilidad². Para investigar esta situación,

¹ "La malnutrición durante las medidas de socorro, y durante el período de rehabilitación que sucede a la calamidad, es mayor entre las mujeres y los niños. Sin embargo en la literatura referente a la reducción de las catástrofes existe muy poca documentación sobre ello." Revista "DIRDN. Stop. Disasters", 1995.

"Los signos de la desnutrición -después de un desastre- se advierten primero entre grupos vulnerables, como mujeres embarazadas y en período de amamantamiento, o niños pequeños. El Equipo tiene que determinar cómo ha sido (o es probable que sea) afectado el estado nutricional de la comunidad y averiguar si es posible detectar precozmente los cambios que en él se producen. Si los únicos datos razonablemente fidedignos son aquellos en las historias clínicas, probablemente el Equipo tendrá que recurrir a revisarlos. Debe calcular la posibilidad de un desmejoramiento nutricional cotejando estos registros con los del año o los meses anteriores. Es un ejercicio tedioso y que toma tiempo, pero puede revelar cambios en la frecuencia de la desnutrición... y lo que es más importante aun puede servir para establecer datos de referencia para un sistema de vigilancia." OPS, "Evaluación de necesidades en el sector salud con posterioridad a inundaciones y huracanes". Cuaderno técnico N.11, 1989, págs. 3,44 y 45.

² Ver Anexo 5. Esto no pudo ser evaluado en el Área de Parque Monte Grande por los motivos antes expuestos.

la Secretaría decide implementar otra encuesta de entrada y salida en estas áreas, comenzando por Barrio Cerino, e indagando, nuevamente, síntomas psicológicos. A la vez que hacían esta encuesta a cada vecino se le ofrecía llenar una ficha de admisión al “Plan de Salud Mental”.

*Una cosa es atender desde el posicionamiento estratégico de la Atención Primaria de Salud con un enfoque integral, con Tendencia Permanente a la Cobertura Total y un Plan de Seguimiento hecho por profesionales arraigados en el lugar; otra cosa, es atender a posteriori de la catástrofe casos de patología individual, desarraigando a las personas de sus sistemas naturales para aplicarles una intervención. Las estrategias y concepciones de “Salud Mental” ignoraron que cuando se ofrecía atención por psicopatología se intentaba convertir a Río Tercero en una carpeta psiquiátrica, lo que puede traer como consecuencia que la sintomatología perdure más de lo debido y se perturben los modos y tiempos de búsqueda de salud de la gente, desintegrando lo que está integrado -iatrogenia institucional-. Estas acciones se articularon, sin quererlo, con las “plagas” que padeció nuestra población: la prensa amarilla, las instituciones psiquiátricas y la “industria del juicio”, que privilegiaron con su lenguaje e intervenciones lo que la gente “sería esperable que padeciera” y no “lo que la gente estaba pudiendo hacer para salir de esta situación”. El primero es un circuito perverso o vicioso: más patología genero, más trabajo tengo; más trabajo tengo, más patología genero. El segundo es el circuito que genera la Atención Primaria de Salud: *más salud descubro o genero en la gente, en esta situación, más aumenta la calidad de mi trabajo profesional y éste se hace más prescindible. En este sentido, más salud, equivale a más autogestión comunitaria*¹.*

¹ Fragmentos del informe final de los autores a las autoridades municipales (24-6-96). Ver actas de la “Primera Jornada Municipal de Atención Primaria de Salud en Río Tercero”(3-11-93) y Bertucelli, Lerda, Mercado, op. cit., Ed. Paidós, Bs.As.1995.