

Transaberes de un dispositivo territorial: sobre una experiencia realizada en una huerta comunitaria

Por Sofía Ivana Altera

Sofía Ivana Altera. Licenciada en Terapia Ocupacional, graduada de la Universidad Abierta Interamericana (UAI). Residente de tercer año del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina) con orientación en Rehabilitación Psicofísica en Adultos.

Introducción

El proyecto presentado en este escrito forma parte del transitar por el dispositivo de huerta comunitaria en el marco de una rotación de 6 meses por el área de Atención Primaria de la Salud (APS) en un Centro de Salud público de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicha rotación se encuentra programada para el tercer año de la residencia de Terapia Ocupacional (TO) dependiente del gobierno de dicha ciudad.

Los Centros de Salud son efectores del primer nivel de atención en salud que tienen como fundamento la APS, la territorialidad, el acceso a derechos, el ejercicio de ciudadanía y el compromiso en el abordaje de las situaciones que presentan las familias y sujetos que transitan su cotidianidad en el barrio. Específicamente, el territorio al sur de la ciudad se caracteriza por *problemáticas sociales complejas* (Carballeda, 2007), entre las cuales se incluyen habitar en condiciones de vida precarias (hacinamiento, falta de servicios básicos, riesgo de inundación y de derrumbe, etc.) o en situación de calle, la vulnerabilidad socioeconómica, las necesidades básicas insatisfechas, la precarización laboral, situaciones de consumo problemático, sufrir violencias de distintos tipos y modalidades, la dificultad en acceder a bienes y servicios y el proceso de gentrificación *-I-* que atraviesa esta área de la ciudad.

En estos Centros se hace un fuerte hincapié en la planificación e implementación de acciones de prevención y promoción de la salud integral, en concordancia con las características e intereses de las personas y grupos que se acompañan desde la institución. Es así que, además de las consultas disciplinares y los equipos territoriales interdisciplinarios, existen una variedad de dispositivos comunitarios de tipo preventivo-promocional, entre los cuales se puede nombrar a la huerta comunitaria.

Algunas palabras sobre la huerta comunitaria

El dispositivo está pensado como un espacio abierto al encuentro de todas aquellas personas que quieran participar. Se adopta una lógica amplia e integral del *proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado* (PSEAC) (Ardila-Gómez, Michalewicz y Pierri, 2014) y busca mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población mediante la creación de una instancia grupal para compartir saberes y experiencias. Existe un día fijo en el cual suceden los encuentros semanales, en los que se

incorporan referentes del Centro de Salud y se realizan grupalmente tareas de siembra, cosecha, compostaje e intercambio de plantas y semillas. Al mismo tiempo, por ser un espacio de puertas abiertas, las personas del barrio pueden acercarse cualquier otro día y horario para colaborar como deseen, sin necesidad de que haya un profesional de la institución nombrada. Además, se planifican y llevan a cabo eventos comunitarios con diversas temáticas y se organizan actividades con instituciones y dispositivos pertenecientes al sistema público, organizaciones sociales barriales, escuelas, etc. También se trabaja en red con otras huertas de la zona y se participa en talleres y jornadas de intercambio.

La huerta comunitaria fue impulsada en 2017 por profesionales que formaban parte del equipo de enfermería y farmacia y por la residencia de medicina general y familiar del Centro de Salud, a partir de escuchar discursos de los usuarios que indicaban el **uso de plantas con fines medicinales**. Esto abarcaba

toda aplicación de materiales vegetales secos o frescos -plantas enteras o sus partes, en forma directa o por preparados o productos (polvos, extractos, aceites, jugos, exudados) obtenidos por molienda, extracción, destilación, prensado, fermentación, etc.- para prevención, alivio, curación, tratamiento de enfermedades o padecimientos y/o para proteger o cuidar la salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2015, como se cita en Cormik, 2017)

Los principales motivos de esta preferencia eran y continúan siendo: que las recetas circulaban desde hacía varias generaciones en las familias, el bajo costo financiero, el fácil acceso a los ingredientes, la percepción de presentar menos efectos secundarios y la decisión particular de consumir opciones naturales antes que medicamentos industrializados, entre otros.

Desde esa perspectiva, la huerta resulta un dispositivo territorial de promoción de hábitos saludables, particularmente en lo referente a la alimentación. Quienes participan pueden experimentar el proceso de producción de los alimentos y formar parte del establecimiento de metas, la toma de decisiones y estrategias de acción, la implementación de las actividades acordadas y la evaluación de los resultados.

Finalmente, al presentarse como un espacio de encuentro, facilita la construcción y fortalecimiento de los lazos sociales colaborativos y las redes comunitarias, al igual que favorece la referenciación de la población con el Centro de Salud y resignifica el vínculo entre ambos. Tal como afirma Claudia Bang

(...) A través de actividades comunitarias que promocionan el desarrollo de capacidades creativas colectivas, se abre la posibilidad de generar nuevas respuestas a las problemáticas existentes, (...). En este proceso se van tejiendo identidades colectivas, lazos de colaboración mutua y capacidades creativas (Bang, 2014: 116).

La creación del proyecto “Tips de la huerta”

A lo largo de los 6 meses de rotación fue común escuchar y formar parte del intercambio de preguntas sobre los cuidados y usos medicinales de algunas plantas y de recetas variadas empleando lo cosechado en el día. A partir de ello, paulatinamente y dentro de los encuentros semanales, se constituyó un espacio de construcciones y conocimientos colectivos, donde personas de distintas culturas y rangos etarios compartieron saberes leídos, propios, de la familia, etc. Desde

hace unos años, dado que la participación presencial suele ser fluctuante, como recurso de difusión de información se utiliza un grupo de WhatsApp de libre acceso. Sin embargo, se notó que una parte de los aportes no alcanzaba a difundirse a través del otro medio de transmisión (de oral a escrito y viceversa), principalmente porque lo hablado en las reuniones muchas veces no era enviado por mensaje o porque no se retomaba presencialmente lo compartido por vía digital.

Esta situación fue planteada a nivel grupal como un hecho para reflexionar y pensar posibles formas de unificar los saberes compartidos. Es así que en un festejo de cierre del ciclo de cultivo se debatieron distintas formas de abordar la situación y se pensó en crear en forma conjunta un compendio, que podría ir actualizándose en futuras ediciones. Asimismo, se acordó que fuera elaborado tanto en medio físico como digital, con el objetivo de promover su accesibilidad y portabilidad para de esta manera poder difundirlo y fuera un medio para promocionar el dispositivo y transmitir conocimientos. Como parte de su proyecto de rotación por el dispositivo, la residente rotante de TO se ofreció a realizar la tarea de recopilación de la información. El grupo estuvo de acuerdo con este rol, por lo que durante el verano 2023-2024 se transcribió en un archivo todo lo compartido presencialmente y a través del grupo de WhatsApp. A esto se le sumaron los conocimientos que surgieron de otras actividades llevadas a cabo, como por ejemplo un taller de prevención del dengue y preparación de repelentes naturales y la compilación de recetas de comidas y bebidas trabajadas en distintas jornadas. A lo largo de los encuentros y actividades diversas, todas las personas pudieron aportar en igualdad de condiciones, sin hacer diferenciaciones en relación al género, edad, tiempo de inclusión, ocupación, procedencia geográfica, etc. También se fueron captando saberes en común a partir de los distintos legados familiares y culturales, muchas veces acompañados por el recuerdo de vivencias, anécdotas y personas significativas para cada una.

A mitad de la temporada, la residente comentó el progreso del proyecto y se votó conjuntamente sobre posibles tipos de folletería y diagramación de la información. De ese encuentro cabe destacar la participación primordial de quienes formaban parte del barrio, junto con la historización de actividades de difusión llevadas a cabo desde la huerta, el surgimiento de recuerdos sobre acciones similares en otros contextos y de personas claves en cuanto a su gran conocimiento sobre el tema. También, en forma colectiva se definió como “Tips de la huerta” el nombre del material, así como la fecha de armado del material físico.

Unas semanas antes del plazo estipulado, se revisó la información recolectada para determinar cuál sería incluida y se dividió la tarea para realizar una búsqueda de verificación y consulta a personas referentes en el área de medicina natural para conocer más sobre los beneficios, posibles efectos adversos, contraindicaciones de cada planta e interacciones con otros tratamientos. De esta manera se dio respuesta a una demanda y propuesta del grupo, al mismo tiempo que se buscó facilitar la difusión y garantizar el acceso a datos cotejados para que cada una pudiera tomar decisiones informadas y prevenir o reducir situaciones de riesgo.

En cuanto a la versión digital, se determinó que sería difundida por cada integrante a quienes consideraran que podría interesarle, a través de grupos de WhatsApp y por medio de carteles, colocados en puntos claves, que también incluyeron información sobre la huerta para incentivar la participación de otras personas. En relación a la impresión, se debatió sobre posibles lugares a los cuales recurrir y quiénes se iban a encargar, atribuyéndose dicho rol a las actuales referentes del Centro de Salud.

El día de la confección grupal de la folletería se llevaron las impresiones precortadas y elementos para decorarlas, como marcadores, lápices, crayones y restos de lana. Se repasaron los conocimientos que fueron seleccionados y cada participante pudo ir identificando y recordando

cuáles fueron sus aportes e incluso recordar la situación en la cual surgieron y anécdotas sobre quién les había enseñado sobre ello. Todos fueron comentando sentimientos que les generaba la actividad: el disfrute de poder armar y decorar objetos personalizados que a su vez integraban un proyecto mayor, el sentido de pertenencia al ser parte de un proceso que llevó varios meses de planificación, la satisfacción ante los resultados y la creación colectiva de un material propio de este grupo con el cual se busca trascender el espacio de huerta y ser un medio para continuar transmitiendo la información compartida internamente.

Una vez terminada la actividad, se hizo una puesta en común de lo realizado por cada integrante y se dividió el total del material para que cada persona pudiera entregarlo a quien deseara. Además, algunos de estos se guardaron junto con los otros objetos pertenecientes a la huerta mientras que otra parte se proporcionó a actores e instituciones claves, incluyendo el Centro de Salud.

Para finalizar con este apartado, en el transcurrir de los meses se percibió el fortalecimiento del vínculo entre los participantes, así como del sentido de grupalidad y pertenencia. En los discursos se detectó la apropiación del espacio, roles y propuestas, el involucramiento en la planificación y desarrollo de actividades abiertas a la comunidad, la identificación como integrantes del grupo y la difusión del mismo y/o los saberes compartidos con personas no participantes del dispositivo. Cabe destacar también la percepción colectiva de la huerta comunitaria como un espacio alojador de colaboración mutua donde hablar sobre situaciones problemáticas, pedir ayuda y pensar en conjunto posibles soluciones ante estas, creándose una *red de contención comunitaria* (Bang, 2014).

Supuestos teóricos en los que se basa el proyecto

El proyecto “Tips de la huerta” tuvo entre sus conceptos claves el término *transaberes*, definido como el “(...) reconocimiento de que cualquier saber es colectivo y cambiante, igualitario en su posibilidad de eruirse como una verdad, pero permitido en cuanto la misma colectividad lo reconozca como tal” (Alburquerque, Chaná y Guajardo, 2016: 136). Es por ello que a los conocimientos no se les debe atribuir un carácter universal sino que es necesario reconocer que están situados histórica y contextualmente (incluyendo las características culturales, geográficas, políticas y económicas), recuperando y poniendo en valor los conocimientos que circulan por la comunidad, provenientes de diversas trayectorias de vida individuales, familiares y grupales. La validez de los mismos se enmarca en un tiempo cronológico particular, en base a la opinión subjetiva-colectiva sobre su posibilidad de concreción, eficiencia y alineación o no con sus valores e ideologías.

Otro de sus ejes principales fue la salud intercultural (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009). La misma implica que cada grupo cultural -y se agrega cada persona en particular- presenta un conjunto de creencias y conocimientos respecto de su PSEAC, así como una batería de prácticas que lleva a cabo para responder a las situaciones que le resultan problemáticas. Todo ello se basa en la historia cultural, familiar e individual, el lugar geográfico donde se encuentra esa comunidad, las condiciones socioeconómicas, las políticas públicas implementadas y los recursos disponibles en ese espacio-tiempo, entre otros factores.

De forma complementaria, Eduardo Menéndez (2018; 2021) desarrolla el concepto de *autoatención*, proceso dinámico a partir del cual “(...) los sujetos y microgrupos sintetizan y articulan los distintos y dispares saberes que van encontrando, buscando y utilizando para enfrentar los padecimientos que sufren” (Menéndez, 2021: 6) de forma más frecuente, apropiándose de

aquellos recursos que les resulten más accesibles, eficientes y vayan en línea con sus valores e ideologías. Asimismo, se asocia con la forma de vincularse directa o indirectamente con todas aquellas figuras que ejercen actos en salud, tanto relacionados con la biomedicina y la ciencia como con la medicina tradicional o alternativa, existiendo un equilibrio subjetivo entre las diferentes nociones y prácticas culturales con respecto al PSEAC. Entonces, la autoatención implica la toma de decisiones y la implementación de acciones de manera total o relativamente autónoma, incluso si las estrategias fueron indicadas previamente por profesionales. En relación a esto, entre las acepciones del término *cuidado*, Ardila-Gómez, Michalewicz y Pierri (2014) hallan la referenciación con aquellas prácticas preventivo-curativas que los sujetos y familias llevan a cabo en el ámbito privado, por fuera de los sistemas formales de atención en salud.

Por otro lado, se considera necesario hacer foco en TO, disciplina a la cual pertenece la residente participante del proyecto. El abordaje en el primer nivel de atención se sustenta mayormente en la *tradicón social* (Nabergoi, Rossi, Albino, Ortega, Venturini, Itovich, Medina, López y Presa, 2019), que identifica a la ocupación como una “praxis social” que se encuentra en mutua influencia y transformación con la realidad de quienes la desempeñan. Las prácticas profesionales se enfocan en el sujeto, quien puede ser una persona, familia, grupo o comunidad; es visto de forma indivisible con el territorio donde transita su cotidiano y teniendo en cuenta las características individuales, colectivas, culturales, socio-históricas, geográficas, políticas y económicas. Existe un fuerte compromiso ético, social y político, a partir del cual se realizan acciones comprometidas con la modificación de la realidad social y la promoción del acceso a bienes y servicios. A través de la *TO de base comunitaria* (Sanz Victoria, 2016), se toma a la comunidad no sólo como destinataria sino también como protagonista de los proyectos. De esta forma, la producción de conocimientos y acciones son el resultado de la relación y el hacer conjunto entre los equipos y las personas. Se llevan a cabo experiencias situadas y centradas en las necesidades y prioridades de los grupos a los que se acompaña.

Apoyándose en el principio de *salud colectiva*, se tuvo como objetivos centrales el empoderamiento, la participación comunitaria y la recuperación del conocimiento popular para mejorar la calidad de vida y promover el bienestar integral (Bang, 2014). Específicamente en el proyecto descrito se adopta el *enfoque de promoción de la salud desde su concepción democrática* (Kornblit, Mendes Diz, Di Leo y Camarotti, 2007). Tal enfoque se contrapone con la promoción de la salud de tipo verticalista basada en la pasividad de la comunidad destinataria de los programas, proponiendo por el contrario un rol activo de la comunidad en la construcción de conocimientos, el desarrollo de las capacidades necesarias y la gestión de los recursos para llevar adelante las acciones acordadas en forma democrática, incentivando así el empoderamiento de la población para que -a partir del pensamiento crítico-reflexivo y el compromiso colectivo- logre una mayor autonomía en la toma de decisiones, en el caso particular presentado en este trabajo, concernientes a su PSEAC (Bang, 2014).

Finalmente, se coincide con Albuquerque, Chaná y Guajardo (2016) en la necesidad de que las disciplinas se pongan al servicio de la comunidad y adquieran una mayor apertura ante aquellos saberes no científicos. A partir de ello se promoverá una construcción democrática, crítica y situada del saber basada en la participación horizontal, el respeto y las experiencias vividas por quienes transitan ese territorio. Se considera igualmente imprescindible impulsar un cambio en el posicionamiento profesional usualmente verticalista y paternalista, adoptando un enfoque más horizontal, con la meta máxima de que las acciones implementadas en el campo de lo social respondan verdaderamente a los intereses de los grupos con los que se trabaja.

Todo lo planteado implicó en la práctica el corrimiento de la posición de saber-poder comúnmente atribuida a la biomedicina y la legitimación de otras formas de entender la realidad y, específicamente, el PSEAC.

Reflexiones finales

Desde el año 2017, el dispositivo de huerta comunitaria se presenta como un espacio abierto al encuentro de todas aquellas personas que quieran participar, poniendo en valor los conocimientos y experiencias que comparten. Allí, el aporte se realiza en igualdad de condiciones, sin hacer diferenciaciones en relación al género, edad, tiempo de inclusión, ocupación, procedencia geográfica, etc. Es una instancia grupal para compartir con otros y fortalecer el vínculo entre quienes participan y entre la comunidad y el Centro de Salud para constituir una *red de contención comunitaria* (Bang, 2014). Además, se aspira a la mejora de la calidad de vida y salud integral de la población a través de la promoción de hábitos saludables y su involucramiento en el proceso de producción de los alimentos, establecimiento de metas, toma de decisiones, implementación de las acciones acordadas y evaluación de resultados. Con el transcurrir de los 6 meses de rotación por parte de la residente de TO a fines de 2023 y principios de 2024, se notó un mayor sentido de pertenencia y apropiación del espacio, transformándose en un lugar de referencia para pedir ayuda y colaborar mutuamente para buscar posibles soluciones a las problemáticas.

Uno de los proyectos llevados a cabo en el verano 2023-2024 fue la producción -por única vez- de un material físico-digital con el nombre “Tips de la huerta” para difundir interna y externamente, siendo un medio para promocionar el dispositivo y transmitir los conocimientos compartidos en el mismo. Surgió a partir del intercambio de saberes sobre los usos medicinales de algunas plantas y sobre recetas empleando lo cosechado en el día, información que en algunos casos no era recibida por todas las personas involucradas. El mismo se basó en la *TO de base comunitaria* (Sanz Victoria, 2016), que contempla a la comunidad como destinataria y protagonista esencial de las acciones y en la *promoción de la salud desde su concepción democrática* (Kornblit et al., 2007) y la *salud colectiva* para promover la participación comunitaria, la recuperación del conocimiento popular y el empoderamiento (Bang, 2014). Por lo tanto, se generó una construcción colectiva situada localmente y fundada en la experiencia cotidiana, los deseos y recursos de la comunidad.

Tal como indica Tejada de Rivero (2003, como se cita en Ardila-Gómez, Michalewicz y Pierri, 2014), para que las prácticas en salud sean efectivamente integrales, las mismas exceden necesariamente los deberes, conocimientos y posibilidades del sistema de salud y sus prácticas hegemónicas. Es así que se considera que este proceso propició el corrimiento de la posición de saber-poder comúnmente atribuida a la biomedicina y de las lógicas en las que se basaban las disciplinas de la salud que formaban parte de la huerta comunitaria. Se prescindió de la visión del saber científico como el único “verdadero”, legitimándose otras formas de entender la realidad y el PSEAC. Asimismo, desde su creación, el dispositivo impulsó a un cambio en el posicionamiento y las formas de intervenir desde las disciplinas de la salud participantes, trascendiendo las incumbencias y prácticas más tradicionales para pasar a co-crear con el grupo acciones situadas localmente, basadas en la experiencia cotidiana, los deseos, demandas y recursos, comprendiendo a los participantes como sujetos actuantes con la capacidad para modificar su propia realidad.

Para concluir, se propone incorporar el enfoque intercultural de la salud para lograr el verdadero acompañamiento a las poblaciones con múltiples orígenes y tradiciones. Para alcanzar esta meta, se considera necesario un cambio en el paradigma de atención en salud, pasando a un abordaje

colectivo de la misma basado en la horizontalidad y el respeto de las diferencias, creencias y decisiones de las personas usuarias.

Notas

-1- Es un proceso paulatino que conlleva a un cambio de perfil y estética de ciertas áreas empobrecidas de la ciudad, con el objetivo de atraer a la población con alto poder adquisitivo. Esto se traduce en el encarecimiento de los servicios públicos, así como el desalojo sistemático y desplazamiento de quienes habitan allí hace años (Briglia, 2015).

-2- La “e” se utiliza como género neutro, abarcando a todas aquellas personas identificadas como femeninas, masculinas y no-binaries para visibilizar e incluir a las identidades disidentes.

Bibliografía

ARDILA-GÓMEZ, S., MICHALEWICZ, A. Y PIERRI, C. (2014). Del Proceso de Salud/Enfermedad/Atención al Proceso Salud/Enfermedad/Cuidado: Elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, 21, 217-224. Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf>

ALBURQUERQUE, D., CHANÁ, P. Y GUAJARDO, A. (2016). Los transaberes y la construcción conjunta de la salud. Experiencia Centro de Trastornos del Movimiento (CETRAM). En Simó, A. S., Guajardo, C. A., Corrêa, O. F, Galheigo, S. M. y García-Ruiz, S. (Eds.) *Terapias ocupacionales desde el sur: derechos humanos, ciudadanía y participación*. Chile: Editorial USACH.

BANG, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 13(2), 109-120. Disponible en: <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/399>

BRIGLIA, J. (2015). La inclusión de Terapia Ocupacional en un Centro de Salud de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Trabajo presentado en IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Paraná.

CARBALLEDA, A. J. M. (2007). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas. *Revista CS*, (1), 261-273. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/115087/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CORMIK, M. D. (2017). Hospital General de Agudos “Abel Zubizarreta”. Trabajo presentado en XXV Jornadas Científicas “Puede compartirse y hacer bien... no solo en el lugar donde se aprendió: en todos lados”. CABA.

KORNBLIT, A., MENDES DIZ, A. M., DI LEO, P. F. Y CAMAROTTI, A. C. (2007). Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud. *Revista argentina de sociología*, 5(8), 1-14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26950802>

MENÉNDEZ, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 58, 104-113. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n58/2448-5144-desacatos-58-104.pdf>

MENÉNDEZ, E. L. (2021). Pandemia y autoatención: la negación y subalternización de los saberes populares. *Revista de la Escuela de Antropología*, 18, 1-20. Disponible en: <https://revistadeantropologia.unr.edu.ar/index.php/revistadeantropologia/article/view/menendez/178>

NABERGOI, M., ROSSI, L., ALBINO, A. F., ORTEGA, M. S., VENTURINI, Y. D., ITOVICH, F., MEDINA, L. N., LÓPEZ, M. L. Y PRESA, J. (2019). Tradiciones en Terapia Ocupacional. Una propuesta para mapear discursos y prácticas a 60 años de Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(2), 12-24.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2009). La salud de los pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias y prácticas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/21072/download?token=aul7x3B0>

SANZ VICTORIA, S. (2016). Pasos hacia una Terapia Ocupacional de base comunitaria. Una aproximación conceptual al enfoque comunitario en la disciplina. En Simó, A. S., Guajardo, C. A., Corrêa, O. F, Galheigo, S. M. y García-Ruiz, S. (Eds.) *Terapias ocupacionales desde el sur: derechos humanos, ciudadanía y participación*. Chile: Editorial USACH.