

## ***Llueve sobre mojado***

Desigualdades sociales y vulnerabilidades en salud en la adolescencia y juventud

## ***It never rains but it pours***

Social inequalities and health vulnerabilities in adolescence and youth

**Alejandro José Capriati** | ORCID: [orcid.org/0000-0001-8204-6878](https://orcid.org/0000-0001-8204-6878)

[alejandrocapiati@gmail.com](mailto:alejandrocapiati@gmail.com)

Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas  
Argentina

*Recibido: 30/06/2018*

*Aceptado: 05/09/2018*

### **Resumen**

El eje de este trabajo es la reflexión sobre la salud en la adolescencia y juventud. La apuesta es ampliar el espectro de enfoques, conceptos y datos que se movilizan para su definición y comprensión. Los puntos de partida son la crítica a los estudios reducidos al comportamiento de la persona y la propuesta de una matriz que incorpore tanto lo estructural como lo institucional y programático. Esta matriz posibilita la formulación de interpretaciones diferentes del análisis de riesgo.

Desde un enfoque de vulnerabilidad y derechos humanos, analizo los procesos que afectan la salud a partir del estudio de las trayectorias biográficas, las condiciones de vida y el entramado institucional en el cual las personas desarrollan su vida cotidiana; recupero resultados de investigaciones realizadas en barrios del Gran Buenos Aires, Argentina.

En el cierre del artículo planteo la necesidad de contar con abordajes teóricos, metodológicos y tecnológicos que asuman la complejidad de la salud en la adolescencia y juventud y puedan brindar insumos para el trabajo comunitario en salud con jóvenes y sus acciones de prevención y cuidado.

**Palabras clave:** Desigualdades, Vulnerabilidades, Adolescencias, Juventudes, Biografías.

### **Abstract**

The article takes as a starting point the criticism of the partial approaches of health in adolescence and youth, reduced to the study of the behavior of the person, and proposes a matrix of the structural and programmatic level. This matrix change allows the formulation of interpretations about adolescent health different from risk analysis. Framed from the perspective of vulnerability and human rights, I analyze the processes that affect well-being and health in adolescence and youth from the study of biographical trajectories, living conditions, and the social community framework. In this way, I recover studies carried out in neighborhoods of Gran Buenos Aires that allow putting in relation the biographical trajectories with the social scene. By way of closure, I propose to advance in the development of theoretical, methodological and technological approaches that assume the complexity of health in adolescence and youth and provide inputs for prevention, promotion and protection actions and community work in health with young people.

**Keywords:** Inequalities, Vulnerabilities, Adolescence, Youth, Biographies.

## Introducción

El punto de partida del presente artículo es el pasaje de una matriz individualista a otra de tipo estructural y programática para abordar el estudio de la salud en la adolescencia y juventud. Este pasaje no es sólo un asunto de relevancia teórica, tiene consecuencias en el modo de evaluar una situación de salud, en la definición de las problemáticas y en el tipo de intervenciones que se proponen.

Con el interés en conocer más acerca de las mediaciones entre los procesos estructurales, las instituciones y programas existentes en un territorio y las prácticas de cuidado de las personas y las comunidades recupero un conjunto de enfoques de las ciencias sociales y la salud que se sitúan en paradigmas de conocimiento que denomino como matriz estructural y programática. Esta matriz propone ir más allá del análisis del comportamiento individual de un sujeto para estudiar las relaciones entre los escenarios sociales y las trayectorias biográficas de las personas.

Desde esta matriz, pongo en diálogo conceptos y datos con el propósito de analizar los procesos que producen vulnerabilidades en salud en la adolescencia y juventud. En términos esquemáticos, identifico dos procesos interconectados. El primero remite al encadenamiento de las desigualdades sociales en términos de segregación espacial, clase, género, orientación sexual y pertenencia étnica. El segundo refiere a los déficits de asistencia y acompañamiento, tanto de instancias estatales como comunitarias, frente a las violencias, enfermedades y otras adversidades.

El planteo de este análisis, enmarcado en las coordenadas del enfoque de vulnerabilidad y derechos humanos, recupera resultados de investigaciones realizadas en el Gran Buenos Aires<sup>1</sup>. En este artículo presento el análisis del

relato de vida de Camila, una joven de 24 años, y describo el escenario social en el cual nació y creció, Villa Fiorito, partido de Lomas de Zamora. En esta descripción el interés de desplaza de las enfermedades y el estudio de los factores de riesgo hacia los modos en que los aspectos estructurales, institucionales e intersubjetivos influyen en el desarrollo y la salud de adolescentes y jóvenes.

El telón de fondo de este planteo son los encuentros entre las ciencias sociales y la salud en América Latina, los diálogos entre la salud colectiva, la medicina social latinoamericana y la investigación social en salud, sexualidad y derechos, tradiciones que han hecho de la política un supuesto compartido y de la acción colectiva y pública la apuesta por resolver los problemas (Pecheny, Capriati y Amuchástegui, 2018). La politicidad, como rasgo distintivo, enmarca el estudio de los fenómenos sociales en la estructura social conflictiva y en los procesos históricos que la producen.

A modo de cierre, propongo líneas de trabajo para avanzar en el desarrollo de un abordaje teórico, metodológico y tecnológico que avance en la comprensión compleja de la salud en la adolescencia y juventud, que facilite la determinación de niveles de vulnerabilidad y brinde insumos para las tecnologías de prevención, promoción y protección.

---

doctoral CONICET (2013/2015 - *Cómo salir del barrio sin morir en el intento: trayectorias biográficas de jóvenes marcadas por la desigualdad y la vulnerabilidad*) y el plan de trabajo como Investigador (2016/2017 - *Salud y derechos en la adolescencia y juventud. Vulnerabilidades y soportes en escenarios de inclusión-exclusión*, Gran Buenos Aires, Argentina). Los grupales refieren al proyecto UBACyT 20020120300001 (2013-2015) bajo mi dirección y el proyecto PICT 2346 (período de ejecución 2016-2018: *Heterogeneidades en sectores populares. Escenarios de inclusión-exclusión y trayectorias biográficas en adolescentes y jóvenes de dos partidos del Gran Buenos Aires, Argentina*) en el cual formo parte del Equipo Responsable junto a Gabriela Wald, Mario Pecheny y Ana Lía Kornblit.

<sup>1</sup> Estas investigaciones remiten a proyectos individuales y grupales desarrollados en los pasados cinco años. Los primeros remiten a la investigación realizada con la beca Pos-

## Información demográfica y epidemiológica

Antes de exponer las diferencias en los modos de estudiar la salud en la adolescencia y juventud, presento información demográfica y epidemiológica básica como antesala a la discusión sobre el cambio de matrices.

En la región de América Latina y el Caribe habitan más de 100 millones de jóvenes que nacen y crecen con la desigualdad social como rasgo distintivo. Las brechas entre los sectores de la población de altos ingresos y la de bajos ingresos en los centros urbanos de América Latina y el Caribe afecta cada vez más las vidas de adolescentes y jóvenes (Unicef, 2016).

De los 40 millones de personas que residían en Argentina en el año 2010 (Indec) un 33,6% tiene entre 10 y 29 años de edad. Estos datos deben situarse en el proceso de envejecimiento que experimenta la población argentina: en términos relativos aumentan más las personas en edad avanzada que los menores (Binstock y Cerruti, 2016). La población entre 0 y 14 años ha reducido su relevancia relativa y, por primera vez en la historia argentina, se documentó una disminución de sus números absolutos entre 2001 y 2010 (Binstock y Cerruti, 2016). El descenso del peso relativo de la población de niños, niñas y adolescentes (0 a 19 años de edad) remite al proceso de transición demográfica, iniciado el siglo pasado (Govea Basch, 2015).

Si bien la expectativa de vida de la población argentina se encuadra en niveles que corresponden a los de países de altos ingresos, existe una profunda heterogeneidad en las condiciones sanitarias de la población, tanto a nivel micro, al observar individuos en distintos estratos de la estructura social, como a nivel regional, con notables diferencias en los indicadores de salud entre provincias según sus niveles de desarrollo (Binstock y Cerruti, 2016). Las desigualdades en las probabilidades de supervivencia es una de las expresiones de las diferencias sociales (Binstock y Cerruti, 2016). Las personas pertenecientes a los estratos de ingresos más bajos como así también quienes tienen menor nivel educativo tienen expectativas de vida menores que aquellos ubicados en los estratos más altos y con mayor nivel educativo (Manzelli, 2014).

La estructura y nivel de mortalidad de la población adolescente presenta características diferenciales del resto de la población (Martínez y Santoro, 2016). Si bien la mortalidad durante la adolescencia es baja en comparación con otros grupos etarios, hay dos aspectos distintivos: la alta proporción de muertes relacionadas a

causas consideradas evitables y la sobre mortalidad masculina (Govea Basch, 2015). La sobremortalidad masculina, presente en todas las edades, es significativamente mayor en la franja etaria 15-35 años.

El perfil de mortalidad adolescente (10-19 años) está asociado a la prevalencia de las violencias intencionales (suicidios y agresiones) y los accidentes, en particular los de tránsito, agrupadas bajo la categoría causas externas de mortalidad, de acuerdo a la *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de la Salud* (CIE-10). Con relación a la morbilidad, la mayoría de los egresos hospitalarios remiten a las mujeres por los controles del embarazo, el parto y puerperio, luego aparecen urgencias por traumatismo, envenenamiento u otras consecuencias de causas externas (Unicef, 2017).

Entre los años 2010 y 2015 más de la mitad de las defunciones fueron por causas externas (Martínez y Santoro, 2015)<sup>2</sup>. Al observar su comportamiento según el *Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas* de cada provincia del país se aprecia un alto grado de desigualdad. Por cada suicidio ocurrido en una jurisdicción de buena situación económica, se produjeron 5 de personas residentes en las jurisdicciones con peores condiciones socioeconómicas. En el mismo sentido, la tasa de mortalidad por agresiones de las jurisdicciones menos favorecidas fue el doble de la registrada en las jurisdicciones con mejores condiciones (Martínez y Santoro, 2015).

Si analizamos un período más extenso, de 1990 a 2010, y nos concentramos en un rango más amplio de edad, por ejemplo entre los 10 y los 29 años de edad (Spinelli, Alazraqui, Osvaldo y Capriati, 2015), se constata en general la misma tendencia. La amplitud del período permite registrar tendencias temporales y sucesos coyunturales. El crítico 2002 registra la tasa más alta del período: duplica los valores de inicio del período.<sup>3</sup> Si bien la tasa de mortalidad por suicidios presenta un rango de valores similar a la tasa de mortalidad por agresión, su comportamiento es diferente<sup>4</sup>. La tasa de suicidio crece

<sup>2</sup> Mientras en la población general, las causas externas representan alrededor del 5%, entre los adolescentes representaron en 2012 el 59% del total de defunciones (Govea Basch, 2015).

<sup>3</sup> Tasas de mortalidad por agresiones: 1992, 4,9 cada 100.000 habitantes; 2002, 9,4 cada 100.000 habitantes (Spinelli, Alazraqui, Osvaldo y Capriati, 2015).

<sup>4</sup> Tasa de mortalidad por suicidio: entre el 4,4 y el 9,4 cada 100.000 habitantes entre 1990 y 2010 (Spinelli, Alazraqui, Osvaldo y Capriati, 2015).

de modo sostenido entre 1997 y 2003, luego, a partir de 2004 permanece estable, no retrocede ni parcialmente lo que había subido durante siete años. Se mantiene en valores que duplican a los registrados en el comienzo del período. Los años 2001 y 2002 expresaron un agravamiento de las condiciones de supervivencia de la población argentina en general y la población joven en particular, altas tasas de desocupación, precarización de las condiciones de empleo, aumento de la violencia estatal.

Esta información traza un diagnóstico parcial, está centrado en la mortalidad, una descripción del comportamiento y tendencia de la tasa de mortalidad; si bien nos detuvimos en la mortalidad por accidentes, suicidios y agresiones, las tres primeras causas, restaría la descripción de las tasa por tumores y de las enfermedades del sistema nervioso central, del sistema respirato-

rio, del sistema circulatorio, infecciosas y parasitarias, entre las siguientes cinco causas según recurrencia. Por supuesto, una descripción completa incluiría indicadores relativos a la sexualidad y la vida reproductiva (fecundidad, uso de métodos, ITS, aborto), al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, a la alimentación, las violencias y discriminaciones (sexo genéricas, institucionales, sexuales), al riesgo ambiental, entre otros.

En este artículo el interés no está concentrado en la producción de un diagnóstico de la situación de salud de la población adolescente y joven. Sin dejar de valorar este tipo de información, el eje del artículo desplaza la discusión hacia los interrogantes que orientan las investigaciones, las técnicas que se utilizan, los datos que se producen y las intervenciones que se proponen en el campo de la adolescencia y juventud.

## Cambio de matrices

A lo largo del apartado distingo modos de estudiar la salud en la adolescencia y juventud, con sus respectivos aportes y limitaciones. En primera instancia, presento enfoques centrados en el compartimiento individual, la influencia del nivel socioeconómico y el tipo de barrio. De modo típico, agrupo los tres tipos que presento a continuación como variaciones de una *matriz individualista*.

La versión más convencional de estos estudios ha dedicado considerables esfuerzos a describir la adopción de comportamientos arriesgados para la salud a partir de atributos individuales, el nivel de conocimiento sobre una enfermedad o la actitud hacia la prevención y los hábitos saludables. Estas investigaciones, realizadas por lo general desde las ciencias médicas, ponderan los factores de riesgo y documentan las diferencias en la adopción de hábitos alimentarios saludables, el inicio al consumo de alcohol y tabaco, la realización de actividades de tipo sedentario, etcétera. También se suelen determinar los factores de riesgo del embarazo y situaciones como el intento de suicidio, el consumo de drogas, la conducta antisocial. Se analiza las probabilidades de que un evento ocurra e identifican subgrupos poblacionales expuestos a riesgos más elevados. En este tipo de estudio el riesgo refiere a una medida de probabilidad, no obstante, no es infrecuente la confusión en la interpretación de dicha medida como si denotara una condición social y refiriera a un determinado grupo, tal como acontece con otros temas y poblaciones.

Otro tipo de estudios analizan la asociación entre el nivel socioeconómico y la salud y se interrogan por los gradientes de esa relación al examinar cómo operan variables sociales como ingresos, ocupación, raza, etc. Tradicionalmente, estos estudios tendieron a enfatizar la influencia general del status socioeconómico (*Social Economic Status*, SES, por su sigla en inglés), pero los aportes recientes desconfían de la pertinencia de abordarlo como un concepto unificado, en tanto cada dimensión actúa distinta, con mecanismos específicos (Cutler, Muney y Volg, 2012). Por ejemplo, fluctuaciones positivas en el ingreso en períodos cortos aparece asociado con reducción de la salud, mientras que incrementos en el ingreso y la riqueza en tiempos más prolongados están correlacionados con mejores indicadores de salud. A partir de una revisión de las investigaciones en países industrializados, realizadas entre las décadas de los noventa y del 2000, Cutler, Muney y Volg analizan cómo los comportamientos de la educación, los recursos financieros, el rango social y la raza varían entre sí como así también difiere su influencia según la fase del curso de vida. Así, constatan que durante la infancia, los recursos de los padres como nivel de ingresos o nivel de educación tiene un potente efecto en la salud de sus hijas o hijos. Ahora bien, pasada la infancia, el efecto de los recursos económicos o la riqueza en la adultez no juega un papel tan determinante. En cambio, la educación sí continúa teniendo poder explicativo en las distintas etapas del curso de vida. Se configura un círculo de determinaciones

con un componente intergeneracional: los niños de familias con buenos recursos económicos son más sanos, los niños sanos logran una mejor educación, el mayor nivel educativo les brinda facilidades en la vida laboral adulta y mejores ingresos financieros. La otra cara de este mismo proceso da cuenta de las desventajas (Cutler, Muney y Volg, 2012).

En tercer lugar, hay estudios que se han interrogado por la influencia del barrio en la situación de salud y bienestar de niñas, niños y adolescentes. Si bien es abundante la evidencia sobre la asociación de problemas de salud con las características de la comunidad y los barrios (Sampson, 2003) y se documentan los efectos negativos de vivir en un barrio pobre o segregado a partir de la medición de las diferencias entre áreas pobres y ricas en relación con el riesgo de bajo peso al nacer, el maltrato infantil y el abuso, el embarazo adolescente y la criminalidad (Leventhal y Brooks-Gunn, 2000), esta evidencia suele estar asociada con falacias ecológicas o individualistas (Sellström y Bremberg, 2006). Con el propósito de sortear esta limitación, los estudios con técnicas multiniveles contribuyen a precisar la importancia del barrio como factor contextual en la salud, en tanto separa los efectos del barrio de los de la familia. A partir de una revisión sistemática de estudios multinivel en países de altos ingresos, realizados entre 1990 y 2003, Sellström y Bremberg constatan empíricamente la asociación del factor barrio en sí mismo, con independencia del tipo de hogar o grupo familiar, con la salud encuentran: nacer en un barrio pobre y/o segregado duplica las chances de nacer con bajo peso y de pasar por situaciones de violencia. El riesgo de nacer con bajo peso, pasar por situaciones de violencia o tener problemas de comportamiento es analizado según tipo de barrio según su nivel socioeconómico (nivel de pobreza, segregación) y clima social (soportes, tasa de crímenes, asociaciones voluntarias activas). Para controlar el efecto del barrio o vecindario incluyeron en la revisión estudios de áreas pequeñas, de hasta 4000 habitantes. Desde este enfoque se valorizan las intervenciones en barrios desfavorecidos como estrategias para reducir los riesgos a la salud de niños, niñas y adolescente, especialmente de aquellos con familias sin recursos.

Si bien estos tres tipos de trabajo exhiben notables diferencias, comparten como foco de interés el comportamiento individual, sus factores de riesgo, el gradiente social o el tipo de barrio.

Por otro lado, recupero una diversidad de enfoques como distintivos de una *matriz estructural y programática*, en la cual la definición de salud rebalsa las definiciones médicas convencionales, se habilitan otras preguntas y posibilitan marcos de acción alternativos en prevención y cuidado.

Un denominador común de estos enfoques, parafraseando a Castro y Bronfman (1999) es evitar

constatar *ad nauseam* la relación entre variables socio económicas o demográficas y los riesgos de tener bajo peso al nacer, padecer situaciones de violencia o tener problemas de comportamiento. En esta matriz, se abre ángulo de observación, diferente del análisis de riesgo, descripción de comportamientos o actitudes. El interrogante está puesto en las condiciones o relaciones capaces de producir malestar o bienestar en las personas, grupos sociales y comunidades, adaptando la definición propuesta por Kornblit (2010). Es una perspectiva más amplia que el análisis centrado exclusivamente en lo individual, distinto del estudio del comportamiento de una persona y su normalidad morbo-funcional. Se trata de pensar las prácticas de las personas en el entramado de sus relaciones sociales, con el interrogante situado en las escenas cotidianas, puerta de entrada para la comprensión de las necesidades y prácticas de cuidado de adolescentes y jóvenes, adaptando la definición de Paiva (2018), son escenas que condensan lo intersubjetivo, el escenario social y las instituciones y permiten analizar las vulnerabilidad en salud. Retomando la definición de Ayres, Paiva y Cassia (2018), la vulnerabilidad en salud es entendida como un conjunto de aspectos, individuales y colectivos, vinculados con una mayor susceptibilidad de padecer perjuicios y una menor disponibilidad de recursos para su protección.

Desde la investigación social en salud hay un interés en estudiar los fenómenos sociales en su conexión con la estructura social, el Estado y las instituciones. Sería un error pensar que desde esta perspectiva se desconoce la importancia de una conducta de riesgo o niega la relevancia de sus consecuencias (Parker y Aggleton, 2003). Se propone una perspectiva más amplia que considera las prácticas de las personas en el entramado de sus relaciones sociales, prestando especial atención al impacto del Estado, tanto por su acción o su omisión (Pecheny, 2013). En esta otra matriz, la pretensión es superar la factorización de los determinantes contextuales en la explicación de las vulnerabilidades (Ayres, Paiva y Cassia, 2018:26). No se aspira sólo a reconstruir totalidades comprensivas y captar los significados sociales. Desde un marco de derechos humanos, los análisis están atravesados por el interés en las acciones del Estado, por acción u omisión, en relación con sus obligaciones y evaluación de las posibilidades de intervención. En el análisis de las diversas situaciones de vulnerabilidad, los derechos humanos *ofrecen una referencia positiva [...] no prescriptiva o moralista, pero tampoco relativista ni inconsecuente [...] para combatir las diferencias que discriminan y las igualdades que homogenizan*, recuperando la síntesis que trazan Ayres, Paiva, Casia de la proposición original de Boaventura de Sousa Santos sobre el *ethos* de la emancipación solidaria (2018:32-33).

Los enfoques en salud específicamente tienen como marco de referencia las obligaciones del Estado con respecto a los derechos humanos en materia de salud. Los organismos internacionales de salud reconocen tres relaciones que se establecen entre la salud y los derechos humanos: las políticas y los programas sanitarios pueden promover los derechos humanos o violarlos, según la manera en que se formulen o apliquen, la violación o la desatención de los derechos humanos pueden tener graves consecuencias para la salud, a vulnerabilidad a la mala salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos (OMS 2002:8). La utilización de estos marcos en la región ha dado un conjunto amplio de contribuciones: desde el incremento de la supervisión de los sistemas de salud y el mejoramiento de la calidad de la atención de los establecimientos de salud, hasta la reasignación del presupuesto de salud para mejorar equidad y no discriminación, la denuncia por violaciones a los derechos humanos, pasando por la apropiación del acceso a una atención de calidad como derecho político, retomando la síntesis de Yamin y Frisancho (2015).

Al estudiar fenómenos con la población joven, particularmente cuestiones vinculadas con salud, esta amplitud de foco para evitar reproducir

una ideología que culpabiliza a personas por su falta de cuidado al desconocer por las fuerzas que se ejercen sobre la vida de las personas, sus trayectorias y escenas de la vida cotidiana. Estas fuerzas, fundadas en procesos históricos y económicos, asumen formas como el racismo, el sexismo, la violencia política y la pobreza, que tienden a erosionar la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre sus vidas (Arachu Castro y Farmer, 2003), restringen los campos de posibilidades de las prácticas autónomas, a nivel individual, comunitario y colectivo. Las descripciones escindidas de su contexto tienden a reforzar interpretaciones que se las culpabiliza por no adherir a comportamientos de cuidado. Una lectura netamente individualista depositaría en los propios jóvenes los problemas que les afectan, desde la práctica de investigación no podemos sumar un juicio moral que atribuye los problemas a la ignorancia o falta de capacidad de las personas afectadas. Hace cincuenta años, Becker sugería que la mayoría de la investigación sobre juventud estaba diseñada para descubrir por qué ésta era tan molesta para los adultos, “antes que interrogarse la igualmente válida pregunta sociológica: ¿por qué los adultos se hacen tanto problema con la juventud?” (1967:242, Traducción propia).

## Llueve sobre mojado

**E**n este apartado recupero resultados de un estudio realizado en barrios del Gran Buenos, investigación que tiene como objetivo poner en relación las trayectorias biográficas con el escenario social a partir de la utilización de técnicas cuantitativas y cualitativas<sup>5-6</sup>. El marco conceptual de este estudio fue construido con el objeto de comprender las trayectorias biográficas de varones y mujeres jóvenes, contemplando el peso de las desigualdades sociales, así como los modos en que influyen en ellas los distintos programas sociales y las instituciones presentes

en los territorios donde estos jóvenes viven (Capriati, Wald, Schwarz *et al* 2017; Wald, Capriati, Pecheny *et al.*, 2017).

Además de la importancia de la dimensión territorial y el interés por investigar la superposición de las desigualdades<sup>7</sup>, los acontecimientos biográficos constituyen pilares privilegiados para el estudio empírico de cómo se encadenan las vulnerabilidades en las trayectorias biográficas de las personas.

Las nociones de desigualdad social y vulnerabilidad son conceptos complementarios. A diferencia del término pobreza, circunscripto a un grupo social privado de ciertos bienes básicos, con la noción de desigualdad social se aspira a recuperar el aspecto relacional en el acceso a bienes y servicios y pone en conexión la cuestión debates filosóficos y políticas sobre que aspiramos para una sociedad con los principios

<sup>5</sup> Proyecto PICT 2346 (MINCyT) *Heterogeneidades en sectores populares. Escenarios de inclusión-exclusión y trayectorias biográficas en adolescentes y jóvenes de dos partidos del Gran Buenos Aires, Argentina*. Equipo Responsable: Mario Pecheny, Gabriela Wald, Alejandro Capriati y Ana Lía Kornblit.

<sup>6</sup> Este estudio se inscribe en una línea de trabajos de tipo cualitativa producida en el área de Salud y Población. Específicamente, subrayo la iniciativa de una investigación dirigida por Pablo Di Leo y Ana Clara Camarotti, en la cual se interrogaron por las nuevas formas de individuación en las y los jóvenes de sectores populares desde el enfoque biográfico (Di Leo y Camarotti, 2013).

<sup>7</sup> En el campo de la educación avanza en esta dirección Steinberg (2015), mientras que en el campo de la medición de la pobreza infantil en clave de derechos humanos se destacan los trabajos de Tuñón y Poy (2017).

de justicia social y ciudadanía (Kessler, 2014). Se puede señalar como punto de partida la crítica a las visiones centradas exclusivamente en la distribución del ingreso. La apertura al análisis comparativo, las vinculaciones entre diversas dimensiones como entorno urbano, vivienda, educación, salud, género, la comprensión de *causas, engranajes y consecuencias*, es el horizonte en torno a este enfoque (Kessler, 2014). El concepto de vulnerabilidad, como hemos visto, remite a la integración analística de niveles y está sostenida desde un marco de derechos. El análisis de vulnerabilidad remite a tres dimensiones interdependientes: la *intersubjetividad*, entendida como la identidad personal construida en las interacciones con los otros significativos; lo *social*, definido como los espacios de experiencia atravesados por la organización política y económica, etc.; y lo *programático*, referido al conjunto de políticas, servicios y acciones disponibles (Ayres, Paiva y Casia, 2018).

Desde este marco, el impacto de las desigualdades sociales y de género en la salud no es exterior, sino constitutivo: las desigualdades producen tales vulnerabilidades, éstas no son resultado de actitudes individuales o familiares, de conocimientos y prácticas, remiten a procesos estructurales (Pecheny, 2013). Estos procesos pueden observarse y analizarse en un territorio determinado, por medio de la descripción del escenario de inclusión desigual que configura cierta disponibilidad de bienes y servicios, como así también en las trayectorias de sujetos y grupos a partir de sus experiencias.

Al centrar la referencia empírica de los estudios en barrios del Gran Buenos se debe redoblar el alerta frente a los errores que induce el pensamiento sustancialista de los lugares (Bourdieu, 1990). Los barrios son expresiones singulares del espacio social, forman parte de un espacio urbano en tanto construcción histórica y política. Se trata de comprender las expresiones territoriales como relaciones entre las estructuras del espacio social y las del espacio físico. Olvidar dicho proceso quedar atrapado por “los efectos del barrio”, recuperando la noción de Bourdieu, incapaz de advertir que el barrio no es una retraducción espacial de las diferencias económicas y sociales (Bourdieu, 1990:21).

La producción de evidencia empírica transita simultáneamente en dos direcciones: por un lado, describe cómo múltiples privaciones superpuestas configuran un territorio determinado; por otro, analiza las trayectorias biográficas, sus acontecimientos biográficos, adversidades y puntos de apoyo. El enfoque biográfico resulta fecundo para captar los acontecimientos y procesos que precarizan las condiciones de vida y cuenta con la sensibilidad para observar cómo estructuran los fenómenos sociales a nivel de las experiencias personales y aproximarse a los

sentidos de las prácticas (Leclerc-Olive, 2009; Di Leo y Camarotti, 2013; Capriati, 2017).

En su formulación más abstracta, la estrategia planteada ni su objetivo tiene viso alguno de originalidad en la teoría social. Hacia fines de los años sesenta del siglo pasado, Mills explicaba que ni la vida de un individuo ni la historia de una sociedad podían entenderse sin comprender ambas cosas y situaba la tarea del sociólogo en captar la relación entre la historia y la biografía (Mills, 2003). En nuestras sociedades los acontecimientos del mundo se relativizan tomando como referencia las relaciones interpersonales de cada sujeto, a la inversa de lo que ocurría en las sociedades tradicionales, en las que existían calendarios colectivos que hacían que los individuos se plegaran a los ritmos impuestos por los fenómenos naturales en tiempos pretéritos y posteriormente por los patrones sociales y religiosos (Leclerc-Olive, 2009; Kornblit y Capriati, 2014). El interrogante que se plantea es cómo se estructuran los fenómenos sociales a nivel de las experiencias personales, lo *biográfico*, como afirma Leclerc-Olive, se impone como objeto de nuestro tiempo. Situar al individuo en el centro del análisis no significa sustraer el contexto del análisis social, ni supone quedar reducido a un análisis al nivel de actor (Martuccelli, 2007), es la consecuencia de una “transformación societal que instauro al individuo en el zócalo de la producción de la vida social” (Araujo y Martuccelli, 2010:79). El trabajo con una biografía tiene valor solo si permite la comparación entre individuos y sus contextos, como señala Jablonka, *el estudio de la nieve humana debe revelar la potencia de arrastre de la avalancha y, a la vez, la irreductible delicadeza del copo* (2015:89).

Este análisis, situado dentro del paradigma interpretativo de las ciencias sociales, no tiene como propósito contrastar estas proposiciones mediante experimentos o testearlas con técnicas estadísticas, procedimientos que serían adecuados para *una explicación dentro del modelo nomológico-deductivo* (Sautu, 2010). Se trata de contribuir con explicaciones que abonan la complementariedad de perspectivas micro, meso y macro sociales para saber más sobre los mecanismos y relaciones entre el escenario barrial y las trayectorias juveniles en los procesos de vulneración de derechos en la adolescencia y juventud.

En este artículo planteo que la producción social de las vulnerabilidades en salud en la adolescencia y juventud puede ser sintetizada en la frase popular **llueve sobre mojado**. Es decir, los déficits programáticos, las carencias en las instancias de asistencia y protección se dan especialmente en los grupos y territorios en los cuales el encadenamiento de las desigualdades ha producido mayores privaciones sociales. Son los territorios y los conjuntos sociales que

presentan profundas privaciones ambientales, económicas y educativas en donde están disponibles los menores recursos institucionales para la contención y el acompañamiento frente a la escasez de alimentos, las agresiones y violencias, los consumos de drogas, entre otras problemáticas.

## Las batallas de una sobreviviente

En este apartado, si bien la exposición está concentrada en el análisis de una de las entrevistadas y su relato (Camila), luego se recuperan otras experiencias de mujeres y varones para establecer similitudes y diferencias. Este recorte obedece a un principio básico de la investigación biográfica, en tanto totalidad singular, el relato biográfico debe ser respetado en su mayor especificidad y densidad posible (Leclerc-Olive, 2009); principio al que, en el presente artículo, podemos aspirar solo si nos detenemos de modo especial en uno de los relatos.

El relato de vida de Camila y la descripción de su barrio, Villa Fiorito, no son expuestos como evidencias para testear hipótesis. A partir de su análisis se aspira a comprender las conexiones con procesos sociales más amplios. En el análisis de un relato no se trata de resumir lo planteado en las entrevistas, es una reconstrucción de una trayectoria biográfica como un modo de recorrer el espacio social, en la cual cada suceso o experiencia, por su propia dimensión temporal, implica una imposibilidad de volver atrás y exclusión de otras posiciones y posibilidades, adaptando la definición de Bourdieu (1990). El eje de análisis está concentrado en las vinculaciones entre los acontecimientos que han marcado su vida, los soportes, los entornos institucionales y el escenario barrial.

*La conocemos de toda la vida. Camila es una sobreviviente, ¡tenés que conocerla!*, me dijo la referente del centro educativo complementario (CEC, en adelante). Camila había asistido a ese centro por más de diez años, allí aprendió muchas cosas que en la escuela convencional le resultaban casi imposibles, como leer y escribir, y sobre todo encontró un espacio que le brindó cierta contención frente a los maltratos que enfrentó desde pequeña.

Al momento de las entrevistas, Camila tenía 24 años y era su hijo mayor quien asistía al jardín del establecimiento. Llegaba en bicicleta con sus dos hijos, el mayor entraba a su salita en el jardín y nosotros tres nos acomodábamos en una oficina cedida. La presencia de su hijo pequeño, de apenas dos años, fue positiva: sus juegos y travesuras nos permitieron generar pausas en la entrevista, especialmente en los pasajes más tristes y dolorosos.

La vitalidad que Camila transmitía montada en su bicicleta con sus dos hijos y la fuerza

que emanaba de su voz generaba un profundo contraste con su apariencia física. Su cuerpo delgado y su rostro huesudo parecían desmentir su fortaleza. Una tos insistente le marcaba pausas en su relato, pero esa molestia era apenas un detalle en las vicisitudes de su vida, hacía un año había empezado un tratamiento por un cáncer de cuello de útero. En la época de las entrevistas, Camila se estaba realizando las extracciones de sus dientes, situación que obligó la reprogramación de las entrevistas. Sus enfermedades y problemas de salud han sido tan intensos y graves como los maltratos y padecimientos que ha afrontado a lo largo de su vida.

La trayectoria biográfica de Camila no puede comprenderse sin hablar de su barrio, Villa Fiorito, sin reparar en los diferentes entornos para el desarrollo y la salud que coexisten en el Gran Buenos Aires.

Villa Fiorito, ubicada en el noroeste del partido de Lomas de Zamora, es una localidad densamente poblada del Gran Buenos Aires. Con más de un siglo de historia, Villa Fiorito se conformó tras una sucesión de asentamientos que se organizaron con las migraciones, sucesivamente atraídas por la posibilidad de un empleo y una vida mejor.

La zona de Villa Fiorito en la cual creció Camila presenta distintos grados de urbanización: alterna un área de casas bajas y de material, generalmente de material, calles pavimentadas y veredas transitables junto a otras zonas con organización irregular, viviendas precaria y de chapa. El acceso a servicios básicos es heterogéneo: unas manzanas tienen cloacas y acceso al agua de red, mientras que la situación generalizada está signada por la falta de acceso a agua segura y los déficits en el sistema de desagües cloacales y pluviales. La calidad de servicios básicos y la calidad constructiva de las viviendas presentan diferencias entre su partido y el barrio en el cual Camila reside. Mientras que en el partido de Lomas de Zamora el 37% tiene calidad insuficiente (viviendas que no disponen de tenencia de agua ni desagües), en el barrio de Camila los déficits prácticamente se duplican y trepan al 62%.<sup>8</sup> La calidad constructiva de las viviendas también traza diferencias: mientras en el partido de Lomas de Zamora el 62% refiere a viviendas que disponen de materiales resistentes, sólidos y con la aislación adecuada, este porcentaje se reduce a un 32% en el barrio de Camila<sup>8</sup>. Si midiéramos la diferencia entre los barrios más y menos privilegiados del partido obtendríamos brechas mayores; como es sabido, el promedio es sensible a los valores extremos.

No obstante, la mayor diferencia entre Villa Fiorito y otras localidades del Gran Buenos

<sup>8</sup> Estos datos comparativos han sido elaborados por el Equipo del proyecto PICT a partir del uso de *Redatam* del Censo Nacional de Hogares, población y viviendas (INDEC) para procesar información a nivel radio censal.

Aires reside en la presencia de los factores contaminantes: en Villa Fiorito son múltiples y refieren a la problemática ambiental de la cuenca Matanza-Riachuelo. Desde hace varios años, organizaciones vecinales y sociales de Villa Fiorito, como el Foro Hídrico de Lomas de Zamora, denuncian la contaminación por metales pesados que afecta a la población del barrio, situación agravada por las deficiencias alimentarias que padecen las niñas y los niños de las familias con menores ingresos<sup>9</sup>. La zona también está afectada por la proliferación y quema de basura -al no haber recolección de basura diaria en los asentamientos-. Este cuadro de situación se ve potenciado por las inundaciones: el ascenso de las napas contaminadas representa un riesgo para la salud de estas poblaciones.

Otro rasgo singular de Villa Fiorito son las referencias a los delitos y las violencias que pueblan su vida cotidiana y reaparecen constantemente en las conversaciones en escuelas, comercios y centros comunitarios. La sensación de desprotección frente al crimen, la violencia policial, la convivencia de las fuerzas policiales con el delito, los robos en la calle o el hogar, emergen reiteradamente en los discursos de referentes comunitarios, técnicos y vecinos. Esos comentarios son tan frecuentes como las menciones al estigma de vivir en Villa Fiorito, una sombra que acompaña a sus residentes, especialmente cuando salen de su localidad. La carga negativa es tan grande que diversos referentes institucionales desaconsejan a los jóvenes *decir que vivís en Fiorito* cuando se busca empleo o transita fuera de su localidad.

Esa ribera contaminada, con humedales rellenos con basura, fueron el patio trasero de Camila y sus hermanos. En su infancia no hubo cuentos ni juegos, sino maltratos y obligaciones laborales. Camila tiene seis hermanos mayores por parte de su padre y otros cinco hermanos menores por parte de su madre y su padre. Las cotidianas agresiones de su padre hacia su madre y sus hijos fueron interrumpidas por la intervención de una trabajadora social del barrio. Con apenas tres años, Camila recuerda cuando junto a su madre y su hermanito recién nacido se fueron a vivir a un hogar institucional. Esa situación duró dos años y fue apenas un paréntesis, una protección temporal hasta al regreso a la casa paterna.

No sólo la violencia persistió, con el empeoramiento de la subsistencia familiar, Camila y su hermano tuvieron que salir a trabajar como cartoneros. El compromiso de los dos hermanos con el trabajo fue tallado por medio de las agresiones y amenazas de su padre. Desde los ocho

años Camila llevó adelante una triple jornada: asistía al centro educativo complementario por la mañana, estaba en la escuela desde el mediodía y por la tarde, cuando finalizaba la escuela, comenzaba su *trabajo con el cartón*. Se subía a un camión y realizaba con su carro el circuito asignado por la Ciudad de Buenos Aires. Regresaba a su casa a la una de la mañana. Las condiciones en el traslado eran paupérrimas, corría el año 2000, no se había organizado el movimiento cartonero ni el *Movimiento de Trabajadores Excluidos* (MTE), todavía no estaban los camiones de la cooperativa, la obra social del gremio, ni las guarderías para terminar con el trabajo infantil, solo había persecución policial e indiferencia social. Camila se reservó para ella situaciones vividas en esas noches, en la oficina del CEC a ella y a mí nos faltaba el aire, hizo una pausa y nos quedamos en silencio.

El paso de Camila por la escuela finaliza en séptimo grado, cuando decide que no quiere continuar. Al poco tiempo supo que había sido una mala decisión: el hipotético tiempo libre que añoraba nunca existió, por el contrario, se incrementaron sus obligaciones con el cartoneo y se le sumaron tareas con el cuidado de sus hermanitos. Camila pierde uno de los puntos de apoyo más significativos: la escuela y especialmente el CEC. En los recuerdos de sus maestras remarca la paciencia, la calidez y la atención por sus necesidades y las de sus hermanitos. En este pasaje a Camila se le hace polvo la única red institucional que la sostenía y se clausura una infancia que tuvo poco juego y recreo.

La adolescencia marcó una nueva etapa en la vida de Camila, un tiempo en el que empieza a idear la huida de su casa y tiene sus primeros romances. Mientras sus amigas se juntaban y hacían planes para salir el sábado a la noche, Camila retiraba bolsones, recolectaba y clasificaba el papel. Las palabras de sus amigas para que se fuera de su casa retumbaban en su cabeza, pero el miedo a la reprimenda era más fuerte y su repertorio de recursos prácticamente nulo. Ni los vínculos familiares ni el tejido comunitario le brindaban opciones alternativas a la casa paterna. A sus 17 años tuvo su primera pareja y no dudó: tomó lo que pudo de sus cosas, abandonó la casa paterna y dio un paso hacia el nuevo rumbo que deseaba para su vida, un paso decisivo y lleno de incertidumbre.

Con su pareja convivieron tres años, se acomodaron en una casita en el fondo del terreno donde vivía la familia de él, un muchacho del barrio, también cartonero. Camila alternaba el trabajo con el cartón con changas como limpieza. Los comienzos no fueron fáciles, en la primera separación, al mes de convivencia, Camila tuvo que volver a la casa de su padre y enfrentó una de sus escenas más duras. En su dormitorio no encontró sus pertenencias, habían sido repartidas entre sus hermanos mayores. Hacía rato no contaba con su

<sup>9</sup> En 2004 se inició la demanda por daño ambiental colectivo ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación, conocida como la causa Mendoza. En el trabajo de Merlinsky se puede apreciar un balance de la política de recomposición ambiental de la cuenca Matanza Riachuelo y se dimensionan los desafíos de la gobernabilidad metropolitana (2017).

familia y ahora también su vida en pareja entraba en crisis. En ese dormitorio que ya no era el de ella, piensa que el único modo de ponerle fin a tanto dolor es quitarse la vida. Aparece la imagen de uno de sus hermanitos y se pregunta qué será de él, quién lo cuidará. No se permite bajar los brazos, desanuda la sábana y sale del cuarto. Deja para siempre la casa de sus padres.

Si bien los puntos de apoyo institucionales con los cuales Camila contó fueron exiguos y en los momentos más duros brillaron por su ausencia las redes o soportes de tipo comunitario o estatal, es inexacto suponer la ausencia del Estado y la falta de organización comunitaria en su entorno. En el barrio de Camila existen servicios del Estado que cubren, con distintos niveles de déficit, las áreas de educación (jardines, primarias, secundarias, secundarias para adultos, terciarios) y salud (centros de APS). En zonas próximas a su casa paterna están disponibles servicios municipales descentralizados, en el cual funciona el servicio de protección a niños, entre otros recursos estatales existentes. Incluso, a diferencia de otros barrios del Gran Buenos Aires, Villa Fiorito ha logrado construir un denso entramado institucional a partir de la labor de organizaciones con larga trayectoria. No obstante la existencia de estos servicios y organizaciones, en la trayectoria de Camila los sostenes remiten centralmente a su vida en pareja y el entramado familiar.

Finalizada esa primera relación, conoce a su actual pareja y padre de sus dos hijos. El nacimiento de sus hijos termina de sellar un giro en la vida de Camila, se abre una nueva etapa en la cual comienza a saldar algunas de las cuentas pendientes con el pasado. Se dedica por completo al cuidado de sus hijos y disfruta con ellos todo lo que tuvo vedado en su niñez, siente que está recuperando algo de lo mucho que le fue arrebatado. La alegría por los nacimientos fue inmensa: a sus 19 años le habían informado que no iba a poder tener hijos por un problema en el cuello del útero, le informaron *que tenía una mancha en los ovarios* y le indicaron unas pastillas para aliviar sus dolores. Este problema no le impidió tener hijos pero reapareció tiempo después cuando decide realizarse una ligadura de trompas; su madre se había la había realizado luego del sexto embarazo, y ella había decidido no tener más de dos hijos.

Comienzan aquí sus desventuras con los servicios públicos de salud. Cuando acude al hospital, un centro de alta complejidad en la provincia de Buenos Aires, le informan que tiene un embarazo en curso que se debe interrumpir porque detectan *placas blancas en el cuello del útero*. En ese primer hospital le realizan el aborto pero no se avanza con tratamiento alguno ni le realizan la ligadura. Interrumpe las consultas en ese centro: no sólo porque le exigen una suma de dinero para la intervención quirúrgica sino también por las pésimas condiciones hospitalarias, las cuales

denuncia en un noticiero televisivo. Unos meses más tarde acude a un segundo hospital, también de alta complejidad, ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, con la intención de realizarse la ligadura. Le realizan los estudios y a los dos meses recibe un llamado de carácter urgente del hospital. Sabe que es algo grave, es la primera vez que la llaman. Le informan que tiene un cáncer de cuello de útero, le remarcan que no podía esperar mucho, el virus estaba avanzado. Tampoco se da curso inmediato a un tratamiento: corría fines de diciembre y la fecha que le proponían era fines de febrero. Decide no esperar y acude a su obra social, la mutual Sendero de los trabajadores de la economía popular. La primera semana de enero la operaron y dos meses más tarde le realizaron la ligadura. En el momento de la entrevista se realizaba controles cada seis meses.

En este tiempo de idas y vueltas con los servicios de salud, Camila construye nuevos vínculos con su suegra y suegro, compañías en su vida diaria. Orgullosa de ser madre de dos hijos, en el tiempo de las entrevistas se encontraba entregada a las tareas de la crianza y la vida familiar. Anhelaba poder retomar el secundario y terminarlo.

El pasado no era un asunto cerrado, golpeaba seguido su ánimo y nublabo muchos momentos, incluso los mejores. Ella lo reconocía y sus personas más cercanas se lo advertían, como si la siguiera un halo de tristeza.

## Escenarios críticos para la adolescencia y juventud

En este marco, se torna evidente la pertinente crítica que han realizado los estudios sobre juventudes desde las ciencias sociales a los discursos sobre la adolescencia o juventud como si fuera un grupo social homogéneo, con vivencias similares o intereses compartidos. La condición juvenil como objeto de estudio refiere a un conjunto de procesos de orden biológico, psíquico y social, constituidos en singulares entramados de relaciones de clase, género, cultura y generación. No se asume que la pubertad y los cambios del organismo remitan a un patrón único de desarrollo psicosocial normal con sentidos prefijados. Por ejemplo, los modos de crianza, las transformaciones corporales, las maneras de acceder a la vida adulta remiten a experiencias con significados diversos para varones y mujeres, como así también para quienes se apartan del binarismo de género. Las desigualdades y diversidades de las sociedades contemporáneas tornan obsoleta la categoría "juventud", caracterizada por una transición lineal y predecible hacia el logro de la plenitud adulta (Brunet y Pizzi 2013).

Si bien no es suficiente para comprender la condición juvenil o planificar acciones sobre las adolescencias y juventudes, la edad es un dato importante. En el plano normativo se definen

alcances de las Convenciones y políticas en función de cortes etéreos. Mientras la Convención de los Derechos del Niño se refiere a las personas hasta los 18 años, la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes define al sujeto juvenil entre los 15 y los 24 años (Krauskopf, 2016).

La selección del relato de Camila y la reconstrucción de su trayectoria biográfica permite establecer similitudes y diferencias con otras experiencias de jóvenes residentes en barrios también precarizados, con trayectorias marcadas con situaciones de violencia en el ámbito familiar, interrupción de los estudios, migraciones, consumo problemático de drogas, problemas con la policía y obligaciones en lo laboral y doméstico.

Las técnicas de análisis utilizadas en este estudio no permiten precisar la frecuencia de casos como el de Javier o Camila, tampoco determina la probabilidad de giros o quiebres biográficos como los que acontece en experiencias como las de Javier. Sí podemos señalar que en la vida de jóvenes que tienen una trayectoria biográfica como Camila y Javier, los ciclos vitales se suceden a toda prisa en un escenario excluyente y violento. A partir del contrapunto entre Camila y otras trayectorias vuelvo a examinar tres proposiciones sobre los modos de anudamiento de acontecimientos, soportes e instituciones en este tipo de trayectoria (Capriati, 2017).

En primer lugar, la asunción de tareas laborales a edades tempranas está enlazada con trayectorias marcadas por precariedades materiales y de falta de asistencia y contención. A diferencia de otras niñas y adolescentes, sus obligaciones no fueron el trabajo doméstico o las tareas de cuidado, implicó un salir fuera de su casa para generar ingresos. Como en otros casos, el caso de Camila expresa un anudamiento de estas obligaciones con el maltrato familiar.

En segundo lugar, los puntos de apoyo con las cuales Camila ha contado han sido exiguos, su capacidad de amortiguar las consecuencias de las situaciones adversas han sido limitada. A diferencia de la trayectoria de Camila, en otros relatos de jóvenes que han pasado situaciones similares operan soportes institucionales, aparece la figura de un referente comunitario, un técnico o un profesional que habilita espacios de escucha, brindan acompañamiento, y de distintas maneras proveen herramientas de formación.

En tercer lugar, los modos de significar las adversidades plantean una tensión entre la privatización de las adversidades vividas, cuando las dificultades son explicadas por atributos personales, y la politización de la experiencia, cuando en tales eventos se vislumbra la conexión con otras circunstancias que exceden lo individual.

El relato de Javier, residente en una villa cercana al barrio de Camila, nos permite identificar similitudes en las adversidades vividas y contrapuntos a partir de los soportes y los modos de significar lo vivido. En la historia de Javier la vida

misma se convirtió en una tarea que debió asumir desde su infancia para poder subsistir: huérfano de padre y de su madre desde los 9 años, queda a cargo de su abuela en un clima de maltrato familiar. Poco tiempo después, empieza a vivir en la calle junto a su hermano menor y sobreviven como pueden: juntan cartones y empiezan a consumir alcohol y otras drogas. Padre desde los 15 años, será una situación límite a sus 17 años, cuando casi muere por una apuñalada en una pelea, lo que le permitirá revisar el rumbo que tomaba su vida. Con la certeza de que necesita un cambio, se acerca al director de la escuela de su barrio, quien lo había invitado en numerosas oportunidades. La vida de Javier es la historia de un muchacho que dio vuelta en su vida la página del descontrol y los excesos, una época que define como de falta de límites. Logra terminar el secundario, su compromiso con las necesidades de la escuela y su participación en acciones vecinales lo posiciona como referente de su barrio. Las cuentas del pasado retornan, su hermano menor se suicida. El caso de Javier es excepcional: no solo por lo dramático de los acontecimientos, sino por los soportes que han actuado en su trayectoria, los cuales habilitaron espacios que le permitieron reflexionar sobre sí mismo y le pusieron a disposición nuevas posibilidades de formación.

Si acentuamos las experiencias y procesos similares y compartidos por este grupo de jóvenes, podemos decir algo más que la fase juvenil se sucede a toda prisa. El tiempo de la infancia, breve y con maltratos, se interrumpe: se deja la escuela y se afronta la obligación de trabajar. Avanzan como pueden, quedan más expuestos a todo tipo de violencia, explotación y estigmatización. Si bien existen políticas y programas, muchas veces lo llegan, o lo hace muy tarde y parcialmente. La exigencia de convertirse en adulto a los 8, 10 o 12 años es un acontecimiento tajante en la trayectoria biográfica, lo que se describe sobre el desarrollo psicosocial normal y los sentidos fijos para cada etapa, queda desdibujado, como también suena distante el poder de las convenciones.

Así, adolescentes y jóvenes como Camila, residentes en territorios con múltiples privaciones sociales, carentes de la protección social que brinda el trabajo formal a las familias, se encuentran con asistencia precaria para resolver situaciones adversas y se ven obligados a hacerse a sí mismos con precario acompañamiento del mundo adulto y de las instituciones.

Conscientes de este veloz transcurrir del tiempo, este grupo de jóvenes saben que es mucho lo que han vivido. No obstante, el sentido en torno a los motivos, causas o razones que movilizan para explicar sus circunstancias es heterogéneo. En términos típicos, estos sentidos se pueden agrupar en función de la tensión mencionada entre privatización y politización. La noción de

politización de la experiencia no hace referencia a la actividad política tradicional, sino a la narración de los eventos que conforman el calendario privado de cada persona en un entramado de conflictos y opresiones sociales, ligados al contexto histórico más general.

Camila pertenece a un grupo de relatos en el cual los problemas vividos en el ámbito familiar, en la escuela o el barrio son narrados como asuntos de índole exclusivamente personal. Así, la violencia en el hogar es una cuestión privada de su entorno familiar, los fracasos en la escuela expresan su falta de actitud, la precariedad del empleo obedece a la exigüidad de sus competencias. En el otro grupo de relatos, ilustrado en el caso de Javier, cuando se explica lo vivido no aparecen solo referencias a su personalidad o su familia, cobra sentido el contexto en el cual las circunstancias transcurrieren, el desamparo de un escenario excluyente y violento.

En este punto del análisis es cuando hay que duplicar las alertas sobre el sustancialismo de los lugares y recuperar el foco en el escenario socio histórico más amplio en el cual las experiencias transcurren. Si bien la referencia empírica es una zona de Villa Fiorito, el entorno que se genera no es exclusivo ni único, tiene rasgos comunes con otros barrios en tanto expresiones del espacio social. Indudablemente, los procesos que vulneran el desarrollo y la salud en la adolescencia y juventud tienen como telón de fondo las transformaciones en la historia reciente de sociedad argentina y las dinámicas globales, regionales y locales del capitalismo contemporáneo.

En los últimos cuarenta años pocas cosas han permanecido constantes a nivel nacional, sin embargo hay una dimensión central en la vida social que se ha afianzado: el trabajo informal, privado de las protecciones sociales del empleo formal. Esta situación, que se tornó estructural desde mediados de los setenta del siglo XX, bajo el proyecto político económico de la última dictadura militar, se ha consolidado en las casi cuatro décadas de democracia en la Argentina (Merklen, 2017). Un tercio de las y los trabajadores y sus familias afrontan esa desigualdad que los priva de la condición social del salario, es decir, del derecho a la protección frente a la enfermedad y al accidente, de la protección del embarazo y del nacimiento, del derecho a la jubilación, de la prohibición del trabajo infantil.

Estos reordenamientos sociales, iniciados hacia mediados de 1970 y profundizados durante la década de 1990, remiten a cambios estructurales que pueden ser leídos como una *expropiación del*

*bienestar* (Epele, 2010), concepto que apunta al resquebrajamiento de las formas tradicionales de bienestar, a la emergencia de promesas vinculadas al mercado y a la producción de nuevos malestares y padecimientos. Estos procesos no están exentos de contramarchas y tensiones. En clave diacrónica, se observa en los últimos treinta años cómo las crisis en torno al empleo, el incremento de la desigualdad de ingresos y la heterogeneización de la pobreza de las familias coexiste con el reconocimiento de derechos. En clave sincrónica, se documenta la ambivalencia de las acciones desde el Estado, agencias y efectores públicos, en las cuales se alternan respuestas punitivas, políticas sectoriales y abordajes más integrales de restitución de derechos.

Específicamente, en el Gran Buenos Aires, ese territorio de 24 partidos en el cual viven más de 10 millones de personas, de las cuales 1 de cada 4 son adolescentes y jóvenes de entre 10 y 24 años de edad (Indec, 2010). Las persistentes desigualdades sociales configuran una diversidad de escenarios con mayor y menor susceptibilidad a padecer perjuicios y diferente disponibilidad de recursos para su protección.

La problemática ambiental de la cuenca Riachuelo Matanza es un elemento decisivo del escenario: a lo largo de catorce municipios y buena parte de la Ciudad de Buenos Aires residen más de medio millón de habitantes en diferentes villas y asentamientos (Merlinsky, 2017). Esta población acarrea con *sus dolencias de salud las consecuencias de este modelo de desarrollo que los empuja a vivir en sitios de riesgo ambiental* (Merlinsky, 2017:33). Además de las desigualdades en la cobertura de agua potable y saneamiento, continuando con el planteo de Merlinsky, se pone de relieve también la distribución diferencial de los peligros ambientales en el espacio, producto del desarrollo urbano desigual de la metrópolis.

El barrio en el cual ha vivido Camila expresa un escenario crítico para el desarrollo y la salud de adolescentes y jóvenes, en el cual, además de convivir con inundaciones, napas contaminadas, servicios básicos deficientes, tienen que hacer frente al estigma que acompaña a sus residentes. En estos y en distintos barrios periféricos del país, con situaciones más o menos precarias, el escenario se ha agravado aún más: los colectivos por los derechos de la infancia y adolescencia denuncian el incremento del uso irracional de la fuerza por parte de las fuerzas de seguridad contra niños, adolescentes y jóvenes, y un desfinanciamiento del sistema de protección y promoción de derechos, entre otros retrocesos de orden institucional en los últimos años.

## Consideraciones finales

Desde el enfoque de vulnerabilidad y derechos humanos, las desigualdades sociales y de género, la segregación socioespacial y la discriminación, como así también la falta de respuestas sociosanitarias adecuadas, forman parte constitutiva del proceso de salud enfermedad atención y cuidado. Al asumir esta premisa de trabajo, desplazamos el foco de las actitudes y comportamientos para echar luz sobre la producción social de la vulnerabilidad en salud en la adolescencia a partir de la superposición de las desigualdades sociales y la falta de intervención oportuna frente a las violencias y otras necesidades de protección.

En este marco, tanto para la investigación como para la intervención, es vital considerar la dimensión espacial territorial como así también adentrarse en las experiencias biográficas que modulan la condición juvenil. Para dar un paso más allá de la descripción general de los rasgos de la desigualdad, el análisis de la concreción de las relaciones de clase, género y generación en las escenas de la vida cotidiana es una *puerta de entrada más interesante al análisis de la vulnerabilidad* (Paiva 2018:155). Este acceso permite reconstruir cómo interactúan y están siendo vividas en cada lugar las desigualdades, jerarquías y diferencias de poder. La apuesta teórica en la problematización de la condición juvenil, retomando el planteo de Chaves (2005), es pensar la juventud como relación y al joven como posibilidad, incluir todas las facetas, experiencias y trayectorias, concebir la posibilidad no en el sentido de lo deseable, *sino en el sentido del poder hacer, del reconocimiento de las capacidades del sujeto* (2005:32). Por medio del enfoque biográfico se abre un camino para reconocer las capacidades de las personas y aprehender los giros de la existencia, en las cuales lo determinado, cerrado e imposible deja lugar a lo inesperado, aleatorio y posible (Leclerc-Olive, 2009; Capriati, 2017).

Ahora bien, si asumimos que en salud el código postal importa más que el código genético (Graham, 2016), las políticas de salud no pueden pensarse escindidas de los escenarios sociales, del mismo modo que los indicadores no pueden estar reducidos a análisis de riesgo ni la generación de soluciones involucra solo al sector salud o los servicios de salud. Si bien en los últimos cuarenta años se produjeron profundos cambios en el modo de concebir la salud, sus determinantes y las acciones de prevención, éstos no se traducen fácilmente en modificaciones en las políticas o

prácticas de salud (Capriati, Kornblit, Camarotti, Wald, 2018).

Desde la formalización del modelo de la Historia Natural de la Enfermedad y los Niveles de Prevención a mediados de los años cincuenta del siglo veinte, se han generado notables desarrollos teóricos que han revisado las formas de entender las prácticas de salud como, por ejemplo, el énfasis desde los años setenta en la atención primaria de la salud y la nueva promoción de la salud, o el enfoque de vulnerabilidad y derechos humanos desde los años noventa, entre otros (Ayres, Paiva, Casia, 2018). Las transformaciones en salud, no obstante, son procesos complejos, tal como lo reflejan las distintas iniciativas que se desarrollaron en países y ciudades del mundo y que en la actualidad continúan apostando, de modo más o menos institucionalizado, por renovar las prácticas de salud.

En este camino, planteo líneas de trabajo para avanzar en el desarrollo de un abordaje teórico, metodológico y tecnológico que permita una comprensión amplia del proceso salud enfermedad atención y cuidado en la adolescencia y juventud.

Por un lado, es prioritario dar un salto en el nivel de abstracción desde los marcos teóricos y metodológicos que utilizamos en las investigaciones para poder formalizar modelos sobre las formas en que los aspectos estructurales, institucionales e intersubjetivos influyen en el desarrollo y la salud de niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

En esta tarea se debe profundizar el diálogo crítico entre diversos aportes disciplinarios, en los cuales revisemos aspectos teóricos básicos como las concepciones sobre el sujeto y los modos de categorizar los condicionantes del entorno, como así también las definiciones programáticas sobre las competencias de los servicios e instituciones en las acciones en la prevención, promoción, asistencia y protección. Un diálogo que dé lugar a una construcción transversal de indicadores para describir el nivel de vulnerabilidad en salud en la adolescencia y juventud, atendiendo a la complejidad de las relaciones entre lo individual, lo institucional y lo estructural, apoyado en un marco de derechos humanos.

En los países de la región de América Latina la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes brindan un marco de referencia fundamental (Krauskopf, 2016), además de la Convención para la eliminación de todas las

formas de discriminación contra la mujer y otros marcos normativos. En Argentina, si bien ha sido positivo el avance en la creación de jurisprudencia (Tuñón, 2013), es significativo el desafío de acortar la brecha institucional para reducir la distancia entre la sanción formal y la implementación de estrategias efectivas bajo la nueva jurisprudencia.

Por otro lado, un nudo especialmente crítico es la sistematización de los modos en que las acciones de los servicios, programas e instituciones intervienen, por acción u omisión, en la vida de las personas, generando posibilidades de desarrollo, soportes frente a situaciones adversas o reforzando situaciones de desamparo. Si bien es incipiente la producción de conocimiento sobre los encadenamientos de las desigualdades sociales, de género y en salud, hemos sistematizado aún menos el conocimiento sobre los procesos que logran interrumpir la reproducción de las desigualdades y la vulneración de la salud.

Avanzar en esta dirección significa estrechar las redes entre la investigación, los servicios y organizaciones que trabajan con niñas, niños,

adolescentes y jóvenes. En el heterogéneo espectro de estas instituciones se manifiestan tensiones teóricas, políticas y prácticas en la implementación de las acciones o dispositivos institucionales. Los modos de concebir la salud y los derechos, el rol del Estado y las acciones de sus agencias, las maneras en que se organiza la comunidad, las metodologías de trabajo, son algunos de los aspectos a examinar colectivamente para echar luz sobre la caja negra del trabajo con niñas, niños, adolescentes y jóvenes y fortalecer las tecnologías de prevención y cuidado.

Los avances en estas líneas de trabajo nos permitirá producir conocimiento sobre los mecanismos que precarizan las condiciones de vida como así también sobre los procesos que contrarrestan los daños y los malestares y reducen las vulnerabilidades. La apuesta radica en estrechar la producción teórica, metodológica y tecnológica, en conectar lo máximo posible cómo definimos, medimos e intervenimos en salud, por medio del intercambio entre técnicos y profesionales, gestores de programas, organizaciones de niñez y juventud.

## Referencias bibliográficas

- Arachu Castro y Farmer, P. (2003). "El Sida y la violencia estructural. La culpabilización de la víctima". *Cuadernos de Antropología Social*, 17, pp. 29-47.
- Araujo, K. y Martuccelli, D. (2010). "La individuación y el trabajo de los individuos". *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.36, p. 077-091.
- Ayres, J. Paiva, V., y Franca, I. (2018). "De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad. Conceptos y prácticas en prácticas en transformación en la salud pública contemporánea". En Paiva, V., Ayres, J.R., Capriati, A.J., Pecheny, M. y Amuchastegui, A. (ed.) *Prevención, Promoción y Cuidado: enfoques de Vulnerabilidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Teseo.
- Ayres, J., Paiva, V. y Cassia, M. (2018). "Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud". En Paiva, V., Ayres, J.R., Capriati, A.J., Pecheny, M. y Amuchastegui, A. (ed.) *Prevención, Promoción y Cuidado: enfoques de Vulnerabilidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires, Teseo.
- Becker, H. (1967). "Whose side are we on?". *Social Problems*, 14(3), pp. 239-247.
- Binstock y Cerruti (2016). "La población y la estructura social". En Kessler, G., *La sociedad argentina hoy*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (1990). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Brunet, I. y Pizzi, A. (2013). "La delimitación sociológica de la juventud". *Última Década*, 38, pp. 11-36.
- Capriati, A. (2017). "Tensiones y desafíos en el uso del método biográfico". *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, 60, pp. 316-327. Recuperado el 15/5/2018 de <https://revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/47862/50865>.
- Capriati, A., Wald, G., Schwarz, M., Herrero, B., Gentinetta, B., Salum, B., Weisbrot, V. (2017) "Escenarios sociales y trayectorias biográficas. Una propuesta metodológica para el análisis de vulnerabilidades en la adolescencia y juventud en barrios populares urbanos". *XII Jornadas de Sociología*, 22 al 25 de agosto de 2017. Recuperado el 1/4/2018 de [http://jornadasdesociologia2017.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/ponencia/818\\_262.pdf](http://jornadasdesociologia2017.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/ponencia/818_262.pdf).
- Capriati, A.; Kornblit, A.; Wald, G.; Camarotti, A. (2018). "El trabajo comunitario en salud con jóvenes: experiencias de prevención, promoción y protección". En Paiva, V.; Ayres, J.R.; Capriati, A.; Pecheny, M. y Amuchastegui, A. (ed.) *Prevención, Promoción y Cuidado: enfoques de Vulnerabilidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Teseo.
- Castro, R. y Bronfman, M. (1999). "Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud, en Salud, cambio social y política". En Bronfman, M. y Castro, R. (ed.) *Perspectivas desde América Latina*. México: Edamex.
- Chaves, M. (2005). "Juventud negada y negativizada: representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea". *Última Década*, N° 23. Chile: CIDPA.
- Cutler, D., Lleras-Muney, A. y Vogl, T. (2012). "Socio-economic Status and Health: Dimensions and Mechanisms". En Sherry, G. y Smith, P. (ed.) *The Oxford Handbook of Health Economics*. New York: Oxford University Press.
- Di Leo, P. y Camarotti, A. C. (2013). "Quiero escribir mi historia". *Vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Biblos.
- Govea Basch, J. (2015). *Dinámica demográfica de la niñez y la adolescencia en la Argentina*. Luján: EdUNLU.
- Graham, G. (2016). "Why Your ZIP Code Matters More Than Your Genetic Code: Promoting Healthy Outcomes from Mother to Child". *Breastfeed. Med.*, N°11, octubre, pp. 396-397.
- Indec (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Recuperado el 15/5/2018 de [http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro\\_24.asp](http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro_24.asp).
- Jablonka, I. (2015). *Historia de los abuelos que no tuve*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kessler, G. (2014). *Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kornblit, A. (2010). La promoción de la salud entre los jóvenes, en *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*, vol. 56, núm. 3, Argentina: Fundación ACTA.
- Kornblit, A.L., y Capriati, A. (2014). "Giros de la existencia y tiempo biográfico en los relatos de vida". *International Congress of Qualitative Inquiry (ICQI) y I Post Congreso (ICQI)*. University of Illinois at Urbain Champaign, CIECS-CONCIET/UNC, Universidad Siglo 21.
- Krauskopf, D. (2016). "La salud de la adolescencia y juventud en el marco de las Políticas Públicas: fundamentos, avances y desafíos". En Pasqualini, D. y Llorens, A. (comp.) *Manual de Adolescencia y Salud. Un abordaje integral*. Buenos Aires: Ediciones Journal.
- Leclerc-Olive, M. (2009). "Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos". *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, N° 8, IV, 1-39.

- Leventhal, T. y Brooks-Gunn, J. (2000). "The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes". *Psychol Bull*, 126, pp. 309-337.
- Manzelli, H. (2014). "Educational attainment and adult mortality differentials in Argentina". *Revista Latinoamericana de Población*, N° 14, pp. 129-163. Recuperado el 15/5/2018 de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/416525>.
- Martínez, L. y Santoro, A. (2016). "Desigualdades en la mortalidad adolescente por causas externas. Argentina, 2010-2014". *XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, agosto 2016. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Martuccelli, D. (2007). *Gramáticas del individuo*. Argentina: Losada.
- Merklen, D. (2017). "Simpatía por la desigualdad". *Anfibia*. Recuperado el 15/5/2018 <http://www.revistaanfibia.com/ensayo/simpatia-la-desigualdad/>.
- Merlinsky, G. (2017) "El conflicto del Riachuelo. Cuencas metropolitanas y justicia ambiental". En Charriérem, M. (dir.) *Costas y cuencas de la Región Metropolitana de Buenos Aires: estudios, planes y proyectos*. Buenos Aires: Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo.
- Mills, W. (2003). *La imaginación sociológica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- OMS (2002) "Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos". *Serie de publicaciones sobre salud y derechos*, N°1.
- Paiva, V. (2018). "Escenas de la vida cotidiana. Metodologías para comprender y disminuir la vulnerabilidad en la perspectiva de derechos humanos". En Paiva, V., Ayres, J.R., Capriati, A.J., Pecheny, M. y Amuchastegui, A. (ed.) *Prevención, Promoción y Cuidado: enfoques de Vulnerabilidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires, Teseo.
- Parker, R. y Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action, en *Social Science and Medicine*, vol. 57, USA: Elsevier.
- Pecheny, M., Capriati, A. y Amuchástegui, A. (2018). "Introducción". En Paiva, V., Ayres, J.R., Capriati, A.J., Pecheny, M. y Amuchastegui, A. (ed.) *Prevención, Promoción y Cuidado: enfoques de Vulnerabilidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires, Teseo.
- Pecheny, M. (2013). "Desigualdades Estructurales, Salud de Jóvenes LGBT y Lagunas de Conocimiento: ¿Qué Sabemos y qué Preguntamos?" *Temas em Psicologia*, Vol. 21, N° 2, pp.961-972.
- Sampson, R. (2003). "The Neighborhood Context of Well-Being". *Perspectives in Biology and Medicine*, Vol. 46, N° 3, pp. 53-64.
- Sautu, R. (2010). *Carta sobre hipótesis*. Recuperado el 15/5/2018 de [http://campuscitep.rec.uba.ar/pluginfile.php?file=%2F138230%2Fmod\\_resource%2Fcontent%2F1%2FSautu\\_2010.pdf](http://campuscitep.rec.uba.ar/pluginfile.php?file=%2F138230%2Fmod_resource%2Fcontent%2F1%2FSautu_2010.pdf).
- Sellström, E. y Bremberg, S. (2006). "The significance of neighborhood context to child and adolescent health and well-being: A systematic review of multilevel studies". *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(5), pp. 544-554.
- Spinelli, H., Alazraqui, M., Osvaldo, S. y Capriati, A. (2015). "Vulnerabilidad y derechos sociales: datos y notas sobre mortalidad por violencias en adolescentes y jóvenes en Argentina (1990-2010)". Alvarado, A., Conch-Eastman, A., Spinelli, H., Tourinho Peres, M.F. (comp.) *Vidas truncadas: el exceso de homicidios en la juventud de América Latina, 1990-2010, los casos de Argentina, Brasil, Colombia y México*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos.
- Steinberg, C. (2015). Desigualdades sociales, políticas territoriales y emergencia educativa, en Tedesco, J.C. (comp.) *La Educación Argentina hoy. La urgencia del largo plazo*. Buenos Aires: Siglo XXI y Funcación Osde. pp. 191-234.
- Tuñón, I. (2013). "Inclusión educativa y estructura de oportunidades para la recreación. Niñez y adolescencia en la Argentina urbana". *Observatorio de la Deuda Social Argentina*, Vol. 1. Recuperado el 20/8/2013 de [http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo81/files/Boletin\\_UCAREcreacion.pdf](http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo81/files/Boletin_UCAREcreacion.pdf).
- Tuñón, I. y Poy, S. (2017). "Infancias en situación de pobreza multidimensional. Análisis comparado de diferentes metodologías de cálculo de la pobreza para el caso de las infancias en la Argentina en el período del Bicentenario (2010-2016)". *Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie del Bicentenario (2010-2016)*, Boletín N° 2.
- UNICEF (2016). *Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 15/5/2018 de [http://www.unicef.org/lac/Fast\\_facts\\_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf).
- - - - (2017). *El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina*. 2017. Recuperado el 15/5/2018 de [https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-03/salud\\_adolescente\\_FINAL\\_0.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-03/salud_adolescente_FINAL_0.pdf)
- Yamin, A. y Frisancho, A. (2015). "Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina". *MEDICC Review*. Vol. 17, S5-S7. Recuperado el 15/5/2018 de [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20desde%20los%20Derechos.The%20Lancetpdf\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20desde%20los%20Derechos.The%20Lancetpdf_0.pdf).
- Wald, G., Capriati, A., Pecheny, M., Schwarz, M., Gentinetta, B., Salum, B., Weisbrot, V., Ini, N., y Rodríguez Ardaya, S. (2017). "Posiciones, oportunidad y recursos: primeros pasos del estudio de vulnerabilidades en adolescentes y jóvenes de sectores populares urbanos". *Actas I Jornadas de Sociología de la UNMDP*, pp. 366-400.

## Agradecimientos

Este artículo retoma aportes del proyecto EUBACyT 20020120300001 (2013-2015) y del proyecto PICT 2346 (período de ejecución 2016-2018). En ambos proyectos he recibido valiosos aportes de colegas del área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani y del equipo de jóvenes estudiantes de sociología que han participado de ambos proyectos. De diferentes maneras, Ana Lía Kornblit, Gabriela Wald, Pablo Di Leo, Ana Clara Camarotti y Mario Pecheny, han contribuido con mis avances de investigación en los últimos cinco años. Las referencias bibliográficas a sus trabajos y las producciones conjuntas son indicadores del fecundo intercambio con cada una de ellas y ellos.

El proyecto PICT demandó un exigente trabajo, posible gracias al trabajo conjunto con Gabriela Wald, Matilde Schwarz, becaria del proyecto por la Agencia Nacional de Promoción

Científica y Tecnológica (MINCyT), y un grupo amplio de colaboradoras y colaboradores: Bianca Gentinetta, Cintia Hasicic, Bárbara Salum, Victoria Weisbrot, Sofía Rodríguez Ardaya, Natalí Ini, Santiago Parrilla, Francisco González, Martín Di Marco y Mariela Weisbrot. El compromiso con la investigación hicieron posible la realización de las entrevistas y relatos, el relevamiento comunitario y procesamiento de datos censales.

Nada hubiera sido posible sin el apoyo de la Fundación Che Pibe y del Centro Educativo Complementario N° 805, Villa Fiorito, Lomas de Zamora, quienes facilitaron el acceso al barrio y nos establecieron los contactos para las entrevistas.

Por último, un agradecimiento especial a cada una de las y los jóvenes que aceptó el desafío de participar de esta investigación y depositó en nosotros su confianza al contarnos las alegrías y dolores de sus vidas.