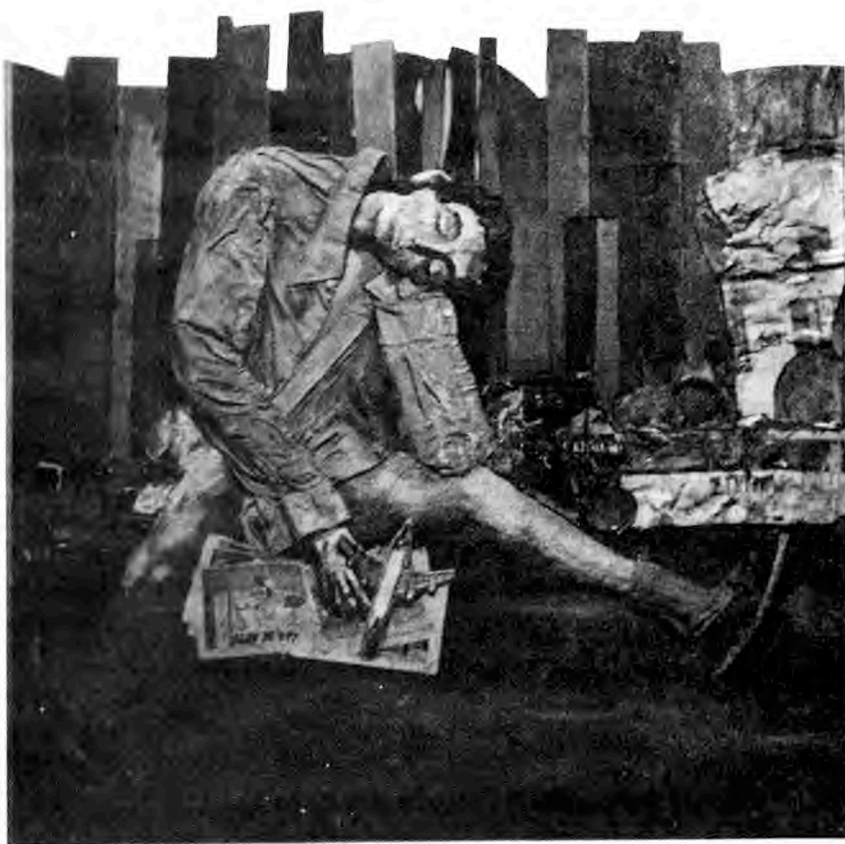


I.P.A.

investigación sobre pobreza en argentina

boletín informativo nº 3

JULIO 1988



☐ PRODIBA: ESTRATEGIA DE SERVICIOS BASICOS INTEGRADOS COMO ALTERNATIVA DE POLITICA SOCIAL

☐ ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIAS (DIMENSION PSICO-SOCIAL)

César Rodríguez Rabanal

☐ SALUD, COMUNICACION Y PARTICIPACION POPULAR

Graciela Biagini, Susana Checa,
Stella Garrido, Ana González

☐ NOTICIAS

☐ PUBLICACIONES RECIBIDAS

EQUIPO DEL PROYECTO

- Dirección: Pablo Vinocur — Alberto Minujin
- Coordinadora equipo central: Irene Oiberman
- Investigadores: Eduardo Epszteyn
Alejandra Scharf
Elsa Pallavicini
- Ayudantes: Cristina Alvarez
Roxana Ynoub
Adriana Robotti
Roxana Carelli
- Consultores permanentes y asesores especiales: Jorge Carpio
Alvaro Orsatti
María del Carmen Feijóo
Leopoldo Halperín
Horacio Prémoli
Inés Aguerrondo
Elena Andueza
Hugo Mercer
Mario Rovere
Deolidia Martínez
Silvia Llomovatte
Osvaldo Baccino
- Asesoramiento estadístico: Clyde de Trabuchi
Marta Messere
- Programación: Nélida Lugo
Rafael Bianciotto
- Secretaria: Liliana Barchilón
- Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de Misiones
- Directora: Marta Suarez de Palou
Coordinadora: Cristina Bianchi
- Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de Neuquén
- Directora: Alicia F. de Bialous
Coordinador: Carlos Vimmo
- Dirección General de Investigaciones, Estadística y Censos de la Provincia de Santiago del Estero
- Director: Aldo Herrera Arias
Coordinador: Ramón Díaz
- Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de Río Negro
- Director: Héctor Jaime
Coordinador: Emilio Grando

PRODIBA: ESTRATEGIA DE SERVICIOS BASICOS INTEGRADOS COMO ALTERNATIVA DE POLITICA SOCIAL*



3 OCT. 1988

1. Antecedentes

En el marco de la estrategia de Servicios Básicos Integrados (SBI) sistematizada y difundida por el UNICEF, y con el apoyo financiero del Gobierno de la República de Italia comenzó la implementación del Proyecto Urbano Marginal de Desarrollo Integrado Buenos Aires - PRODIBA en mayo de 1985, con la coordinación del Ministerio de Acción Social de la provincia de Buenos Aires.

Se trata de un proyecto de mejoramiento de las condiciones que inciden en la calidad de vida principalmente de la población materno-infantil residente en las áreas marginales del conurbano de la ciudad de Buenos Aires.

En la primera etapa se estableció el aparato institucional responsable del Programa y, a partir del mes de agosto, comenzó la operación en terreno en las Villas Azul e Itatí del partido de Quilmes.

El marco legal del PRODIBA lo configuran el Decreto 3.804 de julio de 1985 que crea la Comisión Interministerial (Ministerios de Salud, Obras y Servicios Públicos, Educación y Acción Social); el Convenio suscrito por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, el UNICEF y el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (6/9/85), elevado a la categoría de Ley 40.422 y Decreto 4.216 de julio de 1986.

2. Modelo de Intervención

El modelo de intervención se orienta por la estrategia de los Servicios Básicos Integrados (SBI) sistematizada por el UNICEF a nivel internacional y adaptada al contexto urbano del Gran Buenos Aires.

Consiste en un conjunto de Servicios Básicos dirigidos, principalmente, a los niños y mujeres que viven en condiciones de pobreza y garantizados conjuntamente por el Gobierno y las comunidades locales.

2.1. Las líneas de acción son:

- a) Saneamiento Ambiental (agua potable, disposición adecuada de excretas y basuras, drenajes de aguas, lluvias y servidas).
- b) Cuidados Primarios de Salud: se trata de establecer un sistema comunitario de administración de la salud, con énfasis en la autopromoción de la salud y en la prevención específica, complementario al nivel asis-

tencial. Las actividades principales giran en torno a la salud materno-infantil (higiene doméstica y personal, alimentación y nutrición de la madre y del niño, cuidado durante el embarazo, atención al parto y puerperio, vacunación, control y atención al crecimiento del niño, prevención y control de la diarrea, profilaxis de las enfermedades respiratorias), la prevención de la salud dental, la educación sanitaria familiar y comunitaria, la capacitación del personal de los centros de salud. El promotor comunitario de salud es un elemento esencial para la implementación de este componente.

- c) Desarrollo Infantil: control y apoyo al crecimiento y desarrollo infantil, fundamentalmente de los menores de 4 años a través, principalmente, de la capacitación de los padres.
- d) Mejoramiento económico y laboral: apoyo a la "microempresa" familiar y/o asociativa, a nivel del asentamiento y a nivel del contexto local para ahorro de gastos y de esfuerzos, principalmente del niño y la mujer, y para la generación de ingresos adicionales y de ocupación productiva.
- e) La atención a las necesidades específicas de la mujer desde su pubertad, a la vez que responde a un objetivo esencial del Programa, constituye el componente articulador y dinamizador de la intervención global del Programa.
- f) Comunicación Social: la difusión y comunicación comporta una instancia significativa para la movilización social, tanto comunitaria como de los recursos humanos institucionales involucrados en el Programa por un lado, y aquellos comprometidos con un abordaje no convencional de la problemática social.

2.2. El Enfoque

La estrategia de los Servicios Básicos Integrados concreta una modalidad participativa y genuinamente democrática, además de instrumentar adecuadamente una política social de carácter redistributivo.

(*) Ministerio de Acción Social de la Provincia de Buenos Aires y UNICEF-Argentina.

En efecto, la eficiencia y eficacia del modelo de intervención dentro del cual se operan los SBI comporta:

- la convergencia de las acciones y servicios en una misma área geográfico-social (integración y complementariedad intersectorial) en sentido horizontal y vertical;
- la incorporación activa y consciente de las iniciativas, recursos y organizaciones comunitarias locales en la toma de decisiones, en el proceso de planificación-ejecución-administración, evaluación, ajustes y continuidad del Programa, con la paralela calificación de sus recursos humanos;
- la capacitación de los funcionarios responsables para la solución de problemas a través de un trabajo integrado hacia y con la población que los vive, en una perspectiva de democratización del saber;
- la descentralización de la gestión y fortalecimiento de las administraciones locales y la oportuna y ágil provisión de los recursos;
- la gestión eficiente de cada unidad de recursos disponible y el empleo de tecnologías apropiadas para garantizar el máximo de impacto y/o beneficio y la ampliación de coberturas en el menor tiempo posible.

Un Programa de esta naturaleza pretende dejar una "capacidad instalada" en las comunidades locales y en las agencias de servicio públicas y privadas para, en un trabajo conjunto, prevenir y controlar los factores que más negativamente inciden en la calidad de vida de la población, particularmente de los niños y las mujeres.

Las líneas de acción, la modalidad de intervención y el impacto en la calidad de vida, debidamente monitoreados y evaluados, confieren a este Programa la condición de referencia insoslayable para la formulación de políticas sociales.

Las características, descritas brevemente, lo tipifican como un Programa demostrativo y creíble para su extensión, transferencia y replicabilidad.

3. Las realizaciones

Las etapas cumplidas y los resultados obtenidos en los dos años de operación de campo que lleva el Programa, han confirmado fehacientemente la idoneidad del modelo de intervención propuesto por la estrategia de Servicios Básicos Integrados.

Entre sus realizaciones más visibles, pueden destacarse:

- a) La movilización comunitaria alrededor, principalmente, de saneamiento ambiental. En tal sentido entre los logros pueden señalarse la construcción de drenaje de aguas de lluvia y servidas (canalización y limpieza de colectores): 15.100 m.

- Mejoramiento de accesos y corredores internos para facilitar recolección de residuos y tránsito peatonal.
- Provisión de agua potable: 7.000 m de tubería para posibilitar conexiones domiciliarias y fuentes públicas.
- Recuperación de terrenos anegados para facilidades comunitarias.

Estas actividades benefician directa e indirectamente a alrededor del 70,0% de la población total cubierta por el PRODIBA.

- b) La construcción de infraestructuras para servicios de salud y educación pre-escolar:
 - 5 centros de salud construidos y equipados que atienden regularmente al total de la población de las villas donde han sido establecidos.
 - 4 centros construidos de atención al pre-escolar.
- c) La capacitación de agentes comunitarios de salud y educación pre-escolar (42 promotoras).
- d) La instalación de 157 huertas familiares y el apoyo a algunas "unidades económicas de pequeña escala".
- e) La capacitación de mujeres a través de talleres abordando distintas áreas de interés.
- f) Con el trabajo, principalmente, de los agentes comunitarios de salud y de educación se han alcanzado coberturas muy significativas en vacunación (esquemas completos), control de las enfermedades diarreicas y prevención odontológica (fluorización).
- g) El sistema de monitoreo y evaluación diseñado (con el apoyo de la Universidad Bocconi de Italia) es el primer esfuerzo sistemático en este campo. Este sistema y los materiales didácticos y audio-visuales constituyen una documentación válida para la transferencia tecnológica y extensión del proyecto.

La población cubierta por todos los componentes del Programa, fue de aproximadamente 20.000 personas en las Villas Azul, Itatí (Partido de Quilmes), y Canning (Esteban Echeverría).

Otras 71.000 personas distribuidas en 19 villas fueron cubiertas con intervenciones parciales y/o puntuales.

Los criterios de selección de las villas para la operación del proyecto son: indicadores de necesidades básicas insatisfechas (Instituto Nacional de Estadística y Censos — INDEC y CEPAL), localización estratégica (demostración e impacto en villas cercanas) y viabilidad técnico-administrativa.

4. Participación de la Comunidad

En razón de la frustración de las comunidades (debida a las promesas incumplidas y a la represión de años recientes), la movilización de la población, una vez discutido globalmente el proyecto con ella, constituye el objetivo primordial de las primeras etapas.

El saneamiento ambiental es, principalmente, el componente que no solamente convoca y moviliza (por responder casi siempre a una prioridad objetiva y fijada por la población), sino que permite la constitución de grupos para tareas con logros concretos e inmediatos. El proceso y resultados iniciales, además de acreditar a los responsables gubernamentales y de rearticular relaciones vecinales, facilita la vinculación de la comunidad al trabajo en los componentes más cualitativos del Programa.

La paralela constitución de grupos operativos, fundamentalmente animados por las mujeres (comités de salud, de saneamiento, de educación pre-escolar, comisiones de madres para los jardines maternos), fortalecidos con la capacitación para las respectivas actividades, va permitiendo la creación de una red entre la base de la comunidad y los comités directivos de la organización formal establecida (sociedades de fomento) con los cuales es deseable que se vaya articulando progresivamente. El Programa, vinculando sus tareas a grupos operativos permanentes con especialización funcional, contribuye a la calificación de la organización formal existente para la auto-gestión y continuidad de acciones de programación y desarrollo local.

Las actividades relacionadas con las mujeres se constituyen en el factor más dinámico para la implementación y articulación principalmente de los aspectos cualitativos del proyecto, y para la organización comunitaria. Aunque los componentes que contemplan intervenciones de respuesta a sus necesidades específicas no tienen aún amplia cobertura, la mujer ha sido el principal recurso humano que el proyecto ha capacitado (promotoras, educadoras infantiles); participa mayoritariamente en los comités de salud y de educación y es la principal convocante y movilizadora de los grupos de saneamiento ambiental.

Es importante destacar los efectos del PRODIBA en el *mejoramiento de la vivienda*. Las mejoras físicas de saneamiento ambiental y las infraestructuras comunales se han constituido en factores de seguridad y estabilidad en la población de las villas (ocupaciones ilegales). Tal percepción ha incentivado a las familias a la construcción de nuevas viviendas y al mejoramiento de las actuales por su propia cuenta. Por la inserción institucional de este proyecto tales hechos han provocado una agilización en la tramitación de adjudicación de tierras (en 4 villas) por parte del Gobierno.

Este proceso ha comenzado a constituirse en una referencia válida para una política de vivienda (de no erradicación sino de mejoramiento físico con participación comunitaria y auto-construcción) tanto para organismos públicos (Fondo Nacional para la Vivienda — FONAVI) como para agencias de cooperación (Banco Mundial y PNUD) que han recomendado la replicabilidad de lo logrado por el PRODIBA.

Siendo la institucionalización una variable clave en este tipo de proyectos, es particularmente importante la incorporación del nivel local de la administración pública (Intendencias) para la operación de los componentes de Atención Primaria de Salud y Saneamiento Ambiental como base para la articulación estable de las actividades de administración comunitaria de la salud que impulsa el proyecto al sistema de salud de la provincia.

En el cuadro de la política social del nuevo Gobierno de la Provincia de Buenos Aires se viene reajustando el aparato de gestión gubernamental para garantizar la intersectorialidad, descentralización a nivel municipal y participación comunitaria, desde la programación hasta la evaluación y ajuste del Programa.

La coincidencia entre el enfoque y modelo de intervención del Programa con los lineamientos de política social, particularmente lo referido a los grupos más pobres, señalados en la plataforma política del Gobierno Provincial permiten esperar una ejecución eficaz y la consolidación del Programa.

ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA (DIMENSION PSICO-SOCIAL)*

César Rodríguez Rabanal**

Entre los años 1982 y 1986 se realizó el proyecto de investigación "Sobre la dimensión psico-social de la problemática de barriadas en el Perú". Tema central del estudio era la relación entre las condiciones de vida de pobreza extrema, las particularidades de la estructura psíquica y las formas de organización social. Desde el año 1986 se desarrolla en Lima el proyecto "Estrategias de supervivencia de los refugiados de la guerra interna peruana". La investigación se centra en la forma como la violencia política se plasma en el sujeto en un contexto de pobreza y migración y se relaciona con las representaciones psíquicas de los singulares procesos de socialización primaria.

No es nueva la preocupación por la dimensión subjetiva de la pobreza y de la migración interna. Sin embargo, hay pocos estudios sobre el universo psico-social de tan trascendentes temas, desde la perspectiva del estudio sistemático de los procesos de mediación entre el mundo externo y el interno, aplicando un método adecuado a las singularidades de la franja inconsciente. El inconsciente es el lugar en que se constituyen las resistencias al cambio más difícilmente asibles; simultáneamente, es el espacio de la base material del desarrollo: el mundo de los instintos, tanto agresivos como libidinosos.

El procedimiento psicoanalítico que ha sido concebido con el objeto de captar las particularidades del mundo interno, resulta el método por antonomasia para el abordaje de la forma en que las condiciones sociales se convierten, en el sujeto, en estructura interna.

Hay una serie de trabajos de raigambre psico-histórica, etno-psicoanalítica, etc., que recurren a conceptos psicoanalíticos para la interpretación de material recopilado a través de procedimientos de origen diverso.

Nuestro abordaje parte de la fusión terapia-investigación, es decir, "los datos" se recogen siguiendo rigurosamente las pautas esenciales del método psicoanalítico, pero trascendiendo simultáneamente el estrecho margen psico-técnico, para abrir espacios de cooperación interdisciplinaria.

No se pretende, en nuestro trabajo, la obtención de conocimientos sobre los migrantes pobres en abstracto,

desligados de su entorno. Por el contrario, desde nuestra perspectiva de aplicación del método psicoanalítico, nos referimos necesariamente al encuentro entre el sujeto-objeto de la investigación y el investigador-terapeuta.

La relación paciente-terapeuta o poblador-investigador supone, al mismo tiempo, el encuentro entre los representantes de dos contextos socioculturales diferentes. Temas como el choque cultural o las diferencias de clase social se constituyen en vivencias inmediatas, concretas, planteadas en el espacio mismo del proceso terapéutico.

En la planificación y realización del trabajo de investigación confluyeron motivaciones, tanto de la preocupación por el fenómeno social de la pobreza y la migración interna, como el interés del psicoanálisis —presente desde sus inicios— de extender su área de investigación, su objeto de estudio a la clase baja. Se da la pretensión de aportar al desarrollo del psicoanálisis, continuando con la línea trazada por algunos investigadores que rescatan la Teoría de la Cultura Psicoanalítica como pilar fundamental de nuestra ciencia, incorporando un sector de la realidad sociocultural usualmente poco atendida por ella.

En publicaciones sociológicas recientes, se suele sostener que los sectores populares, el llamado sector informal, desarrollan formas de organización y sistemas de comunicación que suponen un progreso cualitativo en el desarrollo de la sociedad peruana. Por ejemplo, se sostiene que nos encontramos en el tránsito de la "identidad barrial" (C.I. Degregori, 1984) hacia la identidad nacional, con lo cual se insinúa el advenimiento de personalidades con altos niveles de integración.

Las experiencias recogidas en nuestro trabajo muestran que esta apreciación es, por decir lo menos, apresurada.

* Extracto del trabajo preparado para el Seminario Internacional "Crisis y Supervivencia de los Sectores Populares Urbanos en América Latina". Caracas, Centro de Estudios del Desarrollo, Universidad Central de Venezuela, 25-29 Abril 1988.

** Integrante del Centro Psicoanálisis y Sociedad - Perú.

En lo que respecta a los niveles de desarrollo parecen haber notorias diferencias entre las poblaciones que existen desde los años cincuenta, sesenta y primera mitad de los setenta y las de los últimos doce años. Es decir, aquellas que se constituyeron en la cresta de la crisis económica, que en el caso peruano ha adquirido, entre tanto, carácter crónico. Hasta los años 74-75 había demanda de fuerza de trabajo y los terrenos que se invadieron pudieron urbanizarse después de haber obtenido su reconocimiento. Este proceso se produjo en un medio de pobreza, pero que permitía la satisfacción de las necesidades básicas. Esto significó al mismo tiempo, que las estructuras de personalidad que se desarrollaron no quedaran empantanadas en los modelos más primitivos de su desarrollo.

Resulta este el caso de los niños que crecen en las barriadas de los últimos años, bajo condiciones de pobreza extrema, excluidos de la posibilidad de satisfacción de sus necesidades básicas. El sujeto parece agotar su potencial de energía psíquica en el desarrollo de estrategias de supervivencia, lejos de la opción de consolidar su identidad como individuo autónomo o miembro de una nación.

Las biografías de los migrantes que, en su mayoría, proceden de medios rurales extremadamente pobres, están plenas de interrupciones traumáticas, en la temprana infancia, en las relaciones con los objetos referenciales.

En el psicoanálisis entendemos el trauma como la irrupción de eventos externos que rebasan la capacidad de elaboración del débil aparato psíquico del infante. Alrededor de la representación psíquica del evento traumático se constituye una suerte de cápsula que la aísla del resto de la estructura psíquica, convirtiéndose en una especie de cuerpo extraño que resta energía psíquica al individuo. La muerte de hermanos pequeños a consecuencia de enfermedades que no pueden ser tratadas adecuadamente por falta de medios (alta tasa de mortalidad infantil), o que "desaparecen" al ser regalados por los padres, o la muerte de la madre que no pudo recibir atención médica durante el parto, son vividas inconscientemente como la realización de los impulsos asesinos.

Las personalidades así constituidas tienen que afrontar el abandono del entorno, si bien inhóspito, al menos familiar. Es evidente el efecto regresivo de la confluencia de las vivencias traumáticas actuales en relación con la migración, con las experiencias traumáticas del pasado infantil. A este contexto se suman algunas de las consecuencias de la migración, como la inestabilidad laboral y la desintegración de la familia organizada dentro de patrones endogámicos.

Esta descripción corresponde a lo desarrollado, desde la perspectiva sociológica, en un trabajo sobre las características de la masa que constituyen el contingente de la sub-

versión. "Provincianos desarraigados, campesinos sin tierra que han sido arrancados de su patria y que no encuentran lugar en la estructura de la sociedad de clases y que saben que no tienen ninguna opción de conseguirla. Este grupo social se encuentra en estado de suspensión a consecuencia de un doble proceso, de modernización técnica y de desmoronamiento social".

No son de utilidad para el sistema económico que se muestra incapaz de incorporarlo a la producción. Se trata de personas que no parecen tener otra alternativa que intentar día a día asegurar su manutención, sin saber qué va a suceder al siguiente día. El esfuerzo permanente para asegurar su supervivencia inmediata, contribuye a su gran movilidad geográfica. Desde mediados de los años 70 hay migrantes que retornan a sus comunidades andinas, con las frustraciones de las experiencias ciudadinas, lo que puede ponerse de manifiesto en la violencia subversiva. Estas frustraciones son particularmente acentuadas en los jóvenes, que no son ni obreros, ni campesinos; ni pobladores urbanos, ni rurales; ni criollos, ni andinos, no poseen identidad social, ni cultural y viven sin ninguna meta. Sendero Luminoso les ofrece valores y normas a su vida inútil.

La invasión de terrenos para conseguir una vivienda representa un intento de "autosolución" del problema del hábitat de una realidad social en la que el Estado se muestra incapaz de asumir esa función. Desde otra perspectiva, y esa es la experiencia recogida en nuestro trabajo, estimulan expectativas grandiosas de redención, de acceso a una nueva vida, de un nuevo nacimiento. En el caso de la población que estudiamos, recogimos relatos relacionados con la fecha de la toma del terreno.

La invasión representa un acto simbólico de apropiación de una parcela de la ciudad. El momento de la invasión queda grabado de manera muy singular en la memoria de los pobladores. Parece condensar en el plano inconsciente diferentes niveles temporales y de significado; en este momento decisivo en la vida de los pobladores se establecen relaciones entre aspectos centrales de la infancia con ilusiones y expectativas referidas al nuevo lugar de vivienda. Fantasías específicas y anécdotas ilustrativas aparecen alrededor de la invasión, estimuladas en parte por el hecho de que la población esté ubicada en un "hueco" profundo y que el terreno fuera propiedad de un personaje legendario, con las características de las "buenas familias" de Lima. Hay alusiones a mitos de origen, fantasías mesiánicas y pasajes bíblicos. Eligen el día de Navidad para invadir y le dan a la población el nombre de un líder político con connotaciones casi míticas.

Formas de pensamiento con connotaciones religiosas occidentales mezcladas con la persistencia del universo mágico andino constituyen el contexto en el cual la idea del sacrificio juega un papel relevante. De un lado se recurre a ella como elemento de legitimación de la propiedad y de otro como pauta de ordenamiento y distribución. Quien

puede mostrar más sufrimiento tiene más derecho. Este contexto de irracionalidad perfila una severa traba en el desarrollo de opciones de cambio adecuadas a los intereses más genuinos de la población.

Nos topamos también con la relación pobreza-culpa. Aquí nuevamente se entrelazan prohibiciones internalizadas referidas a castigos en caso de abandonar el lugar de origen con conflictos infantiles. Se trata de un círculo vicioso, según el cual la pobreza resulta el "justo" castigo por las faltas cometidas. El cuestionamiento decidido de la conciencia de culpa y el establecimiento de la responsabilidad de sujeto se presentan como una necesidad imprescindible. El método psicoanalítico, que insiste en la búsqueda de los potenciales internos, se presta específicamente para detectar la emergencia de la tendencia del migrante pobre a percibir su vida cotidiana como determinada desde fuera. Las diferencias de extracción social entre los investigadores-terapeutas y los pobladores estudiados propicia el descubrimiento de tendencias proyectivas, de adjudicación, de culpa, de las expectativas de redención y la proclividad hacia la pasividad.

Asimismo, constatamos severas dificultades en las funciones de planificación yoica. El futuro tiene rasgos difusos con ribetes mágicos y difícilmente puede ser concebido como producto del esfuerzo propio.

Conflictos alrededor de contenido, de envidia inconsciente parecen tener particular trascendencia; en nuestro trabajo se ponían éstos de manifiesto, por ejemplo, a través del alejamiento de los pobladores de las terapias convenidas al no poder soportar las fantasías en torno a la vida cotidiana supuestamente privilegiada de los terapeutas-investigadores; en el proceso de consolidación de la población emergían aquéllos impidiendo la consecución de la legalidad, que iba a permitir que tan sólo algunos que tenían posibilidad de hacerlo construyan sus viviendas.

Otra dificultad en el encuentro entre los pobladores y los investigadores representa la tendencia, a partir de una autoestima baja a desvalorizar a quienes se acercan a ellos, relativizando de esta manera el significado del trabajo. La gran ciudad sigue entonces pareciendo lejana, los investigadores, desde esa perspectiva, no forman parte ya de ella, sino de su propio *self* devaluado.

La familia extensa del medio rural con rasgos endogámicos defensivos sufre con frecuencia en la gran ciudad cambios sustanciales. En tanto las condiciones de desarrollo psicológico anteriores no han propiciado la autonomía, el tránsito a la gran ciudad puede conducir a rupturas que no implican mayor independencia individual, sino conducta disocial.

El acceso a mayores niveles de información conjuntamente con la desaparición de barreras defensivas favorecen el desarrollo de formas de violencia con las características de la que azota en la actualidad a nuestro país.

Un medio de pobreza extrema en el que los niños no consiguen canalizar en un contexto de relaciones mediana-

mente satisfactorias, sus impulsos destructivos y autodestructivos hacia metas creativas, constituye el caldo de cultivo para la violencia.

Otra faceta importante es la casi inexistencia de la noción de infancia con características específicas en los medios rurales. Las barreras propias del medio permiten mantener encubiertas deformaciones de la estructura de la personalidad. En la urbe se ponen de manifiesto a través del llamado "niño adulto" que crece por su cuenta y riesgo, agotando su capacidad psíquica en el desarrollo de estrategias de supervivencia.

En nuestro trabajo constituyeron una mayoría casi absoluta las mujeres. Fueron ellas las que estuvieron dispuestas a trabajar con nosotros, a reflexionar sobre sus dificultades cotidianas. En mucho menor medida, lo hicieron también los hombres.

Particular atención mereció el trabajo terapéutico con niños.

En el material pudieron recopilarse secuencias significativas, que traducen la compleja relación entre las vivencias internas y la peripecia de la vida cotidiana.

Pese a que los niños asistían regularmente a la hora pactada con los terapeutas, el despliegue de actitudes hostiles y de "desborde" instintivo hacían pensar que el trabajo con ellos era inviable. Los niños solían agredirse físicamente entre sí, atacaban a los terapeutas y al propio consultorio. Se tuvo que "reparar" en varias ocasiones las paredes, puertas y techos del mismo.

La dimensión simbólica propia del trabajo psicoanalítico parecía, en tales condiciones, inaccesible. La "fantasía" se veía constantemente amenazada por el incremento de las necesidades insatisfechas.

El análisis del material de las sesiones permitió, de manera casi directa, desarrollar algunas reflexiones sobre el proceso de formación de la personalidad infantil.

Los terapeutas inicialmente olvidaban los nombres de los miembros del grupo o confundían a los niños. Los sentimientos de anonimato y permutabilidad, que rigen sus vidas, se hacían pues perceptibles en la relación terapéutica. La elaboración de los sentimientos contratransferenciales, es decir, las actitudes y fantasías que surgen en los terapeutas en el trabajo con los niños, nos permiten acceder con nitidez, a la sensación de anonimato en niños que crecen en un medio tan carencial. Vivíamos en "carne propia" un aspecto sustancial de la dimensión subjetiva de la pobreza.

El interés concentrado en pocos niños, a lo largo del trabajo con ellos, estimula deseos postergados de individuación y diferenciación. Insisten por ejemplo en afirmar, en que la terapeuta escriba, una y otra vez, sus nombres en los dibujos que hacen. El afán de distinguirse de los demás, de ser protagonistas de esta nueva experiencia, resalta sobre un trasfondo de circunstancias anonimizantes. En ocasiones, las actuaciones destructivas eran tan extremas (los chicos

robaban, orinaban o tenían conductas obscenas durante la sesión), que podía pensarse en una suerte de "protagonismo delincencial".

El análisis de la "actuación" inicial de los terapeutas que no reconocen a los niños echa luz sobre esta problemática.

Los infantes necesitan sentirse confirmados como personas únicas, incanjeables, para poder acceder a sus "riquezas" potenciales, fusionando la libido con la agresión.

La destructividad de los niños (rompían los juguetes, se golpeaban, etc.), el lenguaje procaz que utilizaban, aunado a la referencia a miembros de su familia con pronunciarlo policial, reflejan en la sesión, la forma en que se despliegan cotidianamente recursos defensivos ante la angustia de desaparecer en la nada.

Allí donde el ambiente no facilita la afirmación de la individualidad, la violencia parece garantizar, en alguna medida, la posibilidad de dejar, a como de lugar, rastros de distintividad.

Los niños se quejan frecuentemente durante las sesiones, de que los padres los hacen trabajar intensamente en sus casas. La desvalorización total del juego infantil es altamente funcional a la distribución de los roles familiares. Los niños como es conocido cumplen un papel fundamental como fuerza de trabajo en la economía de la familia —cuando ésta existe— pagando con ello el alto precio de la renuncia a un desarrollo integral.

Lo específico de la tarea psicoanalítica consiste en elaborar las vivencias atendiendo al interjuego de roles que se establece con los terapeutas. Estos aparecen como representantes de los personajes infantiles de los pacientes. Pueden representar figuras todopoderosas o, paradójicamente, aparecer como "los pobres terapeutas" que van buscando pacientes, que necesitan para realizar su proyecto de investigación.

Las interpretaciones propuestas no pueden estar desconectadas de la realidad externa. Solamente así puede pretenderse la ampliación de los recursos psíquicos de los

pacientes-pobladores, sin caer en psicologismos idealizantes que acentúan la precariedad.

Somos conscientes de que la propuesta terapéutica psicoanalítica parece seguir una línea contraria a la del proceso de socialización en los sectores populares. Este último persigue la finalidad de adaptar la estructura psíquica a las exigencias, dificultades y frustraciones del medio. Por el contrario, a lo que apunta el psicoanálisis es una formación psíquica que está reñida con lo que el medio ofrece y necesita para mantenerse como tal. Es por ello que un cambio en la subjetividad de estas personas, supone necesariamente marchar contra la corriente de las costumbres sociales; un nivel superior de adaptación en términos psíquicos podría implicar una mayor desadaptación en la realidad social.

De lo dicho se desprende que nuestro abordaje moviliza resistencia, ante la opción del cuestionamiento de actitudes que parecen acercarlos, al menos, a la satisfacción de las necesidades básicas. Se trata de angustias consolidadas históricamente y corroboradas reiteradamente por las experiencias cotidianas. Las ofertas de ayuda y atención, de parte de las instituciones de salud, asistencia social, educación, etc., reproducen las vivencias de discontinuidad objetual y masificación. Las atenciones de "urgencia" que se quedan en lo puntual propician evidentemente las tendencias regresivas. Limitarse a la satisfacción de las demandas de "urgencia" podría convertirse en la perpetuación de un estado dañino de cosas.

Un factor determinante en la perpetuación de la "pobreza psíquica", representa la dificultad de distinguir entre las angustias infantiles y las necesidades adultas. La elaboración de las tendencias pasivas (ser atendidas, alimentadas y cuidadas) para compensar las sucesivas carencias en la infancia, permiten el desarrollo de actitudes cualitativamente diferentes. Resulta indispensable revisar igualmente la resignación, la vocación de sacrificio y el conformismo como síntoma de un conflicto mayor, que trasciende la esfera propiamente psíquica. Aquí confluyen los mecanismos psíquicos vinculados a la represión y los sociales de dominación.

SALUD, COMUNICACION Y PARTICIPACION POPULAR

Graciela Biagini, Susana Checa, Stella Garrido, Ana González.

PROYECTO NUEVAS FORMAS DE COMUNICACION PARA AMPLIAR LA COBERTURA EN VACUNACION

Este proyecto, realizado durante los años 1984/86, con el auspicio de la Oficina Panamericana de la Salud (Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI) y ejecutado a través de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, se concibió como un proyecto piloto, destinado a elaborar una estrategia comunicacional para ampliar la cobertura en vacunación en sectores sociales y grupos de edad considerados como de mayor riesgo.

Dicho propósito se tradujo en objetivos específicos que se desarrollaron a lo largo del proyecto, centrados en:

- a) Conocer los patrones o códigos perceptuales y actitudinales vinculados a los procesos de salud, enfermedad y a las conductas respecto a la prevención e inmunización;
- b) Identificar los contenidos, lenguaje, estilos de comunicación y medios privilegiados en la recepción de los mensajes emitidos masivamente.

De acuerdo a la Estrategia de Atención Primaria y al marco conceptual del PAI referente a grupos de riesgo, se delimitó como universo de análisis a investigar a las madres de 15 a 35 años de localidades periurbanas del Gran Buenos Aires, con por lo menos un hijo menor de 5 años, de bajos recursos socioeconómicos pero con alguna posibilidad de acceso a centros de salud o atención médica.

Puesto que la población que presenta menor grado de cobertura en inmunización corresponde, en general, a los sectores socioeconómicos de menor nivel, se decidió seleccionar un distrito del conurbano de Buenos Aires donde este estrato fuera predominante.

Luego de un análisis preliminar se eligió el municipio de Berazategui por poseer características relevantes para el estudio.

Por un lado, Berazategui es un conglomerado urbano de tamaño intermedio, perteneciente al cordón industrial, de población mayoritariamente obrera, con un alto crecimiento poblacional y con importantes corrientes migratorias provenientes del interior del país y de países limítrofes. Por otro lado, al iniciar este proyecto el Municipio estaba desarrollando un plan de salud y acción social que contem-

plaba un conjunto de acciones de promoción de la salud con agentes comunitarias, atención médica descentralizada en algunos puestos sanitarios y equipo móvil de vacunación. Condiciones importantes a tener en cuenta para implementar la modalidad de comunicación recomendada en este estudio. En este distrito se seleccionó un barrio que se adecuaba a los requisitos considerados necesarios para la implementación del proyecto piloto.

El diseño metodológico elegido para la concreción de los objetivos propuestos y ejecución de las metas de comunicación social fue de "investigación-acción", con la utilización de técnicas participativas.

Este diseño contempló tres etapas: la primera, descriptiva o de diagnóstico; la segunda operativa o de acción y la tercera de comunicación.

Etapa I — Diagnóstico

a. Los *objetivos* del mismo fueron:

1. Conocer las características sociodemográficas y sanitarias de la población objetivo.
2. Determinar el nivel de cobertura en vacunación de los niños hasta los 3 años de edad.
3. Conocer las percepciones, representaciones, actitudes y prácticas en relación a los procesos de salud/enfermedad de los miembros de la familia y en especial de los niños.

b. *Técnicas metodológicas*

- Análisis de datos secundarios.
- Entrevistas a informantes claves.
- Relevamiento de campo a través de una encuesta de cobertura.
- Entrevistas en profundidad a una muestra de 15 madres de 15 a 35 años con hijos de hasta por lo menos 5 años.

Etapa II — Acción

a. Los objetivos específicos de esta etapa fueron:

1. Captación y movilización del barrio a partir de las

necesidades sentidas y reivindicaciones en torno a la salud de la comunidad.

2. Focalización de las áreas problema planteadas por las mujeres en relación a la salud infantil y familiar.

b) *Técnicas metodológicas*

- Asambleas barriales.
- Charlas de salud cuyo temario elegido por las madres fue: parásitos, enfermedades respiratorias, sexualidad y control de la natalidad y diarrea.
- Grupos operativos en torno a tareas de comunicación y promoción de salud de la comunidad.

Etapa III – Comunicación

El objetivo de esta etapa fue generar nuevas formas de comunicación en relación a la inmunización.

En la misma se buscó profundizar sobre los códigos que conforman la percepción de las enfermedades de la infancia y las actitudes frente a la vacunación.

El análisis y la profundización de estos códigos permitió construir perfiles de la población según "estilos de vida". Dichos perfiles se configuraron en función de las siguientes dimensiones:

- Origen y situación de migración.
- Relación de pareja.
- Maternidad y crianza.
- Tiempo libre.
- Tiempo productivo.
- Expectativas de vida y nivel de aspiraciones.
- Exposición a los medios de comunicación masiva.
- Personajes que se comportan como modelos a emular.
- Redes de comunicación privilegiadas.

b. *Técnicas metodológicas*

- Entrevistas en profundidad a una muestra al azar de 15 madres entre 18 a 39 años con hijos de 1 a 5 años. Estas entrevistas fueron realizadas en dos momentos. Los temas centrales giraron en torno a 3 ejes: imagen corporal, problemática femenina en relación al cuidado de la salud propia y de los hijos y fantasías en relación a la prevención (vacunación).
- Grupos operativos con participación promedio de 15 madres implementando técnicas participativas.
- Talleres creativos en torno a la vacunación con la técnica Brainstorming.

Análisis exploratorio

El análisis se basó en cuatro ejes centrales:

1. Significación de los procesos de salud-enfermedad.
2. Utilización de servicios de salud formales e informales.

3. Actitudes de prevención e inmunización.

4. Significación del propio cuerpo; sus órganos y funciones.

1. Significación de los procesos de salud-enfermedad.

El reconocimiento y temor a las enfermedades deriva de experiencias concretas. Las enfermedades mencionadas son aquellas que han sido vividas en el grupo familiar. Se reconoce que hay enfermedad cuando el cuerpo presenta daños de un modo total e irreversible. Las enfermedades de la infancia y otras adultas (resfriados, hemorragias menstruales, decaimiento, tristeza, etc.) son reconocidas como simples malestares por tener una corta duración en el tiempo y por no ser una amenaza en la estructuración de roles y funciones en el seno de la organización familiar.

Se conocen los síntomas que ameritan atención, pero dichas señales son percibidas tardíamente, especialmente entre los adultos. En el caso de los niños hay un reconocimiento precoz, al interpretar que algunos síntomas pueden desencadenar una enfermedad.

En general, no se privilegia la localización corporal como señal de alarma. El malestar o los síntomas infantiles que más preocupan son la falta de interés en el juego, el no comer, el estar molesto o triste. La enfermedad es un acontecimiento puntual y accidental. No se valoriza el daño que produce. El conocimiento sobre las enfermedades no está incorporado en la conducta cotidiana y recién se expresa con el agravamiento de las señales mórbidas; el saber médico-científico queda como un "deber ser" posible y no como una actitud que promueva la anticipación de acciones. La situación de enfermedad es aceptada con naturalidad; forma parte del ambiente en un marco de carencias y dificultades. No ocupa un lugar prioritario entre las necesidades sentidas. Los temores que manifiestan se refieren a no tener trabajo; no tener alimentos o combustible; que a los chicos les pase algo en la calle.

2. Vinculación con los servicios de salud formales e informales:

En primera instancia, se recurre al modelo de atención que ofrece la "tradición" y la experiencia porque es lo incorporado y lo que configuran sus recursos disponibles. Frente a la situación de enfermedad hay un "itinerario" común: primero se detecta, por parte de la madre, los síntomas de un desequilibrio; luego se lo trata de resolver a través de la medicina casera, el autocuidado y/o la medicina informal. En tercera instancia se asiste a la salita más próxima y, de acuerdo a la importancia del problema, al centro de salud más importante del distrito o al hospital especializado. Existe un uso bastante generalizado de la curandera pero referido a determinado tipo de males (em-

pacho, ojeo, culebrilla, pata de cabra) y, en algunos casos, como paso previo a la consulta médica. Hay concordancia y claridad de opiniones con respecto a las deficiencias de los servicios de atención médica y a las dificultades en la relación médico-paciente.

3. Actitudes de prevención e inmunización

El vivir al día dificulta las posibilidades de programación y anticipación de conductas.

No se considera a la prevención como una necesidad; no forma parte del marco referencial.

"Para que las enfermedades no agarren tan fuerte" constituye la respuesta de las madres mejor informadas. Sin embargo, no se conocen todas las vacunas; hay una vieja idea sobre sus funciones; errores en la cantidad de dosis a administrar; el momento de su aplicación y contra qué enfermedades previenen.

De las enfermedades más temidas, sobresalen la poliomielitis y la tuberculosis. Se desconoce a la difteria y al tétanos como enfermedad. La DPT es la vacuna más desconocida (dificultad con ese nombre o con la denominación de "triple" para establecer reglas de asociación); la Sabin es la vacuna más conocida y hay confusión con la BCG.

En la primera etapa del estudio y bajo el impacto de un brote reciente, la Antisarampionosa fue la vacuna señalada como más necesaria. Posteriormente pasó a ocupar el segundo lugar, debajo de Sabin.

La mayoría afirma que nunca le indicaron para qué sirven las vacunas aunque les avisaron que debían volver. El equipo de salud provee escasa información a la población usuaria o lo hace en una forma que dificulta la recepción del mensaje. Se estimula la actitud pasiva y dependiente de la madre. La responsabilidad del cumplimiento del esquema está depositada en el agente sanitario o, en forma mágica, en la Libreta Sanitaria. Hay escaso temor a las complicaciones o molestias producidas por las vacunas.

En vacunas de dosis múltiples, la segunda dosis es confundida a veces con el refuerzo. En general, se piensa que una dosis es suficiente. Las otras no tienen la misma importancia.

4. Significación del cuerpo

La actitud en relación a la salud-enfermedad estaría estrechamente vinculada al modo de percibir y valorar el propio cuerpo.

El cuerpo se inscribiría en la cultura popular con dos significaciones: como herramienta de trabajo y como fuente de sensaciones incontrolables.

Como herramienta de trabajo no puede permitirse desperfectos; no puede enfermar sin poner en peligro su permanencia en el sistema productivo. Como fuente de placer el cuerpo es percibido como algo vergonzante.

La cultura generada por la apelación al consumo masivo, privilegia al cuerpo como fuente de placer y pasa éste a ser un medio para obtener status. Este paradigma es el que orienta también las apelaciones hacia el consumo de salud y conductas preventivas en los sectores medios.

Pero, los sectores de bajos recursos no pueden incorporar este campo de significaciones por estar alejados tanto lingüística como económicamente.

Por otro lado, las características de la oferta (pocos centros, mala atención —tratamientos costosos, apelaciones incomprensibles—) influyen para que la demanda de prestaciones médicas sea insignificante.

A estas dificultades hay que agregarle una que consideramos fundante de las actitudes hacia las conductas de atención primaria: el desconocimiento y desvalorización del propio cuerpo.

De ahí que se considere que toda comunicación dirigida a incrementar conductas de prevención, tengan como punto de partida al cuerpo como demandante de salud, pero en una condición resignificada individual y colectivamente.

Dicha comunicación estará a su vez centrada en una relación personalizada, por ser éste el vehículo idóneo para estos sectores sociales.

Mensajes a transmitir. el emisor visualizado como legítimo es el médico en primerísimo lugar; después algún otro agente sanitario como la enfermera.

El único receptor concebido es la madre. El posible contenido de los mensajes, según estas madres, es la reflexión y la advertencia-mandato; en ambos casos señalan la necesidad de revalorizarles el para qué de la vacunación y las conductas preventivas.

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

Con la presentación del proyecto *"Investigación sobre pobreza en Argentina: objetivos y dimensiones de análisis"*, se debatieron los diseños alternativos de instrumentos de captación de datos para la caracterización de la pobreza y la utilización de sistemas de información permanente para el seguimiento de las políticas dirigidas a la misma, reconociéndose además la potencialidad de dicho proyecto para responder a muchos interrogantes que hoy se formulan quienes se encuentran estudiando el tema, así como la posibilidad que a partir de dicho proyecto se obtengan elementos analíticos que faciliten el diseño de políticas sociales.

Desde el 25 al 29 de abril de 1988 se realizó en Caracas, Venezuela, el Seminario Internacional sobre "Crisis y sobrevivencia de los sectores populares urbanos en América Latina".

Organizado por el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (CENDES), el Seminario contó con la participación de invitados extranjeros que desarrollaron las siguientes temáticas.

- "Crisis y estrategias de sobrevivencia" — Cecilia Cariola (CENDES).
- "Estrategias cotidianas, organización doméstica y rol de la mujer" — Dagmar Raczynski (CIEPLAN, Chile) e Irene Recagno (Instituto Psicología, UCV).
- "Estrategias económicas de sobrevivencia: el rol de las actividades informales" — Juan P. Pérez Sainz (FLACSO, Ecuador), Johannes Augel (Universidad de Bielefeld, República Federal Alemana) y Clovis Cavalcanti (Fundación Joaquín Nabuco Recife).
- "Las condiciones de vida de los sectores populares urbanos y las políticas del Estado. Necesidades básicas y niveles de vida" — María del Carmen Feijóo (CEDES, INDEC, Argentina), Mario Lungo (CSUCA, Costa Rica).
- "Respuestas colectivas de sobrevivencia" — Clarisa Hardy (PET, Chile) y César Rodríguez Rabanal (Centro Psicoanálisis y Sociedad, Perú).

El seminario fue auspiciado por la Fundación Volkswagenwerk.

El "Centro Internacional para la investigación sobre la mujer", en colaboración con el "Consejo para el desarrollo internacional", está organizando un

Programa de investigación dirigido a investigar los cambios en los patrones de trabajo femenino y las oportunidades de obtener ingresos bajo condiciones recesivas en distintos países de América Latina y el Caribe en los años 80.

Asimismo desde el mes de mayo hasta la fecha han aparecido tres de nuestros documentos de trabajo: el N° 3 "Canasta básica de alimentos - Gran Buenos Aires", el N° 4 "Y ahora qué? . . . La crisis como ruptura de la lógica cotidiana de los sectores populares" y el N° 5 que incluye dos trabajos: "Un aporte al concepto de déficit habitacional" y "La problemática del área educativa".

Entre los días 15 y 17 de junio de 1988 se llevó a cabo en Racine, Wisconsin, la reunión de consultores para el trabajo propuesto.

Continuando con el Seminario permanente organizado por el proyecto "Investigación sobre Pobreza en Argentina (IPA)", se realizó el 19 de mayo de 1988 una exposición brindada por el Licenciado Fernando Calderón, Director del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

El tema desarrollado fue: "Una experiencia comunitaria frente a la crisis de la canasta en dos villas populares en La Paz, Bolivia. Estrategia de sobrevivencia".

Asimismo, en el mes de mayo apareció nuestro Documento de Trabajo N° 3, "Canasta básica de alimentos — Gran Buenos Aires".

En los primeros días del mes de junio publicaremos nuestro Documento de Trabajo N° 4, "Y ahora qué? . . . La crisis como ruptura de la lógica cotidiana de los sectores populares".

El Lic. Alberto Minujin ha sido designado director del Censo Nacional de Población y Vivienda 1990. El Lic. Minujin se desempeñaba hasta el momento como director del Proyecto IPA (Investigación sobre la Pobreza en

Argentina). A partir de esta designación la dirección del IPA está a cargo del Lic. Pablo Vinocur y la coordinación a cargo de la Lic. Irene Oiberman. Minujin, no obstante, seguirá cumpliendo funciones de dirección en el IPA.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

- BORJA, Jordi y otros, Descentralización del Estado: movimiento social y gestión local, Santiago de Chile, (FLACSO-CLACSO), 1987.
- OSTIGUY, Pierre y ARMSTRONG, Warwick, La evolución del consumo alimenticio en la Argentina — 1974-1984 (Un estudio empírico), Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, Col. Biblioteca Política, N° 199, 1987.
- DESARROLLO ECONOMICO, N° 108, Enero — Marzo 1988. Revista de ciencias sociales. Publicación del Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES), Buenos Aires, 1988.
- CAFFERATA, Agustín, Pobreza y políticas sociales, Buenos Aires, Consejo Federal de Inversiones (CFI), Documentos de la Secretaría General, 1987.
- GREENE, Geoffrey, Planificación en materia de población, fuerza de trabajo y demanda por servicios, Ginebra, Estudio N° 3, Serie Programa Mundial de Empleo, Oficina Internacional del Trabajo (OIT), 1987.
- JUSTICIA SOCIAL, Publicación del Centro de Estudios Laborales (CEDEL), N° 6, Buenos Aires, Diciembre, 1987.
- CEPAL, Despoblamiento rural y cambios recientes en los procesos de urbanización regional, Buenos Aires, Documento de Trabajo N° 25.
- INFORME ECONOMICO, Revista de Economía del Centro de Investigaciones Económicas de Córdoba, Marzo, 1988.
- INVESTIGACION ECONOMICA, Revista de la Facultad de Economía de la Universidad Autónoma de México, Abril-Junio, 1987.
- CROZIER, Michel, Conferencia/Reportaje, Buenos Aires, Instituto Nacional de la Administración Pública, Publicaciones Seriadas N° 1, Enero, 1988.
- TOURAINE, Alain, Conferencia, Buenos Aires, Instituto Nacional de la Administración Pública, Publicaciones Seriadas N° 2, Febrero, 1988.
- ENCUESTA DE POBLACION ACTIVA, Principales resultados; Abril, Mayo y Junio 1987, Instituto de Estadística de España (INE), España.
- COMERCIO EXTERIOR, Revista del Banco Nacional de Comercio Exterior, N° 1, Vol. 38, México, 1988.
- CIENCIA Y TECNICA, Boletín de la Secretaría de Ciencia y Técnica, Año 5, N° 14, Buenos Aires, 1988.
- THIBAUD, Jean, Petites entreprises de l'artisanat, du commerce et des services, París, Les collections de l'insee de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, Serie E, N° 110, 1988.
- CANCEIL, Genevieve y otros, Les revenus fiscaux des menages en 1979 (et principaux resultats de 1975), París, Les collections de l'insee de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, Serie Ménages, N° 127, 1988.
- PALOMINO, Héctor, Concertación y Estructura Social en Argentina, en GREDES, Publicación del Grupo de Estudios socio-demográficos de la Universidad Nacional de Salta, Argentina, Salta, 1987.
- BOLEDA, Mario, Estudios sobre estabilidad urbana regional, en GREDES, Publicación del Grupo de Estudios socio-demográficos de la Universidad Nacional de Salta, Argentina, Salta, 1987.

BIBLIOTECA-INDEC
HIPOLITO YRIGOYEN 250, PISO 12, OF 1213
CAPITAL FEDERAL

1310

BOLETIN INFORMATIVO DEL I.P.A.

Alsina 1922 (1090) — Buenos Aires — Argentina
Tel.: 953-3537/3543 Télex 21952