



Tipo de documento: Tesis de Maestría

Título del documento: Entre la fragmentación y la integración : las políticas de salud tras las reformas neoliberales ; un análisis de las estrategias de atención a jóvenes embarazadas de barrios populares en centros de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Autores (en el caso de tesis y directores):

Silvia Alejandra Tapia

Pablo Francisco Di Leo, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2014

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales
Maestría en Políticas Sociales

Silvia Alejandra Tapia

*Entre la fragmentación y la integración: las políticas
de salud tras las reformas neoliberales.
Un análisis de las estrategias de atención a jóvenes
embarazadas de barrios populares en centros de
salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*



**Tesis para optar por el título de
Magíster en Políticas Sociales**

Director: Pablo Francisco Di Leo

**Buenos Aires
Año 2014**

Resumen

Esta tesis tiene como propósito contribuir al conocimiento acerca de la ejecución de políticas de salud orientadas a las y los jóvenes. Para ello, se considera sustantivo atender a los niveles de implementación, tanto como a los de diseño y planificación, en el análisis de las políticas sociales a fin de dar cuenta de su complejidad, así como del carácter relacional y sociohistórico de las mismas.

El objetivo general de este trabajo consiste en conocer y analizar los procesos de implementación de las políticas de salud orientadas a las y los jóvenes, en especial a aquéllas en situación de embarazo, que residen en barrios populares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y que son atendidas en efectores públicos del primer nivel de atención.

En el abordaje metodológico propuesto, para dar cuenta de los objetivos planteados, se seleccionó la estrategia del estudio de caso. En particular, se seleccionó el caso de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) localizado en las cercanías de la Villa 15 que se encuentra ubicada en el barrio de Villa Lugano, al sur de la CABA. La elección de dicha estrategia metodológica se fundamentó en que ésta posibilitaba la integración de los procesos singulares y generales en el análisis, permitiendo advertir la interrelación de las distintas dimensiones que hacen a la implementación de las políticas sociales.

Para la construcción de datos empíricos se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales del equipo de salud de dicho CESAC, para cuyo análisis se siguieron los lineamientos generales de la teoría fundamentada, utilizando como auxiliar el software Atlas.ti. En función de la articulación entre el análisis de los emergentes de los relatos y el marco conceptual propuesto, se construyeron tres categorías centrales. La construcción de tales categorías posibilitó la expresión de tensiones y conflictos presentes en los relatos, así como los puntos en común y las relaciones entre los mismos:

Presente y pasado. Cambios y continuidades en el centro de salud: El origen de los CESAC estuvo ligado a su ubicación en barrios empobrecidos de la Ciudad. Esto ha operado en las significaciones acerca de los mismos como efectores de salud orientados a los pobres, con escasa complejidad y diferenciados de la lógica hospitalaria, tanto por sus recursos como por su organización y prácticas. Esta tensión se encuentra presente también en la historia de la

conformación del CESAC estudiado. La construcción de su pasado plantea sentidos contrapuestos que transitan entre la nostalgia por los momentos en que se realizaba un trabajo en equipo y se desarrollaban acciones de prevención y promoción en el barrio; hasta el malestar y desmotivación provocados por las condiciones precarias en que se trabajaba o los momentos de inseguridad vividos en la zona. En dicha historia, que se registra como constitutiva de su presente, ese pasado y aquello que se supone como característico de un centro de salud bajo la propuesta de la Atención Primaria de la Salud (APS), aparecen como parámetro de comparación entre lo que es y lo que debiera ser el centro, y por lo tanto, cómo debieran realizarse sus actividades o establecerse su organización y relación con sus usuarios.

Adentro-Afuera. Historia de vínculos y rupturas entre el CESAC y el barrio: El vínculo con la población del barrio se ha destacado como punto de tensión en el proceso de conformación del CESAC y sus modalidades de intervención. Lo que se observa como distintivo de este barrio, esto es, las condiciones precarias de vida, la violencia, la inaccesibilidad a recursos y un importante nivel de movilidad de su población, son entendidas como condiciones generadoras de “vulnerabilidad” y “marginalidad”. En función de dicha caracterización se han propuesto acciones diversas, incluso contrapuestas, por parte de los distintos profesionales del equipo. Por un lado, en base a la estrategia de APS se sostiene y promueve la salida al barrio como forma de intervención privilegiada. Mientras que, por otro lado, esos rasgos del barrio han fundamentado el repliegue adentro del consultorio y lo asistencial, frente a la peligrosidad que alcanza a los profesionales. Estas contradicciones generan conflictos y malestares históricos en el equipo de salud, obstaculizando la continuidad de las estrategias propuestas y fragmentando las intervenciones al interior del CESAC.

Fragmentación-Integración. Los alcances y limitaciones de las estrategias institucionales para la atención a jóvenes: En la atención a los jóvenes del barrio, en particular, a las jóvenes embarazadas, las fragmentaciones mencionadas se han manifestado en diferencias en la misma definición de esta situación como problema o como hecho esperable y natural en este contexto. Esto, a su vez, plantea diferentes formas de abordaje, incluso contradictorias, en función de concepciones diversas acerca de lo que es ser joven en el barrio que, al tener poca relación entre sí, pueden estar obstaculizando el acceso y permanencia de las jóvenes en el CESAC para el cuidado de su salud.

A partir de estas tensiones, y las que se plantean entre la planificación y coordinación de la organización y la autonomía de los profesionales para desarrollar sus prácticas de atención a las jóvenes, cabe destacar los obstáculos que pueden presentarse para las jóvenes embarazadas en términos de accesibilidad y cuidado integral en los centros de salud como aspectos a considerar en las políticas que se orientan a su atención en el marco de estos efectores.

Palabras claves: políticas de salud – juventudes – territorialidad – embarazo adolescente – servicios de salud

Abstract

This thesis purpose is to contribute to the knowledge on implementation processes of health policies aimed at young people. It's considered substantive to address to the implementation levels, as well as the design and planning ones, in order to analyze social policies in its complexity, and its socio-historical and relational character.

The overall objective of this work is to know and analyze the process of implementing health policies aimed at young people, especially those who are pregnant, that live in impoverished neighborhoods of Buenos Aires (CABA) and are attended in public institutions of primary health care.

The methodological approach proposed to account for the objectives of this tesis was the case study strategy. Particularly, it was selected the case of a Health Center and Communal Action (CESAC) situated near the Villa 15 which is located in the district of Lugano in CABA. The choice of this methodological strategy was based on the possibility of integrate both singulars and generals processes in the analysis, which allow us to attend to the relation among several dimensions involved in the implementation of social policies.

For the construction of empirical data, depth interviews were applied to professionals of the CESAC team. To analyze that, we followed the general guidelines of grounded theory, using Atlas.ti software as a technical auxiliary. In order to articulate and combine the emergent in the testimonies and the proposed conceptual framework, three main categories were constructed. The construction of such categories enabled the expression of tensions and conflicts present in the testimonies, as well as the points in common and connections between them.

Present-past. Changes and continuities in the CESAC: The origin of the CESAC were linked to their location in impoverished neighborhoods of Buenos Aires city. It has operated in the meanings about them as institutions for the poor, with limited complexity and different from the hospital logical, based on their resources, organization and practices. This tension is also present in the history of the CESAC studied. Constructing its past raises conflicting senses between nostalgia for the time a team work was done and promoting and prevention activities were developed in the neighborhood and the discomfort and discouragement caused by the precarious conditions in which professionals used to work or the insecurity they experienced there. In this history, that is established as constituting of this present, what is assumed to be the past and a characteristic of a health center under the proposed of Primary Health Care (PHC), appears as a parameter of comparison between what is and what is supposed to be a CESAC, and therefore, how its activities should be performed, how it should be organized or how it should connect with the population.

Inside – Outside. Historical links and ruptures between the CESAC and the neighborhood: The link with the population of the neighborhood has been highlighted as a point of tension in the process of constructing the CESAC and its modalities of intervention. What is seen as signs of this neighborhood, that is to say, the poor living conditions, the violence, the lack of access to resources and a high level of mobility of its population, are understood as generating conditions of "vulnerability" and "marginalization". Based on this characterization different actions have been proposed, even contradictory ones. On one hand, based on the PHC strategy, it is supported and promoted the visits to the neighborhood as a privileged intervention. Whereas, on the other hand, these features have made professionals prefer assidential practice and remain inside the CESAC, based on those dangers. These historical

conflicts and contradictions generate discomfort in the professional team, limiting the continuity of the proposed strategies and fragmenting the practices inside the CESAC.

Fragmentation-Integration. The scopes and limitations of institutional strategies for attending young people: In the attention orientated to young people of the neighborhood, in particular those who are pregnant, the mentioned fragmentations have expressed differences even in the definition of this situation as a problem or as an expected and natural condition in this context. This, in turn, has established differences on the approaches, even contradictions, depending on the conceptions of what it means to be young in this neighborhood, which have little relation to each other. This could be limiting the access and continuity of young in the CESAC in order to take care of their health.

From these tensions, and those that raised between the planning and coordination of the organization and the professionals autonomy to develop their practices to attend young people, should be considered as obstacles in terms of accessibility and integral care that can arise for young pregnant women in health centers. This aspects, should also be consider as important ones in the implementation of policies to provide them care in this contexts.

Keywords: health policies – youths - territoriality - teen pregnancy - health services

INDICE

Resumen.....	2
Abstract.....	4
Agradecimientos.....	9
Introducción y plan de tesis.....	10

Primera parte: Problema de investigación y su proceso de definición

1. Construcción de problemas sociales: supuestos epistemológicos.....	14
1.1. La construcción de problemas sociales.....	14
1.1.1. Problemas que justifican soluciones: el papel de las políticas sociales.....	17
1.2. Construyendo los problemas y objetivos de esta tesis.....	19
1.2.1. Preguntas-problema.....	19
1.2.2. Objetivos.....	21
1.2.3. Abordaje metodológico.....	21
2. Políticas sociales y territorialidad.....	25
2.1. Las políticas en los barrios: supuestos acerca de lo territorial y lo local.....	25
2.1.1. Territorios y espacios.....	26
2.1.2. Lo local, lo barrial.....	29
2.1.3. Lo territorial en el campo de la salud: lo local y la comunidad.....	32
2.2. Villas y asentamientos en la Ciudad de Buenos Aires: Una historia de integración y expulsión.....	33
2.2.1. El caso de las villas en el barrio de Villa Lugano.....	37
2.3. Desigualdades socioeconómicas en la Ciudad de Buenos Aires: la situación de los barrios de la zona sur de la Ciudad.....	40
2.3.1. Aspectos sociodemográficos.....	41
2.3.2. Aspectos socioeconómicos.....	43
2.3.3. Educación.....	44
2.3.4. Cobertura de salud.....	45
2.3.5. Recursos del subsector público para la atención de jóvenes embarazadas.....	45
2.3.6. A modo de síntesis.....	47
<i>Políticas y territorialidad: abordaje conceptual propuesto.....</i>	<i>48</i>
3. Lineamientos de las políticas de salud.....	50
3.1. Supuestos iniciales en el campo de salud.....	50
3.2. La propuesta de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS).....	51
3.2.1. Salud para todos: APS como estrategia.....	52
3.2.2. Proceso de reformas: APS selectiva y focalizada.....	54
<i>Reformas neoliberales y organización del sector salud en Argentina.....</i>	<i>55</i>
3.2.3. Post reformas: la renovación de la APS.....	61

3.3. Efectores públicos de salud en Ciudad de Buenos Aires: los centros de salud en el subsector público de salud de la Ciudad.....	61
3.3.1. Orígenes de los Centros de Salud en la Ciudad.....	65
<i>Sentidos y prácticas en torno a la APS: propuesta de análisis.....</i>	<i>69</i>
4. Vínculos entre las instituciones de salud y jóvenes.....	71
4.1. Discursos acerca de las adolescencias y juventudes.....	71
4.2. Abordajes y supuestos en la construcción del “embarazo adolescente” como problema....	74
<i>Sobre el abordaje de las adolescencias y juventudes en esta tesis.....</i>	<i>79</i>

Segunda parte: Construcción y análisis de los emergentes en los relatos

5. <i>Presente-pasado: cambios y continuidades en el centro de salud.....</i>	82
5.1. El presente como expresión de lo que (no) es la identidad del CESAC.....	82
5.2. La construcción de la situación actual del CESAC es producto de sus diversos pasados.....	85
5.3. Lo edilicio es una dimensión sustantiva en la transición entre el pasado y el presente.....	90
<i>La construcción de la historia del CESAC y el vínculo pasado-presente.....</i>	<i>93</i>
6. <i>Adentro-Afuera: historia de vínculos y rupturas entre el CESAC y el barrio.....</i>	96
6.1. La singularidad del barrio deviene de su condición de vulnerabilidad y marginalidad.....	96
6.2. Los procesos de transformación en el barrio y sus problemáticas han fundamentado las distintas modalidades de intervención del centro.....	102
6.3. Las negociaciones y conflictos en el proceso de traslado del centro incidieron en el vínculo entre la población del barrio y el equipo de salud del CESAC.....	108
<i>La relación entre el equipo de salud del CESAC y el barrio: algunas reflexiones.....</i>	<i>110</i>
7. <i>Fragmentación-Integración: Los alcances y limitaciones de las estrategias institucionales para la atención a jóvenes.....</i>	113
7.1. La atención a adolescentes y jóvenes requiere un abordaje específico y diferenciado del de niños y adultos.....	113
7.2. El embarazo y maternidad adolescentes son hechos esperables en la vida de las jóvenes del barrio.....	123
7.3. La modalidad de organización del CESAC fragmenta la atención de las jóvenes embarazadas.....	128
7.4. La formación y la elección del centro como lugar de trabajo expresa un compromiso con la tarea y la población.....	134
<i>El equipo de salud y los jóvenes: hacia la construcción de vínculos.....</i>	<i>137</i>
8. Conclusiones y nuevas preguntas.....	140
9. Bibliografía.....	146
10. Anexos.....	157

Agradecimientos

A la jefatura y el equipo de profesionales del CESAC que, generosamente, me abrieron sus puertas y me brindaron su tiempo y disponibilidad facilitando desde el principio el desarrollo de las tareas de campo, haciendo definitivamente posible este trabajo.

A mi director, Pablo Di Leo, quien de manera incansable acompañó todo el proceso de realización de esta tesis, con su aliento y palabras de apoyo, su lectura detallada, sus consejos y sugerencias, que posibilitaron la apertura a nuevas preguntas, nuevos aprendizajes y materiales bibliográficos que enriquecieron mi trabajo.

A mi familia, mis padres y mi hermano, que han trabajado incansablemente y me han ayudado con todo su cariño para que pudiera seguir este camino profesional.

A Susana Checa, quien me ha brindado toda su confianza y apoyo para crecer en mi carrera profesional, incentivando mi formación en el campo de la investigación y dándome la posibilidad de trabajar a su lado durante estos años.

A Graciela Biagini, quien en los inicios de mi carrera me alentó a continuar mi formación y me dio la oportunidad de dar los primeros pasos en la investigación una vez finalizado el grado.

A mis amigas, a mis compañeras de la maestría y de los equipos de investigación que me brindaron todo su afecto y palabras de aliento constante.

Introducción

Las políticas de salud pre y post reformas neoliberales, aunque con sentidos diversos, remitieron a *lo local* como espacio privilegiado de las propuestas de acción en el campo de la salud pública. De este modo, bajo el discurso de la Atención Primaria de la Salud propuesto por organismos internacionales, se establecieron principios y valores que fundamentaron modos de intervención, así como estrategias y formas de organización consideradas adecuadas en la gestión de servicios de salud, sobre todo, aquéllos orientados a la población cuya única cobertura de salud fuera la pública-estatal.

En función de esto, en el contexto argentino y en particular, el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), se planteó que las políticas de salud estuvieran delineadas de acuerdo a la perspectiva de la APS, al menos en su expresión legal-normativa, en donde el primer nivel de atención es reconocido como ámbito privilegiado en términos de universalidad y accesibilidad, especialmente, para el cuidado de la salud de la población en situación de mayor vulnerabilidad a través de los centros de salud. Sin embargo, al mismo tiempo, la desvalorización de lo público y las críticas a la ineficiencia del Estado presentes en el discurso neoliberal, reenviarán sentidos que vinculan a estos efectores con rasgos tales como la atención de menor complejidad, de menor calidad y orientada a la atención de los pobres.

Asimismo, han operado diversas significaciones acerca de lo local y las funciones de los efectores públicos de salud en dicho ámbito, que lejos de ser un mero recorte geográfico-jurisdiccional, manifiestan espacios de relaciones entre diferentes actores sociales y de luchas de poder en la definición de los sentidos vinculados al diseño e implementación de las políticas, en particular en la especificación de sus poblaciones “objetivo”, donde lo territorial adquiere un lugar significativo.

En estas luchas se disputa, entre otras cosas, la construcción del territorio y la distribución de la población en el espacio urbano. En el caso de la CABA, como en otras ciudades latinoamericanas, su configuración se ha visto caracterizada en las últimas décadas por la fragmentación de tales espacios y la segmentación de los recursos y servicios. En dicho proceso, tendiente a la polarización de los sectores sociales más empobrecidos y más enriquecidos –sobre todo tras las reformas neoliberales– se advierten significaciones

diferenciadas acerca de estos territorios, la población que los habita y la localización de los diversos recursos sociales y simbólicos.

Así, a partir de la segunda ola¹ de reformas neoliberales, en el sector salud *lo local*, será utilizado como una forma de identificar las problemáticas de salud de los distintos grupos poblacionales priorizando las acciones focalizadas, fundamentadas en la reducción del gasto y el uso eficiente de los recursos. De este modo, comienzan a ser reconocidos distintos grupos sobre los cuales priorizar la atención, especialmente las mujeres, los niños y los pobres a través de programas específicos que tendieron a fragmentar los individuos en acciones que se plantean de forma segmentada y aisladas entre sí.

Por otra parte, el planteo de dichas políticas presentan rasgos que reenvían a la *planificación normativa*, propia de décadas anteriores, caracterizadas por la propuesta de un *deber ser* que establece objetivos y metas generalizados a ser alcanzados. Sin embargo, tales lineamientos son resignificados en la singularidad de las instituciones de acuerdo a los individuos que configuran las mismas, la historia de estas instituciones, los recursos disponibles y los contextos en que se desarrollan.

En este punto, deviene fundamental considerar las implicancias de la intersección entre los distintos espacios y actores en los procesos de implementación de las políticas, entendiendo que éstos manifiestan procesos de gran complejidad. A los fines de esta tesis resulta de interés abordar el modo en que los profesionales de centros de salud situados en barrio populares de la CABA, han configurado sus experiencias y estrategias de atención a jóvenes².

Para ello, a partir de la indagación acerca de las significaciones en torno a las situaciones de embarazo y maternidad en las jóvenes consultantes, se propone explorar el modo en que los profesionales de un CESAC seleccionado –a través de la propuesta metodológica del estudio de caso– construyen las problemáticas de salud de las jóvenes; así como las distintas significaciones para explicarlas y abordarlas en función de lo que identifican como las

¹ Susana Belmartino identifica dos movimientos de reformas en el sector salud de nuestro país. La primera, es ubicada durante la década de 1970 y los inicios de 1980 en la que la reivindicación central radicaba en la centralidad del Estado para garantizar el derecho al acceso universal y gratuito a los servicios de salud. Mientras que “el segundo movimiento de reforma relega esta reivindicación y pone en primer plano la preocupación por la eficiencia y calidad de la atención (Belmartino, 2006: 109).

² Teniendo conciencia de la orientación androcéntrica del español, se utiliza el género masculino en los plurales sólo para facilitar la lectura.

funciones de un equipo de un efector de salud del primer nivel de atención, sus alcances y limitaciones, considerando para ello la conformación histórica del CESAC y los sentidos que le otorgan los profesionales a la configuración de las prácticas institucionales.

De este modo, el propósito de este trabajo se orienta a contribuir al conocimiento sobre la ejecución de políticas de salud orientadas a jóvenes, especialmente, los aspectos relacionados con su implementación en el marco de los efectores del primer nivel de atención, dada la relevancia dada a los mismos como favorecedores de accesibilidad, de continuidad en la atención y de promoción de un abordaje multidisciplinar, tendiente a la integralidad y la intersectorialidad para atender a las necesidades de los habitantes de los barrios en donde estos centros se insertan.

Plan de tesis

En el *Capítulo 1* se abordan los supuestos en la definición de problemas sociales y la configuración de sus soluciones en el campo de las políticas sociales. En dicho marco se plantea la construcción de las preguntas-problemas que guían la presente tesis, así como sus objetivos. Finalmente, se sitúa el abordaje metodológico propuesto para la construcción de datos empíricos a partir de entrevistas en profundidad a profesionales que atienden a jóvenes embarazadas en un centro de salud seleccionado como caso; la justificación de su elección, así como los criterios para el análisis de los relatos, siguiendo los lineamientos de la teoría fundamentada (*grounded theory*).

En el *Capítulo 2* se desarrollan los aspectos relevantes del enfoque territorial en el campo de las políticas sociales, en particular, de las políticas de salud. Para ello, se establecen los antecedentes teóricos nacionales de mayor relevancia para dar cuenta del estado de la cuestión y se plantean las herramientas conceptuales referidas a lo territorial y lo local. Asimismo, en este capítulo se presenta el análisis de las desigualdades socioeconómicas en la CABA y se señala la historia de las intervenciones públicas en las villas y del barrio en que se sitúa el caso propuesto.

En el *Capítulo 3*, con el fin de señalar los principales lineamientos en las políticas de salud se destaca la propuesta de la Atención Primaria de la Salud y los distintos sentidos que se han asociado a ésta, abordando las implicancias de las reformas neoliberales en su

implementación en Argentina. Luego, se presenta la historia de la organización del primer nivel de atención en el subsector público de salud de la CABA, con el fin de considerar la particularidad de la conformación de los centros de salud en dicho marco.

En el *Capítulo 4*, a partir del análisis de los antecedentes teóricos más significativos en el contexto nacional respecto de los estudios sobre adolescencias y juventudes, así como los principales abordajes y supuestos en la construcción del “embarazo adolescente” como problema social; se construye una síntesis del estado de la cuestión, planteando el marco conceptual adoptado para el análisis de la relación entre los y las jóvenes y las instituciones de salud.

En el *Capítulo 5*, en función de la construcción de proposiciones emergentes en el diálogo entre el marco conceptual y los relatos de las entrevistadas, se indagan las significaciones respecto del centro de salud y sus rasgos característicos, así como aquellos procesos que han sido vislumbrados como significativos en su constitución histórica en tanto efector del primer nivel de atención en un barrio popular de la Ciudad de Buenos Aires.

En el *Capítulo 6*, siguiendo el mismo criterio de análisis, se abordan los sentidos vinculados a la construcción del vínculo entre la población del barrio y el equipo de salud del CESAC. A su vez, se plantea el modo en que se configuran las características del barrio y sus problemáticas; así como las estrategias desarrolladas en distintos momentos históricos para su atención con el fin de dar cuenta de acuerdos y desacuerdos, tensiones y conflictos que esto ha generado al interior de la institución y en su relación con dicha población.

En el *Capítulo 7*, se realiza la aproximación a las significaciones acerca de los jóvenes, sus problemáticas y las modalidades de intervención propuestas para su atención, en particular, para el caso de jóvenes embarazadas. A partir de ello, se busca indagar las tensiones y acuerdos en los criterios de organización y gestión, así como sus alcances y limitaciones en la construcción del vínculo con los jóvenes del barrio.

Por último, en el capítulo final de conclusiones se plantea una síntesis y articulación de las dimensiones propuestas para el análisis, con el interés de favorecer la generación de nuevas preguntas que sirvan de aporte al abordaje de los procesos de implementación de políticas de salud orientadas a jóvenes, en particular, de aquéllas en situación de embarazo.

Capítulo 1

Construcción de problemas sociales y de nuestro objeto de investigación

1.1. La construcción de problemas sociales

Al interrogar acerca de ciertas temáticas que han sido consideradas *problemas sociales* y, en algunos casos, configuradas como objetos de investigación, es posible indagar por el carácter de los mismos. Esto es, ¿se trata de problemas ya existentes en la sociedad y cuyas regularidades precisan ser “descubiertas” o de situaciones que constituidas como tales a fin de legitimar la intervención social y política en diferentes ámbitos de la vida de los sujetos? Reflexionar acerca de estos interrogantes nos remite, en principio, a pensar acerca de las formas de concebir aquello que denominamos “realidad” y el modo en que accedemos a conocerla y caracterizarla, o bien, a construirla.

Desde una perspectiva a la que Norbert Lechner (1984) denomina *naturalista*, la realidad fue considerada como una entidad que preexiste a lo social, entendida como algo surgido naturalmente y de manera espontánea. Así, a partir de dicha concepción de la realidad, la sociedad se asocia al orden de lo natural bajo el supuesto de ser configurada en base a leyes que regulan armónicamente su funcionamiento. Esto significa que la sociedad no es vislumbrada como producto histórico-social, sino como una entidad predeterminada por naturaleza, posible de ser conocida y aprehendida a través del conocimiento de las leyes que la organizan. Por consiguiente, desde esta visión naturalista el estudio de la sociedad y sus distintos aspectos responde al entendimiento de tales leyes que la regulan, por lo que “las afirmaciones teóricas no serían intento de estructurar la realidad social, sino el descubrimiento de estructuras preexistentes” (Lechner, 1984:129).

Cabe señalar que en la *modernidad* dicha perspectiva será replanteada, en tanto que “la definición del orden social como un producto de la convención humana, como algo que no era ‘absoluto’ ni estaba más allá del control del hombre, fue con mucho el mojón más importante en el camino hacia la modernidad” (Bauman, 1997:79). En dicho contexto se planteará, asimismo, al individuo diferenciado de la sociedad ya que como un ser autónomo se convertirá en productor del mundo social pero, a su vez, se reconocerá como parte de aquél en función

de aceptar la existencia de una estructura que es externa a él y al mismo tiempo, producto de su creación y control. De este modo, en la modernidad se presentará esta contradicción “de un orden construido por un sujeto constituido en y por ese mismo orden” (Grassi, 2004:25).

Tal contradicción, como otras surgidas en la modernidad, a las que pueden denominarse sus *paradojas constitutivas*, atravesarán los sentidos de los diferentes abordajes del mundo social. Esto plantea, por tanto, “el reconocimiento de que el propio objeto y la misma teoría son productos culturales y, como tales, participan de este paradójico universo de sentido que inauguró la modernidad cultural” (Grassi, 2004:25).

En términos de Pierre Bourdieu (1990), esta contradicción entre lo subjetivo y lo objetivo, buscará ser superada al entender a éstos como momentos que corresponden a un mismo análisis en tanto partes de una relación que es dialéctica. Así entonces:

(...) las relaciones entre individuo y sociedad se sustituyen por una relación construida entre dos modos de existencia de lo social. Por un lado, están las estructuras sociales externas (lo social hecho cosa) y, por otro lado, las estructuras sociales internalizadas (lo social hecho cuerpo) (Morán, 1996: 9-10).

En síntesis, a partir de lo expuesto resulta posible advertir el mundo social como una construcción social, producto de un “trabajo de representación” desarrollado por los agentes de manera continua y permanente con el fin de imponer su propia percepción acerca de ese mundo (Bourdieu, 1990).

No obstante, como señala Irene Vasilachis de Gialdino (2009), en el mundo de la ciencia el enfoque positivista se encuentra vigente y continúa predominando aún hoy en el campo de las ciencias sociales. A partir de esta concepción hegemónica:

(...) el conocimiento científico observa sólo la realidad que ha construido previamente como cognoscible, que ha definido como objeto. Se autolimita y restringe la posibilidad de conocer aquello que, aún, no puede ser conocido por exceder a esas formas de conocimiento que gozan de legitimación. Su control institucional opera en todo el desarrollo de la investigación, y alcanza tanto al investigador, determinando sus opciones, como a aquello que pretende analizar, especificando qué es lo que se puede conocer válidamente (Vasilachis de Gialdino, 2009: 2)

Ahora bien, cabe preguntar por el modo en que ciertos argumentos adquieren legitimidad por sobre otros como fundamentos de temas devenidos problemas sociales. En ese sentido, debe señalarse que los fundamentos utilizados para argumentar la construcción de ciertos

problemas no necesariamente deben sustentarse en información que puede ser considerada “correcta” o “verificable”.

La distinción de ciertos aspectos del mundo social como problemas no responde a un vínculo directo entre la existencia de una condición que resulta perjudicial y su configuración como problema social. Para ello, es preciso que se generen razones para que la intervención en una situación considerada problemática se torne legítima. Entre tales razones se buscará, a su vez, dar cuenta del origen de dicho problema, por lo que serán destacados ciertos aspectos sobre otros. Por ende, las razones no necesitarán ser verificables, sino aceptadas socialmente como explicaciones válidas para dicho problema (Edelman, 1991).

Entonces, si la explicación de un problema no precisa ser corroborada y aun así es aceptada como válida, volvemos a la pregunta por su modo de legitimación ante el resto de la sociedad. En este punto, será preciso considerar que en la construcción del mundo social y de los problemas sociales en particular, intervienen agentes sociales que de acuerdo a sus intereses propondrán cierta visión de los problemas, razones para su atención y explicaciones para su origen.

Sin embargo, no todos los agentes sociales cuentan con la misma autoridad para imponer su visión ante los demás. La producción de una visión del mundo que sea considerada legítima se genera como consecuencia de un proceso de luchas simbólicas entre agentes que ocupan posiciones sociales diferentes en un campo. La distribución de los agentes en esos campos resultará de la diferencia entre los capitales a los que puedan acceder, tanto respecto del volumen del capital como de su composición.

En otras palabras, el *campo* en términos de Pierre Bourdieu es posible pensarlo como un conjunto de relaciones de fuerzas entre distintos agentes, que estructurado de manera desigual, se caracteriza por estar constituido en función de principios de diferenciación que devienen de las propiedades actuantes que representan distintos niveles de poder. Tales propiedades actuantes son los distintos tipos de capitales que se encuentran en juego en ese campo; éstos son, el capital económico, el capital cultural, el capital social, y el capital simbólico (Bourdieu, 1990; Grassi, 2004; Arias y Di Leo 2004). Como consecuencia de este entramado de relaciones de poder:

(...) el conocimiento del mundo social, y más precisamente, de las categorías que lo posibilitan es lo que está verdaderamente en juego en la lucha política, una lucha inseparablemente teórica y práctica por el poder de conservar o de transformar el mundo social conservando o transformando las categorías de percepción de ese mundo (Bourdieu, 1990:290).

En función de la concepción de hegemonía gramsciana, podemos decir que “la ideología se vuelve hegemónica no solo a través de las instituciones del Estado, sino mediante su difusión en todas las áreas de la vida cotidiana” (Wright, 1998:132). En otras palabras, la posibilidad de que ciertas concepciones puedan tornarse hegemónicas, consideradas como verdaderas para todos, es naturalizando su explicación y visualizándola como un argumento coherente y objetivo, no ideológico y por lo tanto, legítimo para todos los grupos sociales (Wright, 1998).

1.1.1. Problemas que justifican soluciones: el papel de las políticas sociales

La constitución de un asunto en problema social implica, al mismo tiempo, la concepción de sus posibles soluciones. En la apelación a estas soluciones, las *políticas de Estado* tienen un papel fundamental. Aquí, entendemos por tales políticas a:

(...) la dirección que se impone activamente en la acción estatal como expresión o en nombre de intereses generales. En ese sentido, puede ser entendida como condensación de los procesos de hegemonización político-cultural que caracterizan un ciclo histórico, en una sociedad determinada (Grassi, 2003:23).

Tales políticas no representan, sin embargo, decisiones planteadas de manera autónoma por el Estado y sus funcionarios. En cambio, el Estado capitalista democrático se manifiesta como representante institucional de un interés universal dentro de una comunidad que deviene *nación*, al mismo tiempo que se vislumbra como tal frente al resto de los Estados. De esta manera, la producción de ese sentido hegemónico de democracia se expresa como un continuo proceso de construcción que resulta necesario para sostener la legitimidad del interés de un bloque dominante en un momento histórico determinado que se presenta, no obstante, como interés general (Grassi, 2003; Cabral, 2005; Grassi, 2008).

Al tratarse de un estado capitalista deviene una relación social y una forma política que expresa por un lado la lógica del capital, consistente en una relación de explotación y por otro lado, supone lo político como exterior a lo económico y lo reduce a lo estatal (Souza Santos, 1998). Aquí cabe destacar que esta relación de explotación “existe históricamente en cuanto a lucha de clases. Pero además de eso, es contradictoria porque la relación de explotación

tiene lugar en una arena jurídico-política de igualdad y libertad (Souza Santos, 1998, s/n). Esta tensión de las sociedades capitalistas entre igualdad y dependencia de la relación salarial parece resolverse de modo transitorio y contingente a través de las políticas sociales que permiten asegurar de alguna manera, por medio de las instituciones estatales, la *reproducción social*³ de la sociedad y los integrantes de la misma. Ahora bien, esa seguridad no opera sólo en términos económicos, sino también políticos y culturales, en tanto produce disputas por su misma definición y por la de los problemas sociales asociados a aquélla. Cabe destacar que este modo de concebir la política social:

(...) se inscribe, a su vez, en una teoría que entiende al Estado y a la sociedad como una unidad compleja, en la que aquél es simultáneamente expresión y medio de constitución de la sociedad; o dicho lo mismo de otro modo, la sociedad es, inmediatamente, un orden político cuya expresión institucional es el Estado (Grassi, 2008: 30).

En ese sentido, la definición de los problemas sociales y sus posibles soluciones; la categorización de los sujetos de las políticas y las condiciones para llegar a serlo; así como también, la misma configuración de los límites y alcances de las responsabilidades del Estado en ello, responde a procesos de lucha por el poder de nominación y construcción de la sociedad, de los sujetos que las integran, los problemas asociados a éstos y las formas legítimas de explicarlos y abordarlos:

(...) las relaciones de poder devienen, entonces, relaciones políticas que se reconfiguran en la disputa por la distribución del poder en las diversas esferas de la vida social. Dada la naturaleza de la institucionalidad política moderna, es posible reconocer un ámbito o espacio público más allá del sistema estatal, donde tienen lugar los hechos y acontecimientos (las luchas) por la reproducción o la reconfiguración de la trama de relaciones de poder y la simultánea constitución de sujetos políticos. Ello supone la producción de marcos interpretativos, categorías de aprehensión del mundo, categorizaciones que identifican a los sujetos que participan, proposición de metas y caminos de acción, etc.; es decir, discursos políticos (Grassi, 2004: 30).

³ La reproducción social, en un sentido amplio, es entendida como “la recreación del reconocimiento de las pautas básicas que orientan la vida social y de la consecuente continuidad elemental de las prácticas sociales (Giddens, 1995); pero también en lo que atañe, específicamente, a la reproducción de la vida y de la fuerza de trabajo” (Grassi, 2003)

1.2. Construyendo los problemas y objetivos de este tesis

1.2.1. Preguntas-problema

En diferentes momentos históricos las políticas sociales han adoptado características diversas, manifestadas en las distintas políticas sectoriales, en cuanto a la construcción de una problemática y la manera de abordarla. Aquí, entonces, resulta de interés preguntarnos por el modo en que se configuraron las políticas sociales tras las transformaciones planteadas por el proyecto neoliberal de reforma de los noventa. En particular, deviene relevante en el marco de esta tesis, considerar las implicancias de estas transformaciones en el campo de la salud en lo que refiere a la construcción de las problemáticas de salud de la población que fue reconocida como sujeto legítimo de las intervenciones estatales, *los pobres* (Grassi, 2008) y entre ellos, los jóvenes.

En ese sentido, se busca interrogar acerca de uno de las principales estrategias propuestas para la organización de la atención de la salud, esto es, la Atención Primaria de la Salud (APS), sobre todo la atención de aquéllos considerados en situación de mayor vulnerabilidad económica y social. En este punto, asimismo, es preciso advertir que en la definición de los grupos “objetivo” de las políticas de este sector, la asociación a *lo territorial*, en particular *lo local*, deviene fundamental en tanto caracterización de la población, de sus problemáticas de salud y también, como espacio privilegiado para el desarrollo de intervenciones consideradas más adecuadas, eficaces y eficientes en términos de los supuestos del neoliberalismo.

Cabe destacar que el análisis de estos procesos requiere asimismo desplegar una mirada desde y hacia las ciencias sociales, en tanto participantes de la disputa por la producción hegemónica de sentidos acerca de los problemas sociales, así como los conceptos para abordarlos, lo que apela a desarrollar una mirada atenta hacia los propios modos de preguntar, de categorizar y dar cuenta de esos problemas. Así, como advierte Grassi, siguiendo a Bourdieu, resulta preciso considerar que la formación en ciencias sociales:

(...) proporciona (o debería proporcionar) fundamentalmente un “método de pensar” (o una actitud siempre vigilante) que asuma que las preguntas, la información y los conocimientos producidos no son reflejos de objetos externos o de una realidad pre-existente, sino parte de la realidad, estructurados por y estructurantes de las relaciones y el espacio social reales. Los hechos sociales no son asibles ni significativos sino en tanto le damos existencia al definirlos y constituirlos como hechos relevantes, en cuyo caso el discurso político como el teórico son, por

excelencia, “productores de problemas” (políticos, sociales, económicos). Debe hacerse constar, sin embargo, que no se trata de definiciones, representaciones y sentidos ficcionales, sino de construcciones sociales disputadas en procesos de hegemonización, reales en tanto productoras de la realidad que pretenden representar (Grassi, 2005: 5).

De acuerdo a esta perspectiva, se pretende identificar los distintos sentidos vinculados a la implementación de políticas de salud en el primer nivel de atención del subsector público orientadas a los jóvenes de barrios populares con el fin de indagar acerca de a) las significaciones respecto de estos jóvenes, sus necesidades y problemas de salud; b) los sentidos vinculados a estos barrios y sus características; c) el lugar de los equipos de salud de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) en la ejecución de tales políticas. Para ello, se ha tomado en consideración la construcción de las experiencias de los integrantes de estos equipos en los diferentes momentos por los que han atravesado estas instituciones a partir de la década de 1990, momento de profundización de las reformas neoliberales en nuestro país, hasta la actualidad. En ese sentido, se han planteado como preguntas-problema para el desarrollo de esta tesis:

- ¿Cómo se han configurado los centros de salud del primer nivel de atención del subsector público de salud en el marco de los procesos de transformación económica, política y social que resultaron de las reformas neoliberales desplegadas desde la década de 1990? ¿Cómo han operado tales transformaciones en la conformación de los equipos de estos efectores y sus prácticas, sus principios y objetivos institucionales?
- ¿Cuál ha sido el lugar de dichos centros de salud en los barrios populares en los que se han insertado en función de la estrategia de APS? ¿Cuáles han sido los alcances y limitaciones en la generación de vínculos con la población de estos barrios y la atención de sus problemas de salud?
- ¿Cuáles han sido las características de las intervenciones desarrolladas por los equipos de salud de tales efectores que tienen a los jóvenes de estos barrios como destinatarios? ¿Cómo han sido construidos los problemas de salud asociados a estos jóvenes y cuáles han sido las propuestas para su atención? ¿Qué acuerdos y conflictos han implicado tales concepciones e intervenciones?

1.2.2. Objetivos

Objetivo general

Conocer y analizar los procesos de implementación de las políticas de salud orientadas a los y las jóvenes, en especial a aquéllas en situación de embarazo, que residen en barrios populares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y que son atendidas en efectores públicos del primer nivel de atención.

Objetivos específicos

- Explorar las concepciones de los profesionales de equipos de salud de los centros de salud de la CABA acerca de los procesos de conformación de tales efectores, su organización y prácticas, en el contexto de las reformas neoliberales y hasta la actualidad.
- Indagar las significaciones de los profesionales de tales equipos respecto del lugar de los centros de salud que se insertan en barrios populares de la Ciudad, considerando sus concepciones acerca del rol de los CESAC en el marco de la estrategia de la APS.
- Indagar las significaciones y sentidos vinculados a los jóvenes de barrios populares y sus problemáticas de salud por parte de los profesionales de efectores del primer nivel de atención, particularmente, en lo que refiere a la situación de embarazo entre estos jóvenes.
- Caracterizar las significaciones y fundamentos que sostienen las prácticas de los equipos de salud de tales efectores para la atención de jóvenes, en particular, jóvenes embarazadas que habitan en dichos barrios.

1.2.3. Abordaje metodológico

Para el desarrollo de esta tesis se estimó fundamental considerar la *flexibilidad* para llevar adelante desde el planteo de las preguntas-problemas y objetivos, hasta el trabajo de campo y la construcción del marco conceptual. Aquí, entendemos por el concepto de flexibilidad a aquél que:

(...) alude a la posibilidad de advertir durante el *proceso* de investigación situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio, que puedan implicar cambios en las preguntas de investigación y los propósitos, a la viabilidad de adoptar técnicas novedosas de recolección de datos; y a la factibilidad de elaborar conceptualmente los datos en una forma original durante el proceso de investigación (Mendizábal, 2012: 67).

Cabe señalar que, en función de los objetivos propuestos y siguiendo un abordaje cualitativo, se consideró que el *estudio de caso* permitía integrar la indagación acerca de la temática de interés y a su vez, dar cuenta de la particularidad del centro de salud, fundamentalmente, de acuerdo a sus rasgos que resultaban significativos a la luz de los interrogantes planteados que fueron, a su vez, generados a partir de la profundización en este caso (Neiman y Quaranta, 2012).

Tales rasgos refieren a su ubicación como principal centro de referencia en salud para la población de un barrio popular de la zona sur de CABA denominado Villa 15 o “Ciudad Oculta”, situado en el barrio de Villa Lugano; la historia de la construcción y edificación de dicho centro; su estructura física actual que difiere de otros CESAC en cuanto a tamaño y servicios disponibles; la accesibilidad al mismo para la realización del trabajo de campo y por la alta proporción de jóvenes embarazadas que se atienden en este centro de salud de acuerdo a los registros estadísticos de los efectores del primer nivel de atención de CABA.

Así, entonces, para la construcción de los datos se realizaron, previo consentimiento informado⁴, 11 entrevistas en profundidad (10 mujeres y un hombre) a profesionales del CESAC que pudieran atender de manera continuada a jóvenes, en particular, jóvenes embarazadas⁵. Se entrevistaron a profesionales⁶ de los siguientes servicios: Obstetricia, Nutrición, Odontología, Psicología, Trabajo Social, Medicina General, Pediatría y Adolescencia. Debido a la relevancia que adquirió los rasgos históricos del centro de salud se realizaron,

⁴ Se indicaron los objetivos de la investigación y su marco institucional, el aval de la jefatura del CESAC para llevarla a cabo en dicho efector, así como el carácter anónimo y voluntario de las entrevistas.

⁵ Dado el carácter predominantemente técnico desarrollado por el servicio de enfermería u otros integrantes del equipo de salud, como técnicos y administrativos; así como los límites temporales para la realización de esta tesis no se consideró pertinente su inclusión en la misma. No obstante, se considera la posibilidad y el interés por incluirlos en una futura tesis de doctorado con el fin de ampliar las significaciones de los distintos actores que conforman los equipos de salud.

⁶ Debido a que la mayoría de las entrevistadas fueron mujeres (sólo en un caso el entrevistado era varón), se utilizará el plural en femenino cuando se haga referencia a sus relatos y/o experiencias.

además, dos entrevistas a informantes claves, la jefa del CESAC y la antropóloga, dada su permanencia y recorrido en la institución.

Cuadro 1. Profesionales entrevistadas por servicio

Servicio / Cargo	Seudónimo	Cantidad de profesionales entrevistadas	Antigüedad en el CESAC
Obstetricia	Mónica	2 planta permanente	20 años
	Ana Laura	1 residente de tercer año	
Pediatría	Juan	1 planta permanente	20 años
Medicina General	Daniela	1 planta permanente	un año
Ginecología	Gabriela	1 planta permanente	un año y medio
Trabajo social	Valeria	1 planta permanente	un año
Salud mental	Carolina	1 planta permanente	Cuatro años
Adolescencia	Susana	1 planta permanente	Menos de 5 años
Nutrición	Cecilia	1 instructora de residentes	Cuatro años
Odontología	Eugenia	1 planta permanente	un año
Antropología	Mabel	1 planta permanente	Más de 20 años
Jefatura del Centro	Viviana	1 planta permanente	Más de 20 años
	Total	13 profesionales entrevistadas	

Para la realización de las entrevistas se establecieron pautas que permitieran dar flexibilidad al intercambio en función de interrogantes que fueron revisados a medida que se desarrollaron los encuentros⁷. Cabe señalar que la elección de la técnica de la entrevista se fundamentó en que ésta permite indagar acerca del modo en que los individuos construyen sus experiencias acerca de sus vínculos y relaciones, situaciones conflictivas o cambios en su vida cotidiana (Souza Minayo et al, 2005; Nirenberg et al, 2007).

⁷ El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de febrero y julio. El primer contacto se realizó a través de una profesional de otro centro de salud quien facilitó el mail de la jefa del CESAC. Luego del contacto vía mail, la jefa del centro aceptó amablemente una entrevista donde presenté los objetivos del proyecto y rápidamente me facilitó el acceso a la institución. Cada profesional facilitó el contacto con el siguiente entrevistado, salvo algunos casos, en que el contacto se realizó directamente a las entrevistadas. En todos los casos se obtuvo una buena recepción y apertura para la realización de la entrevista.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para facilitar su análisis. Para la codificación de los datos construidos se utilizó el software Atlas ti, siguiendo para su análisis los lineamientos de la *teoría fundamentada* (Vasilachis de Gialdino, 2012), a partir de los cuales se definieron las proposiciones emergentes de los relatos de las entrevistadas, buscando atender a “los criterios de parsimonia – maximizar la comprensión de un fenómeno con el mínimo de conceptos posible- y de alcance –ampliar el campo de aplicación del análisis sin desligarse de la base empírica- en diálogo con el estado del arte y el marco conceptual (...)” (Di Leo y Camarotti, 2013: 25).

De este modo, en el desarrollo de este análisis se construyeron tres categorías centrales en base a las dimensiones centrales propuestas en la guía de entrevistas, las temáticas emergentes en los relatos de las entrevistadas y la revisión bibliográfica en torno a estos temas. Como consecuencia, reemplazar por se construyeron las siguientes categorías centrales: a) *Presente-pasado*: cambios y continuidades en el centro de salud; b) *Adentro-Afuera*: historia de vínculos y rupturas entre el CESAC y el barrio y c) *Fragmentación-Integración*: Los alcances y limitaciones de las estrategias institucionales para la atención a jóvenes.

En función de las categorías centrales se buscó indagar los emergentes principales vinculados a cada una de ellas a través de un proceso de comparación e interpretación a la luz de la lectura bibliográfica que también tuvo un carácter *emergente* y que fue facilitado por las herramientas de codificación que provee el programa Atlas-Ti. Así, entonces, a partir de estos emergentes se construyeron enunciados, denominados *proposiciones*, que posibilitaron el planteo de las tensiones y conflictos presentes en los relatos, así como los puntos en común y las relaciones entre los mismos (Vasilachis de Gialdino, 2012).

Cabe advertir, no obstante, que la distinción entre las distintas categorías y proposiciones se ha realizado de manera analítica, reconociendo la articulación entre las distintas dimensiones que hacen a los procesos sociales. En ese sentido, en cada capítulo aunque se analizara cada categoría en profundidad, se buscó contemplar en todo momento el vínculo con las restantes.

Capítulo 2

Políticas sociales y territorialidad

2.1. Las políticas en los barrios: supuestos acerca de lo territorial y lo local

En las últimas décadas, las desigualdades sociales se han desplegado de manera tal que la profundidad de las brechas que separan a los grupos sociales se han expresado no sólo en el ámbito del mercado de trabajo, sino también en el aumento del distanciamiento territorial y de la segmentación relacionada con la calidad de los servicios a los que acceden cada uno de esos grupos (Katzman, 2001; Ziccardi, 2008). De este modo, los ámbitos urbanos se han constituido en espacios con barreras que se tornan al mismo tiempo simbólicas, físicas y económicas, y donde los usos de los espacios resultan “tan diferenciados como diferenciadores” (Bauman, 1999: 8).

En tal sentido, como lo destacan estudios recientes, deviene significativa la dimensión espacial en el abordaje de los fenómenos sociales. En el caso de los análisis vinculados a la política social, particularmente en el campo de la salud, la consideración de lo territorial puede resultar útil para la problematización del uso de ciertas categorías en los procesos de diseño e implementación de tales políticas. Dichos cuestionamientos pueden ser pensados como favorecedores de la desnaturalización de conceptos que aparecen como un dato dado en discursos y documentos de gestión, así como en los estudios que los abordan (Soldano, 2008; Cravino, 2010; Chiara et al, 2012).

La utilización de categorías tales como *lo local*, *lo barrial*, *lo territorial* ha resultado particularmente relevante en la búsqueda de legitimidad de las políticas que se enmarcaron en la reforma neoliberal. Tales políticas utilizaron lo territorial como uno de los fundamentos para sus principales lineamientos como la descentralización y la focalización⁸.

Ahora bien, aquí cabe preguntarnos por el modo en que estos planteos acerca de lo territorial han sido leídos y utilizados en el desarrollo de las políticas de salud en el contexto argentino. Antes, deviene pertinente distinguir que la dimensión territorial puede ser analizada a partir

⁸ En el capítulo 3 de esta tesis se desarrollan con mayor profundidad estos lineamientos de las políticas neoliberales.

de dos enfoques: por un lado, en clave de escenario de prácticas sociales, o bien, por otro lado, como objeto de estudio en sí mismo. Al respecto, de acuerdo con este último enfoque y siguiendo la propuesta de análisis de María Cristina Cravino, entendemos que “el espacio no es solo un marco, sino una dimensión de la práctica social” (Cravino, 2009: 21).

2.1.1. Territorios y espacios

La aproximación a las concepciones de lo espacial y lo territorial nos remiten al ejercicio de reflexión respecto de los supuestos vinculados al pensamiento sustancialista en el que los lugares son percibidos como cuestiones evidentes (Bourdieu, 2010). Con el fin de identificar esos distintos usos de tales conceptos, sus alcances y limitaciones en el análisis de las políticas en salud, se presenta una revisión de los diferentes abordajes actuales en la temática y aquéllos que serán considerados en el presente trabajo.

Entre los usos más comunes del concepto, el territorio ha sido definido en función de una delimitación político-administrativa como espacio de responsabilidad de un gobierno o sector. En otros casos, en función de objetivos diversos, se han establecido límites para la creación de determinadas áreas o regiones a las que se les atribuyen ciertos rasgos comunes. En función de estas delimitaciones, además, se han desarrollado relevamientos estadísticos a partir de los cuales se busca dar cuenta de, por ejemplo, la situación ambiental y de salud de la población residente en dichos territorios (Monken y Barsellos, 2013). Maurício Monken y Christovam Barcellos (2013), cuestionando tales concepciones, advierten el carácter construido, dinámico y variable de esos territorios y destacan que estas divisiones construidas socialmente son, en realidad, resultado de relaciones de poder. En el mismo sentido, en su concepción de territorio, Silvina Corbetta señala que éste:

(...) no es sólo un espacio geográfico ni la jurisdicción correspondiente a un nivel de gobierno sino que es la forma en que el espacio geográfico es habitado, socializado y humanizado (...) es el resultado de una red de relaciones entre los sujetos individuales y colectivos entre sí, y entre éstos y el ambiente o espacio biofísico en el que se localizan temporal y geográficamente; una configuración compleja que surge de múltiples interacciones e interferencias de factores también resultado de esas relaciones (Corbetta, 2009: 270-271).

Por otra parte, en el estudio sobre la relación entre políticas sociales y fragmentación socioespacial en el contexto del área metropolitana de Buenos Aires, Daniela Soldano

presenta el concepto de *territorialidad* como aquél que permitiría dar cuenta de “la producción social, política, económica y simbólico-cultural del espacio habitado. Desde esta perspectiva, el territorio implica los procesos de marcación y apropiación subjetiva e intersubjetiva que realizan sus habitantes, dado el sistema de poder vigente” (Soldano, 2008: 37).

Estas distintas concepciones coinciden en dar cuenta de los territorios en tanto espacios producidos socialmente. Ahora bien, las nociones que hacen referencia al espacio pueden presentar sentidos diversos. En este punto, cabe destacar las críticas realizadas a aquellos abordajes que han diferenciado el *espacio físico* del *espacio social*. Dichas críticas se orientaron especialmente a los supuestos del paradigma racionalista de la arquitectura, en cuanto a su pretensión de reconocer un orden social a partir de un orden físico dado. Desde tal paradigma, en consecuencia, la planificación urbana fue entendida con la función de “garantizar una estructura funcional a la ciudad, ya que los procesos sociales se tendrían que amoldar al ordenamiento territorial propuesto” (Cravino, 2010: 22).

Entre los críticos a dicho enfoque cabe señalar lo desarrollado por el geógrafo David Harvey, quien en su análisis de estas concepciones acerca del urbanismo y los problemas derivados de ello, destacaba el modo en que “los procesos sociales y las formas espaciales aparecen en nuestras mentes, en general, como cosas distintas, aunque no lo sean en la realidad (...)” (Harvey, 1997: 2). Por ello, advertía que al abordar la dimensión espacial era posible incurrir en un *fetichismo de lo espacial* al generar explicaciones acerca de su configuración considerando “al espacio como un reflejo o soporte de las relaciones sociales” (Cravino, 2009: 19).

Del mismo modo, Pierre Bourdieu (2010), analizando críticamente tales perspectivas a las que denominara sustancialistas, propuso una articulación entre las estructuras del espacio social y el espacio físico. Como señala Cravino (2010: 22) “siguiendo a Bourdieu ‘el lugar puede definirse decididamente como el punto del espacio físico en que están situados, ‘tienen lugar’, existen, una agente o una cosa. Vale decir, ya sea como localización, ya, desde el punto de vista relacional, como posición, rango en un orden’”. En este sentido, al caracterizar los aspectos que presenta la estructura del espacio, dicho autor señala que ésta:

(...) se manifiesta, en los contextos más diversos, en la forma de oposiciones espaciales, en las que el espacio habitado (o apropiado) funciona como una especie de simbolización espontánea del espacio social. En una sociedad jerárquica, no hay espacio que no esté jerarquizado y no exprese jerarquías y las distancias sociales, de un modo (más o menos) deformado y sobre todo enmascarado por el *efecto de naturalización* que entraña la inscripción duradera de las realidades sociales en el mundo natural: así, determinadas diferencias producidas por la lógica histórica pueden parecer surgidas de la naturaleza de las cosas (basta con pensar en la idea de “frontera natural”) (Bourdieu, 2010: 120).

Por otra parte, siguiendo los planteos de Edward Soja, Cravino recupera su concepción de la espacialidad en la que también se manifiesta una articulación entre lo físico y lo social. Para dicho autor “la espacialidad constituye y concretiza la acción y las relaciones sociales. El espacio es tanto productor como producto, por lo que puede ser denominado ‘dialéctica socio-espacial’” (Cravino, 2009: 20).

Un rasgo fundamental en el análisis del espacio, en particular del espacio urbano, será la *distancia*. Dicha categoría podrá ser leída en términos de la percepción de los actores en función de su localización y trayectos cotidianos y a su vez, como una *distancia simbólica* en tanto modos de valorizar diferencialmente las distancias en las ciudades (Cravino, 2009).

El estudio de lo urbano, como un espacio socialmente construido y diferencialmente jerarquizado, ha implicado además en las últimas décadas el debate acerca de las diversas expresiones socioespaciales de los procesos de reformas políticas y económicas en las ciudades:

Distintas metáforas acuñadas por los científicos sociales han intentado dar cuenta de la relación entre la transformación de la estructura socioeconómica y política y la fisonomía de las ciudades. Sea bajo el prisma de la **dualización, de la fragmentación o de la segregación**, esto es, considerando al espacio urbano desde una lógica de polos, de piezas dispuestas en fragmentos o con tendencia a la separación, las ciencias sociales han intentado producir imágenes de la ciudad que expresen la profunda metamorfosis social y económica de la que ha sido objeto (Soldano, 2008: 39).

Ahora bien, en los estudios acerca de los procesos como la dualización, la fragmentación o la segregación pueden distinguirse una diversidad de sentidos en sus usos y supuestos, que pocas veces son explicitados en las investigaciones que los proponen como categorías analíticas y los presentan como datos evidentes. Al respecto, cabe destacar los modos en que ha sido entendida y analizada la categoría de *segregación urbana*. De acuerdo a la recopilación desarrollada por Cravino (2009) en los trabajos que abordan dicha temática, se advierten tres aspectos que suelen asociarse a la noción de segregación:

(...) a) la distribución desigual de los estratos sociales en el espacio de una ciudad; b) procesos de distanciamiento espacial entre grupos sociales diversos, por lo general los que se encuentran en los extremos de la escala social (entre los más “ricos” y los más “pobres”) y c) proceso de distanciamiento simbólico entre grupos sociales localizados en un mismo barrio o ciudad (Cravino, 2009: 31).

Finalmente, entre las distintas concepciones de la segregación ha podido observarse una asociación a sentidos con una importante carga valorativa o que consideran dicho proceso como expresión de una polarización o dualización de las ciudades. En otros casos el uso de este concepto tendió a presentarse como equivalente de *pobreza* cuando, en realidad, se buscara dar cuenta de desigualdades sociales o de la exclusión de ciertas instituciones (Cravino, 2009).

2.1.2. Lo local, lo barrial

Del análisis del espacio urbano se desprenden los estudios del *barrio* como unidad de análisis privilegiada en las investigaciones en el campo de la política social. Esto puede vincularse al interés de tales estudios por indagar acerca de las consecuencias de los lineamientos político-económicos de corte neoliberal, en función de los cuales las políticas sociales se revistieron de un carácter acotado y fragmentario, orientadas particularmente hacia la *focalización territorial*. En ese marco la lógica de programas y proyectos, en pos de una supuesta búsqueda de mayor eficacia y eficiencia en el uso y distribución de los recursos, tomó auge como forma predominante de ejecución de las políticas sociales a través de acciones puntuales, segmentadas y con escasa articulación (Nirenberg et al, 2003; Cravino, 2009). En consecuencia, como señala Estela Grassi (2008):

La dispersión de planes y programas sociales, a la vez superpuestos, reproducían y producían la fragmentación del sujeto, tanto en un sentido pasivo, porque expresaron categorizaciones que funcionaban prácticamente; como activamente, al categorizar teóricamente la *población objeto* de intervención (Grassi, 2008: 29).

En tal sentido, el barrio se vuelve actor privilegiado en tanto “destinatario” de tales programas, en particular, los barrios populares de los sectores más empobrecidos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires⁹.

⁹ Cabe señalar que el interés en el ámbito barrial, no sólo estará vinculado a los barrios populares, sino también a “las transformaciones de las clases medias altas y altas, producto de la política económica de corte neoliberal de los gobiernos en la década del 90” (Cravino, 2009: 26).

La centralidad de los barrios y lo local será leída, por otra parte, por Denis Merklen (2010) como consecuencia del *proceso de desafiliación* a partir del cual “los perdedores se refugiaron en lo local y fueron reconstruyendo su sociabilidad principalmente a través de lo que hemos llamado una ‘inscripción territorial’. Es en el marco de lo local que las clases populares organizan (parcialmente) tanto su participación política como sus lazos de solidaridad” (Merklen, 2010: 57-58). En este sentido, Merklen (2010) a partir de un estudio desarrollado en asentamientos de La Matanza, analiza el modo en que la producción del territorio puede constituirse en punto de apoyo y soporte para la sociabilidad y la salida de los habitantes de estos barrios a otras áreas de la ciudad, pero también como soporte de la acción colectiva y de la acción de agentes externos sobre el mismo.

Por ende, de acuerdo con Cravino (2009), el enfoque de Merklen (2010) no procura entender el barrio como una entidad aislada, en tanto dicho autor argumenta que “las regulaciones de la vida social corresponden al dominio del Estado y que la participación de los individuos en la sociedad no se circunscribe sólo al barrio, ya que éste no basta para organizar por entero la vida” (Cravino, 2009: 29).

Por otra parte, cabe recuperar el abordaje teórico-metodológico que realiza el antropólogo Ariel Gravano (2003), quien considerando la dimensión sincrónica e histórica para su análisis de lo barrial y de los procesos de diferenciación social, entiende aquél “como espacio simbólico-ideológico y referente de identidades sociales urbanas” (Cravino, 2009: 24). En su propuesta analítica, plantea como uno de los rasgos sustantivos de los barrios su funcionalidad residencial y presenta una tipología a partir de la que construye las categorías de barrio social (referido al espacio de sociabilidad), barrio identitario (como potencial para la producción de identidades) y barrio como producción ideológica (potencial para construir y ser construido socialmente) (Cravino, 2009).

Ahora bien, aun cuando la concepción acerca de las *villas* suela diferenciarse de la idea de barrio al ser habitualmente estigmatizadas por vincularlas a la violencia, la inseguridad y peligrosidad (cerca a la noción de *gueto*¹⁰); deben considerarse, en cambio, de acuerdo

¹⁰ Como señala Cravino al referirse a las villas “(...) no debemos caer en la tentación de de colocarles la etiqueta de ‘guetos’, ya que estos tienen dos elementos centrales que no comparten con las villas: son espacios de relegación y tienen una connotación étnica. Sí comparten con los guetos ser objeto de estigmatización, pero esto no es exclusivo de las villas” (Cravino, 2009: 48)

con Pablo Vitale (2009: 4) “como parte inescindible de la dinámica urbana de la Ciudad de Buenos Aires, descartando toda explicación que las aborde como *anomalías* urbanas”.

Asimismo, siguiendo los señalamientos de Estela Grassi que retoma Cravino en su texto, respecto de las villas y los asentamientos, debemos entender que éstos:

(...) no constituyen enclaves de culturas tradicionales o reminiscencias folklóricas (características condensadas, comúnmente, en un indefinido y uniformador ‘provincialismo’ de origen, indiscriminadamente atribuido al conjunto de sus habitantes), sino que son una expresión de las particularidades estructurales del desarrollo urbano en nuestro país (Cravino, 2009: 46).

De este modo, en los términos de Gravano (2003), las villas también podrían considerarse *barrios* en tanto cumplen, por ejemplo, con una función residencial. Sin embargo, los sentidos más comunes que se encuentran asociados a las villas, las plantean como:

(...) barrios con pretensión de ser “barrio” similares a los formales. En otras palabras, fragmentos de ciudad sin status de ciudad. Entonces, la “pretensión” de similaridad es mayormente una cuestión de status, quedando en segundo plano la transformación material, ya que la villa físicamente es un lugar siempre en transformación, siempre haciéndose, construyéndose (Cravino, 2009: 50).

Ahora bien, estos aspectos de “carencia” vinculados a las villas serán luego, de manera paradójica, utilizados para fundamentar la ubicación de aquellos grupos sociales “beneficiarios” de la intervención estatal. De este modo:

(...) esta situación los hará visibles como sujetos – objetos de políticas sociales focalizadas y concomitantemente su hábitat se convierte en una credencial válida para solicitar ser incluido en mecanismos asistenciales del Estado (...) actúa como una llave de negociación con los agentes estatales y los construye casi mecánicamente como sujetos legítimos en la recepción de diferentes programas focalizados, que el territorio signa como los más pobres dentro de los pobres (Cravino, 2009: 74).

Por último, en la configuración de los límites de los barrios y particularmente en el caso de las villas, la delimitación del *adentro* y el *afuera* se vuelve un aspecto fundamental de la conformación de las fronteras simbólicas que separan a unos de otros. Tales límites son contruidos tanto por sus habitantes, así como también por distintas instituciones “externas”, especialmente las del Estado. Estas delimitaciones pueden constituirse, asimismo, al interior de los barrios como diferenciadores espaciales jerarquizados entre los grupos o sectores sociales que los integran, en tanto son valorizados de diversas maneras por tales actores (Cravino, 2009).

2.1.3. Lo territorial en el campo de salud: lo local y la comunidad

En el caso del sector salud, la dimensión territorial adquirió una relevancia sustantiva en el desarrollo de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud como eje fundamental de la política sanitaria a nivel local, impulsada y promovida especialmente por los organismos internacionales como la OMS y la OPS. Tal inclusión de lo territorial en los lineamientos de estos organismos puede distinguirse, no obstante, en diferentes momentos históricos:

Desde aquellas visiones propias del control militar del territorio de mediados del siglo pasado (1946, 1950), expresado en los programas de erradicación de enfermedades transmisibles (viruela y malaria), pasando por la emergencia de los programas horizontales que tienen su inicio en la conferencia de Alma Ata en 1978, con la perspectiva de Atención Primaria de la Salud (APS), su expresión organizativa de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), bajando a un territorio más próximo, más familiar, con una visión casi organicista del territorio. Hasta las últimas orientaciones de la última década (2005-2008) en los cuales la OPS ha puesto sobre la mesa planteamientos más complejos, en particular expresados por la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. Y últimamente la orientación más reciente que recupera el concepto de red, de las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS) (Chiara, 2011: 2).

En particular, a partir de reformas neoliberales, la focalización territorial de lo barrial fue traducida en términos de *lo local*, como espacio privilegiado de gestión e intervención bajo la estrategia de la APS. Esta referencia a lo local, en los lineamientos de los organismos internacionales, tendió a ser interpretado como un espacio homogéneo y con atributos propios de lo cotidiano y lo familiar. De acuerdo con lo planteado por Magdalena Chiara “se advierte la dificultad de estas visiones para historizar el territorio, para dar cuenta de actores y relaciones, de tensiones en los intereses entre esos actores” (Chiara, 2011: 2).

Así, por ejemplo, puede encontrarse el uso del término comunidad en los documentos referidos a la atención primaria desarrollados por la OPS/OMS, desde la primera definición oficial de APS en la que se destaca la misma como aquella “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar” (OPS/OMS, 2007: 4); hasta las propuestas posteriores para su renovación en las que se vuelve a apelar a la comunidad señalando que en la actualidad:

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención

integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción (OPS/OMS, 2007: 5).

A partir de las concepciones acerca de lo barrial y lo local, a su vez, emergen sentidos que los vinculan a la idea de *comunidad*. Como señala Cravino (2009: 51) “por detrás de estos usos del término ‘comunidad’ se están presuponiendo ciertos comportamientos de los sujetos, quienes actuarían bajo normas distintas a la de la sociedad concebida como totalidad”. Así quedan invisibilizados los conflictos, la heterogeneidad de la población y sus problemáticas, suponiendo rasgos de armonía, solidaridad y organización espontánea y autónoma.

De este modo, bajo tales supuestos buscó legitimarse la focalización de las políticas que precisaban la definición de una población objetivo específica, delimitada en estos términos, pasando a ser nominalizada en tanto *comunidad* y por lo tanto, merecedora de recursos e intervenciones estatales.

2.2. Villas y asentamientos en la Ciudad de Buenos Aires: una de historia de integración y expulsión

Como mencionáramos en la primer parte del capítulo, el papel del Estado en la construcción del espacio urbano deviene fundamental. En ese sentido, y en función del interés en la ubicación del caso estudiado en esta tesis, se vuelve relevante hacer una breve referencia al modo en que se han desplegado los procesos de intervención estatal en las villas y las características distintivas que han adoptado desde las reformas neoliberales hasta los últimos años.

En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, las villas se han ubicado en terrenos fiscales, generalmente “inundables, abandonados o destinados a obras viales, así como los playones de maniobras de ferrocarriles o en las zonas cercanas al puerto” (Urresti y Cecconi, 2007: 47). Aun cuando, en su mayoría, las villas y asentamientos emergieron de procesos de autodelimitación para responder a necesidades de residencia, así como de producción y reproducción (Cravino, 2009); esta autoproducción de la vivienda, en el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA):

(...) sin embargo, no debería soslayar la observación de que es el Estado – local o nacional – el que, en la mayor parte de los casos, habilita la instalación inicial de la población en sectores en los que se desarrollaron las actuales villas porteñas (Vitale, 2009: 6).

Cabe advertir que los planes de intervención estatal en las villas no se restringen a las últimas dos décadas. Por el contrario, es posible distinguir un activo desarrollo de políticas públicas al respecto, las cuales adoptaron diversas orientaciones de acuerdo al momento histórico en que fueron planteadas. Así, pueden reconocerse desde la políticas para su erradicación durante las dictaduras iniciadas en 1955, con la creación de los primeros *núcleos habitacionales transitorios*; un segundo momento en la década de 1970 en que estas políticas fueron profundizadas con planteamientos explícitos de expulsión y relocalización de manera violenta; hasta los cambios propuestos por las políticas de radicación e integración promovidas en el retorno de la democracia (Vitale, 2009).

La vuelta a la institucionalidad democrática vislumbró los límites de las políticas desplegadas durante la dictadura para responder al problema habitacional de la Ciudad, que se tradujo en una ampliación y un crecimiento sostenido de la población residente en las villas. Esto tendió a profundizarse en los noventa:

(...) cuando el Estado se desentiende de la cuestión urbana y su preocupación se centra en satisfacer las demandas de los capitales concentrados globales, con la puesta en marcha de proyectos urbanísticos destinados a generar una economía de servicios – financieros, turísticos, recreativos, comerciales- acordes con la política neoliberal en curso (Urresti y Cecconi, 2007: 47).

Paradójicamente, para la década de 1990, en el marco del proceso de reforma de la Constitución Nacional desarrollado en 1994, de la sanción de la autonomía de la Ciudad y su propia constitución, será incorporado de manera explícita el derecho a la vivienda siendo reconocido como parte de los derechos económicos, sociales y culturales que fueron ratificados en tales constituciones (Vitale, 2009).

Durante esa década las políticas de urbanización y organización territorial de la Ciudad constituyen parte del proceso de *reorientación de las políticas sociales* que se configuran en el marco de las radicales transformaciones económicas, políticas y sociales derivadas de los lineamientos neoliberales (Grassi, 2003).

Como producto de tales transformaciones la *nueva cuestión social* fue asociada al proceso de empobrecimiento, al desempleo y a las condiciones precarizadas de las relaciones laborales

(Merklen, 2010). Estas cuestiones al ser tratadas en los procesos de reforma neoliberal como cuestiones sin vínculo o interrelación entre sí, establecieron “la autonomización virtual de las *condiciones de vida* (expresadas en los términos de *indigencia* y *pobreza*) con respecto a las *condiciones de trabajo* (expresadas en el desempleo y la ilegalidad de la ocupación)” (Grassi, 2008: 26). A su vez, ésta separación tendrá como correlato la división de responsabilidades entre las distintas áreas de gobierno para responder a cada una de estos asuntos como problemas diferenciados.

En dicho marco, las políticas sociales pasan a cumplir un papel central como proveedoras de recursos y asistencia, dado que se entendía que estos recursos ya no podían ser provistos por el mercado de trabajo (Grassi, 2008):¹¹

El proceso de reformas al que fue sometido el complejo de políticas sociales en Argentina y en el resto de América Latina puso el centro de gravedad en las políticas asistenciales, sector que hasta el momento había sido residual tanto en el repertorio de intervenciones utilizadas como en el discurso estatal. En efecto, las reformas de las décadas de los ochenta y de los noventa implicaron para toda América Latina una importante “asistencialización” (Andrenacci, 2002) de las intervenciones sociales del Estado, es decir, una exacerbación de la importancia de este tipo de acciones en detrimento de la apelación a las formas tradicionales de intervención en el mecanismo central de integración social, esto es, en el mercado laboral y en las formas de reproducción de la fuerza de trabajo (Soldano, 2008: 58).

Esta modalidad de las políticas sociales y el vínculo que establecía con la población que era objetivo de ese tipo de intervenciones, derivó sin embargo en una *dinámica paradójica*:

(...) en la medida que las políticas de asistencia adquirían una importancia creciente en el presupuesto de los hogares pobres, cada vez más numerosos y cada vez más privados de otras alternativas para completar sus ingresos, el Estado veía limitada la base de recursos financieros que podía destinar a esas prestaciones (Merklen, 2010: 74)

Ahora bien, cabe destacar que las políticas no reflejan “una voluntad estatal autónoma, del mismo modo que no son la expresión directa de las decisiones de sus funcionarios” (Grassi, 2008: 23). Así, en la implementación de las políticas públicas orientadas a las villas durante dicho período, debe considerarse la manera en que fueron construidos los vínculos con nuevos actores que comienzan a ser reconocidos y constituidos como los principales

¹¹ De acuerdo con la argumentación de Danani (1996), señalada por Grassi (2008: 28), las políticas laborales se encuentran vinculadas a la distribución del ingreso, pero además, “en el caso de nuestro país, históricamente – y así continuaron– también han sido determinantes de los alcances y condicionantes de las políticas de seguridad social y, en buena medida, condicionantes de la dinámica de políticas universalistas, como las de educación y de salud”.

interlocutores, en este caso, esos actores serán las organizaciones barriales que emergen del movimiento villero durante esos años (Cravino, 2009; Vitale, 2009; Merklen, 2010).

En tal sentido, las organizaciones barriales articularán sus luchas políticas en torno a la demanda de asistencia, que no significará sólo la movilización por bienes, sino también una *demanda institucional* que incluirá, por ejemplo, “la creación de escuelas y dispensarios, el reconocimiento legal de las organizaciones barriales y de su participación en la gestión de políticas sociales, o el acceso a servicios esenciales como el agua o la electricidad, entre otros” (Merklen, 2010: 101).

En este vínculo entre los distintos sectores de las políticas sociales y las organizaciones barriales pueden leerse las diversas concepciones que reenvían a los sentidos respecto de los barrios populares y su representación política. En este sentido, por un lado, la organización de los sectores populares que residen en las villas es entendida como parte de un movimiento de territorialización que favorece la cohesión barrial como soporte para la participación política y la conformación de lazos y solidaridades al interior del barrio (Merklen, 2010).

Por otra parte, desde la perspectiva de los ejecutores de las políticas sociales, se manifestaron diversos supuestos a partir de los cuales se entendía que los habitantes de las villas delegaban sus reclamos en una organización que representaba sus intereses ante el Estado. En ese sentido, se tendió a homogeneizar a los habitantes de los barrios en base a una supuesta cultura e interés común que derivaría, principalmente, de compartir un mismo territorio (Cravino, 2009).

La orientación focalizada de las políticas sociales tenderá, entonces, a apelar al barrio o a la comunidad para legitimar el objetivo de sus intervenciones fundamentándose en que ello favorecería la generación de procesos de democratización en la toma de decisiones, cuando en realidad dicho proceso:

(...) presentaba facetas más complejas en cuanto a responsabilidad y conflictividades, las cuales fueron transferidas a las organizaciones barriales para que en ese ámbito fueran asumidas o dirimidas (...) Esto mismo fue utilizado en muchos casos como un mecanismo culpabilizador cuando ciertas acciones fracasaban (Cravino, 2009: 64).

2.2.1. El caso de las villas en el barrio de Villa Lugano

Si bien durante los últimos años se señala el crecimiento que han tenido las villas y asentamientos informales en CABA, distintos trabajos destacan que la presencia de éstos en el barrio de Villa Lugano resulta significativa en comparación con otros barrios de la Ciudad (Vitale, 2009; Di Virgilio et al, 2010; Cosacov et al, 2011).

Al revisar la historia del barrio, ubicado al sur de CABA, es posible reconstruir un proceso de urbanización que, iniciado en la década de 1940, se caracterizó por el emplazamiento en un entorno socioambiental desfavorable¹², la precariedad de las viviendas y la urbanización del barrio y el continuo crecimiento poblacional, sobre todo compuesto por sectores de menores ingresos y población migrante de otras provincias y de países de la región. Asimismo, el importante número de espacios vacíos y su escasa valorización en el mercado inmobiliario, favoreció su utilización para la edificación de urbanizaciones por parte del Estado. Como señalan Mercedes Di Virgilio y otros (2010):

(...) la complejidad ambiental, combinada con el perfil productivo del área, volvió este sector de la zona sudoeste de la ciudad de Buenos Aires menos atractivo para la actividad de los desarrolladores inmobiliarios. A partir de allí, la cuestión habitacional en Lugano encuentra dos signos distintivos: por un lado, una fuerte presencia del sector público en el desarrollo de conjuntos habitacionales; por el otro, el desarrollo de urbanizaciones informales, principalmente bajo la tipología conocida popularmente como villas de emergencia. (Di Virgilio et al, 2010: 253)

Actualmente, en el barrio de Lugano se reconoce la concentración del mayor número de este tipo de asentamientos en la Ciudad, que en este barrio suman cuatro en total: la Villa 15 (“Ciudad Oculta”), la Villa 17 (“Barrio Pirelli”), la Villa 19 (Barrio Inta) y la Villa 20. Estas cuatro villas “reúnen al 33% de la población residente en villas (IVC, 2006). Las dos villas de mayor extensión del barrio (Villas 20 y 15) concentran la mitad de la población en villas de la zona sur” (Cosacov, 2011: 10).

¹² La urbanización de esta zona de CABA se asentó en terrenos que habían sido utilizados hasta ese momento como basurero para el descarte de residuos del resto de la Ciudad. En la actualidad, la presencia de basura en la vía pública continua siendo unos de los principales problemas en la zona, junto a la contaminación hídrica producto de los desechos industriales (Di Virgilio et al, 2010; Cosacov et al, 2011).

Cabe mencionar que la denominación informal de los barrios, adquiere también relevancia respecto de los sentidos presentes en su caracterización y reconocimiento. Así, por ejemplo, se destaca el caso de la Villa 15 “que tomó el nombre oficial de la circunscripción en donde está asentada y que fue renombrada por aquellos que la rechazan como ‘Ciudad Oculta’, nombre que es negado rotundamente por sus dirigentes” (Cravino, 2009: 187).

Por otra parte, el barrio de Lugano se ha caracterizado por su accesibilidad en términos de transportes y una gran cantidad de arterias que confluyen ahí (avenidas, autopistas, premetro, etc.) (Di Virgilio, 2010). Ahora bien, en lo que respecta a las condiciones habitacionales se registra una mayor diversidad y heterogeneidad. En ese sentido, actualmente se observa que:

Las condiciones habitacionales en la villas de Lugano presentan un cuadro de creciente heterogeneidad. El crecimiento y densificación de las mismas se ve acompañado por el desarrollo de un complejo y dinámico mercado inmobiliario informal, que se expresa con fuerza en operaciones de compra-venta y en el desarrollo de un submercado informal de alquileres (Cosacov et al, 2011: 11).

En cuanto a los recursos educativos, el barrio de Lugano cuenta en total con una oferta educativa que “desde el inicio, se desarrolla en poco más de 100 establecimientos públicos y privados. Las escuelas del barrio corresponden a tres distritos escolares: 13, 20 y 21” (Di Virgilio, 2010: 257).

Con respecto a los recursos en salud, en cambio, se ha observado como uno de los mayores déficit la falta de un hospital público en la zona, aspecto que podría ser problematizado desde un enfoque no hospitalcéntrico en el campo de la salud, pero que en el imaginario¹³ se ha sostenido como una deuda pendiente. En tal sentido, la pretensión de construir este hospital público data desde la inconclusa obra del edificio que fue conocido como el “Elefante Blanco” situado en la Villa 15. Cabe señalar que, hasta el 2004, en dicho edificio funcionó el CESAC estudiado, único centro de salud que tiene como área de influencia la Villa 15. En la actualidad, el barrio de Lugano cuenta con otros efectores de salud, entre ellos, los Centros de Salud y Acción comunitaria (CeSAC), 6 en total, y los Centros Médicos Barriales, 2 en total, que

¹³ Esto puede reconocerse, por ejemplo, en la presencia de aquél en los reclamos de las organizaciones del barrio. En este sentido, Di Virgilio y otros (2010), destacan en su trabajo los ejes centrales en los que se asientan tales demandas: “(1) el movimiento por un hospital y por el abastecimiento de los centros de salud, (2) la lucha para evitar la edificación dentro del Parque de las Victorias y (3) el reclamo para la urbanización de la Villa 20 y el rechazo a la construcción del Polo Farmacéutico” (Di Virgilio et al, 2010: 258).

dependen del Área Programática del Hospital General de Agudos del Hospital General de Agudos “Donación Francisco Santojanni” (Di Virgilio et al, 2010).

Con respecto a la situación actual del barrio en materia de urbanización, ésta no parece superar los límites históricos, dado que:

(...) los nuevos proyectos no parecen orientarse a dar respuesta a la situación habitacional de los habitantes de las urbanizaciones informales. La falta de relación entre nuevos proyectos y deudas habitacionales históricas consolida un escenario de crecientes demandas por parte de la población de las villas y ausencia de soluciones integrales para su situación habitacional (Cosacov, 2011: 12).

Finalmente, cabe señalar que en cuanto a las organizaciones sociales y políticas en el barrio se destaca un número significativo de redes que articulan diversas instituciones y organizaciones del área, organizaciones del movimiento villero y otras vinculadas al movimiento justicialista (Di Virgilio, 2010).

Por lo antes expuesto, la actualidad del barrio de Lugano y en particular, la de la Villa 15, se encuentra configurada por los rasgos que la han caracterizado desde su conformación hasta nuestros días, y que han resultado en una desvalorización de esta zona para el mercado inmobiliario formal: una situación ambiental desfavorable, especialmente vinculada al manejo de los residuos y al mismo emplazamiento del barrio sobre lo que fuera un basurero municipal; un alto número de industrias¹⁴ y un escaso desarrollo urbanístico, caracterizado por la informalidad y la precariedad de las viviendas. Al respecto, debe señalarse la importante presencia del Estado en la producción del perfil habitacional, “en este caso, tanto por su rol protagónico en la construcción de viviendas como por la presencia de erráticas políticas respecto de las urbanizaciones informales, el Estado ha desempeñado un papel preponderante en el proceso de urbanización del área” (Di Virgilio et al, 2010: 259).

¹⁴ Cabe destacar, por ejemplo, que este barrio “se trata del único sitio donde el Código de Planeamiento Urbano permite instalar industrias no barriales, que por sus dimensiones o tipo de actividad tienen prohibido localizarse en otras zonas de la Ciudad de Buenos Aires” (Di Virgilio et al, 2010: 253)

2.3. Desigualdades socioeconómicas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: la situación de los barrios de la zona sur de la Ciudad

En este punto se estima pertinente presentar una breve caracterización de la situación de la CABA a partir de la lectura de datos estadísticos. En particular, se tomará como referencia la síntesis de los resultados de la Encuesta Anual de Hogares¹⁵ (EAH) del año 2012, que es coordinada por la Dirección General de Estadística y Censos de CABA (DGEyC-CABA), así como los datos analizados en informes especiales producidos por esta dirección a partir de los datos producidos en la EAH de los años 2010 y 2011.

Ahora bien, debe señalarse que en estos últimos años los procesos de reforma política y económica profundizados en la década de 1990 se han manifestado en CABA en procesos de fragmentación con tendencia a la polarización de las distintas áreas y su población, así como los recursos y las condiciones de vida a las que éstas acceden (Cravino, 2009; Urresti y Cecconi, 2007; Mazzeo, 2012). En tal sentido, algunos autores han observado que:

(...) el empobrecimiento y la consolidación de los procesos de concentración y exclusión social conforman un mapa social de la Ciudad de Buenos Aires donde se distinguen al menos tres áreas: la zona sur, con fuerte presencia de estratos socioeconómicos bajos; la zona norte, con claro predominio de estratos medios y altos; y el resto de la Ciudad, con un comportamiento más heterogéneo y presencia de sectores medios y bajos (Mazzeo et al, 2012: 55).

De tal modo, considerando estos aspectos, aquí se propone desarrollar una aproximación al análisis de las condiciones de vida de los distintos grupos sociales que residen en CABA, especialmente, en lo que respecta al acceso a la atención de salud. Esto permitirá indagar acerca del modo en que se expresan condiciones y recursos diferenciales entre distintos sectores de la Ciudad, en términos económicos, sociales y su expresión particular en el campo de la salud. En ese sentido, los datos construidos en el marco de la EAH posibilitan la comparación de las diversas dimensiones, como la sociodemográfica y la socioeconómica, en función de su distribución territorial en la Ciudad.

Cabe aclarar que como parte del proceso de descentralización de las últimas décadas, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires quedó organizada territorialmente en unidades de gestión

¹⁵ “La Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires –iniciada en el año 2002– es un sondeo por muestreo que se realiza con frecuencia anual y permite estudiar la situación socioeconómica y demográfica de la población y de los hogares de la Ciudad, y de los espacios territoriales que la componen” (DGEyC, 2011: 7).

política y administrativa denominadas *comunas*. A partir de la Ley N°1.777 del 2005, se estableció la división en 15 comunas¹⁶ que agrupan la anterior división por barrios. Esta delimitación por comunas es tomada como base para la organización y sistematización de la información producida por la EAH que, a su vez, es reagrupada en cinco zonas para facilitar su análisis estadístico y minimizar errores de muestreo¹⁷ (DGEyC, 2011). A los fines de este trabajo, se utilizan las delimitaciones propuestas por dicha encuesta.

2.3.1. Aspectos sociodemográficos

Con respecto a la *estructura de la población* de la Ciudad, según la recopilación realizada por la DGEyC-CABA, *Resultados Censo 2010/2001*, se registra que, en comparación con el anterior censo de 2001, la población de la Ciudad tuvo un crecimiento promedio anual de 4,5 personas cada 1000 habitantes. En el caso de la población de hasta 14 años, ésta ha disminuido de un 18,9% en 2001 a un 16,3% en 2010. De acuerdo a los datos de la EAH, para los años 2010 y 2011, en la Ciudad “la población adulta mayor (60 años y más) representa casi una cuarta parte de la población en ambos años” (DGEyC, 2012: 4).

En cuanto a la estructura por edad de la población actual, en los resultados de la EAH del año 2012, se indica que “las Comunas 1, 4, 7 y 8 presentan mayores porcentajes de menores de 15 años (más del 20%) y las Comunas 6 y 10 registran los más altos de población de 60 años y más (más del 25%)” (DGEyC, 2013b: 2). En lo que respecta al promedio de edad de la población

¹⁶ “La Ciudad Autónoma de Buenos Aires se divide en quince (15) Comunas cuya delimitación se ajusta al siguiente detalle, de acuerdo a los límites de barrios establecidos por el artículo 1° de la Ordenanza N° 26.607/72 y sus modificatorias (ver mapa en Anexo 1)

Comuna 1: Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Montserrat y Constitución.

Comuna 2: Recoleta.

Comuna 3: San Cristóbal y Balvanera.

Comuna 4: Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya.

Comuna 5: Almagro y Boedo.

Comuna 6: Caballito.

Comuna 7: Flores y Parque Chacabuco.

Comuna 8: Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano.

Comuna 9: Parque Avellaneda, Liniers y Mataderos.

Comuna 10: Villa Real, Monte Castro, Versalles, Floresta, Vélez Sarsfield y Villa Luro.

Comuna 11: Villa Gral. Mitre, Villa Devoto, Villa del Parque y Villa Santa Rita.

Comuna 12: Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza y Villa Pueyrredón.

Comuna 13: Belgrano, Núñez y Colegiales.

Comuna 14: Palermo.

Comuna 15: Chacarita, Villa Crespo, Paternal, Villa Ortúzar y Agronomía” (Ley 1777/2005)

¹⁷ Asimismo, la EAH presenta información diferenciada por población, vivienda y hogar.

de la Ciudad, se observa una importante diferencia entre la población residente en villas y el resto de la CABA, dado que en aquéllas el promedio de edad es de 24 años, mientras que el promedio para el total de la Ciudad es de 39 años.

Al analizar la composición por sexo, como en períodos anteriores, se destaca el predominio de mujeres en el total de la población (cada 100 mujeres, se encuentran 86,6 varones) (DGEyC, 2013). Si se consideran los grupos de edad y el sexo por lugar de nacimiento, en los datos analizados en las EAH de 2010 y 2011 se señala que:

(...) los porcentajes de las mujeres nativas de la Ciudad, superan a los de los varones a partir de los 30 y 40 años (2010 y 2011 respectivamente). Los porcentajes de las mujeres no nativas son superiores a los de los varones en casi todas las edades dando cuenta de la importancia de la migración femenina (DGEyC, 2013b: 4).

Con respecto al lugar de nacimiento de la población, es posible señalar que casi el 40% no es nativo de CABA, siendo el 12,2% nacido en el extranjero y de ellos, el 6,6% en países limítrofes. Cabe destacar que entre la población migrante que ha arribado a la Ciudad entre los años 2008 y 2012, “el 44% proceden de la provincia de Buenos Aires y el 36% de otro país. La Comuna 8 presenta la mayor proporción de personas nacidas en países limítrofes (17,2%) y la Comuna 3 la mayor proporción de nacidos en países no limítrofes (9,9%)” (DGEyC, 2013: 2).

Por otra parte, en función de los informes que analizan las EAH de los años 2010 y 2011, puede distinguirse una distribución porcentual de la población en el territorio diferenciada por dominio¹⁸. Así, se ha registrado que en ambos años “alrededor del 6% de la población reside en viviendas ubicadas en villas de emergencia, el 5% en inquilinato, hotel-pensión y casa tomada y la mayoría (89%) en el Resto de las viviendas de la Ciudad” (DGEyC, 2013b: 1). En cuanto al tamaño medio del hogar, el total de la Ciudad presenta 2,5 personas, mientras que en la zona sur este número alcanza 3,1 personas por hogar.

Al respecto, siguiendo lo planteado en el informe de la EAH, interesa resaltar que:

El concepto de población es inseparable del espacio geográfico: el tamaño y las características de la población, generalmente, se distribuyen de manera heterogénea en el espacio geográfico.

¹⁸ A los fines del análisis de la EAH, se considera *dominio* “a las subpoblaciones de análisis, y de acuerdo con el diseño metodológico de la eah, se distinguen tres dominios muestrales: a) viviendas en villas de emergencia; b) viviendas de los tipos inquilinato, hotel-pensión y casa tomada y c) viviendas que no son inquilinato, hotel/pensión y casa tomada, ni están ubicadas en villa, las que serán llamadas Resto” (DGEyC, 2013b: 1)

[De este modo] En términos demográficos, los cambios en la distribución espacial están relacionados con el crecimiento vegetativo de la población, con los desplazamientos migratorios y con la redefinición de los límites administrativos del territorio (DGEyC, 2013b: 1).

Por último, otro indicador considerado en los aspectos demográficos es el de *fecundidad*¹⁹. Al analizar la evolución de la estructura de fecundidad por edad en CABA, en los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2012 resulta significativo observar que:

(...) el grupo 25-29 años registró el mayor peso relativo de la fecundidad hasta el año 2000 y a partir de 2005 se desplazó al grupo 30-34 años. Es decir, hubo un corrimiento en la edad de las mujeres al nacimiento de sus hijos. Se destaca el aumento del aporte de la fecundidad adolescente²⁰, que entre los años extremos del período presentado creció 61,8 %. También se incrementó la fecundidad de las mujeres mayores de 34 años: 53,2%, 93,1% y 66,6%, en cada uno de los grupos quinquenales de edad (DGEyC, 2013c: 2).

Ahora bien, estos niveles de fecundidad difieren entre las distintas comunas que componen la Ciudad. Al considerar la edad promedio de las mujeres que tuvieron hijos entre los años 2010-2012 se destaca que:

(...) si bien en la Ciudad la edad promedio de las mujeres que tuvieron hijos en el trienio [2010-2012] fue cercana a los 30 años y la tasa global de fecundidad fue inferior a dos hijos por mujer, se observaron diferencias en su interior: las comunas de la zona sur, muestran un calendario más joven y una fecundidad cercana a tres hijos por mujer, mientras que en la zona norte es lo opuesto: fecundidad más tardía y menos hijos por mujer (DGEyC, 2013c: 5).

En el caso de la *fecundidad adolescente* también se presentan diferencias significativas entre las distintas comunas. Es así que, para el trienio 2008/2010, la tasa de fecundidad adolescente total en CABA fue del 17,6 por mil, mientras en la Comuna 4 alcanzaba el 40,2 por mil y en la 8, el 46 por mil. Mientras que en las comunas de zona norte como la 13 y 14, no superaron el 5 por mil (4,9 y 5 por mil) (DGEyC, 2013).

2.3.2. Aspectos socioeconómicos

Uno de las maneras de dar cuenta de las condiciones socioeconómicas de la población es a través de la relación entre sus niveles de ingreso y la posibilidad de acceso a bienes y

¹⁹ La fecundidad hace referencia a la cantidad de hijos que han tenido las mujeres durante su vida fértil (DGEYC, 2013c).

²⁰ La denominada fecundidad adolescente hace referencia a las mujeres menores de 20 años.

servicios²¹. De este modo, es posible analizar el nivel de vida según el dominio en el que se reside. En tal sentido, para el año 2011 se distingue que:

El 18,8% de los hogares que residen en viviendas residenciales particulares tiene ingresos menores a la ct y el 2,3% inferiores a la ca; en el otro extremo, el 86,7% de los hogares que residen en villas de emergencia no cubre la ct [y el 23% no costea sus gastos básicos en alimentación. En el medio, se ubican aquellos hogares residentes en inquilinatos, hoteles, pensiones o casas tomadas: más de la mitad (60%) tiene ingresos menores a la ct y el 10% posee ingresos inferiores a la ca (DGEYC, 2013: 31).

Asimismo, es posible diferenciar la capacidad de consumo de los hogares de acuerdo a su ubicación geográfica en el contexto de la Ciudad. Al considerar la insuficiencia de ingresos en el año 2011 se distinguen importantes brechas entre las zonas norte y sur de CABA, de modo que “solo el 15,3% de los hogares residentes en la Zona Norte (Comunas 2, 13 y 14) posee ingresos inferiores a la ct, en tanto que en la Zona Sur (Comunas 4, 8, 9 y 10) el 35% de los hogares no alcanza la ct y el 6% no accede a la ca” (DGEYC, 2013e: 31).

En cuanto a las condiciones habitacionales, también se registran diferencias por lugar de residencia. Así, para el año 2011 en el sur de la Ciudad se encuentran los porcentajes más altos de hogares en situación de hacinamiento (esto es, 2 y más personas que habitan un cuarto de la vivienda); llegando a duplicar, las comunas 4 y 8, el porcentaje de hogares hacinados del promedio de la Ciudad (DGEYC, 2013: 3).

2.3.3. Educación

En cuanto al promedio de años de estudios que tiene la población de 25 años y más, también se encuentran diferencias entre la población que habita en las distintas comunas, dado que entre las comunas de la zona norte como la 13 y la 14, el promedio es mayor a los 14 años de

²¹ Para este análisis se consideran los siguientes indicadores: “Canasta Alimentaria (ca): Incluye el valor de los alimentos y bebidas que un hogar requiere para satisfacer sus necesidades básicas alimentarias. Canasta Alimentaria y de Servicios del Hogar (caysh): Incluye la ca más gastos en alquiler, expensas, electricidad, gas, agua, comunicaciones (telefonía fija, celular e internet) y transporte público. Canasta de Bienes y Servicios Mensuales (cbsm): Incluye la caysh más gastos en servicios para la educación, útiles escolares, artículos de limpieza, servicios de esparcimiento y bienes para el cuidado personal. Canasta Total (ct): Incluye la cbsm más gastos en bienes y servicios estacionales o contingentes, como indumentaria para niños y adultos, gastos en remedios y salud, y bienes durables para el hogar” (DGEYC, 2013e: 8).

estudio y en las comunas de zona sur, este promedio se ubica entre los 10 y 11 años en promedio para el año 2012 (DGEyC, 2013: 3).

Con respecto al máximo nivel alcanzado, se destaca que entre la población que tiene 25 años y más, en el 2012 el 71,4% ha completado como mínimo el nivel secundario y ha finalizado el nivel terciario o universitario, el 32,3% del total. Ahora bien, debe señalarse que entre aquéllos que no han completado el nivel primario, se observan diferencias significativas entre las distintas comunas. Así mientras en la comuna 6 y 13 alcanzan sólo el 1% (1,1% y 1% respectivamente), este porcentaje es del 8,5% en la comuna 8 (DGEyC, 2013f: 3).

2.3.4. Cobertura de salud

Por otra parte, en cuanto a la *cobertura de salud* se registra en el año 2012 que el 82,4% de la población se encuentra afiliada a un sistema de atención de la salud. Se observa que el 17,6% de la población cuenta sólo con cobertura de salud del sector público, aunque ese porcentaje es del 29,7% en la zona sur, dato que en la comuna 8 alcanza el 40,3% y, en cambio, en la comuna 14 (zona norte), no supera el 5% (4,7%) (DGEyC, 2013f)

Al considerar los menores de 19 años, el 27,1% tiene como única cobertura al sistema público. Sin embargo, mientras que en la zona norte, en comunas como la 14 no supera el 4% (3,3%), en la zona sur de CABA, alcanza el 45% (Comuna 8: 45,2%) (DGEyC, 2013f: 3).

2.3.5. Recursos del subsector público para la atención de jóvenes embarazadas

El sector salud está integrado por el conjunto de recursos de dependencia estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio CABA. Los efectores del subsector público brindan atención a toda la población, en especial a aquellas sin cobertura, con prestaciones de todos los niveles y complejidades. Actualmente la Ciudad cuenta con 13 Hospitales Generales de Agudos, 2 Hospitales Generales de Niños, 14 Hospitales Especializados, 3 Hospitales Odontológicos, 1 Centro de Salud Mental, 43 CESAC (Centro de Salud y Acción Comunitaria), Centros Médicos Barriales, médicos y odontólogos de cabecera.

Debido al particular interés por las estrategias de atención a jóvenes embarazadas en el marco de las prácticas desarrolladas por los equipos de salud en el primer nivel de atención, se considera pertinente analizar algunos datos estadísticos vinculados al proceso de atención durante el embarazo en el subsector público de salud.

En tal sentido, se destaca un importante peso de los prestadores de atención primaria respecto del total de las prestaciones. Así, de acuerdo al informe del Departamento de Análisis Estadístico del Ministerio de Salud de CABA, *Las embarazadas en los centros de salud. Informe de las personas atendidas en el año 2012*, se indica que “si se lo compara con el total de nacidos vivos de madres residentes en la ciudad (45.429 en 2011), las embarazadas atendidas en estos prestadores representan casi una cuarta parte” (Torres, 2012: 2).

Según el mismo informe, durante ese año se destaca que del total de mujeres embarazadas que se atendieron en el primer nivel, un 19% fueron adolescentes²². Las *regiones sanitarias*²³ que presentan mayor porcentaje de adolescentes que se atienden en Centros de Salud entre las mujeres embarazadas son en primer lugar la Región I y en segundo lugar, la Región II (Torres, 2012).

Asimismo, cabe señalar la presencia de mujeres nacidas en el extranjero entre las mujeres embarazadas que se atienden en estos Centros de Salud, cuya participación en los CeSAC alcanza el 43%. Al respecto, se destaca que “a efectos de comparar la importancia relativa de la nacionalidad en la atención del embarazo interesa señalar que en el total de la población registrada las personas no nacidas en Argentina llegan a algo más del 20 %. Parece relevante destacar que entre las embarazadas adolescentes hay un mayor predominio de las nacidas en el país (70% en promedio)” (Torres, 2012: 3).

²² Según este informe, se define las adolescentes según el rango de edad de 12 a 19 años (Torres, 2010).

²³ En el análisis de las estadísticas de salud las delimitaciones territoriales usadas para la construcción de estadísticas utilizan como unidad a las *regiones sanitarias*: “el subsector estatal de salud se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas Regiones Sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud. Las áreas de salud son definidas como las unidades locales de organización territorial del subsector estatal de salud” (Ley Nº 153/1999). De acuerdo al Anexo 2 de la Resolución Nº 31/GCABA/MSGC/08, las regiones tuvieron la siguiente distribución:

La Región Sanitaria I comprende geográficamente las Comunas 1, 3 y 4.

La Región Sanitaria II comprende geográficamente las Comunas 7, 8 y 9.

La Región Sanitaria III comprende geográficamente las Comunas 5, 6, 10, 11 y 15.

La Región Sanitaria IV comprende geográficamente las Comunas 2, 12, 13 y 14.

2.3.6. A modo de síntesis

A partir de la revisión y análisis de los diferentes indicadores se registran considerables diferencias entre las distintas comunas que integran la CABA, y que se encuentran cada vez más diferenciadas espacialmente en un proceso que tiende a la polarización entre las zonas norte y sur de esta Ciudad. Como consecuencia, en función de los efectos desiguales productos de los procesos de transformación económica y social de las últimas décadas, en la zona sur de CABA:

(...) se presentan índices económicos y sociales muy desfavorables en comparación con los del resto de la ciudad. Los barrios menos consolidados históricamente (Villa Lugano, Villa Riachuelo y Villa Soldati), exhiben un alto grado de contaminación ambiental, una gran cantidad de asentamientos precarios y un importante parque de vivienda social degradada. Cuentan, a su vez, con los peores índices en materia de pobreza, desocupación, salud y educación (Cosacov et al, 2011:125).

Cabe destacar que tales barrios son parte de la Comuna 8 que, de acuerdo a lo antes expuesto, presenta los peores indicadores socioeconómicos de la Ciudad y a su vez, la mayor dependencia estatal en términos de cobertura de salud.

Cuadro 1. Síntesis de los principales indicadores según zona. Año 2012

Indicadores principales	Comunas zona sur	Comunas zona norte
Estructura por edad	Mayores porcentajes de menores de 15 años (superior al 20%)	Mayores porcentajes de población de 65 años y más (superior al 25%)
Migrantes	Mayor proporción de personas nacidas en países limítrofes	Mayor proporción de personas nacidas en países <i>no</i> limítrofes
Fecundidad adolescente	Tasa mayor al 40 por mil	Tasa que no supera el 5 por mil
Ingresos inferiores a la Canasta Total	Alrededor del 35% de los hogares	Alrededor del 15% de los hogares
Educación	Menor promedio de años de estudio (10 y 11 años de estudio) Mayor porcentaje de población con primaria incompleta (alrededor del 8,5%)	Mayor promedio de años de estudio (14 años de estudio) Menor porcentaje de población con primaria incompleta (alrededor del 1,1%)
Cobertura de salud	Cobertura pública única superior al 40%	Cobertura pública única inferior al 5%

Políticas y territorialidad: abordaje conceptual propuesto

En esta tesis, siguiendo la perspectiva de Chiara (2011) y Cravino (2009), se considera que el *enfoque territorial* en el análisis de las propuestas e implementación en el campo de las políticas sociales, en este caso en la particularidad de las políticas de salud, resulta necesario y de gran utilidad. Dicha perspectiva posibilita la problematización de las conceptualizaciones usadas frecuentemente en el diseño y ejecución de políticas, presentadas de manera supuestamente neutral, al utilizar términos como lo local, lo comunitario o lo barrial.

Por otra parte, partimos de una concepción de *territorio* como espacio construido histórica y socialmente; constituido por la articulación de lo físico, lo simbólico, lo económico y lo social, en la que intervienen diversos actores que disputan por su nominación, su uso y distribución, así como por los recursos que devienen de aquél.

Consideramos que en el caso urbano, estos territorios han tendido a diferenciarse como parte de procesos de transformaciones políticas, económicas y sociales, distinguiendo asimismo el acceso a recursos de acuerdo a las localizaciones y los sentidos asociadas a éstas en las ciudades. Para el abordaje de estos procesos, de acuerdo a los planteos de Cravino (2009), proponemos reflexionar a partir del concepto de *fragmentación* a fin de dar cuenta de la complejidad de los procesos de diferenciación social en tales contextos. Este concepto, se entiende como alternativa a las concepciones de segregación antes mencionadas, que han estado fuertemente vinculadas a ideas de dualización de los entornos urbanos.

Cabe destacar que entendemos que los procesos de diferenciación espacial no se producen de manera aleatoria o espontánea. Por el contrario, consideramos que debe observarse el rol fundamental del mercado y el Estado en la distribución de la población en el territorio, particularmente en función de sus intervenciones directas e indirectas.

Por otra parte, de acuerdo al caso seleccionado para este estudio y su ubicación en la Villa 15 del sur de CABA, entendemos a las villas como barrios que forman parte del territorio y la dinámica urbana, y no como espacios exteriores a ellas. No obstante, al mismo tiempo, se consideran otros sentidos vinculados a éstas, como aquellos que las han identificado como territorios inabordables, peligrosos y aislados de la ciudad. A partir de ello, resultará posible dar cuenta de los posibles obstáculos que se visualizan para los habitantes de las villas para el

acceso a recursos educativos, laborales, entre otros; o bien, los facilitadores que se observan para que éstos se conviertan en objetos de políticas que los identifican como merecedores de sus intervenciones.

En el marco de esta tesis, entonces, se busca indagar acerca de los distintos sentidos asociados a las concepciones mencionadas tales como el barrio, la comunidad, los procesos de fragmentación, así como también a la caracterización de la población hacia la cual se orientan las acciones de las instituciones de salud en función de estas significaciones. Para ello, resulta preciso considerar las múltiples dimensiones que hacen a estos espacios y las prácticas que allí se desarrollan; las disputas por su misma denominación; la manera en que son caracterizados por los diferentes actores que lo componen y el modo en que se configuran como unidades de análisis o incluso, como herramientas para definir poblaciones, sus problemáticas y legitimar las intervenciones en torno a ellas.

CAPÍTULO 3

Lineamientos de las políticas de salud

3.1. Supuestos iniciales en el campo de salud

En el campo de la salud han predominado ciertas concepciones que dieron cuenta de los modos legítimos de entender la salud y la enfermedad, sus causas y consecuencias, así como los modos en que debían atenderse los malestares y padecimientos en base a determinados conocimientos y supuestos. A partir de estos movimientos de ideas se establecieron lineamientos para la generación de instituciones y las características de sus organizaciones (Silva Paim, 2011).

Así entonces, la noción de *salud* fue, en principio, entendida como ausencia de enfermedad. A partir de aquélla, se desarrolló un modelo de atención centrado en la medicina clínica que se constituyó en el modo hegemónico de intervención sobre las problemáticas de salud, o más bien, de enfermedad. Dicha hegemonía, iniciada en la modernidad, estuvo sustentada en un saber científico –considerado objetivo y neutral– y en prácticas organizadas en función de técnicas precisas. De este modo, la medicina clínica, con el propósito de prevenir, curar y rehabilitar, orientó su atención a la enfermedad, centrándose en el cuerpo y sus órganos, como cuestiones inherentes a individuos particulares y descontextualizados (Czeresnia, 2008; Granda, 2004; Chapela Mendoza, 2007).

La medicina clínica se enmarca así en uno de los *modelos de atención*, el biomédico. Sin embargo, los modelos de atención se refieren “no solo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (Menéndez, 2004: 11). En efecto, es posible dar cuenta de una diversidad de saberes y prácticas de atención de la salud, que son articulados por los sujetos y grupos sociales de manera simultánea en el proceso denominado *autoatención* a partir del cual se sintetizan las representaciones y prácticas que los sujetos y los grupos sociales usan para diagnosticar, atender, explicar, aliviar y solucionar sus problemas de salud. No obstante, “desde la perspectiva del Sector Salud (SS) y de la biomedicina, toda una serie de actividades

de atención a los padecimientos es negada, ignorada y/o marginada, pese a ser frecuentemente utilizada por diferentes sectores de la población” (Menéndez, 2004: 186).

La legitimidad de la idoneidad de la biomedicina ha estado sustentada en el conocimiento científico ‘occidental’ cuyo núcleo, el biologicismo, lo distinguió de otras formas de atención y guió sus saberes y prácticas, excluyendo otras explicaciones de los problemas de salud y generando, además, la medicalización de distintos aspectos de la vida social. Este proceso de *medicalización* es entendido como aquel que “implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos ciudadanos” (Menéndez, 2004: 23).

A nivel poblacional, la *Salud Pública* surgirá como modalidad de abordaje de la ‘suma’ de las enfermedades individuales, en otras palabras, de la ‘enfermedad colectiva o pública’. La Salud Pública, influida por movimientos de ideas anteriores como la Policía Médica, la Higiene, el Sanitarismo, entre otros, se establecerá bajo supuestos teórico-filosóficos que para dar cuenta de la salud, paradójicamente, utilizará nociones de enfermedad y muerte; usando el método positivista para generar explicaciones acerca de los riesgos y probabilidades de enfermar, así como para crear normas y reglas científicas. Por otra parte, se apoyará en el estructural-funcionalismo como marco teórico para la comprensión de la realidad social, explicando la relación entre sujeto individual y colectivo, así como su reproducción a partir de la determinación de la estructura o el sistema social. Otro de sus rasgos característicos refiere al rol del Estado que, apoyado en el conocimiento científico, en particular el biomédico, se constituirá en el principal garante de “la organización de las acciones preventivas y el apoyo a la gestión de los servicios de atención médica” (Granda, 2004: 5).

3.2. La propuesta de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud

Como lo señalara Mario Testa (1997) en su análisis crítico de la *atención primaria*, se torna preciso considerar que la validez y sentidos de los conceptos utilizados pueden diferir en distintos momentos y lugares. De ahí que resulte necesaria la contextualización del uso de dicha concepción con el fin de evitar su posible *aislamiento conceptual* cuando se hiciera referencia a la misma. Así, Testa (1997) afirmaba al momento de plantear su revisión del

término, que tal mecanismo se presentaba, en especial, en los usos que los organismos internacionales hacían del concepto al promoverlo universalmente como la solución a los problemas de desarrollo sanitario. En tal sentido, en este apartado se presentan los distintos sentidos asociados a la Atención Primaria de la Salud (en adelante APS) en los diferentes momentos históricos en los que se ha distinguido su uso para la adopción de los principales lineamientos de las políticas de salud en nuestro país.

3.2.1. Salud para todos: APS como estrategia

Los límites de la concepción hegemónica de salud y las instituciones asociadas a ésta, comenzaron a ser cuestionadas por distintos actores sociales en función de los procesos económicos, políticos y sociales ocurridos en el período de postguerra. Así, la visión de salud como ausencia de enfermedad será criticada y replanteada por la misma OMS, que establecerá una nueva definición²⁴ de salud para entenderla como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013). Ahora bien, aun cuando se ampliara esta definición a los aspectos positivos de la salud, aquélla mantendría un carácter estático, no permitiendo dar cuenta del dinamismo de este concepto situado históricamente, social y culturalmente (Chapela Mendoza, 2007).

En el contexto de América Latina a fines de 1960, la crisis económica, así como la crisis social y política, dará lugar a un proceso de luchas sociales y a la problematización de ciertas nociones en el campo de la salud. Tales luchas presentarán algunas características singulares:

Uno de los rasgos de las luchas populares en estos años es que ponen en entredicho, bajo formas totalmente distintas y con perspectivas de muy variable alcance, el modo dominante de resolver la satisfacción de las necesidades de las masas trabajadoras. Esto ocurre tanto en los países capitalistas avanzados como los dependientes. Así, al calor de estas luchas empieza a presentarse una crítica que busca formular una comprensión diferente de los problemas más acorde con los intereses populares, y capaz de dar origen a prácticas sociales nuevas (Laurell, 1982: 1).

En dicho marco, los desarrollos teórico-metodológicos de la Medicina Social Latinoamericana buscarán replantear esta visión de la salud para entenderla no como un estado, sino como un proceso de carácter social e histórico en sí mismo (Laurell, 1986). En este sentido, como

²⁴ La definición de salud de la OMS no ha sido modificada desde 1948 y es la que se presenta actualmente entre sus lineamientos públicos <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

señalan Laura Grigaitis y Jorge Bianco, se entiende que “el ‘proceso salud-enfermedad-atención’ (Menéndez, 1994) no sólo es emergente de determinadas condiciones de vida en el contexto específico en que opera, sino que su dinámica social está atravesada por una red de significaciones y relaciones de poder” (Grimberg et al, 1994 en Grigaitis y Bianco, 2005:17).

A fines de 1970, serán reconocidas situaciones de desigualdad significativa en las condiciones de salud, producto “no sólo del dispar desarrollo económico entre los países o entre los diversos grupos sociales al interior mismo país, sino también de la crisis de los sistemas o modelos de atención médica” (Ase y Burijovich, 2009: 32). Con respecto a esto último se indicará además durante esos años el cuestionamiento al modelo mismo de la medicina y su enfoque biológico e individual por sus limitaciones para dar cuenta y responder a las nuevas problemáticas de salud , así como por su dificultad para mejorar las condiciones de vida de ciertos grupos sociales (Laurell, 1986).

En función de dicho diagnóstico, bajo el impulso de la OMS y UNICEF, los países de las distintas regiones del mundo, acuerdan en asamblea en el año 1977 que instauró como meta general la “Salud para todos en el año 2000”. Con el fin de alcanzar dicha meta, el siguiente año en el marco de la reunión llevada a cabo en Alma Ata, se establecerá que la Atención Primaria de la Salud²⁵ sería la estrategia privilegiada para garantizar el acceso y ejercicio universal del derecho a la salud (Grigaitis y Bianco, 2005; Ase y Burijovich, 2009). En dicho marco, la APS será entendida como:

(...) el cuidado esencial de la salud en base a métodos científicos y socialmente aceptables y a tecnologías universalmente accesibles a toda persona y familia de la comunidad a través de una participación plena y de unos costos que estén al alcance de la Nación y la comunidad, para que mantengan en todas las etapas de su desarrollo el espíritu de autonomía e independencia. Constituye una parte integral del sistema sanitario del país, siendo su función central y principal objetivo, el progreso general social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de la persona, la familia y la comunidad con el sistema sanitario nacional, que lleva los servicios de salud lo más cerca que sea posible de los lugares en que viven y trabajan las personas y constituye el primer elemento del proceso constante del cuidado de la salud (Declaración de Alma Ata, 1978 en Ase y Burijovich, 2009: 33).

²⁵ En 1920 ya puede rastrearse los primeros usos de la noción de Atención Primaria de la Salud en el Informe elaborado por el Ministerio de Salud de Inglaterra en su propuesta para la organización de los servicios de salud en base a la regionalización y jerarquización de los servicios de salud en niveles de diferente complejidad (Lavras, 2011)

En base a esta declaración se plantea entonces a la APS como componente fundamental de los sistemas de salud de los distintos países teniendo como base ciertos principios sustantivos para llevar adelante sus acciones en función de dicha estrategia; entre estos principios se destacaron: la accesibilidad, la universalidad, la integralidad, la participación social, la racionalidad técnica y costo-eficaz, la descentralización, la interdisciplina e intersectorialidad (Ase y Burijovich, 2009; Silva Paim, 2011).

A su vez, esto supuso el compromiso de los distintos Estados por impulsar medidas adecuadas para la reorganización de los servicios de salud según niveles de complejidad ascendente, los cuales posibilitarían la optimización de recursos orientados a la atención de las distintas necesidades de la población. Esto incluiría no sólo servicios curativos, sino también de prevención, promoción y rehabilitación en base a la tecnología apropiada²⁶ en cada nivel. Esto suponía, a su vez, la articulación e integración entre los distintos niveles, aunque se destacara el primer nivel como aquel que en el que se incluyen las acciones básicas, especialmente las desarrolladas a nivel local, para brindar atención a las necesidades más frecuentes de la población. En otras palabras, puede entenderse que “el primer nivel de atención no es sinónimo de APS, pero su desarrollo condiciona la conformación y organización de los otros niveles” (Ase y Burijovich, 2009: 34).

Cabe señalar que la propuesta de la estrategia de la APS y sus premisas fundamentales no fueron igualmente aceptadas, ni fácil o completamente implementadas en los distintos países. Por el contrario, fueron significativas las resistencias de diferentes actores con intereses diversos y las dificultades para su puesta en práctica (Ase y Burijovich, 2009).

3.2.2. Proceso de reformas: APS selectiva y focalizada

En el marco de la propuesta de APS comienza a desplegarse un proceso de reformas económicas y políticas que entraban en contradicción con algunos de los principios que fueron propuestos en Alma Ata. Sin embargo, paradójicamente, la APS continuará presente en los

²⁶ “Una tecnología es considerada apropiada, en el marco de la APS, cuando constituye una solución efectiva, cuando es eficiente en términos de costo de los recursos utilizados y del beneficio obtenido, y es aceptable para el individuo, la familia o la población” (Ase y Burijovich, 2009: 34).

discursos como estrategia organizadora de los servicios, pero ahora con nuevos fundamentos y modalidades de aplicación reformulados en pos de la perspectiva neoliberal. Así, entonces:

(...) en el marco de la crisis y deslegitimación de los discursos de reforma promercado de finales de siglo XX, se revitalizó la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Dentro de las distintas interpretaciones posibles de la APS, tendió a privilegiarse la selectiva reduciéndola a programas focalizados (Stolkiner et al, 2011: 2808).

En este período, entonces, impulsada especialmente por los organismos internacionales de financiamiento, la APS es entendida en el contexto latinoamericano²⁷ como una serie de programas focalizados de tipo compensatorio, en base a una oferta de un número acotado de servicios orientados a la atención de las necesidades de la población reconocida como vulnerable, en particular, las mujeres embarazadas y los niños. Es así que “se empieza a plantear la necesidad de una atención primaria selectiva. Es decir, que concentre todos sus esfuerzos en algunas intervenciones, dirigidas a grupos de población precisos y en donde se maximiza la eficiencia en el uso de los recursos” (Ase y Buriyovich, 2009: 35).

De este modo, la APS tendió a ser pensada como el nivel más simplificado de atención médica en los servicios, de menor categoría para los más pobres, o incluso, como una atención básica referida a un primer nivel de atención de tipo periférico, con personal menos calificado, esto es, como una *atención primitiva de salud* (Testa, 1997: 163).

Reformas neoliberales y organización del sector salud en Argentina

Las transformaciones políticas, económicas y sociales derivadas de las reformas neoliberales estuvieron sustentadas en explicaciones que las plantearon como la única opción posible a la denominada *crisis*, en términos de ineficiencia estatal y limitación al libre juego del mercado (Grassi, 2008).

A fines de la década de 1960 la necesidad de alcanzar el grado de desarrollo económico ya logrado por los países centrales resultó un aspecto visualizado como imperativo para los países latinoamericanos. Tal desarrollo debía ser encausado para generar un pacto político

27 Debe señalarse que esta concepción de la APS, difiere de la reconocida en los países europeos. Allí, la atención primaria será mayormente entendida como puerta de entrada al sistema que se ubica en el primer nivel de atención, el cual cuenta con servicios clínicos de calidad funcionando como coordinador del ingreso y organización del sistema de salud (Lavras, 2011).

que pudiese procurar gobernabilidad a estos países que se entendían con débil institucionalidad. Así, la adopción de la propuesta neoliberal de reforma fue planteada como un hecho inevitable, sustentado en un discurso que enfatizaba la ineficacia de la política tradicional de los países latinoamericanos, los límites del modelo de desarrollo vigente hasta ese momento y la decadencia de las instituciones burocráticas centralizadas.

A partir de la transformación institucional del Estado, la reorientación de sus funciones a favor de una regulación del mercado y una burocracia eficiente se entendía que era posible, entonces, lograr la *governabilidad democrática* deseada y un funcionamiento armonioso de la sociedad. No obstante, bajo tales argumentaciones quedaban invisibilizadas las desigualdades de poder, las diferencias de intereses entre los distintos actores sociales; así como la distinción de los objetivos de su acción política (Vilas, 1997; Prats I Catalá, 1998).

Las reformas se concebían, además, como respuesta para aquello que se entendía como *crisis* producto de un alto déficit fiscal resultante del modelo anterior. De acuerdo a esta perspectiva, aquélla sería superada a través de la disminución y reorientación del gasto público, la renegociación de la deuda externa y la mejora de las condiciones para atraer la inversión extranjera. Ahora bien, estos lineamientos políticos fueron presentados como cuestiones operativas que reducían tales decisiones a una mera cuestión instrumental. De esta manera, la reforma del Estado “fue presentada a la opinión pública como una tarea eminentemente técnica impuesta por la contundencia de los hechos y orientada a mejorar la calidad de la gestión estatal” (Vilas, 2002: 47).

En la década de 1980 el discurso estuvo centrado en una *reforma política del Estado*, sustentada en la teoría y la política económica neoclásica, que se manifestaba en lo que Joan Prats I Catalá (1998) denominara *dogmatismo antiestatalista exacerbado*. Desde esta perspectiva se planteaba la autorregulación del mercado, cuya hipótesis central aducía que la racionalidad de este último se veía limitada por las intervenciones del Estado. En ese sentido, se postulaba la necesidad de un *Estado mínimo* y la modificación del peso institucional de los

actores sociales²⁸ en el bloque de poder resultante de las “recomendaciones” político-económicas impulsadas por los organismos multilaterales (Prats I Catalá, 1998).

En la década siguiente esta idea se reformulará al proponer, al decir de Vilas (1997), ya no la utopía del *Estado Mínimo* sino el interés por generar un *Estado efectivo*. Este cambio de rumbo se verá fundamentado, en parte, en la lectura hecha por los organismos multilaterales de crédito del fracaso de aquellos enfoques de desarrollo económico sustentados en un papel protagonista del Estado, pero también de los que apuntaban a una versión minimalista de aquél. Por ese motivo, el propósito ya no sería reformar el Estado, sino *refundarlo*; esto es, crear un Estado con nuevos roles y capacidades que respondieran a las necesidades del Mercado.

En dicha propuesta de reforma se expresará, a su vez, la demanda por un cambio en las instituciones. La relevancia dada a las mismas planteaba, además, al Estado como el principal actor de tal transformación. Esta *reforma institucional del Estado*, sin embargo, estaba orientada a crear las instituciones políticas necesarias para garantizar la primacía del mercado, así como sus principales actores tras la reforma política.

Las instituciones deben ser entendidas como construcciones sociales que expresan relaciones de poder entre diferentes actores. Sin embargo, en el sentido dado a lo institucional en el discurso de reforma, esto fue acotado a una mirada instrumental donde el marco institucional venía a consolidar relaciones de poder que eran dadas por supuestas, evitando el cuestionamiento o el sentido de las mismas (Vilas, 1997).

Del mismo modo, la ejecución de políticas públicas se postulaba en base a criterios técnicos, supuestamente vacíos de cualquier contenido vinculado a intereses y valoraciones políticas. Bajo la *tesis de apoliticidad* tendió a invisibilizarse que “siempre es estrecha la relación entre estructura socioeconómica, las orientaciones políticas de quienes conducen el Estado desde el gobierno y la gestión pública y las políticas públicas” (Vilas, 2011: 124); esto es, las

²⁸ “(...) los nuevos héroes del desarrollo económico ya no son los políticos ni los funcionarios, sino los empresarios y managers del sector privado; el estado es sospechoso incluso como actor principal del desarrollo social: las organizaciones no gubernamentales (a veces autoproclamándose como los únicos verdaderos representantes de la sociedad civil) se afirmarán como los nuevos héroes de la acción social antiburocrática” (Prats I Catalá, 1998: 3).

estructuras de poder que se configuran como producto de luchas entre distintos actores sociales que conforman una matriz particular de relación entre sociedad y Estado en distintos momentos históricos.

Desde esa perspectiva, la política social, en este caso referida al sector salud, se desarrolló entonces en torno a procesos de *privatización*, de *focalización* y de *descentralización* con el fin de incorporar al sector criterios que permitieran delimitar, sobre todo, el uso racional de los recursos.

La *focalización* fue presentada como sinónimo de selectividad del gasto social. Junto a la implementación de políticas universales, se enfatizaba el desarrollo de políticas focalizadas orientadas a los grupos más vulnerables, que estaban excluidos del mercado de trabajo. Este proceso suponía, entonces, la generación de programas destinados a combatir la extrema pobreza, para un uso más eficiente de los recursos (Sojo, 1990; Vilas, 1997).

La *privatización* supuso la introducción o aumento del arancelamiento de los servicios y la introducción de criterios de negocio y de ganancia comercial, con fuertes impactos en la calidad y extensión de la cobertura. Procuraba garantizar que los servicios serían demandados sólo por quienes los necesitaran, para evitar así el derroche de recursos. De este modo, se abandonaba la noción de servicio público por la de operación mercantil orientada hacia la ganancia. Asimismo, esto respondía a condicionalidades de los préstamos otorgados por organismos internacionales de crédito (Vilas, 1997).

De acuerdo a la estrategia *descentralizadora*, se producirá la transferencia de responsabilidades técnicas y administrativas de los servicios públicos desde la Nación a los niveles provinciales y municipales, fundamentada en el propósito de brindar mayor autonomía y democratización en la toma de decisiones. Sin embargo, como consecuencia de este proceso, se generaría una significativa disparidad entre las asignaciones de recursos a las distintas jurisdicciones, así como también entre las capacidades de cada una para afrontar las nuevas funciones y obligaciones.

En este punto, resulta preciso indicar las singularidades del *sector salud* en Argentina, en particular el subsector público, y su proceso de configuración a partir de las reformas iniciadas en 1970 y profundizadas en las dos décadas siguientes. Aquí, cabe señalar que para la

caracterización del ámbito de la salud, se ha utilizado la noción de sistema de salud para dar cuenta de la organización de los distintos sectores: el *público*, el de *obras sociales* y el *privado*. Sin embargo, este concepto puede resultar limitado para dar cuenta de la articulación de relaciones, recursos y problemas. En cambio, se propone la noción de *campo* para comprender la compleja combinación de agentes sociales con intereses y capitales diferentes, entre los que se plantean relaciones de fuerza y lucha por dichos capitales (Almeida Filho y Silva Paim, 1999; Spinelli, 2010).

Como lo señalaran Stolkiner *et al* (2011: 2808) respecto del caso argentino, “resulta ser un caso paradigmático por el alto nivel de *segmentación*²⁹ y fragmentación que lo caracterizan, lo cual se profundizó en la reforma neoliberal”. Asimismo, otros de los aspectos que lo han caracterizado han sido la oferta mayoritariamente médico-asistencial, un amplio desarrollo de tecnología de alta complejidad y el alto nivel de gasto, bajo el supuesto de que la mayor inversión en tales recursos implicará un mejor nivel de salud de la población (Spinelli, 2010).

El *subsector público* depende de la administración pública y provee servicios a través de una red de hospitales públicos y centros de salud. Su distribución geográfica es amplia, en zonas “no rentables”, operando a nivel nacional, provincial y municipal. Los procesos de descentralización, iniciados en 1970, promovieron la transferencia de hospitales nacionales a las provincias y a la Ciudad de Buenos Aires; lo cual implicó una disparidad en la asignación de recursos a las provincias. Por otra parte se propuso el *Hospital de Autogestión* con el fin de otorgar mayor eficiencia y modernización al subsector. Se estableció, además, el pago obligatorio de las obras sociales, mutuales y prepagas por los servicios prestados a sus beneficiarios en el ámbito público y se permitieron los ingresos extrapresupuestarios administrados por cada hospital, lo cual tuvo efectos limitados dado que no fue significativa la captación de recursos.

Por otra parte, la aplicación de programas desde el nivel central fue el mecanismo por el cual fueron propuestas las políticas públicas en busca de brindar equidad en el acceso a la salud. En ese sentido, se observó una fuerte focalización en el financiamiento de la atención madre-

²⁹ Por segmentación entenderemos “la presencia de diversos subsistemas responsables por la protección y atención de diferentes grupos poblacionales y la ausencia de coordinación entre los sistemas institucionales” (Stolkiner et al, 2011: 2808).

niño (la mujer en sus funciones reproductivas) y una menor proporción de transferencias hacia la prevención y control de enfermedades y riesgos específicos (Gogna, 2004).

En el marco de estas transformaciones se reconfigura la organización del subsector público de salud en base a la estrategia de la APS. Como mencionáramos, por parte de los organismos internacionales ésta se postulaba como una forma de articular los distintos niveles de atención. Esto facilitaría la accesibilidad a los efectores de salud a partir de la cercanía geográfica y simbólica de dichos establecimientos, favoreciendo la circulación entre los distintos niveles en función de la complejidad requerida para la atención de las distintas problemáticas de salud. No obstante, en su *significado concreto*, de acuerdo a las características que ha adoptado el sector salud en nuestro país, lejos de constituirse en el primer eslabón de una red de servicios con adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia, la atención primaria ha sido utilizada como medio para brindar atención a la población más empobrecida, al mismo tiempo que ha sido considerada un medio para la reducción del gasto social en salud que se destina a dicha población (Testa, 1997).

Otro aspecto retomado y destacado por la visión neoliberal de la APS, fue el de la *participación social* en los servicios de salud, justificado en que la inclusión de la población evitaría la modalidad de gestión vertical y centralista (Vilas, 1997). En ese sentido, la participación significaba un medio para alcanzar objetivos de distinto tipo, más que un fin en sí misma (Arias, 2011).

Al hablar de participación debemos considerar sus múltiples significados, poco claros en las propuestas vinculadas a la APS. Así, por un lado, es posible hacer referencia a la idea más formalista de la participación social basada en una concepción de ciudadanía que se aleja de las categorías más vinculadas a procesos colectivos como la idea de pueblo y de lo popular, para ser reemplazada por una categoría de ciudadanía que “posibilitaba una discusión de piso mínimo y universal de derechos a la vez que significaba un recorte sobre el individuo en el análisis” (Arias, 2011: 2). De acuerdo a este enfoque, el ejercicio de ciudadanía como sujetos de derechos se vincula más a una práctica individual basada en el conocimiento y acceso a la información, que al sentido colectivo de participación. En términos de Ana María Fernández (1999: 24) “se produce un desinvestimiento de lo público en favor de lo personal (lo íntimo) (...) desinvestimiento de lo público como el espacio de las acciones colectivas”. En este

sentido, las normas y reglamentaciones serán vistas como limitantes de las libertades individuales.

3.2.3. Post reformas: la renovación de la APS

El período posterior al auge de la propuesta neoliberal presentó transformaciones políticas en diversos países de la región latinoamericana, cuyos gobiernos comenzarían a cuestionar los supuestos que legitimaban el diseño e implementación de las políticas de las décadas anteriores, reorientando de este modo los lineamientos de la agenda pública en base a un discurso de justicia social y redistribución, soberanía nacional y cooperación regional (Mendes Pereira et al, 2012). Con respecto al caso argentino, Alicia Stolkiner y otros afirman:

(...) luego de la crisis que, en el año 2001, culminó el período de reformas promercado, se produjo un crecimiento económico sostenido, el cual fue acompañado de un incremento del gasto social del Estado, en el marco de una mayor la intervención del mismo en la regulación de la economía (...) Algunas políticas sociales revirtieron radicalmente decisiones del período anterior. En salud, en cambio las medidas no transformaron la estructura básica del sistema. No obstante las modificaciones realizadas se fundaron en un discurso centrado en la estrategia de APS, el incremento de la regulación por parte del Estado y la recuperación de la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud Nacional (Stolkiner et al, 2011: 2808).

La vigencia del discurso de APS no parece ser casual. En el año 2003, vislumbrando las consecuencias del ajuste producto de las políticas neoliberales en el campo de la salud, la OMS y la OPS proponen replantear la conceptualización de la APS a partir de su *renovación* con el fin de recuperar los principios iniciales planteados en Alma Ata y generar así una nueva reorientación de los servicios de salud. De esta manera, el énfasis será puesto nuevamente en los principios de universalidad, integralidad y equidad (Stolkiner et al, 2011; Mendes Pereira et al, 2012).

3.3. Efectores públicos de salud en Ciudad de Buenos Aires: los centros de salud en el subsector público de salud de la Ciudad

El subsector público de salud en la CABA se ha constituido de acuerdo a criterios que no se han sustentado necesariamente en acciones con previa planificación, en análisis epidemiológicos o en base a las necesidades de salud de la población. Por el contrario, la conformación de este subsector se caracterizó por la falta de planificación y una importante

desarticulación entre sus efectores que fueron incrementando su número en distintos momentos históricos, respondiendo a lógicas estatales diversas (Muntaabski et al, 2001; Duré, 2007; Bonazzola, 2010).

Con respecto a la intervención estatal en el campo de la salud, en el caso argentino resulta posible reconocer dos momentos significativos. Éstos, en términos de Susana Belmartino (2009), pueden ser leídos como *coyunturas críticas*³⁰. Así entonces, en el siglo XX se identifican dos coyunturas:

La primera de ellas puede ubicarse en los años 30 y primeros 40 y será escenario de debates sobre los alcances y límites de la intervención del estado en múltiples escenarios de la práctica social. La segunda se genera a partir de los años 70, llega a su climax con la hiperinflación de 1989 y será ocasión para la puesta en marcha de estrategias de reforma del estado y reconversión económica, alcanzando también los servicios de atención médica (Belmartino, 2009: 2).

Cabe destacar que en la primera de estas coyunturas se reconoce el momento en que el Estado comienza a dar relevancia a la atención médica y a la prevención orientada, especialmente, a la salud laboral. En dicho período:

En el campo de la atención médica las responsabilidades asignadas al estado se asumieron bajo formas organizativas particulares: la preocupación central radicó en garantizar el financiamiento de una demanda creciente de atención médica, en un escenario donde la nueva tecnología diagnóstica generaba la necesidad de instalaciones más complejas y estimulaba la especialización de los profesionales (Belmartino, 2009: 2).

En el caso de la CABA, tal situación fue la que caracterizó la conformación del subsector público de salud. De esta manera, se produjo un amplio desarrollo de los servicios públicos que se manifestó en el aumento de camas para internación y de ahí, en el crecimiento del número de hospitales mono y polivalentes de mediana y alta complejidad. Los rasgos que adoptaron estos hospitales, sobre todo vinculados a la complejidad técnica y a la especialidad médica centrada en la enfermedad, fueron asociados a una concepción de mejor calidad de la atención y a un mayor prestigio de estas instituciones por sobre otras de menor complejidad (Muntaabski et al, 2001; Duré, 2007).

³⁰ El concepto de *coyuntura crítica* “es utilizado para designar períodos históricos en los que se generan cambios institucionales significativos, como consecuencia de una crisis de las formas organizativas previamente vigentes” (Belmartino, 2009: 1)

Resulta preciso señalar que en esos años, durante el período del gobierno peronista en que se lleva adelante la gestión del Ministro Carrillo –fundando el principio de la salud como responsabilidad del Estado– se postuló la creación de un seguro único de salud, la nacionalización de todos los establecimientos asistenciales públicos y se promovió la creación, además de los hospitales de alta complejidad, de otros efectores de distinta complejidad³¹ (Muntaabski et al, 2001; Acuña y Chudnovsky, 2002; Duré, 2007):

Habría un único seguro de salud para toda la población donde la puerta de entrada al sistema estaría integrada por consultorios médicos independientes pero contratados por el Estado, luego habría Centros de Salud que además de la atención ambulatoria en diferentes especialidades desarrollarían actividades de prevención, educación y serían agentes de los programas de salud pública, por último se llegaría a verdaderas “ciudades hospitales” que integrarían los mayores recursos y tecnología disponible (Tobar, 2001: 18).

Si bien dicho modelo no llegó a instalarse como modalidad organizacional hegemónica en el campo de la salud en Argentina pueden vislumbrarse sus efectos en cuanto al crecimiento de hospitales con dependencia estatal y –aunque con escasa articulación respecto de éstos– la aparición de otros tipos de centros de atención (Tobar, 2001; Muntaabski et al, 2001; Duré, 2009).

De este modo, se distingue la emergencia de los primeros *centros sanitarios* a finales de 1950, instalados inicialmente en las provincias de Chaco y San Juan, extendiéndose posteriormente al Gran Buenos Aires. Esta multiplicación de los centros sanitarios en el medio urbano –las primeras experiencias devinieron en entornos rurales– derivó en algunas dificultades para responder a las problemáticas de salud urbanas. Cabe señalar que, en su origen, tales centros que contaban con médicos, asistentes sociales y auxiliares, surgieron con el objetivo de complementar la asistencia de tipo hospitalaria desarrollando básicamente tareas preventivas (entre las que se identificaban las inmunizaciones, los controles a embarazadas, la distribución de leche, entre otros). Sin embargo:

Pese a que los puestos de salud dependían del gobierno provincial, su desarrollo no parece haber estado integrado a las políticas de salud de esa instancia gubernamental; se manejaban,

³¹ De acuerdo a Acuña y Chudnovsky (2002: 20): “Como consecuencia directa de este giro estatal en la relación con la salud, se generó una fuerte dependencia del sector con respecto al presupuesto central. Aunque seguían existiendo sistemas de coberturas mutualistas –ahora con fuerte predominio sindical– no existían grandes separaciones entre prestadores y financiadores. En última instancia, pese a la autonomía de las provincias derivada de la Constitución, durante ese período el gobierno nacional llevó a cabo un ambicioso programa de obra pública y de expansión de servicios en todo el territorio nacional”.

en cambio, como programas verticales independientes de las restantes acciones del área (Lumi, 1992: 81).

En el ámbito de la CABA, a partir de ese momento, se implementarán diversas políticas tendientes a generar modalidades novedosas y accesibles de atención a través de esos distintos efectores que no lograrán, sin embargo, establecerse en una adecuada institucionalización e integración. Esto se verá obstaculizado por la hegemonía de la lógica hospitalaria que se mantiene durante esos períodos sustentada en el reconocimiento social otorgado a los hospitales por su capacidad formativa y la asistencia médica de alta complejidad como eje central de la atención (Muntaabski et al, 2001; Duré, 2007).

En el período correspondiente a la segunda coyuntura analizada por Belmartino (2009) se pueden identificar dos movimientos de reformas que incluyen, por un lado, las acciones que tendieron a cuestionar la confianza en lo científico-tecnológico como única vía de resolución de los problemas de salud, así como las reivindicaciones de universalidad e igualdad en el acceso al derecho a la salud, teniendo al Estado como el actor garante de su ejercicio efectivo. En dicho marco, a fines de 1970 y principios de 1980, es posible situar los primeros lineamientos de la propuesta de la APS³² como estrategia de organización de los servicios de salud en el ámbito público y los inicios de los procesos de descentralización.

En un segundo momento, desplegado especialmente en la década de 1990, esos movimientos de reforma se alejaron de tales reivindicaciones y principios. Tendieron, en cambio, a la transformación de la configuración de las modalidades institucionales vigentes y las relaciones entre los distintos actores, entre ellos, los prestadores de servicios, los organismos financiadores y los mismos usuarios, con el fin de introducir modificaciones en los mecanismos regulatorios, en particular vinculados a las reglamentaciones de las prestaciones y al ejercicio de los profesionales³³. Asimismo, estas reformas se orientaron a la reducción de costos vía la focalización, la descentralización, la eficacia y la calidad de la atención. Si bien la propuesta de

³² Cabe señalar que será a partir de 1976, período del gobierno dictatorial, que se plantearán la organización de los centros de salud en vínculo con la estrategia de APS (Lumi, 1992; Adissi, 2010).

³³ Resulta preciso señalar que “de manera no necesariamente paradójica se reconoce que tanto el avance de las políticas de descentralización como la introducción de mecanismos de mercado reclaman al mismo tiempo el fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para establecer normas, monitorear y evaluar desempeño y prevenir conductas oportunistas” (Belmartino, 2009: 8)

APS tomará vigencia nuevamente en estos años, como se describiera en el apartado anterior, será como *Atención Primaria Selectiva* (Duré, 2007; Belmartino, 2009).

3.3.1. Orígenes de los centros de salud en la Ciudad

En 1999 se sanciona la Ley Básica de Salud (Ley 153/99) en la que a partir de una concepción de salud integral, de accesibilidad y cobertura universal, disponía para el subsector estatal –al menos formalmente– una organización en torno a la estrategia de atención primaria, estableciendo niveles de atención con sistemas de referencia y contrarreferencia, con jerarquía del primer nivel como puerta de entrada al sistema y de seguimiento de las personas hacia los otros niveles. Ahora bien, cabe destacar que:

(...) el subsector prestador público de salud de la Ciudad de Buenos Aires está inserto en el desarrollo histórico de la Ciudad de Buenos Aires y la Región Metropolitana, por lo que sus efectores –que en algunos casos tienen más de dos siglos de historia- se originaron por necesidades, instituciones creadoras y objetivos muy diversos a lo largo del tiempo. En años más cercanos, en particular en el último cuarto de siglo, diversos proyectos de desarrollar un sistema más integrado generaron, con idas y venidas, muchos de los criterios organizativos en vigencia: tales como la estrategia de Atención Primaria, las áreas programáticas, las más recientes regiones, la organización por niveles, las redes de servicios, entre otros” (Bonazzola, 2010: 4).

Así, por ejemplo, previo a la existencia de la Ley 153/1999, con el fin de establecer un área bajo la responsabilidad de los hospitales para favorecer el vínculo con su población y optimizar los recursos de salud allí disponibles, se crearon en 1987 las *Áreas Programáticas*:

El Área Programática de un establecimiento es una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico-administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de la población que la habita (Lemus, 1988 en Muntaabski et al, 2001: 4).

Para dichas áreas se estableció como dependencia jerárquica los Hospitales Generales de Agudos³⁴ que, en ese momento, eran doce. Su delimitación geográfica, lejos de configurarse en torno a criterios epidemiológicos o sociodemográficos, se apoyó en una división existente del sistema de emergencias y catástrofes que establecía un trazado para el radio de circulación

³⁴ Al mismo tiempo, se desarrolla una estructura jerárquica para estas áreas que quedan bajo la conducción de los Jefes de Área Programática desde los hospitales de referencia, que a su vez respondían al Director de cada hospital (Muntaabski et al, 2001).

de las ambulancias (Muntaabski et al, 2001; Duré, 2007; Maceira, 2007; Adissi, 2010). Tal distribución geográfica, que actuó como delimitación de responsabilidades sanitarias para cada hospital, supuso que las áreas programáticas englobaran “a los efectores desconcentrados existentes, los Centros de Salud y las Unidades Asistenciales de Salud de las escuelas, y especialmente en las zonas donde habitaba la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI)” (Duré, 2007: 10).

Ahora bien, al estructurarse en el marco de un modelo de atención hospital-céntrico de estructura piramidal de sus servicios y especialidades, las áreas programáticas que dependían en principio de las direcciones de los hospitales para obtener financiamiento³⁵, se encontraron en desventaja en la competencia por dicho recurso ante los servicios del hospital (Duré, 2007; Stolkiner et al, 2011). Por otra parte, el vínculo de los efectores descentralizados que quedaron bajo la dependencia de estas áreas con sus hospitales de referencia se veía dificultado, a su vez, por su concepción como centros *periféricos* que permanecían aislados y separados de las redes de servicios de los hospitales (Adissi, 2010).

Entre tales efectores se encontraban los denominados³⁶ Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC)³⁷. Gran parte de estos establecimientos existían con anterioridad a la conformación de las áreas programáticas como centros de salud ubicados, en su mayoría, en barrios de la zona sur de la Ciudad cuya población se encontraba en situaciones de significativa vulnerabilidad económica y social. Debido a la diversidad de criterios para la incorporación del personal, las distintas características edilicias y del área en el que se insertaron, la estructura y organización de estos centros han presentado una importante heterogeneidad entre sí. No

³⁵ Durante la década de 1990 y los inicios del 2000, las áreas programáticas pasarán a depender a su vez de la Dirección de Salud Comunitaria, que será reemplazada en 2001 por la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud (DGAAPS). En función de estas dos dependencias, tanto los recursos humanos como la administración de los centros de salud dependían de los hospitales de referencia; mientras que la DGAAPS pasó a centralizar las compras, la gestión de los insumos y también las obras de infraestructura en los centros de salud (Muntaabski et al, 2001; Maceira, 2007;)

³⁶ Entre las principales denominaciones utilizadas en nuestro país, cabe señalar a los Centros de Atención Primaria (CAP) y en la Ciudad de Buenos Aires, los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC).

³⁷ A estos efectores del primer nivel de atención, se sumarán en el año 1997, el Plan Médicos de Cabecera y en el 2000 los Centros Médicos Barriales o CMB (actualmente Plan Cobertura Porteña de Salud) destinados a la población con cobertura única de salud pública residente en CABA adherida al plan. Ambos modelos, con dependencia en las Áreas Programáticas, se caracterizaron por tener la misma modalidad de contratación. En el caso de los médicos de cabecera, los profesionales brindaban atención en sus consultorios individuales. Los CMB, estaban conformados por profesionales médicos (clínicos o generalistas), pediatras, ginecólogos, clínicos y odontólogos, que debían encargarse de la instalación y atención del Centro. Para ello, los profesionales contaban con una remuneración mensual en forma de módulos (Dure, 2007; GCABA, 2013).

obstante, pueden reconocerse algunos rasgos comunes como la existencia de equipos conformados por profesionales de medicina, enfermería, psicología, trabajo social, obstetricia, nutrición, etc. Y por otra parte, la implementación de programas que devienen del nivel central, entre ellos, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Inmunizaciones, VIH – sida y el Materno Infantil (Maceira, 2007; Duré, 2007; Adissi, 2010; GCABA, 2013).

En un contexto de mayor profundización de la estratificación de la cobertura de salud según capacidad contributiva (Stolkiner et al, 2011), en las décadas de 1990 y del 2000 las dificultades económicas para trasladarse hacia los hospitales, llevaron a que una parte importante de la población se dirigiera a los centros de salud para atender sus problemas de salud. Como consecuencia del aumento de la demanda y la escasez de recursos en los CeSAC, en algunos casos se presentaban imágenes al estilo de una *semihospitalización*, es decir, la reproducción de prácticas que se habían tornado propias de la lógica hospitalaria en la gestión de los procesos de atención que se expresaba, por ejemplo, en la realización de largas ‘colas’ por varias horas para acceder a los turnos (Duré, 2007).

Debe señalarse, por otra parte, que para el año 1992 en el contexto del proceso de descentralización se realizó la transferencia al gobierno porteño de una tercera parte de los hospitales que funcionaban en la Ciudad con dependencia del gobierno nacional. Esto conllevó dificultades, especialmente, para la integración y unificación de los regímenes de regulación de los recursos humanos. A su vez, en la configuración de los procesos de gestión de los centros de salud, se manifestaban:

(...) dificultades para llegar a acuerdos estratégicos con las Asociaciones de Profesionales y los grupos de poder intra hospitalarios. La falta de una política específica los dejó librados al voluntarismo de los profesionales que trabajaban en ellos y a las convicciones del director del hospital (Dure, 2007: 11).

En el marco de profundización de los procesos de reforma, expresados en la organización del sector salud en función de la estrategia de la APS, se promulga la Ley Básica de Salud cuyo artículo N° 27 estableció que:

(...) el subsector estatal de salud se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas Regiones Sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud. Las áreas de salud son definidas como las unidades locales de organización territorial del subsector estatal de salud (Ley 153/1999).

No obstante, recién para el año 2008, mediante la Resolución N° 31 del Ministerio de Salud de la CABA se crearán efectivamente las *Regiones Sanitarias*, que se dividieron en cuatro regiones³⁸. Aun cuando se tomaran como antecedentes relevantes las anteriores divisiones geográfico-administrativas, dicha resolución señalaba:

(...) estas experiencias no se articularon con otras delimitaciones sociales, políticas y geográficas, teniendo en cuenta los distritos escolares, las circunscripciones electorales o los Centros de Gestión y Participación, dificultando el análisis epidemiológico discriminado al no disponerse de bases poblacionales (Resolución N° 31/GCABA/MSGC/08).

La división en Regiones Sanitarias supuso una delimitación geográfica-poblacional que pretendía la consideración de la división de las comunas establecidas por la Ley 1777/2005 los aspectos sociales, epidemiológicos, demográficos, de recursos y cobertura, entre otros, para su definición. En tal sentido, en una reglamentación posterior del año 2011, se definirá finalmente la articulación de las áreas programáticas con las comunas de la Ciudad (Resolución N° 1304/GCABA/MSGC/11).

La implementación de estas nuevas modalidades de organización para el subsector público de salud, propuestas a nivel formal, se genera en el marco de un campo de lucha entre actores que con diversos intereses han dificultado la aplicación de distintas iniciativas integradoras:

Históricamente el sector salud en la Argentina ha tenido una puja de actores que obstaculizaron los intentos de integración en función de intereses corporativos y que podrían verse desfavorecidos si cambia el modelo de atención centrada en la enfermedad, o si aumentaran las regulaciones. Han sido actores estratégicos – además de las industrias ligadas a la salud – las corporaciones profesionales, las cámaras de prestadores privadas y el poder sindical por su ligazón con las obras sociales los cuales configuraron un “pacto corporativo” de las políticas de salud (Belmartino, 2004 en Stolkiner et al, 2011: 2810).

Por otra parte, la formación del recurso humano en salud, en particular a partir del sistema de residencias, ha estado también orientada por la cultura hospitalocéntrica. En ese sentido, el trabajo de los profesionales del primer nivel de atención se ha visto desvalorizado y descalificado en su comparación con las especialidades hospitalarias. No obstante, estudios recientes advierten acerca de las nuevas concepciones entre los profesionales, quienes señalan “el compromiso del personal de algunos CAPS³⁹, pese a sus condiciones de

³⁸ Ver distribución de las regiones en el punto 2.3.5. del Capítulo 2 de esta tesis.

³⁹ Se denomina CAPS a los Centros de Atención Primaria de la Salud a nivel nacional.

precariedad laboral (...) un valor importante a la existencia de trabajo en equipo y la interdisciplina” (Stolkiner et al, 2011: 2813).

Ahora bien, cabe considerar el contexto en que se desarrollan tales propuestas. Éste se encuentra caracterizado por una modalidad de enunciación de políticas y programas planteadas desde una lógica del *deber ser*, que han sido concebidas en función de “lógicas de soluciones y no de análisis de problemas” (Spinelli, 2010: 279). De este modo, se producen hiatos entre las propuestas formales y su ejecución en los distintos niveles de atención, en particular en los efectores del primer nivel, que manifiestan alcances y limitaciones, principalmente, para las políticas propuestas vinculadas con la complejidad de la gestión en el campo de la salud, la autonomía del ejercicio profesional en las prácticas cotidianas, así como las luchas de poder entre los distintos actores según intereses políticos y económicos diversos; aspectos no siempre considerados en el diseño y ejecución de las políticas de salud.

No obstante, en esas fisuras entre lo planificado y lo ejecutado, en el contexto de los efectores del primer nivel es posible advertir las potencialidades de cada equipo de salud. De tal modo, haciendo uso del grado de autonomía, estos equipos pueden reelaborar los lineamientos del nivel central en términos de la singularidad de los espacios de los que son parte junto a otros actores del sector salud y de otros sectores que participan en los procesos de atención y cuidado de la salud.

Sentidos y prácticas en torno a la APS: propuesta de análisis

Por lo antes expuesto, resulta posible advertir distintos momentos, incluso en marcos político-sociales diversos, en los que la APS se ha sostenido como estrategia privilegiada para pensar la organización de los servicios de salud, en particular, en el ámbito del subsector público.

En sus orígenes, así como en los últimos desarrollos que proponen su renovación, la APS ha sido utilizada para fundamentar acciones y políticas que suponen, sobre todo para la población en situaciones de mayor vulnerabilidad económico-social, una mayor accesibilidad e integralidad en la atención en salud. Asimismo, paradójicamente, ha sido vinculada a sentidos peyorativos por la que fue asociada a una atención deficitaria, de mala calidad y

escasa complejidad, reducida a brindar servicios para pobres. De este modo, fue utilizada también para justificar abordajes focalizados, en función de la reducción de costos que se proclamaba como uno de los principios centrales del proyecto neoliberal de reforma.

En el caso argentino, en particular de la CABA, la APS también buscó instalarse como eje para la organización de los servicios y legitimación de las estrategias propuestas en las políticas de salud orientadas, fundamentalmente, al subsector público. No obstante, el desarrollo de la organización de los servicios de salud se ha configurado en función de acciones discontinuas, no planificadas y de acuerdo a lógicas estatales diversas. Por otra parte, tales políticas han estado orientadas en mayor medida al desarrollo hospitalario de alta complejidad, el cual ha sido asociado a rasgos de calidad y prestigio. Mientras que el proceso de conformación de los centros de salud no ha parecido estar integrado en dicha planificación y ha presentado un menor nivel de institucionalización e integración, lo cual se ha vislumbrado en la importante heterogeneidad que distingue la constitución de estos efectores.

En ese sentido, en este trabajo se propone la indagación acerca de aquellas intervenciones dirigidas a jóvenes que concurren para la atención de su embarazo a centros de salud ubicados en barrios populares de la CABA. En particular, se toma en consideración la construcción de las experiencias de los integrantes de los equipos de salud; así como los acuerdos, las tensiones y conflictos institucionales, en los diferentes momentos que atravesaron estos efectores a partir de las transformaciones generadas por las reformas neoliberales.

Así, entonces, deviene significativo explorar: a) las significaciones acerca de estos jóvenes, sus necesidades y problemas de salud, b) los sentidos asociados a los barrios populares y sus características y c) la conformación histórica de los centros de salud y la configuración de sus equipos y sus prácticas y d) las concepciones acerca de la APS como estrategia sobre la que busca asentarse la organización del subsector público de salud y en base a la cual se ha justificado la existencia y las prácticas de los centros de salud.

Capítulo 4

Vínculo entre instituciones de salud y jóvenes

4.1. Discursos acerca de las adolescencias y juventudes

Las concepciones acerca de la *adolescencia* y *juventud* remiten a construcciones sociales y discursivas que vislumbran los sentidos a las que suelen asociarse las problemáticas que los afectan.

Si bien se distinguen los usos de los conceptos de adolescencia y de juventud en distintos estudios, se reconocen coincidencias entre los diferentes autores respecto del carácter construido de ambas nociones. En particular, se sitúa dicha construcción en entramados históricos, sociales, culturales, políticos y económicos específicos (Checa, 2003; Chaves, 2005; Margulis, 2007; Reguillo, 2012). Mariana Chaves (2010) señala cómo a través de las distintas nominaciones se producen sujetos y se generan identidades que los ubican como representantes de esas categorías. En estos procesos de generación de conceptos teóricos, se plantean los sentidos hegemónicos⁴⁰ en función del momento histórico en que fueron concebidos.

Así, el origen del concepto de *adolescencia* se ubica históricamente hacia fines del siglo XIX como parte del proceso de desarrollo industrial capitalista y las transformaciones de la concepción de familia y sus funciones en ese contexto, en el que la educación formal tuvo un papel significativo (Checa, 2003). La noción de *juventud*, también se sitúa en un momento sociohistórico determinado, el contexto de posguerra en la segunda mitad del siglo XX, resultante de tres procesos: “la reorganización económica, como resultado del aceleramiento industrial, científico y técnico, que implicó ajustes en la organización productiva de la sociedad; la oferta y el consumo cultural, y el discurso jurídico” (Reguillo, 2012: 23).

⁴⁰ Ciertas concepciones se tornan hegemónicas, en tanto son consideradas como verdaderas, naturalizando su explicación y visualizándola como un argumento coherente y objetivo, no ideológico y por lo tanto, legítimo para todos los grupos sociales (Wright, 1998). En ese sentido, desde la concepción de hegemonía de Gramsci, podemos decir que “la ideología se vuelve hegemónica no solo a través de las instituciones del Estado, sino mediante su difusión en todas las áreas de la vida cotidiana” (Wright, 1998:132).

A partir de estas nociones, según los distintos autores, se percibe la presencia de estos sujetos en la sociedad, aunque la misma será valorada de maneras diferentes. Se señala que ciertos discursos tenderán a enfatizar un modelo deseable de “lo juvenil” (Margulis, 2007; Kornblit, 2007; Fainsod, 2008) y se indicarán de acuerdo a la edad y al sexo “biológicos” los rasgos que permitirían caracterizarlos como grupo social específico (Checa, 2003; Margulis, 2007; Reguillo, 2012;). Asimismo, tanto la adolescencia como la juventud, fueron entendidas como etapas de transición entre la niñez y la adultez por la que pasarían todas las personas; vinculada a esta concepción, se plantea la idea de *moratoria social* (Checa, 2003; Margulis, 2007; Kornblit, 2007; Fainsod, 2008; Reguillo, 2012).

Estas ideas serán criticadas por su tendencia a esencializar y universalizar al conjunto de jóvenes característica, partiendo de una visión etnocentrista y estática de lo social. Como afirma Paula Fainsod (2008: 42) “el parámetro de adolescente es el ‘modelo burgués, blanco y masculino’ y las diferencias respecto de este modelo, son leídos como ‘desvío deficitario’”. De acuerdo a la autora, estas concepciones tendrán efecto en las subjetividades y de este modo, por ejemplo, las adolescentes madres y embarazadas serán vistas como *desvíos* de estas formas hegemónicas de ser adolescente.

Por otra parte, se destacan los trabajos de Chaves (2005, 2010) en los que, a través de una exhaustiva revisión y construcción de distintas fuentes primarias (entrevistas a jóvenes, padres y madres, representantes de instituciones educativas) y secundarias (bibliografía, producciones de medios de comunicación, documentos de políticas), ha rastreado y categorizado esos discursos y usos de la categoría de juventud. A partir de ello, plantea una serie de tipologías que permitirían resumir las formas en que se ha caracterizado a la juventud.

Así, entonces, describe los discursos naturalistas como aquéllos que, centrados en lo biológico, remiten a la idea de una etapa natural y universal por la que atravesarían todas las personas. En el caso de los discursos psicologistas, la juventud se presentará como ‘adolescencia’ vinculada al sufrimiento y la dolencia, aspectos presentes frecuentemente en el discurso biomédico y el modelo de medicalización. Otros discursos caracterizarán la juventud desde una mirada negativa, como problema, “vamos a tratar sobre juventud, vamos entonces a hablar de alcoholismo, SIDA, tabaquismo, embarazo adolescente” (Chaves, 2005: 17). Así también, se destacan los discursos que les atribuyen peligrosidad y los sitúan en el lugar de

enemigo interno de la sociedad. Finalmente, distingue los discursos culturalistas y sociologistas. Los primeros, abordarán la juventud como un grupo específico de la sociedad, con 'cultura' propia, pero representada por signos propios de sectores sociales medios y altos que tienden a universalizarse a todos los jóvenes. Mientras que el discurso sociologista hará referencia a éstos como víctimas de la sociedad que los moldea desde afuera.

En lo que respecta a la sexualidad y aspectos reproductivos, Silvia Elizalde (2009) destaca el modo en que las instituciones refuerzan ideologías que estigmatizan y disciplinan el género y la sexualidad de los jóvenes dentro de los esquemas deseables y 'normales' para sus conductas y sus cuerpos. Por otra parte, en cuanto al abordaje de la sexualidad de los adolescentes en las investigaciones, Daniel Jones señalará que estos estudios se han centrado "en el embarazo, las primeras relaciones vaginales, conocimiento y uso de MACs, prevención de VIH y por lo tanto, descuidando las prácticas no relacionales, no penetrativas, entre personas del mismo sexo, etc." (Jones, 2012: 16). Tales estudios, según este autor anteponen el interés en los riesgos y sus consecuencias negativas, por sobre la diversidad y significados de las prácticas sexuales de los adolescentes. Por otra parte, para Susana Checa, este tipo de enfoques se ubican especialmente en el abordaje biomédico "que relaciona los comportamientos de los adolescentes con situaciones de riesgo, y que tiende a medicalizar los cambios que se producen durante la adolescencia bajo categorizaciones de 'normal' o 'patológico'" (Checa, 2003: 26).

Frente a estos discursos, los trabajos revisados, establecen la necesidad de reconocer la diversidad en la juventud, o más bien, las "juventudes" (Margulis, 2007). Así, la juventud no será entendida, como una etapa de transición y se criticará "lo juvenil" en tanto forma hegemónica e idealizada de la caracterización cultural de la juventud. En tal sentido, se señala la diversidad que implica la "categoría 'jóvenes'", subrayando la necesidad de "romper con la visión determinista que privilegia lo estructural sobre las subjetividades y las prácticas" (Kornblit, 2007: 12).

Al respecto, cabe destacar el último estudio coordinado por Pablo Di Leo y Ana Clara Camarotti (2013) que, siguiendo el desarrollo de sus investigaciones anteriores, en las que han analizado distintas problemáticas de jóvenes en el contexto del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), han propuesto un abordaje teórico-metodológico que busca alejarse de las visiones

homogeneizadoras y estigmatizantes para, en cambio, dar cuenta de las experiencias que construyen los jóvenes de barrios populares y de la compleja construcción de sus identidades a partir de la co-construcción de sus relatos biográficos.

Finalmente, otro aspecto que se distingue en diversos estudios es la concepción de los jóvenes y adolescentes como sujetos de derechos. Se indica el reconocimiento que han tenido los y las adolescentes como ciudadanos a partir de la implementación de instrumentos legales internacionales, como la Convención Internacional de los Derechos del Niño y su conocimiento y aplicación en la legislación local y la necesidad de indagar acerca de sus conocimientos acerca de su ejercicio y exigibilidad, así como su promoción y no vulneración (Checa, 2003; Schufer et al, 2006; Capuccio et al, 2006; Berner y Ramos, 2008).

4.2. Abordajes y supuestos en la construcción del “embarazo adolescente” como problema

La revisión de los distintos estudios sociales que abordan la temática del embarazo y la maternidad durante la adolescencia y la juventud, permitirán distinguir los diferentes enfoques a partir de los cuales se ha constituido a estos fenómenos como problemas de investigación en el ámbito académico y de intervención en el campo de la salud pública. En los estudios revisados para este trabajo, provenientes del campo de las Ciencias Sociales, es posible rastrear los principales abordajes⁴¹ que se presentan a continuación:

Causas y consecuencias del embarazo y la maternidad en la vida de las jóvenes

Entre los estudios que analizan el estado de la cuestión en la definición del “embarazo adolescente” como problema social y de salud pública se destacan los trabajos desarrollados por Claudio Stern (2003) en el contexto mexicano; en el caso argentino, los análisis de Edith Pantelides (2003), Ariel Adaszko (2005) y Graciela Climent (2009). Asimismo, se destaca la descripción y análisis que realiza Paula Fainsod (2008) en el marco de su investigación sobre los distintos enfoques de la cuestión del embarazo y la maternidad en la adolescencia, particularmente, en la escuela media. Cabe señalar que estos trabajos sintetizan las distintas

⁴¹ La distinción se realiza sólo a fines analíticos de este trabajo, dado que en un mismo estudio es posible encontrar distintas líneas de análisis.

perspectivas distinguiendo enfoques “tradicionales – hegemónicos” y los enfoques “alternativos – críticos” (Stern y García, 1996; Stern, 2003; Adaszko, 2005; Fainsod, 2008; Climent, 2009).

En el tradicional-hegemónico, se expresa la noción de “embarazo adolescente” como un problema social que se torna, por ende, un problema “público”. Tales perspectivas, predominantes en las décadas de los 1960 y 1970, estuvieron sostenidas principalmente por disciplinas tales como la medicina, la epidemiología, la demografía o la psicología social (Fainsod, 2008). A partir de dicho enfoque, el embarazo en la adolescencia era visualizado como un hecho inadecuado en ese grupo etario y por lo tanto, prevalecía una valoración negativa, como “desvío” y enfocadas en el nivel individual y/o familiar (Adaszko, 2005; Fainsod, 2008; Climent, 2009).

Algunos de los primeros argumentos utilizados para fundamentar el embarazo adolescente en tanto problema subrayaron, por un lado, el importante crecimiento de las tasas de fecundidad entre las adolescentes (Stern, 2003; Adaszko, 2005; Fainsod, 2008). Asimismo se postulaba que el embarazo podía implicar riesgos para su salud y la del niño debido a la precoz edad de las jóvenes que hacía que éste fuera concebido como “embarazo de riesgo” y se esgrimían razones biomédicas sustentadas en la edad temprana de las adolescentes para ser madres (Pantelides, 2003; Fainsod, 2008).

No obstante, desde la década de 1980 surgen visiones alternativas que problematizan estas posturas que no contemplaban situaciones de desigualdad, ni procesos de vulnerabilización que afectan de maneras diferentes a las jóvenes, así se señala que:

(...) por una parte, este punto de vista no refleja adecuadamente la realidad de los diversos conjuntos sociales. Por otra, conlleva como efecto secundario la victimización o culpabilización de los grupos subalternos sin proponer una solución realista a los problemas de exclusión que estos grupos viven cotidianamente (Adaszko, 2005: 55).

Por ello se propone, en cambio, la inclusión de un enfoque político (Adaszko, 2005) y contextualizado (Stern, 2003) para dar cuenta de las condiciones de vida y reproducción de los distintos grupos sociales; cuestionando así la universalización y el etnocentrismo en la definición del embarazo en la adolescencia como problema (Fainsod, 2008). En el mismo sentido, se destacarán la diversidad de experiencias en los procesos de embarazo y de maternidad y los sentidos positivos otorgados a éstos, especialmente por las propias jóvenes.

De aquéllos, se resalta el reconocimiento social, la construcción de la identidad y además, el lugar del varón y rol paterno en dicho proceso.

Por otra parte, los estudios revisan los factores utilizados para explicar las razones de los embarazos y sus consecuencias en la vida de las jóvenes, distinguiendo causas individuales y sociales (Climent, 2003; Pantelides, 2003; Fainsod, 2008). En los enfoques tradicionales-hegemónicos se prioriza la búsqueda de las causas que atribuyen responsabilidades a los individuos y a sus familias, estas últimas generalmente caracterizadas como “desviadas” (Fainsod, 2008). Entre los aspectos individuales se mencionan los aspectos psicológicos que inciden en la autoestima de las jóvenes, la falta de información, la inestabilidad y conflictos en el ámbito familiar (Stern, 2003; Climent, 2011).

En cuanto a los aspectos sociales, se analizan las políticas públicas destinadas a esta población en los temas de salud sexual y reproductiva, las pautas culturales y en particular, la estructura socioeconómica en la que se insertan las jóvenes (Pantelides, 2003; Stern, 2003). En este último aspecto, se incluye el abordaje de sus condiciones de inserción laboral y educativa. Cabe destacar el modo en que los diferentes enfoques (el tradicional y el crítico) abordaron esta cuestión. En el tradicional, con el fin de evidenciar la relevancia del problema, sostenían que el embarazo contribuía a la transmisión intergeneracional de la pobreza. Esto se explicaba en la necesidad de abandonar la escolaridad tras el embarazo, la limitación para acceder a empleos adecuados y por lo tanto, a los recursos necesarios para brindar cuidado a sus hijos/as (Stern y García, 1996; Stern, 2003; Adaszko, 2005; Fainsod, 2008). Ante esto, otros enfoques cuestionaron la explicación del “fracaso” o “abandono” escolar debido a la maternidad ya que:

(...) estas afirmaciones adolecen de al menos dos problemas metodológicos: en primer lugar, se basan generalmente en datos transversales, que no tienen en cuenta el orden cronológico de los acontecimientos, es decir, si el embarazo precedió o no al abandono escolar. En segundo lugar, suponen que toda la población tiene la misma posibilidad de estudiar y que, por tanto, la mayoría lo hará salvo que existan impedimentos graves como un embarazo (Pantelides, 2003: 24).

Entre los argumentos que justificaron y definieron al embarazo adolescente como problema social, especialmente provenientes del sector salud, educación y desarrollo social, se destacan aquéllos que subrayan sus posibles consecuencias no deseadas. Así, se recalcan los efectos de

los abortos realizados de manera ilegal; los conflictos intrafamiliares o el abandono de niños/as; así como la dependencia económica de la familia (Climent, 2003).

La recopilación de estadísticas para la explicación de tendencias de estos fenómenos

Las argumentaciones para explicar tendencias acerca de la disminución o crecimiento del embarazo y maternidad adolescentes, también incluyeron la lectura de datos estadísticos. Entre las fuentes de datos más consultadas se encuentran principalmente, los Censos de Población y las estadísticas vitales. En función de dichas fuentes se han establecido comparaciones a nivel de las provincias y las jurisdicciones menores, generalmente, con el fin de señalar desigualdades entre regiones y sectores sociales (Pantelides, 2003; Urresti, 2003; Pantelides y Binstock, 2006; Pantelides y Binstock, 2007)

Ahora bien, el uso y análisis de los distintos indicadores puede ser diverso. Marcelo Urresti al referirse a la complejidad en el análisis del embarazo y la maternidad adolescentes, expresa “decimos ‘compleja’ porque se trata de una realidad que envuelve múltiples dimensiones causales y porque, según la perspectiva regional o histórica y los indicadores diversos que se tomen, se la podrá describir de maneras diferentes y hasta opuestas” (Urresti, 2003: 241).

Las diversas investigaciones presentan tendencias, especialmente por medio de la comparación de las tasas de fecundidad adolescente en distintos momentos históricos. Su lectura incluye el análisis según la edad de las jóvenes, su lugar de residencia, país de nacimiento y nivel instrucción. Se plantean además comparaciones con otros grupos de edad a partir del análisis de otros indicadores como el número de nacimientos de madres adolescentes o el crecimiento de la población en los distintos grupos de edades (Urresti, 2003; Pantelides y Binstock, 2006).

El análisis de las concepciones de los prestadores de salud en el ámbito público

En la construcción del embarazo adolescente como problema social, sus causas y consecuencias en la salud de las mujeres y sus hijos, el sector salud ha tenido una importante incidencia. Asimismo, la participación de los efectores de salud en el proceso de embarazo,

parto y puerperio establece un rol sustantivo de éstos en relación con la atención que reciben las jóvenes. Algunos estudios se proponen, por un lado, rastrear los recursos disponibles, la accesibilidad y los programas existentes en salud y, por otro lado, buscan explorar las prácticas cotidianas de los prestadores de salud y las concepciones en las que se sustentan. Al respecto, las investigaciones que analizan percepciones de los profesionales, se realizan mayormente en el marco hospitalario y buscan indagar concepciones acerca de la adolescencia, la sexualidad, el “embarazo adolescente” y su preocupación por éstos por parte de los profesionales y funcionarios públicos. En estos trabajos se suelen utilizar entrevistas o grupos focales para la construcción de los relatos (Pantelides, 2003; Alonso, 2005; Adaszko, 2005b; Gogna, 2005; Portnoy, 2005).

La exploración de las opiniones y percepciones de los jóvenes

Diversas investigaciones han señalado la relevancia de las percepciones de los jóvenes respecto del embarazo y la maternidad/paternidad. Tales investigaciones analizan sus experiencias y concepciones acerca de sus comportamientos reproductivos y anticonceptivos pos-iniciación; la percepción del embarazo en la adolescencia (embarazo buscado/no buscado); los tipos de pareja y el acceso y uso de MACs; las experiencias del primer embarazo; la realización de controles prenatales (primíparas-multíparas); la atención del embarazo y parto (control prenatal, participación del varón los cuidados post-parto, comunicación con pares y padres; relaciones de género post-embarazo). En estos trabajos se suele incluir tanto a mujeres como varones (Gogna et al, 2005; Zamberlin, 2005; Wang, 2007; Zicavo, 2007).

Por su parte, Climent (2009; 2011) explora las vivencias de las jóvenes respecto de la experiencia de maternidad y los cambios producidos en sus vidas cotidianas con posterioridad al parto. En sus trabajos se indaga en profundidad aspectos tales como la inserción educativa y laboral, la conformación de parejas, las vivencias acerca de maternidad y las relaciones familiares. En cuanto al abordaje familiar, cabe señalar uno estudio desarrollado por Checa y equipo que propone explorar la transmisión generacional por línea materna de los comportamientos sexuales y reproductivos de las jóvenes como abordaje explicativo de las maternidades en la adolescencia. A partir de entrevistas a las jóvenes y a sus madres analizan “la construcción de la sexualidad y los comportamientos reproductivos en mujeres

adolescentes embarazadas y/o madres, buscando conocer las historias reproductivas en sus familias, básicamente madres y/o hermanas y el peso de los legados familiares de las mujeres en la asunción de maternidades tempranas” (Checa et al, 2011: 2).

La inclusión de la dimensión cultural

Mario Margulis, Marcelo Urresti y Hugo Lewin (2007) presentan una compilación de estudios que, en base a un trabajo etnográfico, abordan diferentes aspectos de la sexualidad de jóvenes que residen en Buenos Aires. Allí, la dimensión cultural se torna sustantiva, así como el análisis del espacio social para considerar las experiencias de jóvenes de sectores populares y de sectores medios. En dicho marco, en relación con la cuestión del embarazo y la maternidad de adolescentes y jóvenes, se encuentran las investigaciones de Lucía Wang (2007) y Eugenia Zicavo (2007) que exploran representaciones de jóvenes y profesionales en áreas empobrecidas del sur de la Ciudad.

Por su parte, Climent indaga los significados culturales del embarazo y la maternidad adolescentes. En sus trabajos, se hace especial mención a la relevancia del enfoque de género en el análisis de las diversas “maternidades”, en las que se toma en cuenta también las condiciones de vida, las relaciones familiares, de pareja y con pares, los proyectos de vida, entre otros aspectos (Climent, 2003; 2009; 2011).

Sobre el abordaje de las adolescencias y juventudes en esta tesis

En el abordaje teórico adoptado en esta tesis, se considera a las juventudes desde un enfoque que busca dar cuenta tanto de la diversidad social como cultural, problematizando el enfoque positivista que la define como una entidad única y estable. Por ello, además, se estima fundamental atender a su carácter relacional, dinámico y transitorio, situado social e históricamente. De este modo, se reconocen “procesos de disputa y negociación entre las ‘hetero-representaciones’ (elaboradas por agentes o instituciones sociales externos a los jóvenes) y las auto-percepciones de los mismos jóvenes” (Chaves, 2010: 37); lo cual supone un marco de relaciones de poder que incluyen no sólo el conflicto y el rechazo, sino también la negación, la superposición o la complementariedad.

Por otra parte, se considera necesario valorizar las prácticas culturales de los y las jóvenes, como manifestaciones culturales propias y no como desvíos de la “cultura adulta”, apelando a considerar los aspectos de la vida cotidiana en el proceso de constitución de identidades (Kornblit, 2007; Reguillo, 2012). No se parte de la categoría adolescencia para el análisis de la información producida en el campo debido a que, siguiendo a Chaves (2010), ha sido naturalizado en función de lo concebido como edad biológica y ciertas características psicológicas que universalizan y esencializan como etapa de crisis por la que se atraviesa en tanto devenir natural. No obstante, se tomará en cuenta el modo en que los prestadores de salud nominalizan a los y las jóvenes, atendiendo a la flexibilidad que plantea la noción de juventud en cuanto a las diversas formas de nombrarla y de vivirla.

Gráfico 1. Abordajes y estudios sobre adolescencia(s) y juventud(es)



Capítulo 5

Presente y pasado: cambios y continuidades en el centro de salud

En este capítulo se plantea el análisis de las significaciones que las profesionales entrevistadas han construido respecto del centro de salud y sus rasgos característicos, así como también aquellos procesos que han sido vislumbrados como significativos en la constitución del mismo como efector del primer nivel de atención en un barrio popular de la Ciudad de Buenos Aires por más de veinte años. En tal sentido, a partir de lo que emergió en los relatos se han construido las siguientes proposiciones que guían el análisis en este capítulo:

- *El presente como expresión de lo que (no) es la identidad del CESAC*
- *La construcción de la situación actual del CESAC es producto de sus diversos pasados*
- *Lo edilicio es una dimensión sustantiva en la transición entre el pasado y el presente*

5.1. El presente como expresión de lo que (no) es la identidad del CESAC

Al interrogar acerca de los rasgos del CESAC y la posibilidad de hacer una descripción de éste, en los relatos de las profesionales se hace referencia de manera recurrente a la caracterización actual del centro de salud a partir del contraste con aquello que lo identificó en el pasado.

Para algunos, especialmente las profesionales más jóvenes, se vuelve necesario reconocer esta actualidad como un momento singular, que expresa un quiebre con lo que conocen acerca de su historia anterior. Así, por ejemplo, tras la pregunta por la caracterización del CESAC, una de las entrevistadas al iniciar su relato expresa:

Hoy día es un momento muy particular del centro de salud porque... cambió la dirección, cambiaron los equipos, equipos que venían constituidos desde que profesionales tenían 20, 25 años, hoy tienen entre 40 y 50, entonces son como equipos que se formaron juntos y fueron dándole una impronta, una identidad al centro de salud específica. Hoy día, eso está bastante fisurado (...) (Carolina, psicóloga).

De este modo, se relatan las características de un presente que no resulta representativo de lo que ha sido el CESAC. Un “hoy” que conlleva lo negativo de lo que no es, de lo que no pudo ser. En este presente, entonces, se torna dificultoso hablar de un equipo, de programas

ejecutándose como tales, de actividades en el barrio, aspectos que serían asociados a las funciones de los efectores del primer nivel de atención y, sobre todo, a este centro en función de su inscripción territorial y su historia. Por el contrario, aparecen individualidades, falta de motivación, desencuentros, que hablan de modalidades caóticas de organización e incluso, de crisis institucional para algunos de estas profesionales:

(...) esto es una cuestión de crisis actual que, por ahí, yo la puedo ver porque no tengo la carga emocional de haber transcurrido 20 años acá y haber creado todo lo que es el centro de salud porque no existía, no? entonces lo veo como un poco más desde la periferia y veo que a las chicas les pasa eso, pero es un momento de crisis hoy día. Y hoy día, cuesta mucho, por ahí, convocar a reuniones desde lo que es la dirección, es como por ahí una fragilidad en las... los lineamientos de trabajo, entonces, es como que hoy día, por eso te digo, es muy complicada, pero es algo que está aconteciendo ahora, en los últimos dos, tres años; entonces, es como muy actual (Carolina, psicóloga).

Ahora bien, cabe destacar lo señalado por esta misma profesional acerca de lo que puede encontrarse aún en estos profesionales, a pesar del desgaste y atomización:

Entonces eso me parece que sí es lo que caracteriza por ahí la mirada del centro de salud que, si bien ya te digo, está fragmentada y hay bastante individualidad, no se está laburando mucho interdisciplinariamente, hay como una base teórica y de conocimiento de la población que es la que más o menos se sigue sosteniendo (Carolina, psicóloga).

En otros casos, esa referencia al pasado es menor, tal vez por no haber formado parte de tales procesos, ya sea por su reciente incorporación o por considerar que el presente es el lugar al que habían buscado llegar. De ahí que la visión de la actualidad del centro resulte positiva y se manifieste en el reconocimiento de los logros, de un trabajo conjunto, de la presencia del CESAC en el barrio y de las buenas condiciones de trabajo que provee el nuevo lugar en el que se ubica el centro:

Por eso te digo que cambiaron muchas cosas en estos 20 años, pero tiene que ver con la permanencia, tiene que ver con que hace 20 años que hay una residencia trabajando acá. Cuando yo, cuando Andrea y yo entramos no había obstétricas de planta, entonces obstetricia no era un servicio, lo hacían los ginecólogos, el que hacía obstetricia, pero no estaba un servicio organizados; cuando entramos nosotras que nos nombran para hacer control prenatal se empieza a gestar un servicio, entonces, son 20 años de trabajo, por eso no sé si tiene que ver sólo con la cuestión edilicia, sino que tiene que ver la continuidad de trabajo, no? Yo creo que mejoramos muchísimo (...) (Ana, obstétrica).

Al mismo tiempo, esta actualidad del centro busca también mirar hacia el futuro, a una reconstrucción de eso que fue y que podría ser este CESAC. Esto resulta posible a partir de una elaboración de nuevas ideas, energías y prácticas, especialmente, de los profesionales más jóvenes del centro que visualizan un posible futuro diferente. Para algunos, este futuro

incluso está siendo transitado en el presente, en tanto comienzan a vislumbrarse esos cambios en la forma de nuevos espacios construidos para la intervención o el fortalecimiento de los ya existentes. Cambios que, sin embargo, remiten a un esfuerzo personal y la fuerza de las voluntades de los involucrados, lo cual pareciera dificultar esa proyección hacia el futuro como proyecto institucional:

(...) cuando comencé hace un año a este año he podido realizar un montón de cambios y de actividades y de, digamos, como de avances, que sí, que se puede, que apertura desde la dirección hay, o sea, falta un poquito de planificación que esto que hablábamos un poquito bastante, pero digamos, bueno es esto, cuando uno propone, se puede hacer, pasa que bueno, sabes que va a depender de tu esfuerzo, digamos, personal, particular y el motorcito vas a ser vos en eso... (Daniela, médica generalista).

Sí, yo creo lo mismo, creo que si miro hace un año y medio atrás cuando empecé acá, como que se han modificado cosas y se labura como diferente a como, por lo menos, se laburaba a cuando yo era residente o por lo menos, como yo veía laburar. Digo, creo que yo en este año y medio he podido hacer otro tránsito con otros compañeros y he podido como construir o, no sé, fortalecer espacios que ya estaban o darle, no sé, aportarle algo distinto en esa construcción en conjunto, o sea, sí es real esto, no hay planificación, es como bueno, depende mucho del cuerpo, las ganas, la constancia que vos le pones, pero a su vez no se obstaculiza tampoco, entonces, como que bueno yo creo que sí, que estamos en ese cambio (...) (Carolina, trabajadora social).

Estos entramados narrativos en los que se constituyen y articulan las dimensiones del pasado, presente y futuro se presentan configurando la *identidad* del centro de salud. En este sentido, cabe señalar que frente a las definiciones estáticas y sustancialistas que conciben la identidad como aquello relacionado con lo individual, lo innato, permanente, esencial, totalizador, en este análisis se propondrá considerar los aspectos vinculados a su particularidad, a la vez que se advierten sus rasgos asociados a lo diferente, lo dinámico, lo conflictivo y relacional. Esto es:

(...) no un conjunto de cualidades predeterminadas –raza, color, sexo, clase, cultura, nacionalidad, etc.– sino una construcción nunca acabada, abierta a la temporalidad, la contingencia, una posicionalidad relacional sólo temporariamente fijada en el juego de las diferencias (Arfuch, 2005: 24).

Así, aquélla es construida en el discurso como parte de la narración que los individuos que son parte de esta institución despliegan para dar cuenta de ella y, en ese proceso, constituir la como tal, al mismo tiempo que configuran la temporalidad en que ésta se despliega. De este modo, en esta concepción de identidad, que retoma Leonor Arfuch de los planteos de Paul Ricoeur, en tanto *identidad narrativa*, “la temporalidad mediada por la trama se constituye

así tanto en condición de posibilidad del relato como en eje modelizador de la experiencia” (Arfuch, 2005: 27).

5.2. La construcción de la situación actual del CESAC es producto de sus diversos pasados

El pasado relatado por las entrevistadas no es identificado con un momento específico. Las referencias acerca de los cambios por los que ha atravesado, y que aún atraviesa el CESAC, son reconocidos como parte de distintos procesos, algunos recientes y otros que datan de hasta tres décadas atrás; cada uno de ellos connotando sentidos positivos y negativos respecto de la conformación de este efector en el marco del subsector público de salud de CABA.

En tal sentido, es posible pensar que los diferentes acontecimientos que se vuelven significativos en los relatos permiten la conformación de los distintos pliegues del pasado. De este modo, se plantea una temporalidad particular, no lineal ni unívoca, en la que se configura la identidad del equipo de salud de esta institución como una *matriz temporal*⁴² que se constituye a partir de esos acontecimientos (Leclerc-Olive, 2009).

Así, entonces, pueden reconstruirse a partir de los relatos tres momentos significativos. En primer lugar, los orígenes del CESAC y el inicio de sus actividades durante las décadas de 1970 y 1980. En segundo lugar, la década de 1990 y las implicancias de las reformas neoliberales en el espacio de intervención del Centro. Por último, el período posterior al 2004 –momento en que se produce su traslado a un nuevo edificio– hasta la actualidad y los cambios acontecidos en estos últimos años.

En cuanto al *primer período*, que se vincula al proyecto inicial de creación del centro de salud en las instalaciones del edificio llamado “Elefante Blanco” ubicado en el barrio de Lugano en el sur de la CABA. Al respecto, se hace mención a un contexto favorecedor a este tipo de iniciativas legitimadas por una estrategia general que promovía la creación de los centros de

⁴² De acuerdo al planteo de Leclerc-Olive, la matriz temporal es aquella que permite albergar recuerdos que se constituyen a partir de la configuración de acontecimientos significativos, “esta matriz discreta permite, después, pensar un concepto abstracto de tiempo continuo” (Leclerc-Olive, 2009: 31).

salud, esto es, la atención primaria. De este modo, la conformación del CESAC se sitúa en el marco de un proyecto cuyos objetivos se orientaban a la formación de residentes en APS:

(...) desde la Dirección de Capacitación, entonces, la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad, se planteó el trabajar en un proyecto de APS que se lo veía como proyecto de desarrollo con equipos interdisciplinarios, donde la formación de los... residentes, en principio en pediatría, pero después fueron residentes también de obstetricia, eso no funcionó muy bien; después en salud mental y aparecían becarios de trabajo social. Era un proyecto de atención primaria como un proyecto de desarrollo vinculado a la capacitación y que tendía a incluir la dimensión histórica y la dimensión social en la formación, sobre todo de los médicos que durante el proceso no habían tenido esa formación. Y apareció como proyecto piloto el centro de salud... (Mabel, antropóloga).

Ahora bien, ese proyecto que comienza a desarrollar sus actividades en parte de las instalaciones del Elefante Blanco, deberá articularse con las acciones que se venían llevando a cabo por un grupo de profesionales de un centro de salud, “el hospitalito”, que ya se encontraba funcionando en ese lugar. Esto respondía a que, previamente, para dicha edificación se habían planteado otros fines y objetivos. Como lo señalan dos de las entrevistadas con mayor permanencia en el CESAC, las instalaciones de ese edificio tuvieron su origen en el proyecto de creación de un hospital especializado en la atención de la tuberculosis, el cual había sido planificado durante la gestión del primer gobierno de Perón:

Nosotros estábamos antes en el Elefante Blanco, que es un edificio que se empezó a hacer en la época del cuarten.. en la década del cuarenta, que iba a ser un hospital de enfermedades infecciosas, la obra quedó sin concluir, una obra faraónica, gemela a lo que fue el Albergue Warnes y para los que son más jóvenes, parecido a lo que es el hospital de Clínicas hoy; el proyecto era una cosa así. Y bueno, esa obra quedó inconclusa... (Viviana, jefa del CESAC).

De acuerdo al relato de una de estas entrevistadas, el desarrollo exitoso de medicamentos para el tratamiento de tal enfermedad pareció desestimar dicho proyecto. Así, en el marco de los gobiernos dictatoriales, la dependencia de este efector se transfiere del gobierno nacional al de la Ciudad, en función de los primeros procesos de descentralización. En ese momento, es visualizado el comienzo de su abandono y desmantelamiento.

Cabe señalar que algunos autores han señalado la no construcción de un hospital en el barrio de Lugano como una de los déficits más significativos en cuanto a infraestructura en el subsector público de salud y que ha sido, además, una demanda histórica de la población que reside allí. Como se destaca en el documento *Barrios al sur: Villa Lugano, Villa Riachuelo, Mataderos, Parque Patricios y Villa Soldati* “su construcción es una promesa postergada, desde que se iniciaron las obras del inconcluso edificio de la ex Liga Argentina contra la

Tuberculosis (conocido como “Elefante Blanco”), cuya estructura se localiza en las inmediaciones de la Villa 15” (Cosacov et al, 2011: 21).

Por otra parte, para aquel período se vislumbran los sentidos negativos con los que se asoció el trabajo en los efectores del primer nivel de atención. Esto es relacionado con el hecho de que en los inicios, estos centros que solían funcionar en áreas periféricas, estaban conformados por pocos profesionales y limitaban, entonces, la atención a algunas especialidades médicas básicas. En el caso del centro de salud que ya funcionaba donde se instalaría el CESAC, éste había comenzado a realizar sus actividades sólo en una parte de la planta baja de ese edificio y contaba con un equipo compuesto por un profesional de pediatría, de clínica médica y enfermería, por lo que la atención era acotada de acuerdo a lo que comenta una de las entrevistadas. En consecuencia, el trabajo en este tipo de efectores no parecía formar parte de las mejores expectativas laborales para los profesionales:

(...) era un lugar como que te mandaran a la trinchera, al patio de atrás, porque te habías portado mal, o sea, el centro de salud era una atención mínima y como, no sé cómo expresarlo, como mal vista o como que no tenía nada que ver con el resto de la salud (Viviana, jefa del CESAC).

Paradójicamente, durante esos años la preeminencia de los discursos de organismos internacionales que favorecían el despliegue de la atención primaria de la salud (APS) como estrategia para la organización de los servicios permitió el crecimiento de los centros de salud y su multiplicación, especialmente en la década de 1980 y en las zonas más empobrecidas de la Ciudad. De este modo, el aumento en el número de profesionales del CESAC es visualizado como parte de dicho proceso:

Bueno, con el tiempo, sobre todo en la década de los ochenta esto fue creciendo, no solo en este centro de salud sino en general, se empezó a hablar de lo que es atención primaria, justicia, medicina para todos y un poco las cosas fueron cambiando (...) y bueno, el centro de salud fue creciendo en cantidad de profesionales, se empezó a hacer docencia y fue cambiando un poco también la visión de los que venían a trabajar en el centro de salud, empezó a venir gente que realmente estaba interesada en el tema... (Viviana, jefa del CESAC).

En esos años una de las profesionales entrevistadas señala el auge del proyecto con el que se había planteado la creación del CESAC, en tanto espacio de formación que, de manera novedosa, incorporaba a profesionales de las Ciencias Sociales. Un momento que se recuerda como una “época de oro”:

Entonces era un grupo muy crítico, con una gran capacidad de laburo, que con... y con, con una mística muy especial, era una época de oro para todos nosotros, no? donde cada momento uno,

digamos, tiene su héroe, tiene su mito de fundación. Los residentes se desesperaban por venir acá y algunos que, por ahí venían porque tenían que venir, de repente descubrían otra forma de vincularse, otra relación, este... también en su carrera. Entonces, fueron momentos, digamos, de mucha luz, de mucha... de retomar, en el caso de personas como yo, viejos proyectos digamos... De repente yo me volvía a sentir feliz, mi experiencia... no quiero cambiar esto por nada del mundo, que en una reunión de desnutridos, digamos, se pudiera hablar de la pata de cabra, se pudiera entender el mensaje desde los médicos, que pudiera establecerse un diálogo, que se tuviera que resolver como se trabaja una meningitis tuberculosis sin que eso implicara alarmar más, digamos, que pudiéramos pensar y esforzarnos, sin disolver ninguna voz, era algo extraordinario (Mabel, antropóloga).

Sin embargo, en “los noventa” la posibilidad de sostener este proyecto se volverá una tarea muy difícil para las profesionales. Las transformaciones en el barrio, el aumento de la demanda de atención junto a la escasez de recursos en salud, se plantean como obstáculos para llevar adelante esta propuesta que se sustentaba particularmente en los principios de la APS, entre ellos, la universalidad, la accesibilidad, la integralidad en la atención y la participación social. Como consecuencia, el trabajo durante ese período es caracterizado como un momento difícil de afrontar tanto en lo profesional como en lo personal “...los noventa fueron duros y fue duro estar acá”:

(...) y doloroso fue porque... eh... digamos, luchar para avanzar... Ahora, luchar para no retroceder es duro y los noventa fueron luchar, luchar, luchar y darse cuenta de que en realidad era... y a veces luchábamos contra molinos de viento, digamos... El nivel de desocupación era altísimo, la desnutrición era altísima, no se trataba de dar drogas para la tuberculosis. Cómo enfrentabas esos problemas, cómo se enfrentaban también las políticas en el barrio como los comedores, siempre que había... trabajábamos con instituciones en el barrio, nos acercábamos, sabías si... y de repente, había ciertas políticas que nos acercábamos y, en realidad, la respuesta era que no se quería que se viera demasiado, porque eran políticas de alguna manera planteadas como... tenías que figurar que tenías 200, pero estaban yendo 20, en el medio era plano dinero... (Mabel, antropóloga).

En esta década de 1990, que puede identificarse como el *segundo momento* significativo en la historia del CESAC, la estrategia de APS se mantendrá vigente como parte del proceso de reformas neoliberales, aunque adoptando los rasgos de las políticas delineadas por los organismos internacionales de crédito, en lo que se denominó como *APS selectiva*⁴³. Es decir, un modo de focalizar la atención en los sectores más empobrecidos a través de programas fragmentados y desarticulados entre sí (Nirenberg et al, 2003; Grassi, 2008; Cravino, 2009).

De este modo, aun cuando durante esa década se sostuviera la vigencia del discurso de la APS, ésta es reconocida como una estrategia que no estaba respondiendo a los que se consideran

⁴³ Ver capítulo 3, en el que se desarrollan las diversas perspectivas que ha tenido la APS en los distintos momentos históricos.

sus principios originarios. Por el contrario, se presentaba limitando las acciones que se podían desarrollar en el campo de la salud pública:

(...) en los noventa apareció el discurso del Banco Mundial, incluso el Banco Mundial era atención primaria, pero ya vaciada de contenido, una atención primaria donde era hacer charlitas o no dar respuesta al daño que había. Entonces, el compromiso y la pelea para muchos era aparecer como que había hacer una cosa, una estaba valorado y el otro no estaba, no estaba valorado y cuando en realidad era... vos no podés salir al barrio, sin después no saber qué respuesta vas a dar. Entonces ahí hubo como una... también todo un proceso, un enfrentamiento, una APS de verso y una APS vaciada de sentido y una APS digitada por el Banco Mundial que, lo que llevaba era a... digamos, a no hacerse cargo de los problemas graves que se estaban, a los que había enfrentar salud, que tenía que enfrentar el sector salud y a los mismos problemas que aparecían, no? (Mabel, antropóloga).

En ese sentido, como afirmara Ana María Fernández (1999: 16): “no puede negarse la importancia que las políticas neo-liberales y sus focos de producción de consenso han tenido tanto en las muy concretas reducciones presupuestarias, como en los modos más indirectos de desprestigio”. Esto, durante los noventa, se expresó en el modo en que los establecimientos de salud del subsector público, especialmente los del primer nivel de atención, fueron asociados a sentidos que ubicaron lo público en el lugar de lo ineficiente, de baja calidad y destinado a los pobres.

En dicho contexto, se estaba produciendo el desgaste y abandono de las instalaciones en las que funcionaba el CESAC, lo que generó un proceso de pedidos, negociaciones y luchas para su traslado a un nuevo edificio. Esta mudanza, finalmente, fue llevada a cabo en el año 2004 dando lugar a un nuevo momento del centro que pretendía continuar brindando su habitual atención, manteniendo su equipo de profesionales para ello.

Ahora bien, en los relatos se destacan nuevos movimientos durante los últimos años del CESAC que se vinculan, especialmente, con los cambios en el equipo de salud. Estos cambios hacen referencia, en particular, a la partida de integrantes del equipo de salud, por fallecimiento o decisión de traslado a otras instituciones, así como el ingreso de nuevos profesionales para su reemplazo; aunque también son relacionados con los cambios en el barrio y su población y el efecto, por ejemplo, de la inseguridad en el trabajo cotidiano:

Lo que se está tratando de hacer es reuniones que se... porque acá hubo muchos cambios en el centro de salud, te deben haber dicho... (...) claro, se están yendo o que se fueron... En esta semana por ejemplo dejaron de venir dos trabajadoras sociales, falleció una que estaba todos los días, una se fue a trabajar a Minoridad, otra se fue y viene un solo día por semana, está el resto trabajando en el hospital. Entonces, y se está a su vez, está entrando gente nueva, entonces

cómo que se está rearmando un poco en los equipos. Yo también estoy dejando de estar un poco en pediatría para estar más acá y había una psicóloga que era la que veía a los adolescentes que... se enfermó y entonces bueno ahora, entró una que ya hace como dos años que están trabajando, pero viste hasta que se termina de rearmar todo, es como que cuesta un poco, pero tratamos de reunirnos cada tanto (Susana, pediatra de adolescentes, de planta).

Cabe señalar que estos eventos remiten a experiencias dolorosas y conflictivas para las entrevistadas, que son asociadas a obstáculos para la organización del centro y la posibilidad de encuentro entre los profesionales y la población, e incluso, entre los mismos profesionales de este efector:

(...) hubo muchas... situaciones conflictivas, por ahí el fallecimiento de uno de los miembros por enfermedades crónicas terminales, no sé... cuestiones institucionales, la población de Ciudad Oculta que se triplicó en los últimos tiempos, la falta de recursos, no? es como que hizo que, por ahí, esto que era un equipo que sostenía y que salía afuera, comenzara como a replegarse y empezaron a verse individualidades, entonces, en ese punto me parece que, como algo defensiva de, bueno, un montón de situaciones muy traumáticas, una sensación de vulnerabilidad con respecto al apoyo que puede ofrecer el hospital de base, bueno, la falta de recursos, es como que fueron muchas cosas que fueron y que hoy día siguen impactando, y que a veces hace como que se genere esto medio de repliegue, viste? Y por ahí no se salga al barrio. También la inseguridad, que se tornó como muy, últimamente, muy violento... (Valeria, psicóloga).

5.3. Lo edilicio es una dimensión sustantiva en la transición entre el pasado y el presente

Al relatar los procesos por los que ha atravesado el centro de salud, la referencia a lo edilicio deviene fundamental para la comprensión de los cambios ocurridos en el CESAC. En este sentido, la cuestión edilicia y la ubicación que ha tenido esta institución en el barrio es entendido en tanto espacio productor de prácticas sociales y no un mero escenario o marco de las mismas (Cravino, 2009). Esta concepción de lo espacial, o bien, de espacialidad:

(...) puede asociarse a la idea de dualidad estructural de Giddens, entendida como un producto construido socialmente y a la vez, productora de prácticas sociales, donde cobra importancia el accionar de las personas por sobre las estructuras rígidas y estáticas (Amado, 2013: 41).

Desde su origen, entonces, la ubicación del CESAC en el barrio de Lugano ha respondido a una política sanitaria que, centrada en la estrategia de APS antes mencionada, priorizó la localización de los centros de salud en las zonas de mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Ahora bien, en muchos casos⁴⁴ la creación de estos efectores no fue acompañada de la inversión en la infraestructura para el desarrollo de sus actividades.

En el caso del CESAC estudiado, como se señalara previamente, su origen se relaciona con la generación de un proyecto que sitúa su lugar de trabajo en un edificio que, si bien no se encontraba en pleno funcionamiento, ya presentaba ciertos usos del mismo por parte de otro equipo de salud. Estos profesionales ocupaban parte de las instalaciones de la planta baja, que fueron luego compartidas con aquéllos que ingresaron como parte del proyecto impulsado por la Dirección de Capacitación en los ochenta. Sin embargo, la inclusión de estos nuevos profesionales no significará la integración de ambos grupos en un mismo equipo de trabajo:

Y en el caso, en el otro centro estábamos en el ala izquierda y en el ala derecha. Toda la gente que venía como instructores para parte de capacitación que incluía clínica médica, pero fundamentalmente el corazón era pediatría, pediatría, clínica, gineco, pero que venían como instructores de residentes, sí? Estábamos en aquella... el PRODEGEM estaba en la otra ala, era gente que venía por ahí una vez por semana, después tres mañanas, era como si hubiera un centro dividido o tres centros, no? (Mabel, antropóloga).

Así, el proceso de conformación del centro de salud es producido a partir de las diversas prácticas que eran realizadas por los equipos, desde lo asistencial a lo preventivo-promocional. Y es, a la vez, producido en el uso del edificio por parte de esos equipos que llevaban a cabo estas actividades de manera diferenciada en los distintos espacios de la estructura edilicia (e incluso, “adentro” y “afuera” de ésta) que, al mismo tiempo, expresaba la diferenciación entre los “nuevos” y los “viejos” profesionales. En ese sentido, la mención acerca de las distancias entre el ejercicio de la profesión de unos y otros, es reconocida también en la extensión que los distanciaba al interior del Centro y que sumaba dificultad al trabajo conjunto. Así, por ejemplo, una de las entrevistadas comenta una forma cotidiana de relacionarse con otro servicio en ese período:

(...) nosotros con el servicio de nutrición siempre tuvimos mucho trabajo, por ejemplo, qué sé yo, el control de la dieta en la embarazada, pero estábamos en una punta Obstetricia y en la otra

⁴⁴ Cabe señalar, por ejemplo, el caso de los centros de salud dependientes del área programática del hospital Durand. Uno de ellos, el CESAC 22 gestionó a partir de la voluntad de vecinos y los profesionales la búsqueda de lugares para su funcionamiento, llegando a instalarse en sus inicios en un espacio cedido por una parroquia del barrio de Chacarita hasta lograr contar con un espacio propio. En el caso del CESAC 38, tras demandas de los residentes en el barrio de Almagro por una salita en esa zona, a través de la propuesta del Presupuesto Participativo se logra su creación en una parte de un edificio recuperado. Finalmente, el CESAC 23, que actualmente no está brindando atención, se mantuvo en funcionamiento en las instalaciones cedidas por la empresa recuperada IMPA.

Nutrición, y era a través de la paciente con notitas, salvo un caso puntual que te caminabas hasta allá o ellas venían, pero el trato cotidiano, el diario, de hacerte qué sé yo, más amiga, más conocida, pasarte pacientes así en el mismo día se hizo gracias a estar más cerca y eso es cuando vinimos acá (Mónica, obstétrica).

Años más tarde, este edificio comenzará a deteriorarse producto de la falta de inversión y de los procesos de “ocupación” por parte de personas que empezaron a habitarlo. Este proceso es visualizado, además, no sólo como parte de la historia del centro sino también, de la historia que atravesaron las villas en la Ciudad:

(...) era un edificio que estábamos nosotros en la planta baja que estaba refaccionada y arriba estaban las burlas del otro edificio. De a poco se fue intrusando, empezó a haber gente... El edificio, esa planta baja empezó a deteriorarse con grietas, se rompieron las cañerías, se rompió el gas y la verdad que era muy dificultoso trabajar en esas condiciones (Viviana, jefa del CESAC).

Después, digamos, el tema con el centro de salud viejo, el Elefante Blanco, cada elección una ocupación del centro de salud. El centro de salud tenía que tener un espacio que se diferenciaba, pero también en función de los acuerdos políticos y de los negocios inmobiliarios que entraron a las villas también. Cada elección se arreglaba una ocupación y nosotros terminamos extraños en nuestro propio edificio, donde teníamos gente arriba, nos martillaban para sacar los ladrillos, entraban también para vender los ladrillos, había... no había cloacas, entonces escuchabas, se salía el pis por la ventana, o sea, en un momento se convirtió en algo, en un lugar imposible de estar y en una posición muy difícil de sostener (Mabel, antropóloga).

Como consecuencia, este proceso de deterioro produjo que la necesidad de trasladarse a otras instalaciones resultara insoslayable para los profesionales y también para las personas que se atendían allí. Ese traslado, sin embargo, no sería fácilmente atravesado e implicaría, en cambio, una serie de pedidos y negociaciones entre los profesionales y sus gremios, la población y las organizaciones del barrio así como también, las autoridades ministeriales.

Los efectos de ese cambio, a pesar del afecto por el lugar de trabajo, son traídos en los relatos como aspectos que tuvieron una incidencia positiva en el trabajo cotidiano cuando se contrastan las condiciones laborales que ofrecían uno y otro lugar:

Y también lo que nosotras nos... me parece que vino bien es que hay mucha luz acá, en comparación del otro que era muy lúgubre y a pesar de que por ahí, justo coincidió con que a nosotros nos aumentaron la carga horaria, que eso bueno, si bien repercute en un aumento de sueldo y te pone bien, es organizar toda tu vida de afuera para quedarte acá más tiempo y el hecho de que entre todavía la luz del sol, que te da como más ganas de estar, viste? (Mónica, obstétrica).

(...) hubo muchos cambios para la gente y para nosotros. Yo creo que las condiciones de trabajo también hacen a la calidad de trabajo que vos puedas hacer. Yo trabajaba en un consultorio sin ventana, en un cuadrado que era un pasillo donde para entrar a Anatomía patológica, se pasaba por mi consultorio, no porque no me quisieran dar otro lugar, no había, no había, era un edificio así y hace 20 años atrás no había otra posibilidad (...) el lugar donde estábamos nosotros era un

lugar que realmente no era agradable; no tiene monitor, no podía hacer los monitoreos fetales; no tenía luz como para... para poder hacer una actividad, o sea, era un lugar muy feo donde tampoco te surgían buenas ideas cuando estás en un lugar así, feo es como que quiero irme lo más rápido posible de este lugar, no? Este es un lugar confortable donde tengo todos los elementos de mi trabajo, donde la accesibilidad es buena, entrar al otro centro también era más complicado (Ana, obstétrica).

Ahora bien, cabe señalar que la ubicación del “Elefante Blanco” también es mencionada como un aspecto significativo en la historia del centro de salud y, en particular, con respecto a la posibilidad de acceso tanto de la población como de los mismos profesionales. La estructura de este edificio, aún en la actualidad, se encuentra en las inmediaciones de la Villa 15 (Di Virgilio et al, 2010). Tras el traslado del CESAC su ubicación, que también conllevó importantes luchas y negociaciones, se ve modificada al quedar el nuevo edificio del centro a dos cuadras de su antiguo domicilio, estableciéndose en la “frontera” de la villa respecto de los otros barrios. Este traslado implicará un mayor y mejor acceso para los profesionales del Centro y para la población de los barrios cercanos:

(...) el edificio nuevo, más cómodo, el acceso fácil para reunirnos en un aula o en el comedor y el hecho de que sea más luminoso y más fácil de llegar a la Gral. Paz o las paradas de colectivo que hace que, si vos te tenés que quedar hasta tarde, no era como en el otro que tenías que hacer toda una movida para que te vengán a buscar o la policía que se quede, acá parece cómo más fácil (...) y por gente de acá, de Los Perales o de Gral. Paz, que tenían mucha más facilidad de llegar porque en el otro tenían miedo (Mónica, obstétrica).

La construcción de la historia del CESAC y el vínculo pasado-presente

La construcción de la experiencia de trabajo actual en el CESAC y la caracterización de lo que distingue al centro de salud para las profesionales entrevistadas trae como dimensión sustantiva la construcción de su pasado, su historia, como parte del presente y de la identidad de la institución.

Ese presente institucional, configurado como un entrecruzamiento de lo que es y ya no es el CESAC, de lo que ha sido y lo que podrá ser en tanto efector del primer nivel de atención situado en un barrio por más de veinte años. De ahí que algunos consideren negativa la limitación de actividades que caracterizaban la tarea del centro en el barrio o la construcción de estrategias que excedían la atención biomédica integrando otros saberes, otras prácticas; así como la fragmentación e individualización de las intervenciones. Al mismo tiempo, sin embargo, resulta positivo para otras profesionales el presente alcanzado en función de ese

recorrido previo que permite reconocer una actualidad marcada con algunas dificultades, pero también con logros alcanzados producto de la permanencia a través del tiempo. Y es este presente una posibilidad de cambio y de proyectos a futuro a partir de la integración de nuevas personas, nuevos conocimientos, nuevas energías, e incluso, de la renovación de saberes generados a partir de la experiencia que da cuenta de un conocimiento del barrio y su población, como elemento primordial para el desarrollo de la tarea.

En ese sentido, la propuesta de APS como fundamento para la creación y despliegue de las acciones del centro de salud le ha otorgado legitimidad en los distintos momentos, funcionando como marco de referencia para lo que se está haciendo y lo que se supone como práctica de un equipo de salud que forma parte de un efector del primer nivel de atención.

De este modo, el pasado se torna productor de esas experiencias, de modalidades de trabajo, de organización, pero también de conflictos, de divisiones históricas que se reproducen en el presente. Y en esa construcción del presente en diálogo con el pasado, la ubicación del lugar de trabajo en el que se producen las actividades cotidianas y la constitución de un grupo de profesionales en equipo de trabajo, presenta una relevancia significativa como expresión de divisiones entre lo nuevo y lo viejo, el adentro y el afuera; las distancias entre personas y lugares de intervención, aunque también la generación de espacios para nuevos encuentros, motivación y accesibilidad.

Ahora bien, en la elaboración del presente y el pasado, se encuentran de manera simultánea las distintas voces y sus diferentes versiones que hablan de diversas experiencias. Este proceso que se despliega a partir de los relatos apela a lo que lo que se conoce del pasado, tanto en sus aspectos positivos y negativos; lo que es posible y relevante recordar en el presente para la construcción de la actualidad del equipo de salud del CESAC.

En ese sentido, la posibilidad de generar estos relatos habilita no sólo a recordar los acontecimientos del pasado, sino más bien elaborarlos en el momento en que son narrados. Así, se abre lugar a la construcción de distintos recuerdos acerca de ese pasado y diferentes interpretaciones sobre el mismo, lo cual conlleva un proceso conflictivo respecto de lo que es posible y necesario recordar, así como también, el modo en que debe ser recordado. De este modo, estos relatos que se configuran en el momento del encuentro de la entrevista rememoran un pasado que puede implicar la selección de ciertos elementos y la no elección

de otros en función de la historia y la vivencia particular del individuo que relata que, es a su vez, parte de la historia de otros sujetos, es decir, de una historia colectiva (Ricoeur, 2004; La Capra, 2005; Oberti, 2009).

En tal sentido, deviene relevante la pregunta de una de las jóvenes profesionales que ingresó recientemente al centro respecto de lo que está siendo relatado acerca de la historia del CESAC y cuánto de lo dicho –o lo no dicho– de lo que fue el centro, de lo que se hizo y el modo en que se llevó a cabo, trasciende en el presente obstaculizando el trabajo conjunto, el desarrollo de actividades que no sean meramente asistenciales y también, en el encuentro con la población del barrio en el que se inserta este efector:

(...) sí y también, digo volviendo a esto de la historia, como que... no sé, por lo menos yo siento que me faltan como relatos de la historia de las actividades. Sí, se hicieron muchas actividades extramuros, bueno, qué se hizo en algún momento y quienes fueron las personas que lo llevaron a cabo, es como que de eso pareciera como que no se habla... y me parece que está bueno, como recuperarlo porque qué sé yo, hace a la historia del centro y me parece que también da cuenta de la realidad actual. Digo, tenés como una camada de gente como muy cansada, esto como quizás con una experiencia de muchos años, qué sé yo, un montón de saberes, pero que ya no quiere como más nada, que está, algunos esto, te acompañan más o no obstaculizan tu laburo pero... (Carolina, trabajadora social).

Ahora bien, esta rememoración opera también en los afectos y en emociones, que se presentan en ocasiones de manera dolorosa, y abre la pregunta por los espacios posibles para la generación del encuentro que facilite la aparición de estos relatos. Al respecto, resulta interesante señalar la reflexión que realiza Arfuch en su libro *Memoria y Autobiografía*:

La experiencia dice que si bien hay temporalidades de la memoria los relatos nunca se acaban. Y hay cosas que no se pueden decir y no se pueden escuchar quizá en un primer momento de la voz. Y sí más tarde. Para otros oídos y otra disposición de la atención (Arfuch, 2013: 15).

Capítulo 6

Adentro-afuera: historia de vínculos y rupturas entre el CeSAC y el barrio

En el presente capítulo se abordan los sentidos vinculados al modo en que se construye la relación que ha tenido, a lo largo de su historia, este CESAC y la población que concurre al mismo para la atención de su salud. En tal sentido, la emergencia en los relatos de la historia del barrio y los problemas sociales asociados a éste resultan, a su vez, aspectos relevantes en el desarrollo de estrategias de asistencia, prevención y promoción de la salud que han planteado, no obstante, acuerdos y desacuerdos, conflictos y luchas en el equipo de salud; operando también en la relación con la población hacia las cuales se han orientado tales acciones.

En el abordaje de estos aspectos se han establecido las siguientes proposiciones emergentes:

- *La singularidad del barrio deviene de su condición de vulnerabilidad y marginalidad*
- *Los procesos de transformación en el barrio y sus problemáticas han fundamentado las distintas modalidades de intervención del centro*
- *Las negociaciones y conflictos en el proceso de traslado del centro incidieron en el vínculo entre la población del barrio y el equipo de salud del CeSAC*

6.1. La singularidad del barrio deviene de su condición de vulnerabilidad y marginalidad

Como resultado de la división de las áreas programáticas⁴⁵, los hospitales tuvieron bajo su responsabilidad un área delimitada geográficamente que, aún luego de la reestructuración en las regiones sanitarias, continuó funcionando como ámbito de referencia para las intervenciones locales. En el caso de los CESAC, los profesionales del equipo de salud reconocen al territorio donde se inserta cada centro como el espacio en el que se sitúa la población hacia la cual dirigir sus acciones. Esto, como mencionáramos en capítulos anteriores, responde también al marco en el que se han fundamentado las prácticas que

⁴⁵ El proceso de conformación de los efectores de salud en la Ciudad de Buenos Aires es desarrollado en el capítulo 3 de esta tesis.

desarrollan estos equipos, en los cuales se advierte que la estrategia de APS se adopta como referencia teórica para sustentar las intervenciones. Así, las intervenciones se han situado en lo local y lo comunitario como ejes para la planificación de tales acciones.

En la configuración de la identidad del CESAC estudiado, el vínculo con la población que concurre al centro de salud se destaca como uno de los aspectos sustantivos de dicho proceso. Ahora bien, al hacer referencia a esta población, sus rasgos principales y sus problemáticas se alude, en particular, a la caracterización de aquellos que residen en la Villa 15 “Ciudad Oculta”, o del modo en que ésta es reconocida mayormente por las entrevistadas, “el barrio”:

Problemáticas que tienen que ver con el acceso al agua potable, el acceso a poder tener cloacas, a la recolección de residuos, a que tengamos un barrio que no tiene una plaza, que no tenga calles seguras, que no tengamos una avenida que tenga semáforos que permitan que los chicos puedan cruzar para poder ir a la escuela, la presencia de tóxicos medioambientales, la falta de vivienda digna, las situaciones de hacinamiento crítico. Todo esto me parece que, sumado a los nuevos migrantes, las condiciones relacionadas con las migraciones, bueno, todo esto implica un montón de factores de riesgo que van a afectar la salud y después vamos a atender nosotros acá (Juan, pediatra).

Al describir este barrio, son los sentidos vinculados a la “vulnerabilidad” y la “marginalidad” los que predominan como rasgos singulares de la población que reside allí. Estas características, que en los relatos se presentan en su expresión más extrema al hablar del mismo, marcan estos aspectos como especificidades que los distinguen de otros sectores de la Ciudad:

Bueno, este centro de salud está ubicado en un lugar, bueno, que como vos ya sabes es bastante... digamos, tenemos una población bastante especial que es la que yo considero es la población más pobre y expuesta de la Ciudad de Buenos Aires. Yo hace 20 años que estoy en el centro de salud y estuve en el centro viejo, cuando estábamos en... el edificio de al lado, en el Elefante Blanco, y... también estuve en otros centros, estuve en Inta, estuve en el centro de Mataderos, estuve en otros centros de salud, pero particularmente este, yo creo que lo que lo caracteriza es que atiende una población que está muy expuesta y muy marginal... (Ana, obstétrica).

Estas condiciones que producen una diferenciación con el resto de CABA se plantean, asimismo, como límites para el acceso a recursos que son difícilmente hallables *adentro* de la villa y que deben ser buscados *afuera*. En ese sentido, las profesionales manifiestan que en el momento de la salida del barrio, sus habitantes se encuentran con obstáculos para acceder a otros sectores de la Ciudad y a los recursos que éstos pueden ofrecer, sobre todo, en lo que refiere a lo educativo y lo laboral. Tales obstáculos incluyen desde las limitaciones para afrontar económicamente el costo del transporte público para trasladarse, así como las

visiones que se registran acerca de la población de la villa que la vinculan a la peligrosidad y la marginalidad. Cabe señalar dos situaciones planteadas por las entrevistadas que destacan las problemáticas que reconocen en la cotidianidad de los habitantes de este barrio:

(...) hay mucha gente con muchos problemas de... para poder insertarse, para poder trabajar, para poder conseguir un trabajo. Ya poner la dirección Av. Del Trabajo 6600 ya... da lugar a que falle la entrevista, entonces, la mayoría de las personas no tienen un trabajo un blanco, no tienen... tienen otras condiciones de vida del resto de la Ciudad (Marcela, obstetricia).

(...) hay muchos chicos que quedan por repetir, los mandan a otros colegios en otros barrios, no consiguen vacante... no consiguen vacante, no consiguieron vacante, no consiguieron vacante y nunca más vuelven al colegio, o sea, porque no está el incentivo tampoco de los padres, de ir, de exigir, entendés? Entonces, o quedan desclasados en otros colegios, viste, en Caballito, en Devoto, en Flores. El Tomás Espora de Liniers, creo que casi todo es de acá, pero me refiero a como que quedan, viste, que no son ni de acá, ni de allá, porque los amigos no pueden venir acá, porque no pueden decir en dónde viven, viste, o están marcados... (Susana, pediatra de adolescentes, de planta).

Estos obstáculos pueden ser leídos en términos de la *estigmatización* generada hacia las villas, por la cual se las degrada simbólicamente y se las ubica en los bordes, en la periferia de la jerarquía urbana donde ciertas zonas tienen mayor o menor estatus que otras. Ese proceso de estigmatización hacia las villas tiene una doble consecuencia:

(...) se marca simbólicamente a las villas como el último escalón en la jerarquía urbana y sus habitantes son sospechados de desviaciones sociales y esta marca les restringe su vida laboral, la participación en la escolaridad, en otros ámbitos sociales y en particular en el ejercicio de ciudadanía (Cravino, 2010:204).

De este modo, la *diferenciación socio-espacial*, como señala Cravino (2009:191), “construye fronteras simbólicas, que son de-codificadas en términos de tipologías urbanas”. Así, en la conformación de las villas se han creado fronteras que establecieron una separación entre un *adentro* y un *afuera* de estos barrios, producto de un proceso de construcción histórico-social. Dicho proceso, que fue resultado de clasificaciones generadas por actores externos y por sus mismos habitantes, no se advierte, sin embargo, en la configuración de otros barrios de la Ciudad (Cravino, 2009).

A partir de este proceso histórico el “ser villero”, si bien respondió a una construcción de sentidos conflictiva, fue asociado a sentidos predominantemente negativos como la pobreza, la anomia o la apatía. Estos estereotipos y prejuicios han operado como esquemas de interpretación a partir de los cuales “los villeros son tomados desde su pertenencia territorial y de allí se les asocian características sociales que son construidas como ‘típicas’”. En la

configuración de estas clasificaciones pueden reconocerse dos procesos: la *estereotipación* y la *discriminación*:

La estereotipación consiste en un proceso cotidiano de naturalización de las diferencias entre individuos o grupos, que va marcando una distancia simbólica y, en algunos casos, física, entre “nosotros” y “ellos-los otros” La discriminación responde a una lógica elusiva, dirigida a esquivar o saltarse las propias insuficiencias para denostar a los otros, adhiriendo a tipos sociales construidos culturalmente, a los que se les adscriben como naturales ciertos rasgos socialmente negativizados y justificando, directa o indirectamente, diversos tipos de violencias sobre aquellos que los poseen (Di Leo y Tapia, 2013:216).

En tal sentido, resulta posible observar el modo en que se ha categorizado a *los villeros* en distintos períodos históricos. Así, por ejemplo, durante las décadas de 1950, 1960 y 1970 se registraban sentidos que los marcaban como *cabecitas negras*. Dicha categoría “tenía una connotación étnica difusa, es decir aludía a aquellos provincianos que, de distinto origen, provenían del interior del país y que eran ‘producto’ de un mestizaje de europeos e indígenas” (Cravino, 2009: 188). En las décadas siguientes, esta categoría pareció desplazarse a la de *negro villero*, al perder el origen provinciano y asociarse en mayor medida a los migrantes de los países de la región, manteniendo las connotaciones negativas y cuasi raciales que sostenían a la anterior categoría.

No obstante, cabe señalar que si bien la identidad villera fue asociada a estas interpretaciones peyorativas, distintos estudios distinguen los usos positivos del *ser villero* por parte de los mismos habitantes de estos barrios, quienes resignificando este término en décadas posteriores, lo utilizaron como emblema de lucha y reivindicación, desde los períodos dictatoriales en los que se buscó erradicar las villas, hasta las últimas décadas en que se propuso su integración al resto de la Ciudad (Cravino, 2009).

Ahora bien, aunque en la caracterización de la población del barrio que realizan las entrevistadas predominan aquellos aspectos ligados a la vulnerabilidad y la marginalidad, en sus relatos estos rasgos no son atribuidos a una cuestión generada por los propios habitantes de la villa, sino que éstos son vistos como víctimas de la desigualdad social y de la falta de políticas orientadas a mejorar las condiciones de pobreza en la que viven; así como también, de la discriminación dirigida hacia ellos.

Por otra parte, se reconocen posibilidades de generar proyectos. No obstante, se encuentran vinculados, sobre todo, a la mediación de acciones de promoción del equipo de salud del CESAC o al sostenimiento de los mismos, mayormente, en función de esfuerzos personales:

(...) hay alguna que está estudiando psicología, hay, viste ese chico que vino recién, la señora me dijo que tenía ganas, el hijo terminó el secundario como abanderado y estaba... iba a empezar la facultad, que ya debe estar porque no lo vi todavía este año. Hay algunos que están continuando su secundario y están terminando el secundario con ganas de seguir una carrera o no, pero viste, tampoco es necesario que todos vayan a la facultad, lo que yo digo que pero por lo menos algo, que busquen que es lo que, o sea, tendríamos que ver entre todos que es lo que le gusta más a cada uno y poder canalizar todo el esfuerzo para poder lograr con eso, lo que sea. Esto del proyecto, o sea, la organización del tiempo libre, el proyecto de vida, esas son todas cosas para trabajar viste, la autoestima, el poder decidir, el poder establecer canales de diálogo que no sean a través de la violencia, decidir cuándo y con quién tener un hijo; qué lugar ocupan dentro de la familia, son todas cosas que son como los desafíos que tienen los pibes. Y viste con factores protectores y factores que no son nada protectores para estos chicos, o sea, hay cosas que facilitan la vida y cosas que ponen piedras en el camino. Bueno, hay que cuál de esas piedras se pueden sortear y cuáles no, y cuáles son las formas que tienen ellos para, no sé, los modos de resiliencia, de alguna manera, de cómo salir. Así que bueno, eso. (Susana, pediatra de adolescentes).

Al hacer referencia a la “singularidad” que caracteriza al barrio, a su vez, se destaca en los relatos la importante presencia de población migrante, especialmente de países de la región como Bolivia y Paraguay, así como también de Perú, que incluso pueden vislumbrarse diferenciados en función de su “cultura” y en el modo en que se sitúan en el territorio de la villa:

Mirá, una cuestión muy importante acá, es todo lo que es migración, es una zona donde hay una comunidad paraguaya muy importante, boliviana y peruana, entonces la singularidad de toda su cultura, porque es como que se armó el barrio o las zonas de los paraguayos, la zona de los bolivianos, rescatan cuestiones culturales, tienen sus propios clubes, bueno, entonces eso es algo que es interesante ver y después todo lo que tiene que ver con el proceso de migración, el impacto que tiene en la salud física y mental (Nati, psicóloga).

Esta percepción de la composición migratoria de la población que reside en el barrio coincide con lo que señalan algunos estudios en cuanto a los patrones de asentamiento de los migrantes de países de la región que se han caracterizado, en parte, por una importante concentración en el Área Metropolitana de Buenos Aires, especialmente en las áreas sur y sur-oeste, en particular, en las villas y asentamientos de tipo precario (Urresti y Cecconi, 2007; Cerruti, 2009). Al respecto, cabe destacar la afirmación de Mario Margulis citada por Cravino, en la que se advierte que “la villa miseria es el único medio institucionalizado que la ciudad provee al migrante su albergue y socialización [y como sostiene] en realidad, es

el mismo migrante quien arbitra ese medio y encara con sus propias fuerzas el proceso de urbanización” (Cravino, 2009: 183).

Esta situación de los migrantes del barrio es, a su vez, comparada con el resto de su población, lo cual los ubica en situación de mayor vulnerabilidad respecto de aquéllos en función de las cuestiones inherentes a la inserción en un nuevo lugar y las dificultades que esto conlleva:

(...) hay patologías que están estrictamente relacionadas con las condiciones donde la gente vive y por otro lado, el subsector salud en este concepto de lo que sería la salud redefinida o muchas veces de ser ausencia de enfermedad a tener este componente bio-psico-social, una cosa por ahí más dinámica que tiene que ver con este nicho donde la gente está y las dificultades que tienen que ver con los usos y costumbres, lo cultural, migrantes, digamos, una población que parece homogénea así vista desde afuera, no cierto? Es fácil homogeneizar todo y decir estos son todos de tal manera, bueno, es mucho más heterogénea de lo que por ahí se ve (...) Y bueno, [los migrantes] son por ahí familias que vienen acá y que son las de más riesgo en el sentido de que no tienen referentes en el barrio, no tienen familiares, están en las peores viviendas, no tienen acceso. Bueno, obviamente, como muchos otros que están hace tiempo también a trabajos dignos, a trabajos en blanco, no tienen los recursos, los factores protectores al menos en una primera etapa y por otro lado, también muchas veces no han tenido controles de salud previamente, entonces hay dificultades en la transición a la escolarización de los chicos, hay condiciones médicas previas que no fueron tratadas, no fueron pesquiasadas, no fueron tratadas; pacientes que por ahí tienen carnets de vacunas que no están en condiciones, están incompletos y después bueno, condiciones propias del migrante que ellos traen también del lugar de dónde han estado, que tienen incidencia o que pueden ser importantes de considerar y por ahí son condiciones patológicas endémicas de esa región que por ahí nosotros no conocemos muy claramente y... bueno, eso sería en relación al migrante las cosas más importantes, o sea, un periodo de adaptación al nuevo lugar que lleva un tiempo y que implica tener que ajustar, a veces, temas nutricionales, temas médicos, temas escolares, documentos. (Juan, pediatra).

Asimismo, la cuestión migratoria se presenta entonces como una problemática particular para ser considerada de manera específica debido a los efectos que se observan del proceso migratorio, pero también, como condición transversal en el abordaje de los problemas de salud que se reconocen en la población que concurre al CESAC:

(...) después todo lo que tiene que ver con el proceso de migración, el impacto que tiene en la salud física y mental (...) en el sentido de qué son personas, por ejemplo, a nivel emocional con un montón de factores de stress que se cronifican, lo que es la inserción laboral, el trabajo precario, por ahí la falta de vivienda, el hacinamiento o que vienen con enfermedades con intención de tratarse y por ahí, después el no tener la documentación hace que no accedan al sistema de salud y se cronifican encerrados y después es esto de ir al barrio a buscarlos, hay bastantes cuestiones que están ligadas mucho a esto de la migración. Después, bueno, lo que es adicciones que, bueno, en todos lados, no? pero acá es como que es bastante marcado el consumo de drogas en los chicos, los adolescentes, cada vez más chiquitos. Bueno, después violencias, pero bueno, es como que, nada, es una constante de la sociedad actual, no? (ríe) no es específico acá. Sí me parece que cuestiones más específicas tiene que ver con todo lo que es migración y después con situaciones donde es una vulnerabilidad casi extrema, no? donde están

las mayorías de los derechos arrasados, no hay posibilidad de nada y bueno, es como muchas veces construir algo desde cero porque no se cuenta con casi nada. Entonces, no es solamente, que sé yo, una vacante en un colegio, no se trata de eso, es el no acceso al sistema, no? están totalmente marginados, entonces, eso también me parece que es algo específico de la población con la que laburamos acá (Valeria, psicóloga).

6.2. Los procesos de transformación en el barrio y sus problemáticas han fundamentado las distintas modalidades de intervención del centro

Las fronteras simbólicas que han separado el adentro y el afuera del barrio, parecen construirse también respecto del CESAC y el barrio al momento de planificar y ejecutar estrategias para dar respuesta desde el centro de salud a las problemáticas de la población que se considera bajo su responsabilidad.

Las problemáticas definidas en distintos momentos históricos han sido utilizadas como argumentos para legitimar tanto la necesidad de salir de la institución al barrio para su comprensión y atención –sustentándose especialmente en los principios de la APS–; así como también, para justificar el repliegue dentro del centro frente a las dificultades que aquél presentaba para el desarrollo de acciones de prevención y promoción.

Como indicáramos en el apartado anterior, la caracterización de esta población en los relatos se ha vinculado particularmente a situaciones de marginalidad y vulnerabilidad y en ese sentido, las problemáticas prevalentes en la Villa 15 son vinculadas a esas condiciones de vida. En este punto, sin embargo, pueden distinguirse percepciones diversas, por un lado, respecto del modo en que se presentan las problemáticas de salud en este barrio con relación al resto de la Ciudad y, por otro lado, en cuanto a la continuidad/discontinuidad de tales problemáticas en la historia del barrio.

De este modo, respecto a la continuidad o discontinuidad de aspectos problemáticos en el barrio, se alude a un momento que resulta significativo y que marcaría diferencias entre un antes y un después en su historia. Ese momento puede ser pensado como un quiebre producto de las políticas establecidas durante los gobiernos de la dictadura militar de las décadas de 1960 y 1970, cuya máxima expresión de su política expulsiva estuvo representada en el Plan de Erradicación de Villas de Emergencia lanzado en 1966 por la dictadura encabezada por Onganía (PEVE, Ley 17605) (Vitale, 2009; Jauri, 2011). Esos años, “fueron complicados para

los sectores populares, que vieron sus demandas de vivienda retrasadas y restringidas, cuando no también controladas por una represión que expulsó población a sus lugares de origen y redujo las villas mediante el uso de la fuerza y el desalojo” (Urresti y Cecconi, 2007:48).

Paradójicamente, en ese mismo período que se extendió hasta la transición democrática y que estuvo signado por políticas que buscaron erradicar las villas, en el campo de la salud se comenzaba a desplegar la creación de los centros de salud que se situaban en estos barrios siguiendo los principios de la APS. Dicha estrategia permitía legitimar el contacto con la población, promoviendo sus derechos y participación, así como la accesibilidad a los servicios públicos que procuraban brindar una atención integral en salud. Al respecto, cabe destacar lo apuntado por Natalia Jauri, acerca de las intervenciones estatales hacia las villas durante ese período:

Como sostiene Oszlak (1991), el objetivo fundamental –la eliminación total de este tipo de hábitat – entró en colisión con los propósitos de ‘promoción social’ y mejoramiento *in situ* que inspiraba la acción de los distintos organismos estatales responsables de otros tantos aspectos de la cuestión villera. Aunque estas últimas, fueron acciones espasmódicas, generaron diferentes conflictos, pues ‘la población residente de las villas era objeto a la vez de promoción y eliminación’ (Oszlak, 1991: 153). Estas intervenciones claramente contradictorias, implementadas en forma simultánea o escalonada, que ha desplegado el poder estatal a lo largo de este período pueden ser caracterizadas, en términos de Carman (2005), como verdaderas *esquizopolíticas*⁴⁶ (Jauri, 2011: 4).

Por otra parte, en un momento posterior ya iniciada la década de 1980, la antropóloga del CESAC subraya los cambios que comenzaban a percibirse en el barrio y que parecían manifestar sus primeras transformaciones tras los procesos iniciados en la dictadura:

(...) porque el barrio había empezado a cambiar, digamos, de ser un barrio cercano al matadero, donde había muchos espacios verdes, donde el gobierno de los militares y Cacciatore había erradicado mucha gente. En realidad, en la época de la democracia empezó a volver mucha gente, entonces para lo que estaban acá había como un desconocimiento también del barrio, no? de ese barrio que se aparecía transformando en otra cosa y ya desde un principio, apareció, aparecieron preocupados por situaciones de violencia, ya te estoy hablando del año 85’, es más, llaman a un antropólogo y una socióloga porque pensaban que habían hecho algo mal porque hasta entonces era impensable que alguien que hace una prestación médica, una prestación de salud, que sale al barrio, que trabaja, puede... ser sujeto de violencia, eso era impensable en el 85’, hoy parece que es uno de los temas claves, no? pero en ese momento, decían “qué habremos hecho mal para...?”. Y en realidad es que también había cosas que estaban cambiando en el

⁴⁶ De acuerdo a Jauri, siguiendo a Carman (2005:15) “las esquizopolíticas se evidencian al comparar no sólo políticas resueltamente contradictorias, sino también las políticas del Estado frente a un mismo conjunto de actores bajo diversas coyunturas” (Jauri, 2011: 4).

barrio, había empezado el consumo de drogas fuertes en el barrio, un consumo de drogas que no fue casual, no? (Mabel, antropóloga).

En esta percepción de los cambios ocurridos en el barrio se observa, en primer lugar, el retorno de la población y el crecimiento de la villa con posterioridad al período dictatorial, proceso que comenzaba a manifestarse en todas las villas de la Ciudad:

En el contexto de transición democrática el irresuelto problema habitacional derivó en la renovada ampliación de la mayor parte de las villas desalojadas durante la dictadura, llegando a multiplicar por cuatro su población en poco más de los seis años de gobierno de Alfonsín (Vitale, 2009: 9).

Por otra parte, ese retorno de los habitantes a la villa posicionaba a las profesionales frente a un barrio distinto, no sólo con un número ampliamente mayor de población, sino también con nuevas problemáticas que planteaban desafíos para la intervención. Problemáticas vinculadas, especialmente a las drogas⁴⁷, la violencia y la inseguridad, así como al vínculo entre éstas y los efectos en los distintos ámbitos de la vida y también en la organización del CESAC:

Y era un desafío a veces pensar, o no cerrar las puertas y entender que cerrando las puertas al contrario, que había que abrirlas más, pero había todo un conflicto al interior, no? “no, nos da miedo salir, no salimos más...”, “desde afuera...”, “cerramos el centro de salud...”, otros luchando por abrirlo, por seguir siendo parte de las condiciones del barrio, pero se fueron generando nuevas discusiones, nuevos enfrentamientos, nuevas formas de protección al interior del barrio, nuevas formas de protección al interior de la institución, o sea, el equipo nunca fue la institución, siempre hubo varios grupos diferentes, no? (Mabel, antropóloga).

Estas problemáticas como el aumento del consumo de drogas y la violencia al interior del barrio alcanzaban, para las entrevistadas, niveles significativos. Aquí resulta importante destacar que, aún en períodos democráticos se establecía, además, “una nueva forma de violencia ilegal del Estado: aquella perpetrada por la policía, en el seno de los barrios populares, contra jóvenes acusados de delincuencia” (Merklen, 2010: 45). Tales situaciones exponían un fenómeno que resultaba desconocido para el equipo de salud:

Entonces... era la expectativa, digamos, cómo caer, ubicarte en que teníamos que sostener proyectos con adolescentes, lo que nos pedían era trabajo y lo que no había era trabajo y qué hacíamos, les decíamos que podían vender, cómo... [suspira] lograr que no terminaran en una institución, que no terminaran en la cárcel, que no terminaran muertos... cuando el cementerio se estaba llenando de adolescentes, no? donde parecía que siempre llegábamos tarde, donde el nivel de violencia cada vez era mayor, donde morían por manos de la policía, por manos de otro del barrio, por amigos, morían y la muerte y la muerte, y lo que se enterraba eran pibes; pibes

⁴⁷ Debido a los objetivos y límites de esta tesis no se realiza un desarrollo de las problemáticas planteadas como el consumo de drogas, la violencia y la inseguridad, dada la complejidad de las mismas. Para una profundización en estas temáticas se recomienda la lectura de Epele, 2010; Merklen, 2010; Di Leo y Camarotti, 2013

que, digamos, desde el punto de vista pediátrico habían saldado, pero los estabas enterrando con la... la adolescencia (Mabel, antropóloga).

Asimismo, se reconocen formas nuevas y diferentes de habitar el barrio y hacer uso de lo público a partir de las condiciones que imponía la violencia y los circuitos de la droga durante los noventa y los inicios de 2000, momentos en los que, de acuerdo a los relatos, se vislumbran el aumento de la desocupación y la profundización de la escasez de recursos:

Entonces, bueno, fueron apareciendo, cómo te diría...? Problemas que anticipaban aquellos problemas que iban a venir después, como si en el barrio los vieras antes, no? como si hubiera esa forma de generar o de anticipar lo que después se va a terminar... constituyendo, no? acá es como si uno lo viera antes, no? hay algo de lo que no le podés dar nombre, que no podés terminar de entender y que se está gestando, que se está generando y después van a ser partes de los estilos que se van a imponer en la sociedad, pero que a nosotros nos sacudía, digamos, no podíamos entender, era complicado pensar que si uno tenía un compromiso de trabajar mejor, por ahí la respuesta era un cachetazo, era, era complicado entender por dónde pasaba eso, no? (Mabel, antropóloga).

Al hacer referencia a las problemáticas actuales del barrio vuelven a situarse aquéllas que aparecieron en décadas anteriores, aunque ahora comienzan a ser nombradas como problemas de “inseguridad”, de “violencia”, de “adicciones”. Problemas que se ubican como signos que distinguen a la Villa 15, pero que al mismo tiempo cuestionan cuán diferente son estas situaciones de lo que sucede por fuera de ella:

(...) en el barrio no pasaba nada diferente a lo que pasa en la sociedad, lo que pasa en el mundo, no? (riendo), donde los negocios más importantes son la droga, son las armas, digamos, acá, también se alquilan armas, se vendían armas, pero no es que estén ajenos al margen de nada (ríe) (Mabel, antropóloga).

Si bien estos problemas parecen ser similares son visualizadas en algunos casos con rasgos novedosos, es decir, presentando el mismo núcleo de conflictividad, pero con un nivel de complejidad que problematiza nuevamente los modos de intervención desde el sector salud. Así, por ejemplo, en el abordaje de lo que se plantea como la problemática de “las adicciones”, una de las entrevistadas reflexiona:

E: (...) Es bastante artesanal, porque los problemas son bastante diferentes de lo que uno, por lo menos para mí, que yo vengo desde la medicina que es una cosa más biológica, más exacta, todo esto es una temática diferente y que necesita abordajes diferentes y, en realidad, son temáticas bastante nuevas y entonces... por eso la atención es un poco artesanal y vamos viendo en el camino lo que se puede hacer.

P: estaba pensando en esto de que son nuevas, digamos...

E: sí, yo hablo más que nada, el abuso, el maltrato no es nuevo, pero la adicción al paco y toda la patología orgánica y social y demás que provoca la verdad que es una temática nueva, medio

que espanta a todo el mundo porque es bastante frustrante, porque las soluciones son muy pocas, entonces también hay que trabajar como grupo todo eso (Viviana, jefa del CESAC).

En otros relatos se destaca la continuidad de las problemáticas que siguen respondiendo a cuestiones políticas, sociales y económicas sostenidas en la historia del barrio, provocando consecuencias similares más allá del tiempo:

La población es la misma, bueno, los problemas de la gente por ahí de base son similares, algunas cosas que antes no había, ahora hay o al revés, pero bueno básicamente la población, al menos lo que yo veo, las madres de mis pacientes eran mis pacientes hace un tiempo y las problemáticas tienen, digamos, matices pero son las que están asociadas a las condiciones de pobreza donde la gente vive... (Juan, pediatra).

Ahora bien, los modos de abordaje de tales problemáticas parecen también sostenerse en el tiempo. Es así que continúan expresándose conflictos entre los profesionales en cuanto a la necesidad de salir o, por el contrario, protegerse de este barrio en el que se manifiestan hechos de inseguridad y cuestiones difíciles de ser abordadas desde el consultorio:

(...) también hay una historia de mucha inseguridad en el centro de salud y bueno, hay... o sea, cuando te ponés a conversar te dicen que en algún momento se hacían muchas actividades extramuros, pero que después empezaron a suceder un montón de cosas y como que empezaron a replegarse, digamos, dentro del centro de salud. Como que bueno, esa es una... no sé si es una excusa o es algo que por ahí muchas veces también se aduce en relación al trabajo, digamos, fuera del centro de salud. Sí, eso circula bastante... hay como mucho temor también dentro de los profesionales (Daniela, médica generalista).

Sí y también después hay un discurso de, como bueno, el centro ya vemos un montón de población, "si salimos afuera generamos más demanda (risas) que no podemos dar respuesta", o sea, es un poco el discurso que también circula, que también es como bastante desmotivador y tira para atrás como... como que no, o sea, como que no se, o sea, uno intenta facilitar la accesibilidad, empezar a salir, a laburar más en otro tipo de cuestiones y se ve como algo negativo, no se ve como que "qué bueno que nos estamos acercando y estamos llegando antes de que suceda algo, o sea, para poder empezar a trabajarlo", sino es bueno, es tipo como vas a buscar, vas a generar una demanda que después no tenemos como capacidad de respuesta (Carolina, trabajadora social).

Estas diferencias de criterios para relacionarse con la población exceden estas problemáticas y se presentan también al planificar actividades desarrolladas por cada servicio. Aquí se plantea entonces el conflicto, en primer lugar, entre la generación de una demanda a partir de la salida al barrio, que puede exceder la respuesta posible de ser brindada desde el centro en función de los insumos y recursos humanos disponibles; en segundo lugar, la necesidad de construir vínculos con la población que no puede llegar al CESAC y que precisa del acercamiento hacia el lugar donde vive; y en tercer lugar, los propósitos impuestos por los

postulados de la APS en lo que respecta a la tarea de los efectores del primer nivel de atención, que supone entre sus principios fundamentales, el trabajo con la “comunidad”:

Nosotras para obstetricia no salimos al barrio, lo hicimos en un tiempo, lo hicimos, pero lo hicimos y no dio tanto resultado. La verdad es que cuando hay alguien embarazada en una casa es como, o se quiere controlar y viene sola, o no quiere ni verte, entonces que vos le vayas a golpear y preguntar cosas más íntimas, sobre todo cuando no sabes cómo era de esperado ese embarazo, no generó un aumento en la demanda al contrario, por ahí te cerraban la puerta o te decían que sí, que iban a venir y nosotros teníamos toda una tarde esperando que venga la gente del barrio y no había nadie; o venían a un control porque como les duraba el entusiasmo de la entrevista y después no venían nunca más. El barrio en ese momento fue aumentando en peligrosidad, hubo dos o tres episodios con residentes que por ahí hicieron que ya las chicas no salgan y que la verdad que con Marcela, que es la otra obstétrica titular, vimos que no había un beneficio, al contrario, aumentaba el riesgo y nosotros en ese rato que estábamos en el barrio o el día que estaba destinado para la gente del barrio, dejábamos de atender a los que sí venían espontáneamente, entonces... ahora lo que pasó de loco es que, yo empiezo a salir con una pediatra y gente del barrio para hacer una campaña de vacunación de sarna, de perros y ahí capto embarazadas (risas). Entrando por otro lado, que nada que ver, cuando no era preguntándole algo a ella directamente sino hablando de otro tema, de hecho capaz que venía la confianza de dos o tres veces que nos veíamos porque era una vacuna por semana para la sarna, de ahí se animaban a “bueno, te puedo ir a verte al consultorio, pero esta vez no es por el perro, te quiero preguntar algo de mi hijo, o mío, o de una vecina” y ahí, sí sirvió (Mónica, obstétrica).

Cabe destacar, no obstante, que en el caso de “las adicciones” se encuentran importantes coincidencias entre las entrevistadas con respecto a la estrategia desarrollada actualmente, la cual se visualiza con un importante nivel de eficacia y respondiendo a criterios de integralidad, interdisciplina e intersectorialidad. Dicha estrategia se vincula con el trabajo en red realizado en el barrio a través del vínculo con otras instituciones gubernamentales de CABA y del gobierno nacional, así como también, con actores significativos en el barrio como el cura y la capilla, la radio, los comedores y otras organizaciones barriales:

Un poco la idea es... esperamos que lo aprueben, ya hicimos el proyecto, es también empezar a trabajar el espacio de adicciones también en la capilla, también como una forma de descentralizar la atención de acá del centro de salud y poder trabajar desde otro lugar. Esta cuestión también de salir un poco de la urgencia y poder trabajar en otros términos, que la idea es trabajar grupalmente, estamos trabajando con la gente del CENARESO, así que en conjunto, a veces con el SEDRONAR, con el CIAC que es del Gobierno de la Ciudad, pero bueno, como que la gente que está trabajando acá en el centro de salud como que nos surgió también un poco la necesidad de descentralizar un poco la atención de acá del centro a otros lugares del barrio, también como una cuestión de empezar a abrir un poco más las posibilidades de trabajo también barrial, digo, no sólo desde el lugar de adicciones pero ya el hecho de tener un espacio fijo en la semana fuera del centro de salud, en el barrio, como que también te permite otra perspectiva de laburo, esa es un poco la idea de empezar a generar este espacio también, empezar a abrir un poquito más (Daniela, médica generalista).

Asimismo resulta sustantivo el lugar que se otorga a los promotores de salud que actúan como mediadores entre el CESAC y el barrio, favoreciendo el acceso de la población al centro y al mismo tiempo, facilitando el ingreso de los profesionales al barrio. Debe señalarse que estos promotores formaron parte de una capacitación desarrollada por el Ministerio de Salud de la Nación en la que, de acuerdo a una de las médicas entrevistadas, a partir de la obtención de una beca algunas personas del barrio se formaron para la realización de actividades ligadas a lo preventivo-promocional:

(...) Por ejemplo, uno o dos días a la semana, quizás o se los dedico a la mañana o a la tarde a hacer visitas domiciliarias en el barrio, siempre de la mano de dos operadores barriales que no pertenecen al centro de salud, uno de los chicos vive acá en el barrio y es como que a través de él, vamos llegando por ahí a diversas situaciones y como que se va haciendo un circuito. Después sí he trabajado con algunos promotores de salud, en relación a algunas cuestiones de cuidado, hicimos algunas pequeñas actividades en el barrio, campañas de vacunación, pero bueno, es como muy de a poquito y ahora estamos empezando a trabajar un poquito más en red en el tema de adicciones, pero bueno, es esto, yo tampoco estoy hace tanto tiempo, es un año de inserción... (Daniela, médica generalista).

6.3. Las negociaciones y conflictos en el proceso de traslado del centro incidieron en el vínculo entre la población del barrio y el equipo de salud del CeSAC

Los rasgos que ha adoptado la relación con la población de la Villa 15 durante el proceso de traslado del centro de salud que funcionaba en el Elefante Blanco al edificio actual, conlleva significaciones particulares para las profesionales entrevistadas.

Del mismo modo en que se perciben los procesos de transformación tras las políticas orientadas a las villas y los efectos de las reformas neoliberales en los distintos aspectos de la vida del barrio, el momento de traslado puede ser observado como un hito en la construcción del vínculo con distintos actores, en particular, los referentes del barrio y la población de la Villa 15 en general, así como el modo en que esto interpeló al equipo de salud como parte de dicho proceso.

Como se señalara en el capítulo anterior, durante los últimos años en los que el CESAC funcionaba en la estructura del viejo edificio, sus instalaciones comenzaron a deteriorarse tras la ocupación de los otros espacios que habían quedado vacíos en el resto del Elefante Blanco.

Estas ocupaciones son leídas por una de las entrevistadas como resultado de acuerdos políticos que comenzaban a gestarse en las villas para la generación de negocios inmobiliarios. A partir de esos momentos, entonces, comienza un proceso que implicaría algunos obstáculos en la gestión habitual de las tareas del Centro, representando la necesidad de entablar la búsqueda por un nuevo edificio:

(...) bueno, después con todas estas... negocios en el medio y ocupaciones... en realidad, se empezó a buscar otro lugar y eso fue conflicto muy serio también, un enfrentamiento muy serio porque tenía que ser una cancha, era una cancha donde se jugaba al fútbol, donde circulaba plata, este... hubo un enfrentamiento duro, no? Como algo del gobierno, un terreno del gobierno, terminó, se terminó poniendo plata y nosotros muchas veces terminamos siendo como el jamón del sandwich en el medio de negociaciones que no tienen que ver con nosotros. Entonces, fueron procesos de mucho desgaste... entonces, un proceso de desgaste, bah... y la mudanza acá también fue una situación de mucho desgaste, de mucho enfrentamiento. Fue el año de Cromañon, (23) de alguna manera un gobierno como el de Ibarra que había empezado con un sentido diferente al que podía tener el macrismo, después termina negociando cualquier cosa con el tema del, con el tema de Cromañon... y... digamos, los funcionarios no se reconocían con poder para nada, entonces, aparecieron cosas imposibles, imposibles... (Mabel, antropóloga).

De este modo, la configuración de fuerzas políticas y sociales en la lucha por el espacio que dejaba y el que buscaba ocupar el nuevo CESAC, plantea la presencia de actores sociales con diversos intereses y capacidades de negociación. Por un lado, los mismos profesionales del centro de salud y sus representaciones gremiales, cuyo proceso de lucha es rememorado con expresiones de dolor y confusión frente al conflicto que se manifestaba en el momento de la negociación entre el Gobierno de la Ciudad de ese momento –cuyo jefe de gobierno era Aníbal Ibarra– y algunos referentes barriales a los que se reconoce con amplio poder de negociación:

(...) y como... que te digan que, bueno, como no pueden pagar, que te van a llevar a... que van a poner un tráiler digamos y declarar eso tierra de nadie, digamos, eso es parte del Gobierno, del Estado. Poné gaita donde haya que ponerla, si hay que ponerle un límite al vecino, hay que ponérselo, no nos confundamos, no? O en la inauguración de esto, la hizo la persona que recibió plata con lo que le dejaran por la cancha. Esas presiones políticas que te... digamos, desarman valores, deforman vínculos, confianza, agotan (Mabel, antropóloga).

(...) inicialmente el centro de salud nuevo iba a estar adelante del edificio y esas tierras no se pudieron tomar, digamos, para hacer ese centro de salud, hubo que hacer una negociación con el barrio y cedieron este terreno y bueno, se empezó a construir (Viviana, jefa del CESAC).

Al respecto, deviene relevante considerar que en la construcción de los territorios operan la influencia y control de ciertos actores que se disputan el poder sobre determinadas áreas, como sucede en el caso de las villas (Cravino, 2009). En dicho proceso, sin embargo, el Estado opera de manera diferencial ya que:

(...) por obra u omisión el rol del Estado nunca es nulo y por ello también es necesario establecer el papel que cumple en el proceso de urbanización y, como consecuencia, qué relación tiene con el fenómeno de la segregación urbana y el desarrollo de las villas, en particular, y con las condiciones habitacionales de los sectores populares, en general (Vitale, 2009: 5).

En cuanto al proceso de lucha que significó para el equipo de salud del CESAC su traslado a un nuevo edificio, se distingue un primer momento en el que se reconoce una presencia muy activa de la población que concurría al CESAC y que representó para las profesionales un actor significativo a la hora de entablar la lucha por un nuevo edificio a partir de sus reclamos y pedidos en defensa del centro de salud:

En un momento a un grupo de nosotros nos eh... nos sacaron del centro de salud, qué sé yo... Yo en un momento dije 'la gente del barrio va a saber que están sacando los pediatras', cuando volví me dijeron, 'vos no trabajas más acá, te vas al Centro 4'. Hubo movilización de la gente, la gente defendía su centro de salud, lo quiso íntimamente, defendía, hubo escritos, hubo momentos, digamos, donde en realidad se valoraba mucho el trabajo que se hacía (Mabel, antropóloga).

En algunos de los relatos, sin embargo, ese vínculo se reconoce deteriorado tras las promesas incumplidas por parte de funcionarios públicos que habían asegurado, entre otras cosas, una mayor extensión horaria o el funcionamiento de una guardia en el nuevo CESAC, promesas que las profesionales señalan como algo desconocido para ellos. Por otro lado, de acuerdo a las profesionales en el barrio se había constituido un imaginario acerca del nuevo centro de salud que habría generado un alto nivel de desconfianza. Esto es vinculado con el temor a que los antiguos profesionales se fueran y se creara un pseudo-hospital en lugar del CESAC al que llamaban, como recuerdan algunas de las profesionales, un “mini-Santojanni”:

P: y para la gente qué te parece, cómo fue el cambio?

R: más o menos fue para la gente. Al principio, mucha novedad, ellos vinieron a la inauguración, parecía que estaba todo bien, contentos, pero a ellos les habían prometido que iba a haber guardia. La guardia nunca existió, o sea, si fue, fue una promesa, no sé a quién se la hicieron, pero a nosotros nunca, ni siquiera se barajó la posibilidad de que exista una guardia aunque sea de clínica. Hubo sí un tiempo que decían que lo iban a hacer funcionar de 8 a 20 que también eso duro nada, pero eran como palabras porque en realidad nuestros contratos no se habían modificado. Entonces la gente que venía con esa cosa de que iba a tener casi un hospital muy cerca, yo supongo que se desilusionó y aparte, por ejemplo, durante la primer semana rompieron todas las canillas de los baños; es como esa cosa así como de bronca... (Mónica, obstétrica).

La relación entre el equipo de salud del CESAC y el barrio: algunas reflexiones

La construcción del vínculo entre el equipo de salud del CESAC y la población que habita el

barrio en el que éste se inserta se ha caracterizado por momentos de tensión y desconfianza; y al mismo tiempo, de apoyo mutuo y lucha conjunta.

En ese proceso, la configuración del barrio a partir de una historia que comparte con otras villas de la CABA –entre la erradicación y su integración a la ciudad– se ha manifestado en los relatos como potenciadora y, a la vez, obstaculizadora de dicho vínculo. En ese sentido, pueden encontrarse dos puntos de inflexión en la historia del barrio. Primero, los años setenta y la erradicación violenta de la población del barrio por parte del gobierno dictatorial y segundo, el aumento significativo de la población tras el retorno a la democracia, momento en el que comienzan a vislumbrarse nuevos problemas, especialmente aquellos vinculados con las drogas, las violencias y la inseguridad. Estas transformaciones han planteado para el equipo de salud dificultades para reconocer esa población, interpelándolos acerca de las formas de intervención hasta ese momento implementadas.

Ahora bien, las problemáticas vinculadas a las drogas, la violencia o la inseguridad, aunque fueran reconocidas como parte de procesos sociales más amplios, en el caso de la Villa 15 adquiere para las profesionales dimensiones significativas y singulares cuando se vincula al empobrecimiento y a la precariedad de las condiciones de vida de sus habitantes. Se distinguen así estos rasgos que diferencian al barrio del resto de la CABA y que lo ubican casi por fuera de aquélla, al encontrarse restringido el acceso a recursos percibidos como básicos, entre ellos, la vivienda, el trabajo, la educación o un entorno socioambiental saludable. A la vez, se atribuyen estas restricciones a la discriminación que se observa hacia la gente del barrio que profundiza las dificultades para mejorar sus condiciones de vida, creando fronteras simbólicas entre la villa y el resto de la Ciudad.

Las transformaciones en el barrio son visualizados, asimismo, como limitadores o facilitadores del desarrollo de estrategias, especialmente las vinculadas a las acciones de prevención y promoción de la salud. Por un lado, permiten fundamentar intervenciones en el barrio, integrando otros espacios y actores por fuera de la estructura del centro de salud, respondiendo así a lo que se entiende por las responsabilidades de un efector enmarcado en la estrategia de APS. Y por otra parte, se constituyen en condiciones de peligro e inseguridad del equipo por lo cual resulta preciso permanecer dentro del CESAC y aguardar

a que la población se acerque, centrando la atención mayormente en lo asistencial y lo individual.

Cabe destacar que en la construcción del vínculo entre el CESAC y el barrio intervienen de diversas maneras las organizaciones del barrio, los referentes de los comedores, el cura de la capilla, hasta otros organismos estatales dependientes de otros ministerios. Éstos han actuado de manera articulada en algunos casos, pero también, en función de sus intereses y capacidades de negociación, han obstaculizado el desarrollo de estrategias conjuntas.

La distinción entre un adentro y una afuera del barrio parece ubicar al CESAC, a la vez, por fuera y como parte del mismo. Por una parte, los profesionales del centro acompañan los cambios que fueron sucediendo en aquél, adquiriendo en ese proceso la experiencia y el conocimiento necesario para el desarrollo de un abordaje apropiado en el cuidado de la salud de esta población. Y por otro lado, el CESAC también es protagonista de sus propias transformaciones, entre las que se destaca el traslado del edificio en el que había iniciado sus actividades hacia una nueva edificación dentro del barrio. En dicho proceso, esa modificación también parece haber operado en las relaciones entre la población y el equipo de salud. Así, por ejemplo, se evidencian paralelamente acciones conjuntas por la demanda de un lugar para el centro y disputas por el terreno en el que podía instalarse; la ocupación y deterioro del mismo edificio en el que funcionaba el CESAC; así como también, promesas acerca de un nuevo centro, con nuevos servicios y nuevos horarios, que no se cumplirían y que generarían desconfianza de la población hacia el equipo de salud.

Estos cambios en el centro de salud, como se planteara en el capítulo anterior, han presentado asimismo tensiones en el interior del equipo de salud que han tenido implicancias en el desarrollo y continuidad de estrategias de atención que superaran el abordaje individual, asistencial y centrado en lo biomédico. En ese sentido, en el capítulo siguiente, se buscará profundizar en la particularidad del vínculo existente entre el equipo de salud y los jóvenes de este barrio, así como los acuerdos y desacuerdos generados entre los profesionales del CESAC para entender sus problemáticas de salud, dar cuenta de ellas y establecer intervenciones en ese sentido.

Capítulo 7

Los alcances y limitaciones de las estrategias institucionales para la atención a jóvenes

La aproximación a las significaciones de las profesionales respecto de las estrategias desarrolladas para brindar atención a los jóvenes del barrio se realizó a partir de la indagación por las acciones orientadas a las jóvenes embarazadas. De este modo, resultó posible que emergieran sus concepciones acerca de aquéllas; las distintas posiciones acerca de las modalidades consideradas más adecuadas para su atención; su percepción respecto de la situación de embarazo y maternidad, las razones asociadas a su ocurrencia y finalmente, los abordajes considerados necesarios en estos casos.

Esas diversas significaciones acerca de las prácticas desplegadas por cada servicio la expresión de cuestiones que hacen a la organización del CESAC, los acuerdos y desacuerdos acerca de su gestión, así como los alcances y limitaciones que esto ha generado desde su instalación en el barrio y su conformación como equipo de salud. En este caso, las proposiciones emergentes son las siguientes:

- *La atención a adolescentes y jóvenes requiere un abordaje específico y diferenciado del de niños y adultos*
- *El embarazo y maternidad adolescentes son hechos esperables en la vida de las jóvenes del barrio*
- *La modalidad de organización del CESAC fragmenta la atención de las jóvenes embarazadas*
- *La formación y la elección del centro como lugar de trabajo expresa un compromiso con la tarea y la población*

7.1. La atención a adolescentes y jóvenes requiere un abordaje específico y diferenciado del de niños y adultos

La indagación acerca del vínculo entre el equipo de salud del CESAC y los jóvenes que concurren a dicho efector permite plantear la pregunta por las características que se asocian a sus necesidades de atención y sus problemáticas, así como las estrategias generadas por el

centro para responder a ellas. En ese proceso de construcción de sentidos emergen determinadas significaciones respecto de aquello que se considera una necesidad o un problema de salud de los jóvenes. Asimismo, resulta posible advertir distintas concepciones acerca de quiénes son esos jóvenes y cuáles se consideran los rasgos que los identifican.

En tales significaciones se destacan las que los consideran un grupo que comparte ciertas características en función de su ubicación etaria, aunque por momentos también se distingue la singularidad de ser joven en la villa. De esta manera, por un lado, se advierten concepciones que tienden a generalizar ciertos modos de “ser adolescente” a partir de lo que se identifica como momento de la vida con atributos particulares que permitirían reconocer formas de ser y estar en el mundo, que se expresan más allá del lugar de residencia o la condición socioeconómica:

El adolescente se cree que es un todopoderoso, que lo puede con todo, con el mundo, con él; que no hace falta de sus padres, de su familia, está en plena etapa de estar con sus pares (Laura, residente de 3er año de Obstetricia).

(...) el adolescente siempre se siente bien, cree que se siente bien, es como Superman, no quiere tampoco que lo molesten demasiado, no quiere que lo pinchen, no quiere estar perdiendo el tiempo, entre comillas y bueno, están ocupados en sus historias de adolescentes, o sea que me parece que tanto en esta población, como en otra, conseguir que un adolescente vaya al médico, es un poco difícil; ellos siempre se sienten bien, nunca tienen nada... (Juan, pediatra).

En tales consideraciones acerca de la adolescencia, ésta se encuentra asociada a actitudes de rebeldía que parecen presentarse de manera cuasi natural en todos los jóvenes. A la luz de la clasificación que propone Mariana Chaves (2010) para analizar las formaciones discursivas acerca de los jóvenes, deviene interesante advertir que este tipo de significaciones han estado presentes en los discursos naturalistas y psicologistas que, sustentados en lo biológico, han tendido a adscribir ciertas cualidades a los jóvenes como condición universal ligada al crecimiento y entendida como un devenir natural de esta etapa. Así, en función de esta forma de ser adolescente, en los relatos se plantea que durante este momento vital habría una mayor exposición a situaciones, ante las que no se tomarían precauciones y cuidados, y que resultarían perjudiciales para la salud de estos jóvenes. En consecuencia, tales actitudes son leídas como un obstáculo para la realización de controles de salud durante la adolescencia, lo cual contrasta de manera significativa con la mayor continuidad que las profesionales observan en la atención durante la niñez.

Estas concepciones acerca del uso o la falta de la utilización de los servicios por parte de jóvenes como un problema atribuido a su falta de interés en su salud, ha sido problematizada en la investigación desarrollada por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) acerca de las prácticas y discursos de profesionales de equipos de salud de distintas provincias argentinas que brindan atención a adolescentes. Allí se subraya la necesidad de reconocer que la presencia de estos discursos en los servicios pueden resultar obstaculizadores de la reflexión sobre la tarea de los equipos de salud:

(...) su reconocimiento es un primer paso para desnaturalizar la premisa que se escucha frecuentemente: ‘los jóvenes no concurren a los centros de salud’. La misma parece depositar en ‘otros’ la responsabilidad de concurrir o no a los servicios de salud y clausura la posibilidad de preguntarse acerca de cómo se los recibe y qué se les ofrece (INSGENAR, 2010: 31).

Cabe destacar que las dificultades en el acercamiento a los servicios de salud también generan un cuestionamiento acerca de las estrategias propuestas y el grado de accesibilidad al centro en la actualidad por parte de las profesionales entrevistadas. Si bien hay un señalamiento de un importante número de jóvenes que concurren al CESAC, sobre todo vinculados al incentivo que genera la Asignación Universal por Hijo, a su vez se reconocen obstáculos para que pueda registrarse una mayor llegada de esta población. Ese menor contacto con los servicios de salud, de acuerdo al pediatra entrevistado puede volverlos un “grupo de riesgo”, sobre los cuales es preciso focalizar una atención diferenciada que, en este caso se realiza a través de un programa específico del CESAC, que adquiere rasgos singulares cuando se piensa en las problemáticas que atraviesan los jóvenes del barrio:

(...) tenemos también el programa de seguimiento a adolescentes, dado que para nosotros es el grupo de riesgo más importante o probablemente el de más riesgo (...) Primero porque son los pacientes en edad pediátrica que consultan menos, porque a nosotros nos aparece el tema del inicio de la actividad sexual tempranamente, la aparición de las enfermedades de transmisión sexual, embarazos, los embarazos muchas veces no se controlan; esto implica multiplicar el riesgo porque hay temas relacionados con la escolaridad, la deserción. Tenemos también situaciones de trabajo infantil, con todo lo que esto implica en situaciones de explotación, de adolescentes muy jóvenes que están en el mercado laboral. El tema de la adicción al paco, el tema de los accidentes producto de conductas de las características de los adolescentes de exploración y demás que, bueno, traen también muchas veces situaciones relacionadas con el uso de drogas (Juan, pediatra).

En tal sentido, el programa –que se encuentra funcionando más bien como un consultorio especializado en adolescencia– es reconocido como uno de los principales medios de contacto que propone el centro para facilitar el acceso que, sin embargo, todavía no estaría registrando los resultados esperados, sobre todo, al compararlo con otro momento de este consultorio:

(...) cuando hubo algo también y hubo personas y hubo un vínculo, digamos... bueno, en este caso por ejemplo están tratando de que se acerquen chicas y muchachos que no se acercarían y que algunos son adolescentes, que están en situación de calle... entonces, ahí hay como alguna intención de acercarse y de acompañar, y la compañía en todo caso una elección, si puede ser la escuela acá o no, muy, muy artesanal; muy de persona a persona; como consultorio de adolescencia no es el mejor momento, digamos, hubo momentos dónde había... el consultorio decreció mucho, no? Pero nunca se dejó de trabajar... (Mabel, antropóloga).

Ahora bien, la eficacia de la propuesta de un consultorio para la atención especializada de los adolescentes no parece concebirse como una limitación de las estrategias planificadas por el equipo de salud, sino más bien como resultado de la ausencia de una persona quién, en función de su personalidad y estilo, favorecía el acercamiento de los jóvenes al CESAC. De este modo, una estrategia eficaz se encuentra relacionada con la presencia de personas particulares que generan un vínculo significativo con la población, así como la decisión de conservarlas en estos espacios de trabajo como parte de la planificación institucional. En ese sentido, la antropóloga destaca el carácter que había adoptado el consultorio de adolescencia años atrás:

(...) como en un momento que lo tenía esta chica Liliana, ¡que tenía una cosa así! (hace un gesto mostrando una pila de papeles sobre el escritorio). Y vos fijate, en un momento no priorizaron que hubo una persona que había generado un espacio de mucho valor... un espacio que no estaba abierto en otro momento y la trasladaron a otro lado ¿Quién decide, digamos? Eso como que uno tiene que tener mucho cuidado, no? Si es una persona que con su estilo, que por ahí vos hubieras dicho, mirá vos, siendo así tan formal, ¿cómo logra que la vengán a buscar, que vengán a atenderse? Y en eso, se va! Y uno tiene que ver qué otras cosas se comunican más allá de los estilos o las formas que a nosotros nos parecen más piolas.

La accesibilidad de los jóvenes al CESAC es concebida, por otra parte, a partir de la organización de los servicios, por ejemplo, al plantear las modalidades de atención al interior de cada uno de ellos o en la distribución de los turnos. Podemos entender por accesibilidad al vínculo construido entre sujetos y los servicios “este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y otros, 2000: 282 en Solitario et al., 2008:264). En esta concepción la dimensión simbólica deviene significativa, entendiendo ésta como:

(...) la posibilidad subjetiva que tiene el usuario de obtener el servicio de salud que necesita de manera oportuna, basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de sus derechos y la manera que encuentra para ejercerlos (...) En esta dimensión subjetiva intervienen vivencias, saberes construidos, sentimientos, percepciones, etc. (Solitario et al., 2008:264).

Por lo tanto, en cuanto a la accesibilidad de los jóvenes a los servicios se destaca la existencia de un espacio único destinado a ellos, esto es, un consultorio donde funcionara el programa mencionado, a cargo de una de las médicas pediatras. La localización del mismo en un espacio diferenciado de pediatría surgió de la necesidad de separar la atención de los adolescentes de la lógica que presenta ese servicio, cuya escasez de lugar los obliga muchas veces a atender a dos o más niños en el mismo consultorio, o incluso en el pasillo, dada la alta demanda de pacientes diarios. Por ende, para el equipo de pediatría resultó necesario procurar otro lugar que brindara la privacidad y la intimidad que es entendida como sustantiva para responder a los requerimientos de los adolescentes, quedando así Adolescencia en el primer piso del centro, mientras que el resto del servicio de pediatría quedó ubicado en la planta baja. La creación de dicho consultorio, sin embargo, no fue fácil para las profesionales en tanto se estableció a partir de un proceso de disputa por ese espacio dentro del CESAC.

De acuerdo al relato de la médica que lo lleva adelante, este espacio permite el acceso a turnos directamente a través de ella, implicando muy pocas veces el pedido de turnos por ventanilla, a fin de evitar las posibles esperas que desalentarían la concurrencia de los jóvenes. Por otro lado, como parte del trabajo cotidiano, se plantea la búsqueda de diversos modos de lograr el contacto con los adolescentes en función de lo que se considera adecuado para su atención:

(...) yo muchas veces agarro adolescentes y los hago entrar, les digo "este es un lugar, que sepan que está, que es privado" que todo lo que más o menos, que nadie los va a obligar a nada, es un lugar que tienen abierto, entendés? Porque muchos por ejemplo le tienen miedo al examen físico. Nadie los va a obligar, lo que querés contar, contás, lo que no querés contar, no cuentes, pero por lo menos sabé que está el lugar (Susana, pediatra de adolescentes).

Otra cuestión que resulta significativa para esta profesional se vincula con la posibilidad de establecer una comunicación con los adolescentes a través de propuestas que los incluyan en la creación de mensajes para otros jóvenes lo que, además, le permitiría conocer los diversos usos que éstos suelen dar al lenguaje. Así, por ejemplo, se presenta una situación en la que, por el desconocimiento de un término que utilizaba una chica que se atendía en el consultorio, la médica manifiesta haberse sentido molesta y confundida ante el relato de la situación en la que ésta se había lastimado. La dificultad para comprender el acontecimiento que describía la joven se presentaba para la profesional como un impedimento para su adecuado abordaje, lo que a su vez, se obstaculizaba aún más por los supuestos a los que ella asociaba a tal situación y que no coincidían con lo esperado en este tipo de casos:

(...) vino una de mis pacientes, embarazada, que yo sabía que andaba con un cuchillo en la cintura, que ya veníamos con un montón de trabajo con Defensoría Tutelar, entonces un día... y que aparte son chicos que, por ejemplo, muchos se hacen los cortes en los antebrazos, pero bueno, ella tenía un montón de cortes en sus antebrazos, pero embarazada. Entonces le digo "¿por qué te hiciste eso?" "No, pasa que quise hacerme un pollo y se defendió". Entonces en su casa no se cocina, ni se cocinó, creo que por generaciones porque es una familia... todos adictos, no hay mesa, no hay platos, no hay nada, menos va a haber para hacer un pollo; yo creo que en su vida vio un pollo. Entonces... y se llega a un punto en que le digo "no me boludees, decime la verdad, por qué, qué es lo que te lleva a vos estando embarazada a hacer esto" y me dice "te estoy diciendo, no fui yo, fue el pollo el que me hizo esto!". Yo me quedé con bastante bronca, la cuestión es que la otra semana me entero por otro paciente que los pollos son las víctimas de asalto, de robo. Entonces, claro, ella se quiso hacer un pollo y el pollo le cortó el brazo (riendo) y no me lo pudo decir con otras palabras... (Susana, pediatra de adolescentes, de planta).

Aquí resulta preciso señalar que la organización de la atención de adolescentes y jóvenes en Argentina ha sido un aspecto considerado particularmente en la gestión de servicios de salud. De este modo, pueden reconocerse algunos antecedentes⁴⁸ en la atención diferenciada a esta población que en la década de 1950, por ejemplo, ubica al país como uno de los pioneros en la creación de un centro especializado para adolescentes en un hospital de Buenos Aires (Ministerio de Salud de la Nación, 1997).

No obstante, será en la década de los noventa cuando se producirá un cambio sustantivo en lo que refiere a la orientación de las políticas para jóvenes. Así, en el marco de las reformas neoliberales, en el cual las políticas sociales adoptaron rasgos de fragmentación y focalización de acciones para grupos específicos, se establece una transformación en la denominación de las políticas de *minoridad* a la de políticas para *niños, niñas y adolescentes* tras la inclusión de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1979 en la reforma constitucional argentina de 1994⁴⁹. Este cambio de denominación se enmarca, a su vez, en la visualización de esta población por parte de los organismos internacionales como financiadores de las políticas que los tuvieron como *grupo-meta* (Cabral, 2005).

⁴⁸ Entre los antecedentes más significativos se destacan la creación de un consultorio de adolescencia en el Hospital Ricardo Gutiérrez a cargo de la cátedra de pediatría de la UBA en 1964; la instalación, en 1977, de una sección de Ginecología para adolescentes en el Hospital Rivadavia; el desarrollo del primer seminario de capacitación de recursos humanos "Organización de Atención a Adolescentes" impulsado en 1978 por la Sociedad Argentina de Pediatría y, en 1984, la extensión de la atención a adolescentes de los 14 a los 19 años en los servicios de pediatría de los hospitales de la CABA, creando las secciones de Adolescencia en tales servicios (Ministerio de Salud de la Nación, 1997).

⁴⁹ Cabe señalar, en esa misma década, la sanción de la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en la CABA (Ley 114 /1998), que seguiría los principios de la CDN. Mientras que la ley nacional sería sancionada casi diez años después (Ley 26.061/2005) culminando así el proceso de implementación de dicha convención (Llovet y Litichever, 2010).

En ese sentido, puede ubicarse en ese período la creación del Plan Nacional de Salud del Adolescente creado en 1993, cuyo principal propósito establecía la promoción y protección de la salud de los adolescentes a partir de la ampliación de la cobertura y la oferta de servicios (Gutiérrez, 2003). En la actualidad, el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia es uno de los principales lineamientos políticos en relación con la salud de los jóvenes que establece como uno de sus objetivos responder a los problemas de la adolescencia en términos de franja etaria y de una etapa de la vida con características propias, con necesidades y derechos específicos. Plantea, asimismo, la promoción de la igualdad entre los adolescentes desde una perspectiva de género y de salud integral, considerando los contextos familiares y comunitarios para la prestación de servicios que se adecúen a sus requerimientos y necesidades. En CABA, en coincidencia con el programa nacional, el Programa Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (Resolución N° 1.751 - MSGC/08), se propone generar acciones desde un enfoque de atención integral destacando la relevancia del abordaje interdisciplinario e intersectorial. En ese sentido, se establece como prioritaria la designación de profesionales especializados en la atención de esta población en todos los efectores del subsector público de salud. Por otra parte, reconoce a los adolescentes como sujetos con derecho a recibir una atención con respeto, privacidad, confidencialidad y el tiempo adecuado para ser escuchados teniendo en cuenta que entre las “las actividades asistenciales que se dirigen desde hace varias décadas a los adolescentes, aún persisten dificultades para que accedan a los bienes y servicios del sistema de salud, particularmente aquellos que presentan mayor vulnerabilidad social” (Resolución N° 1.751 - MSGC/08).

En el caso del CESAC estudiado, aun cuando se visualizan ciertos rasgos de tipo universal entre los adolescentes se señalará, al mismo tiempo, la singularidad de los jóvenes consultantes que residen en la Villa 15. Al hacer referencia a los jóvenes del barrio se advierte, entonces, una mayor complejidad respecto de sus problemáticas que se plantean como desafíos para el equipo de salud y dificultades para brindarles atención:

(...) acá la adolescencia es complicada, muchas veces los que se acercan, se acercan en función de problemas que no son sencillos de resolver y en eso hay una oreja, hay un acompañamiento (Mabel, antropóloga).

Y... es bastante dificultoso, no? pero bueno, no, si atendemos muchos adolescentes. Es un centro donde hay una médica que tiene un consultorio de adolescencia, donde...en obstetricia por ejemplo se atienden un montón las adolescentes... no, llegan, llegan. Lo que pasa es que, bueno,

por ahí no llegarían todos los que deberían llegar y por ahí los que llegan, son adolescentes bastante complejos y que te llevan mucho, mucho esfuerzo atenderlos, no? porque traen muchas problemáticas encima, pero no, no...(Viviana, jefa del CESAC).

Entre tales problemáticas se menciona de manera recurrente lo vinculado a las “adicciones”, especialmente al paco; las violencias, particularmente entre ellos y que se presenta de manera muy naturalizada; las relaciones sexuales sin protección y el embarazo no planificado o en adolescentes cada más chicas. Estas situaciones, además, se consideran agravadas por las condiciones de vida de estos jóvenes en el barrio ligadas al empobrecimiento y a la falta de contención familiar:

Mirá, no sé si a nivel de la población con la que trabajamos, sí lo que yo atiendo como demanda acá son problemas de conducta y que, casi siempre, yo los asocio al “acting-out”, un intento de elaborar, son pibes con familias donde no hay una red de contención, donde por ahí sus padres son muy jóvenes o están totalmente ausentes o sin recursos para poder controlarlos o ayudarlos a crecer, entonces, son como esto, un desborde de tratar de hacer algo, de llamar la atención para que alguien acote, alguien ponga un límite y son chicos que tienen un montón de problemas de conducta, en las escuelas que los expulsan, los echan o ni siquiera van a la escuela y están en el barrio haciendo bardo (risas) es la palabra... eso, por un lado y después, por otro lado, todo lo que es Defensoría, las derivaciones de Defensoría por violencia familiar, pibes cagados a palo mal, abuso sexual... (...) los adolescentes están bastante atravesados por la violencia, la violencia como una forma casi legitimada de comunicación, entonces, no hay una percepción o de violencia de género o de violencia en el noviazgo es como que, es la forma... prácticamente de comunicarse entre ellos y a nivel grupal y después está todo bien, como que no hay un registro de que eso es algo disruptivo, que genera angustia, es... “nos agarramos en la esquina, me miraste mal, qué te pasa” taran... se cagan a palos y como que se legitima en un grupo, no? (Valeria, psicóloga).

En muchos casos se advierte que los jóvenes no llegan directamente a consultar por estas problemáticas sino a través de otras personas, como los operadores barriales, el cura del barrio, algún vecino o familiar. Al respecto, cabe señalar la línea de investigación desarrollada por Alicia Stolkiner y su equipo (2006) en la que analizan la accesibilidad a los efectores públicos de CABA por parte de distintos grupos sociales, entre ellos, los adolescentes. En dicho estudio se recalca que los adolescentes no suelen concurrir de manera espontánea a los servicios de salud, sino por orientación de otros (escuela, programas, madres). En el caso de las jóvenes que son madres señalan que “es frecuente que las madres jóvenes y adolescentes no consulten por ellas pero sí por sus hijos [por lo que] dependerá del criterio de los pediatras indagar también por esa madre adolescente” (Comes, 2006: 207). No obstante, en el caso de la población que concurre a este centro de salud, gran parte de las entrevistadas indicó que, ya sean niños y/o adolescentes, en su mayoría suelen concurrir solos a las consultas:

(...) los chicos en general acá en el barrio vienen solitos o vienen con alguna amiga, pero no es que vienen así... bah, a veces vienen con la mamá, pero es raro que estén acompañados por la pareja o... bua, no sé, es la sensación que me da mí (Eugenia, odontóloga).

Por otro lado, otras condiciones que pueden favorecer el acercamiento de los jóvenes al CESAC son los accidentes o dolencias, leídos por una de las profesionales como “síntomas” que responden, en realidad, a problemáticas más complejas. Estas situaciones refieren especialmente al caso de los varones que llegan por cuestiones ligadas al consumo problemático de drogas. Al respecto, la médica generalista y la trabajadora social entrevistadas reflexionan acerca del modo en que se acercan los jóvenes a sus servicios:

Muchas veces por ahí aparece el síntoma, o sea, siempre en relación a algo que sucede en el cuerpo y a veces es por algún accidente o a veces alguna dolencia en particular y a partir de ahí, cuando empezás a andar un poquito el camino, por ahí eso muchas veces está ligado a un problema de adicción o bueno, nada, muchas veces empieza el vínculo, por ahí otras veces a través del programa de tuberculosis también, que las dos trabajamos en el programa, muchas veces el ingreso también es por esa vía. Y bueno, otras veces por medio de Carlos y Federico, que son los operadores barriales que trabajan en el barrio, e ingresan por medio de ellos. Y las chicas, suelen venir... (Daniela, médica generalista).

En relación a los varones, también, a veces, digo, no llegan ellos, en realidad llegan mucho de la familia, llegan las madres, preocupadas, la hermana mayor a plantear la situación de que el pibe está consumiendo, no sabe qué hacer o que ya se está escapando de la casa, de la escuela, pero como una demanda de un tercero, no del adolescente varón (Carolina, trabajadora social).

Ante tales situaciones se estima necesario salir de la urgencia para responder a una demanda que implica no sólo la asistencia de manera puntual, sino el establecimiento de prioridades considerando la continuidad en el proceso de atención con los jóvenes del barrio, cuyas problemáticas no podrían resolverse en el momento o desde una única estrategia:

(...) A veces por ahí llegan con situaciones de sobredosis que también nos ha sucedido, o sea, se lo trata de contener en el momento de tratar si es una intoxicación aguda, tratar de manejarlo en el momento y bajar un poquito los parámetros como para que esté mejor. A veces, se intenta derivar a la guardia del hospital Santojanni, pero no lo tomamos digamos como la mejor vía, ni tampoco es el, digamos, el servicio más amigable que existe (risas) dentro de la Ciudad, así que tenemos como ciertos cuidados con eso. Y lo que intentamos es irlo manejando con más tiempo, o sea, quizás bajar, digamos, la ansiedad en ese momento, tratar de salir de la situación aguda y empezar a captarlo como para empezar a trabajar otras cosas en relación al cuidado de la salud y muchas veces en relación a las adicciones. Muchas de las cosas que surgían era que, cuando llegaban en esa situación, muchas veces los chicos pedían o algún familiar pedía una internación cómo casi compulsiva, como bueno “es adicto, hay que internarlo” y eso la verdad que si no lo hacés en el momento adecuado, no sirve para nada, porque después lo que veíamos era que el chico se escapaba o pedía irse y volvía otra vez a los tres días al barrio a consumir, a la semana siguiente lo volvías a tener en la demanda espontanea por otra situación de intoxicación y bueno, nada, era como empezar a correr esa lógica de trabajo y tratar de llevarlo a otro, digamos, a otra modalidad; salir un poquito de la urgencia digamos como para trabajar

con otros tiempos. Lo cual es eso, implica estar y permanecer, y que los chicos te vean también en el centro de salud y continuidad con ellos también (Daniela, médica generalista).

De este modo, para atender a los jóvenes aun cuando se cuente con un programa orientado específicamente a ellos, el contacto no se circunscribe a pediatría dado que también pueden ingresar por otros servicios como medicina general, trabajo social o ginecología. No obstante, como manifiesta la trabajadora social entrevistada, asumir esta atención implica para cualquiera de las profesionales un abordaje particular:

Sí, además con la población adolescente es como ser más flexible y aprovechar ese momento para poder laburar algunas cuestiones porque, nada, a veces esto, lo volvés a citar y no vienen (risas). Y también depende muchas veces del enganche que puedan generar en ese primer encuentro con vos porque, o sea, qué sé yo, me parece también que no todos estamos capacitados para laburar con esa franja etaria y con las particularidades que tienen los pibes en esas edades, que sé yo, entonces como que bueno, eso también, o sea, me parece que no está como pensado. Desde que si bien hay un programa de adolescencia, que es una médica la que es referente del programa, en realidad, todos laburamos con adolescentes, o sea, ella labura con adolescentes, pero nosotros también! (riendo) y con otra modalidad también (Carolina, trabajadora social).

Ahora bien, considerar ciertas características como propias de los adolescentes no significa necesariamente establecer una modalidad de atención diferenciada para ellos en todos los servicios del CESAC. Para algunas profesionales, especialmente de obstetricia y odontología, aunque se señale la existencia de particularidades en los modos de ser adolescente, sobre todo cuando se trata de jóvenes embarazadas a las que se observa como “más colgadas”, no se percibe la necesidad de contar con espacios separados o días u horarios fijos de atención para ellas. Por el contrario, esto parece entenderse más como una dificultad para el acceso de las jóvenes, así como también para la organización del servicio y la atención al resto de la población consultante. Es así que las profesionales de ambos servicios resaltan el hecho de haber intentado especificar momentos para la consulta de los jóvenes y que esto, sin embargo, no resultara productivo para el servicio:

Una vez que ellas tienen la autorización de la obstetra, que se pueden atender y que no es un embarazo de alto riesgo, sacan turno, como todos los pacientes. Antes yo les daba turno, pero son mucho de faltar las embarazadas, cuando tienen el turno, saben que pueden faltar y después piden otro turno y quedaban muchos turnos libres así que pasaron a ser igual que todos los pacientes (Eugenia, odontóloga).

(...) hubo un intento de hacer dos días por semana para las adolescentes. Pensábamos como que... podíamos dedicarnos como con más exclusividad y tener en el consultorio a la ginecóloga o tener ese día disponibilidad con la psicóloga o con servicio social en el caso de que alguna paciente lo necesitara y poder tener una interconsulta en el mismo día. El tema es que no había

caudal de adolescentes, no es que... ellas no respetan tanto el día, ese día se durmieron, quieren venir al otro día. Entonces nosotras para no perderla la terminamos atendiendo el día que no era de adolescentes y después vimos que en realidad ponerlas así estructuradas era peor porque, sí lo podían sostener, pero poco. Personalmente me parece que no hay grandes diferencias, si bien está la parte de la estructura de que no tiene una casa o que no tiene por ahí experiencia, o que tuvo que dejar de estudiar y eso sí le juega en contra (Mónica, obstétrica).

Entre los argumentos de las obstétricas para fundamentar la organización de su servicio y su modalidad de atención entran en tensión distintas significaciones acerca de las adolescentes. Por un lado, se plantea la caracterización de una adolescencia con rasgos universales y particulares de este grupo que deben considerarse al momento de atender y por otro lado, se subrayan las escasas diferencias con las mujeres adultas, por lo que no requerirían una atención especializada. Esta tensión parece poder resolverse de algún modo a través de la consulta individual con cada paciente, donde sería posible abordar desde los aspectos más singulares de la adolescencia hasta que aquellos que serían comunes a todas las mujeres embarazadas:

P: Y en algún momento me comentabas que la atención es así, que no se divide entre adultas y jóvenes, ¿a vos eso qué te parece, cuáles son las ventajas o desventajas tal vez de hacer una atención en conjunto o algo específico para la atención?

R: Desventajas me parece que no tiene porque, si bien nosotras todos los días atendemos a todas las adultas y a todas las adolescentes, la consulta es individual, con lo cual uno va a enfocarse a lo que se plantee en ese momento con esa persona, tenga 19 o tenga 21, entonces me parece que desventajas no hay. Y en cuanto a ventajas sí, porque me parece que el tema de dar los turnos de este modo uno los puede, por un lado programar, lo hacemos nosotras con nuestra agenda que la tenemos en consenso con la agenda de la ventanilla (Laura, residente de 3er año de Obstetricia).

7.3. El embarazo y maternidad adolescentes son hechos esperables en la vida de las jóvenes del barrio

Al hablar acerca de las problemáticas de los jóvenes que concurren al CESAC, el “embarazo no buscado o no planificado” es mencionado entre ellas por las distintas profesionales entrevistadas. Sin embargo, en algunos casos se expone un cuestionamiento respecto del carácter problemático del embarazo y la maternidad entre las jóvenes del barrio. En tal sentido, pueden reconocerse tensiones entre la percepción de obstáculos para decidir cuándo, cómo o con quién tener hijos, en función de las dificultades para el cuidado sexual, la posibilidad de interrumpir un embarazo no buscado, la viabilidad para generar otros proyectos

personales, educativos o laborales; y por otra parte, la identificación de un interés expreso de las jóvenes, y en algunos casos también sus parejas y familias, en la búsqueda de un embarazo deseado e incluso, planificado:

Y en el caso de las adolescentes, dentro del embarazo no planificado, estaría el embarazo no planificado y adolescente que... sí, a veces no, o sea son chicas que por ahí no tuvieron ningún tipo de información sobre los métodos anticonceptivos y... sobre cómo cuidarse o tenían miedo de preguntar y sí, eso... eso uno lo ve cuando, digamos, llegan acá a ginecología, muchas veces cuando ya están embarazadas (Gabriela, ginecóloga).

(...) bueno, la verdad que las adolescentes que concurren al centro de salud se embarazan muy jóvenes, este... a partir de, diría 12, 13 años, pero en general, es muy diferente la visión por lo menos que se tiene por fuera y la visión de ellas, no? yo, en realidad, no me espanta que las adolescentes acá en este barrio se embaracen jóvenes porque es como una opción que muchas veces les llena la vida, les ordena la vida, o sea, es un tema que bueno, podríamos hablar 48 horas de esto. En realidad si hablamos de lo que fue, de lo que debería ser correcto, deberían poder tener otras opciones, poder escolarizarse, estudiar, bueno, pero bueno en la realidad no tienen todas esas opciones y el tener un hijo es como que es un... un hecho que les, que les llena la vida, que les ordena la vida, que les da una razón, que lo viven la verdad con mucha naturalidad y después... y que son embarazos, en realidad, muchas veces hasta buscados, o sea, no es que se embarazan porque no tienen conocimiento o no tienen acceso a los métodos anticonceptivos (Viviana, jefa del CESAC).

La cuestión del embarazo como problema es asociado a la falta de controles prenatales que se visualizan en la población que concurre al CESAC y que de acuerdo a algunas de las profesionales, plantearía los inconvenientes más significativos para la salud de las jóvenes y sus bebés. Por el contrario, para otras profesionales, en particular el equipo de obstétricas del centro, la importante proporción de adolescentes que buscan quedar embarazadas se expresa también en la importante continuidad y calidad de los controles que estas jóvenes llevan adelante durante su embarazo. Al respecto, una de las obstétricas señala:

En general, las chicas llegan... y llegan temprano, no te digo en los dos primeros meses, pero más temprano que las adultas, por ahí qué sé yo, no sé, 12 semanas, o sea, a los 3 meses de embarazo promedio, en general es más precoz el control que en una mujer adulta. Quieren saber qué pasa, quieren la orden para la ecografía, capaz que no vienen directamente a nosotras, pero cuando van a verla a la médica de adolescencia ya ella les adelanta el pedido de la ecografía, entonces ya se viene con la ecografía y esta cosa de saber, viste, y de ver si es verdad que van a tener un bebé o no, acelera, acelera (...) Y los controles de las adolescentes son completos, son completos, vengán solas o acompañadas tratan de hacer todo lo que le decís, a veces sacan más ecografías porque quieren verlo (Mónica, obstétrica).

Tal concepción de las obstétricas acerca de las adolescentes embarazadas las lleva a cuestionar el modo en que los otros profesionales observan el tema, esto es, como una cuestión problemática y difícil para las jóvenes, cuando en realidad para el equipo de

obstetricia esto remite a la cotidianeidad de su servicio en la que lejos de observar situaciones dramáticas, se registran sensaciones de felicidad entre las jóvenes producto del embarazo.

(...) muchas veces nos toca una paciente que es una embarazada adolescente que por ahí tiene 16 años, la traen como si fuera entre algodones y cuando la chica se sienta vos le empezás a hablar de cómo es el embarazo y ya tuvo dos partos; entonces es como que para nosotros es normal y para otro servicio es como "la adolescente", no se dedicó a preguntarle un poco más esto... (Mónica, obstétrica).

No obstante, aunque las obstétricas adviertan la proporción de embarazos buscados entre las jóvenes, al mismo tiempo señalan lo que perciben como esperable en la vida de las jóvenes en cuanto a otros proyectos y opciones en sus vidas, sobre todo, si se compara con jóvenes de sectores medios y altos para quienes habría otras opciones:

Entonces, incorporamos una preguntita "embarazo buscado si - no", el 80% eran buscados, nos dio más alto que, la misma encuesta a las no adolescentes, a las adultas, eran más planificados los embarazos de las adolescentes que de las no adolescentes. Entonces qué método va, qué servicio puede contra la voluntad del paciente, más allá de que yo considere que por ahí un embarazo a los 15 años es de altísimo riesgo y que no sería lo que querría 'para mi hija, hay que ver qué quiere esta nena y qué quiere su mamá, y qué quiere su familia y qué lugar ocupa el embarazo en la vida de ella, entonces, lo que hacemos es tratar de concientizarla de los riesgos del no uso del preservativo por ejemplo, que el embarazo no es lo peor que les puede pasar y de hablar un poco de las responsabilidades de un hijo y de las responsabilidades de un control prenatal... (Ana, obstétrica).

Cabe destacar el relato de la residente de obstetricia, quien si bien estima que la cantidad de embarazos entre las adolescentes que consultan en el CESAC resulta significativo y esto tiende a presentarse comúnmente en el servicio, de acuerdo a su percepción esto no sería deseable en la vida de las adolescentes:

La paciente que a los 13 años tuvo su menarca y a los 15 está quedando embarazada es una paciente que, primeramente no, no... Ni siquiera termina sus estudios, muchas veces lo dejan por el sólo hecho de estar embarazadas y de eso también por ahí nos ocupamos de decirle "no, mirá, vos no estás enferma; vos tenés que seguir yendo hasta último momento al colegio, el colegio no lo podés dejar, ta ta tá, ta ta tá"; se le hace el certificado lo que sea. Una pareja que generalmente, en la mayoría de los casos, tiene su edad más o menos, aproximado, también es adolescente. Es una persona que no terminó sus objetivos, ni como adolescente, ni empezando la vida adulta, eh... es un cuerpo que no está preparado, no sólo psíquicamente, físicamente tampoco; no termina de tener todos los soportes, no termina de... de casi nada en torno a ella, a ella como persona. Entonces no... no logra finalizar con un montón de etapas propias, que ya está empezando con una nueva vida y muchas veces, las abuelas son las que terminan haciéndose cargo de la vida de esta adolescente y de la vida del nieto porque no pueden con ellas y menos van a poder con un otro, que está bien, que es el hijo, todo lo que quieras, pero es muy... bastante difícil, no sólo por los aportes nutricionales, de calcio, de hierro, lo que sea, eh... sino también por las cuestiones psíquicas (Laura, residente de tercer año de Obstetricia).

Ahora bien, la posibilidad de decidir la interrupción de un embarazo una vez ocurrido se ve obstaculizado por su ilegalidad, aunque no impedido totalmente en la vida cotidiana de muchas mujeres que lo llevan adelante en la clandestinidad. Esto plantea algunas diferencias en el equipo, donde por ejemplo se desarrolla una consultoría de pre y post aborto a cargo de trabajo social y medicina general, que es escasamente mencionada por el resto de las profesionales entrevistadas al abordar las situaciones en las que las jóvenes plantearan dudas respecto de su embarazo:

(...) a mí lo que me interesa es que no resuelvan en algo que les pueda hacer mal o por ahí los perdieron solas, no sé, no sé, no puedo saberlo porque no hay un seguimiento de esas cuestiones. Yo creo que es importante el secreto médico, que uno tiene que charlar y ayudar a aconsejarla, pero tampoco las perseguimos, no somos, no es nuestra función. Por ahí sí es nuestra obligación tratar de evitar de que hagan una macana, que... viste, que es muy personal la visión sobre el aborto punible o no punible, sobre... más por esta población donde hay muchos casos de abuso. Sí les decimos de que hay, en el caso de que sea una paciente abusada, que hay recursos legales, que se puede plantear y donde el tratamiento sería un tratamiento médico. Lo que las desaconsejamos es del tratamiento casero, del tectito de yuyos, de la medicación que puedan comprar en cualquier lado, porque también hay mucho, mucha manipulación, mucho comercio y mucha mugre detrás de toda esta cuestión; que no nos podemos nosotros no nos podemos enganchar en eso, lo que tenemos que hacer es tratar de que no (Ana, obstétrica).

En ese sentido, debe señalarse que las consecuencias sociales no se encuentran distribuidas de igual manera en los distintos grupos sociales en el acceso a la atención de su salud. Así, por ejemplo en lo que refiere a la práctica del aborto, las jóvenes de sectores medios y altos “cuentan con la opción –real, que no legal– de dar término a su embarazo y por tanto de evitar la maternidad temprana” (Stern, 2003: 728).

En la actualidad del centro de salud, de acuerdo a las profesionales que realizan el asesoramiento en la consultoría, se vislumbran situaciones en que las jóvenes han comenzado a utilizar nuevas prácticas o tienen un conocimiento previo respecto de los métodos a utilizar para interrumpir un embarazo, en particular, el uso de la pastilla *misoprostol*⁵⁰. No obstante, también se destacan los casos de algunas adolescentes que, aun no deseando continuar el embarazo, se las observa presionadas por su entorno para sostenerlo:

(...) lo otro que también es notable que es el caso de que no son embarazos, digamos, deseados

⁵⁰ El *misoprostol* es un medicamento de venta legal que es utilizado, entre otras cosas, para provocar un aborto, “fue descubierto por las mujeres pobres de América Latina, que lo usan hace 30 años. Hoy hasta la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el uso libre de misoprostol baja los abortos inseguros y la muerte de mujeres, y apoya la difusión de información” (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, 2012: 18).

y que muchas veces pese a que se les ofrece el espacio deciden continuar. Muchas veces lo que se nota es la coerción por parte de los familiares, no sé si tanto por ahí de las parejas, pero sí por ahí de los amigos o de... me parece que es como un momento en el cual quizás son como un poco más permeables también a los comentarios de los pares o de los familiares, por lo menos muchas de las consejerías en las cuales yo he iniciado y después, digamos, se arrepintieron también están en ese momento de la vida, como que me parece que tiene que ver con sensaciones de inseguridad propia o con eso de que por ahí es más fuerte, que es como de bajar un discurso en la casa (Daniela, médica generalista).

Sí, como esa cuestión de “bueno, te vamos a ayudar, pensalo, no sé qué”, “nos vamos a organizar de alguna manera”. Entonces bueno, como “bueno, lo voy a tener”, que a veces aparece esto... (Carolina, trabajadora social).

Por otra parte, las diferencias en los modos de entender la cuestión del embarazo en la adolescencia emergen también en las prácticas que despliegan las profesionales en el momento en que las jóvenes se acercan al CESAC ante la duda de un posible embarazo. En este punto, parecen advertirse contradicciones importantes en lo que hace al abordaje de esta situación, por ejemplo, entre las intervenciones que se propone la profesional de salud mental y la desarrollada por la médica de adolescencia, desde lo que se considera su formación disciplinar y su personalidad:

(...) hay algunos profesionales que por ahí se enganchan más y que construyen un poco desde otro lugar, consultan, pero más que nada los médicos, no... les cuesta bastante porque, ya te digo, es más la tendencia a solucionar el síntoma y listo, o la médica de adolescentes que tiene una cuestión bastante maternalista que en algunos adolescentes funciona como estrategia, el tema es que no es pensado como estrategia sino como que es innato, entonces, es la mamá del pueblo. Y bueno, para algunos pibes no va, es necesario otra cosa y para otros les cae como anillo al dedo, pero no es estrategia pensada, entonces, al no ser una estrategia pensada, genera cortocircuitos con el resto de los sectores que por ahí están abordando la misma situación, entonces, por ahí vas y hablas, decís “mira pensamos todo esto piripipi”, “ah si claroooo”, y por ahí te das media vuelta y el paciente se va con el Evatest, viste, vos estuviste... [Ríe] ‘la idea era demorar esto para pensar de qué se trata’, ¡si da lo mismo tener un Evatest positivo hoy que mañana! (Valeria, psicóloga).

Estas distinciones entre los abordajes que propone una y otra profesional, se presentan para la psicóloga entrevistada como parte de una contradicción que refiere al “sujeto” con el que se vincula la psicología, en particular el psicoanálisis, y el sujeto de la medicina; y los modos en que son entendidas sus problemáticas y la forma de atenderlas. Aquí, esta profesional advierte que la formación y protocolos médicos precisan de respuestas inmediatas ante las demandas de atención de los pacientes, mientras que desde la propuesta psicoanalítica se proponen un proceso para indagar la línea simbólica de las experiencias de las personas que

consultan. En ese sentido, por ejemplo, al abordar las situaciones de embarazo en adolescentes, esta psicóloga busca comprenderlas a partir de la noción de “acting-out”:

(...) yo lo entiendo como esto que queda por fuera de la cadena simbólica, de lo que puede pensar y organizar desde lo simbólico, desde la palabra el adolescente que queda desde la temprana infancia, si? Como algo traumático que queda por fuera de cualquier representación entonces en la adolescencia es como una revisión de todo esto, las figuras parentales; se resignifica lo que es complejo de Edipo, bueno, todas las cuestiones infantiles. En la adolescencia esto que quedó por fuera de lo simbólico pasa a la acción, si? No hay posibilidades de decir qué pasó ahí, se actuó, se hizo; entonces no sabe por qué. Sabía que podía quedar embarazada, sabía que se podía contagiar sida, pero fue y cogió sin forro... después al otro día dijo “uh! ¿Qué hice?” y “estoy embarazada”, pero queda por fuera de lo simbólico. Entonces es un pasaje al acto automático, o sea, es una descarga motriz de algo que tiene que ver con otras cuestiones, con qué lugar ocupa su madre, que se le juega de su infancia... generalmente, hay situaciones donde la función materna y paterna es bastante fallida, entonces es como un intento de hacer algo con eso o decir, bueno, “si tengo un bebé lo voy a cuidar como a mí no me cuidaron” o los vuelven a abandonar como los abandonaron, no? Como un intento de simbolizar o significar eso que quedó por fuera de su esquema simbólico y se actúa directamente... es más o menos así, es bastante más complejo, pero más o menos es esto del pasaje al acto, de actuar desde lo corporal, no? Algo que no era... sí, no hay representación simbólica, no se puede dar cuenta de qué sucede, pero se descarga (Valeria, psicóloga).

7.3. La modalidad de organización del CESAC fragmenta la atención de las jóvenes embarazadas

Ahora bien, las distintas significaciones acerca de los jóvenes, sus problemáticas y los modos de abordarlas, no parecen entrar en diálogo en la cotidianeidad del trabajo que desarrollan los distintos servicios del CESAC. Aunque se perciba la intención de contemplar una “mirada holística” de las distintas problemáticas abordadas en el centro de salud en la práctica cotidiana, esto encuentra sus limitaciones debido que las profesionales llevan adelante sus prácticas de acuerdo a sus propias lógicas y personalidades:

Creo que es algo que se comparte, pero en la intervención específica, está todo atravesado por las fantasías de cada uno por las limitaciones de la práctica de cada uno y por una cuestión de ego que se juega mucho, el ego de cada uno, entonces que eso obtura por ahí la mirada holística que sería tan ideal y se pasa a trabajar desde un lugar que no es tan operativo para el paciente, que es contrapuesto, no? (Valeria, psicóloga).

En ese sentido, entre las profesionales entrevistadas se presentan posiciones casi opuestas acerca del trabajo que se realiza como equipo, donde algunos lo encuentran satisfactorio y

adecuado; mientras que para otros, difícilmente puede hablarse de un equipo en tanto se vislumbra caos y fragmentación en las prácticas que se desarrollan en el centro de salud.

En el caso de la atención a las jóvenes embarazadas, que se encuentra básicamente centrada en el servicio de obstetricia, las profesionales de este equipo resaltan el trabajo desarrollado junto con otros servicios con quienes realizarían intercambios de manera continua, por ejemplo, con nutrición, salud mental o trabajo social, servicios a los que se derivan a las embarazadas como parte de sus rutinas de control:

(...) yo creo que cuando las cosas están bien no hay que, no hay que tocarlas demasiado, si ahora está bien y no me parece que sea necesario más, al menos con las personas que yo me articulo, yo me articulo con pediatría, de qué manera? Cuando hay algún diagnóstico prenatal, de alguna patología materna o fetal que pueda complicar ese bebé que está por nacer, yo voy a pediatría, hablo con [nombre de un pediatra del centro], que es el que ve a los chiquititos y le digo, “[nombre de un pediatra del centro], mirá, está por nacer tal bebé, qué sé yo, es hijo de fulana”, ya [nombre de un pediatra del centro], me dice “ah, la mamá de mengano y sultano”, o sea, nos conocemos a las familias antiguas de acá del centro de salud, las conocemos, entonces ahí se evalúa el otro riesgo que no es el riesgo... el riesgo social que tiene esa familia “mirá que si va a nacer que si va a nacer ese bebé que tiene algún problema, no te olvides que esa mujer cartonea, que esa mujer vive en la calle o vive de tal manera”, entonces, muchas veces modificamos las conductas del tip... médica por decirlo de alguna manera, u obstétrica, según la cuestión social. Y esto se da, yo creo que lo facilita el trato informal que hay de, esto, si yo me reuniera y presentara en ateneo cada paciente, sería muy difícil porque todas son para ateneo si vemos desde el punto de vista social, entonces, sería mucho más engorroso, el lunes a las dos de la tarde nos reunimos para hablar de Juana; no, de Juana hablamos ahora que la tengo acá y le digo “che, venía a verlo mañana a Fulano que te va a estar esperando”, yo creo que la informalidad suma en este caso, no? Y por ahí uno ahora por cuestiones legales y todo, trata de asentar lo más que pueda en la historia clínica, pero la realidad es que acá sigue esa cosa, ese trato informal que para mí suma, de “que me venga a ver”, no hace falta ni que se lo escriba en un papelito, yo sé que la paciente va a ir y que él la va a atender (Ana, obstétrica).

En cuanto a dicha organización, se resalta entonces el carácter informal de la articulación entre servicios, pero se destaca su efectividad. Esta modalidad de intercambio entre los distintos servicios favorecería la tarea en lo cotidiano debido a que posibilita la articulación en cada momento que se presenta una situación que amerita la interconsulta. Esto resulta posible debido a la cercanía entre servicios y el encuentro en espacios comunes, lo cual, según las entrevistadas, no sería posible en un ámbito hospitalario. Sin embargo, de acuerdo a lo relatado por estas profesionales, no suele realizarse un seguimiento de los casos una vez producida la interconsulta y derivación, aspecto que restringe la percepción de un trabajo en equipo. Por otra parte se señala, además, la dificultad para contar con espacios de intercambio

sistemáticos entre los distintos servicios ya que, en general, los casos se tratan a partir de los encuentros vinculados a los momentos en que éstos se presentan.

Por el contrario, para otro grupo de profesionales, sobre todo las que ingresaron recientemente al equipo de salud del CESAC, la realización de las derivaciones o interconsultas remiten en algunos casos a visiones estereotipadas de las distintas disciplinas, desconociendo en muchos casos la necesidad, o no, de la lectura que puede realizar otro profesional con una formación diferente a la propia. Esto se hizo especialmente presente en los relatos de las profesionales de salud mental y medicina general. Por un lado, sobre todo, en el caso de salud mental las consultas a este servicio son entendidas como interconsultas que funcionan como derivaciones a un segundo nivel de complejidad, a una especialidad y no tanto como parte del equipo del primer nivel de atención. En el caso de medicina general, parece presentarse una mayor dificultad para comprender sus intervenciones como las tareas de gestión y de planificación de actividades de prevención y promoción de la salud, o en cambio, reconociendo su presencia para la derivación de los casos más difíciles que molestan o desbordan.

Al respecto, en los relatos de dichas profesionales se señalan que estas modalidades de organización remiten a una desconexión entre las profesionales que fragmenta la atención que se brinda en el centro de salud:

El centro tiene como la particularidad de ser como bastante caótico, o sea, donde hay como, a ver, mucha afluencia de personas y como que por lo menos mi percepción es, a veces, como que no siempre se está como, se tienen claros lo de los horarios de atención, como que no es claro creo a veces ni para nosotros, ni para la población digo, y a veces como que obviamente eso dificulta muchísimo la accesibilidad al mismo (Carolina, trabajadora social).

(...) La sensación que a mí me dio cuando ingresé al centro de salud es esa cuestión que contaba Carolina de la hiperfragmentación de los servicios, como si... pareciera que se reproduce el sistema del hospital muchas veces en el centro de salud. A mí como que me costó quizás en un primer momento porque vengo digamos de otro la... de una formación en otro ámbito, donde quizás esto como que estaba un poquito más aceitado, digamos, en ese sentido, como que acá es como bien marcado, o sea, está el servicio de pediatría, el servicio de ginecología, los médicos clínicos, digo, como que cuesta. Si bien hay como cierta apertura también para trabajar en equipo porque eso, digamos, no es un impedimento por ahí muy grande, pero siempre en forma de interconsultas... (Daniela, médica generalista).

De este modo, en la caracterización de la organización del CESAC se habla de “caos” y de “hiperfragmentación” para dar cuenta del vínculo entre las profesionales y de éstos con la población que concurre al centro. Ante esta situación se generan malestares entre los

profesionales de los distintos equipos que, como mencionara una de las entrevistadas, parecen funcionar más bien como servicios hospitalarios con poca conexión entre sí –que incluso se expresan en su distribución física en el edificio del CESAC– con la excepción de algunas derivaciones o interconsultas. Sin embargo, parece no ser posible expresar tales malestares debido a la falta de espacios de reunión y reflexión cotidianos, o incluso también, como consecuencia del cansancio y la falta de cuidado hacia los profesionales que se encuentran trabajando en el CESAC desde hace más de veinte años, lo que parece dificultarles seguir cuestionando y planteando nuevas propuestas.

En ese sentido, es posible advertir una pérdida de sentido acerca del trabajo realizado, del *para qué* y el *por qué* del mismo, que puede manifestarse en las dificultades para sentirse parte de la institución y del equipo, de reconocer el valor y relevancia de la tarea, e incluso, sostener el vínculo con la población consultante. Este proceso que puede ser leído en términos de *alienación* es, a la vez, silenciado aun cuando sus consecuencias en las prácticas y en la misma salud de los trabajadores se expresa de manera significativa, por ejemplo, en sus largos y continuos pedidos de licencias por enfermedad (Spinelli, 2010).

Algunas de las manifestaciones de estos malestares pueden reconocerse, por ejemplo, en las limitaciones de las prácticas de atención y el importante grado de desinformación respecto de los servicios que funcionan en el centro o la arbitrariedad con la que han estado funcionando a razón de intereses y condiciones personales de los profesionales. En ese sentido, se manifiesta un uso discrecional de días y horarios o modalidades de atención y un importante nivel de desinformación entre los mismos integrantes del equipo de salud. Esto se advierte casi como una política informal de funcionamiento en el CESAC, que genera malestar entre los profesionales y también entre la población que concurre al centro, lo cual parece haber provocado su decisión de dirigirse a otros centros del área para la atención de su salud. En este punto, cabe destacar el relato de la antropóloga, que habiendo sido parte del equipo desde sus inicios, reflexiona y problematiza el modo en que se ha ido constituyendo la organización del centro en los últimos años. Así, buscando revisar su propia práctica, la de los compañeros con mayor antigüedad en el CESAC y la de los nuevos integrantes, respecto de los efectos que esto puede producir en el vínculo con la población del barrio, esta profesional señala:

Yo creo que en este momento la gente siente como que el centro de salud no está dando respuesta, digamos, como que se han abierto nuevas barreras, antes la gente podía transitar de otra forma. En algunos casos, sienten maltrato o a veces no, no es fácil venir acá a las 5 de la mañana, venís, pero no sabés cómo te vas. Entonces... a veces no se sabe porque no queda claro, qué funciona, en qué horario, entonces creo que, así como en otros momentos la gente defendía mucho su centro de salud, creo que en este momento hay como un sent... a veces la gente prefiere ir al 7, no? Hay como muchos cuestionamientos que, por supuesto, no vamos a recabar porque en momentos, me acuerdo hicimos un muestreo sobre qué pensaba del centro de salud, era maravilloso. Creo que, este... acá las cosas no están funcionando como deberían funcionar y la primera que lo sabe y lo siente es la gente. No quiere decir que no haya cosas que no se están haciendo bien, que la gente valore y que, a veces, la carga acá es muy grande. (...) Entonces, no es que no se trabaje, a veces se trabaja mucho, pero conviven diferentes estilos; a veces formas caóticas, arbitrarias, qué sé yo... Tenemos un montón de gente, tenemos que hacer que el de rayos... que "el de rayos no vino" "¿hoy hay rayos? No sabemos.... ¿Por qué? No, no se sabe si viene o no viene". Esta idea de que no se sabe lo que está pasando al lado, no lo sabemos nosotros, cómo lo va a entender la gente del barrio. Entonces hay como una desinformación activa, como parte de una política y como parte de una práctica institucional, no sabemos lo que pasa al lado, y para la gente, la verdad que no sabemos cómo hacemos, cómo hacen para ser atendidos. No quiere decir que no sean atendidos, pero también hay toda una lógica que está funcionando, pero te digo que habría cosas que deberían facilitar el acceso, ser más simples, menos gritos, menos... voz alta, más regularidad, "¿funciona en tal horario? funciona en tal horario; ¿funciona todos los días? No. ¿Funciona tres días? Bueno. ¿Pero qué días funciona, en qué horario?". No, todos vamos a adivinar, si está, si no está, si siente bien... (Mabel, antropóloga).

Estas limitaciones y arbitrariedades en los modos en que se organiza cada equipo de los servicios de acuerdo a criterios diversos se asocia, a su vez, a una falta de planificación y coordinación adecuada por parte de la jefatura del centro de salud. Como resultado de esta escasa direccionalidad se advierte un alto grado de autonomía no sólo para adoptar modalidades propias de atención en salud, sino también para el cumplimiento de horarios y tareas que afectaría el desempeño del equipo en su totalidad; dificultando además la proyección a futuro de metas y objetivos a alcanzar, así como la evaluación de las problemáticas de mayor prevalencia a atender y el desarrollo de estrategias con mayor grado de integralidad:

(...) había, había reuniones de equipo y demás, a veces es tanto el trabajo y la vorágine del trabajo que lo que... y en la estructura de cómo está el centro me parece que las políticas tienen que ser dirigidas por el director del centro de salud en estrecha relación con los integrantes de los equipos de los diferentes servicios y de ahí se debieran establecer estrategias para el año en curso, el año que sigue, y bueno y esas son cosas que dependen también de las propias dinámicas de cada lugar y que hoy son más dificultosas de hacerlo. Quién piensa no solamente en quien trabaja y saca el laburo entre comillas, sino también que piensa dónde estamos, a dónde vamos, que es lo que es importante no? entonces por diferentes circunstancias la vorágine asistencial, la vorágine de problemas o la evaluación de los programas que cada uno tiene en su servicio y de esas problemáticas te termina sacando la posibilidad tal vez de pensar en la elaboración de cosas que puedan, por ahí cambiar el rumbo de, inclusive en términos de tiempo y de gasto de

energía, de cosas que si vos las trabajas antes, por ahí no te van a llegar con el peso específico que te llegan después, pero bueno, nosotros también somos seres humanos. El servicio de pediatría, vos sabes que en un centro de salud no tiene jefe, no hay jefatura de pediatría, somos todos médicos de planta de pediatría; lo mismo pasa en otros servicios y a veces no tener no jefe es bueno y a veces no tener un jefe no es tan bueno, porque el jefe, entre otras cosas, tiene que pensar que digamos las mini políticas que organicen, no cierto, las cosas de todos los días, no? (Juan, pediatra).

Si bien se destacan estas dificultades, también son señaladas las intenciones de implementar acciones en conjunto y en ese sentido, se subraya el conocimiento y experiencia de los profesionales del centro respecto de la población y sus problemáticas. Sin embargo, a la hora de llevar adelante estas prácticas conjuntas se advierten los cuidados de los lugares propios, de lo disciplinar y de ahí, los obstáculos para llevar adelante un abordaje interdisciplinar. Al mismo tiempo, son destacadas las propuestas que comienzan a desarrollarse especialmente por las profesionales ingresantes en los últimos años que se encuentran buscando modos de hacer conjuntos, observando la necesidad de ampliar las miradas disciplinares:

La verdad que se nota el cambio, o sea, nosotros ingresamos hace un año, hubo varios chicos también profesionales que ingresaron hace un año, y como que se nota la energía o cuando uno ingresa como que, a veces, es como muy llamativo, tenemos distintos criterios también (Daniela, médica generalista).

Sí, otra flexibilidad también para atender, para... esto, para habilitarle... o sea, para habilitar el espacio, para compartir el espacio con otros profesionales, como que a mí me pasa que con, por ahí, con la camada de médicos más grandes como que es la interconsulta, "te puedo derivar a alguien?" y "por qué?" y es como que hay cuestiones que, incluso, ni siquiera necesitaría derivármelas, entendés? O sea, y después con, no sé, con la camada más joven, digo, también más que nada con los médicos generalistas porque tiene como otra perspectiva, como que el laburo es distinto, como mucho más compartido, o sea, las entrevistas se hacen en conjunto, o sea como que, nada, me parece que se hace como un, un lugar como en común, como se construye un saber en común que está re bueno, o sea, y se hace también para mí mucho más facilitadora la tarea, más liviana y es mejor la calidad de la atención para la persona, o sea, yo lo veo de esa forma (Carolina, trabajadora social).

En estas diferentes significaciones acerca del trabajo en equipo pueden rastrearse sentidos en los que la interdisciplina se distingue de una derivación o interconsulta. Así, mientras éstas últimas se presentan como breves intercambios entre profesionales de disciplinas o servicios diversos, con escasa articulación y casi nulo seguimiento o abordaje conjunto de pacientes; la interdisciplina parece plantearse como una instancia superadora. Esta perspectiva contemplaría, entonces, la articulación e integración de diversos saberes cuasi indiferenciados para generar intervenciones que respondan a la complejidad con la que se entienden los problemas de salud a partir de un "saber común".

En ese sentido, cabe señalar la concepción de interdisciplina que Alicia Stolkiner (1999) plantea para reflexionar acerca de las prácticas de lo que denomina como *equipos interdisciplinarios asistenciales*. Al respecto, indicará que en tales equipos la interdisciplina no se daría por la mera yuxtaposición de disciplinas o el simple encuentro entre diferentes profesionales, sino por un proceso de construcción común de un problema de salud planteado en el contexto cotidiano de las instituciones de salud. Dicho proceso, requiere entonces poder reconocer:

(...) que los campos disciplinares no son un «reflejo» de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos. Más aún, en momentos en que las mismas disciplinas difieren en su interior en cuanto a la definición de su objeto, se puede afirmar que una disciplina, por lo general, no es una, es decir no es unívoca y sin fragmentaciones en su mismo seno (Stolkiner, 1999: 1).

Por tal motivo, destacará que la existencia de tales disciplinas se expresa a partir de los propios profesionales que la producen y reproducen en sus prácticas, ya sean individuales o grupales. En consecuencia, el trabajo interdisciplinario plantea tensiones a nivel grupal, expresados por las luchas de poder por la hegemonía de los distintos saberes y a nivel individual, producto de las *renuncias* necesarias que plantea el trabajo con otros profesionales ante la aceptación de la *incompletud* del propio saber disciplinar para dar cuenta de manera acabada de un problema.

7.4. La formación y la elección del centro como lugar de trabajo expresa un compromiso con la tarea y la población

En la indagación acerca de lo característico del CESAC y su conformación a lo largo de la historia, como se describiera en el apartado anterior, se presentan por un lado significaciones que lo asocian a la fragmentación de acciones y al caos en lo que refiere a la organización. Y, al mismo tiempo, se manifiestan aspectos positivos que resaltan la buena interacción entre profesionales y el conocimiento generado en la institución acerca de la población usuaria del centro.

Con respecto a los sentidos positivos vinculados al equipo de salud, cabe destacar el lugar otorgado a la docencia como rasgo distintivo en la estructura del CESAC. Así, resultó sustantivo

el lugar dado a la formación de residentes⁵¹, concurrentes y estudiantes de grado en atención primaria en un espacio que se estima privilegiado como propuesta formativa. Este atributo del centro de salud, leído en términos de espacio de formación y docencia, se entiende como parte sustancial del funcionamiento de los servicios en tanto aspecto central de las prácticas que realizan los distintos equipos.

Así, por ejemplo, en el caso del servicio de pediatría fue señalada la trayectoria de formación que ha desarrollado este equipo desde sus inicios en el CESAC recibiendo residentes, concurrentes y estudiantes no sólo de la jurisdicción de la CABA, sino también de otras instituciones como las universidades nacionales y de la provincia de Buenos Aires. Para el pediatra que participa como docente en este servicio resulta fundamental plantear a los estudiantes y profesionales en formación una capacitación que exceda el conocimiento de la teoría y los protocolos médicos aislados de la práctica concreta con personas situadas en un momento y lugar específicos, con problemáticas complejas que manifiestan el carácter social e histórico de los problemas de salud. Este aprendizaje se advierte favorecido por la inclusión en los equipos de salud, en las prácticas diarias y por la ubicación de los jóvenes profesionales en el contexto en el que viven las personas:

Me parece y aun siendo docente de la facultad que la formación de la facultad está un poco, está bastante escindida de la realidad, de los problemas de la gente, no digo que no te formen para resolver problemas, pero con las problemáticas de la gente hay una, un gap importante, está? Y el componente también en formación en aspectos humanísticos, me parece que también está bastante, es bastante deficitario, entonces... escuchar a la gente, revisar a los pacientes, es decir, trabajar sobre la anamnesis y el examen físico, ponerse en el lugar, entender las problemáticas y que esto te pueda permitir armar mejores planes para poder ayudarlos, esto no está en ningún libro de pediatría, ningún tratado de pediatría y por otro lado, la medicina no es ni siquiera una ciencia, se nutre de diferentes ciencias y tiene mucho de arte y tiene toda esta cosa así de basamento científico, pero acá es fundamental y más en pediatría, donde encima el chico es la punta del iceberg de la familia, es fundamental la formación humanística que vos tenés y la formación, no cierto, sobre todas estas ciencias de la que abrevamos, entonces, en esta formación es clave, no cierto, ya no solamente lo que vos sabes, sino para poder aprender necesitas un componente actitudinal muy importante donde se establecen o no relaciones con

⁵¹ De acuerdo al art. 2 de la Ordenanza Nº 40.997/85 (GCBA) se establece que “Las Residencias del Equipo de Salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de postgrado a tiempo completo, con actividad asistencial programada y supervisada, tendiente a incorporar a todos los profesionales del área de la salud con el objetivo a formar en el ámbito intra y extra – hospitalario, un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad. Las residencias en su conjunto se incorporan al Sistema Municipal de Salud, que se desarrollarán con la activa participación de sus integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas. El programa de residencias se desarrollará en todo el sistema de salud, ya sea hospitalario en el área de urgencias, internación o consultorios externos, o extramural en íntima con la comunidad a la que se dirige y en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, destacando los aspectos de prevención y promoción de la salud, protección precoz y rehabilitación”.

estas familias y ahí, entre un médico y otro, hay un abismo Entonces nosotros les decimos bueno la realidad es esta y a ellos un poco los desajusta porque ellos están acostumbrados a resolver a problemas, lo que sale con una receta, un antibiótico, tienen que curar, y acá muchas veces, los planes o las impresiones diagnósticas involucran muchas cosas que hay que resolver, en el tiempo esto se va a resolver con una temporalidad muy diferente, muchos no se van a resolver nunca; muchos diagnósticos no se van a hacer nunca; entonces todo esto como que desajusta muchísimo la forma... la capacidad que ellos tienen de poder trabajar (Juan, pediatra).

De este modo, las residencias han sido consideradas como instancias que, otorgando la oportunidad de formarse en contextos reales en que los se despliegan los problemas, “se constituyen de este modo en un espacio de alto impacto en la modelación de los comportamientos socio profesionales en el equipo de salud” (Abramzón et al, 2011: 2). En efecto, debe señalarse que los sistemas de residencia fueron considerados desde su origen como espacios de formación, al mismo tiempo que se estimaba su potencial de cambio y mejora en la calidad de los servicios.

En ese sentido, en el caso de este CESAC, la presencia de residentes tiene, por ejemplo, para el equipo de obstetricia un sentido de actualización permanente para las profesionales con mayor permanencia en el CESAC, pero además significa para estas profesionales el establecimiento de lazos permanentes con el hospital de base de este centro de salud, con el cual consideran que han perdido contacto tras convertirse en profesionales de la planta permanente del centro. Esta intermediación de las residentes, quienes desarrollan su capacitación en ambos efectores, es altamente valorada dado que les permite en algunos casos realizar algún tipo de seguimiento de las pacientes que fueron derivadas desde el CESAC al hospital, obtener información acerca de posibles cambios que se produzcan allí o incluso, la gestión de algunos estudios que se practican a las embarazadas:

Las residentes además de que siempre traen información nueva de cómo está organizado el hospital, nos sirven de nexos porque si hay alguna paciente que no consigue un turno o queremos hacerla internar porque sabemos que algo pasa en la casa que no es una indicación médica, pero sí la conocemos, ellas nos facilitan esas cosas. Y a las pacientes, yo creo que eso está bueno, porque ven la misma cara por lo menos de alguien conocido porque nosotras al hospital no vamos para atenderlas (Mónica, obstétrica).

La elección del centro como lugar de trabajo también resulta significativa como impronta del equipo de este CESAC, ya que esto ha significado haber elegido un lugar donde se desea estar, donde se desea trabajar y eso es destacado por la mayor parte de las entrevistadas:

Yo, la verdad que me recibí de médica hace 28 años, empecé a hacer la especialidad, empecé a hacer la concurrencia en el hospital Fernández y por la jefa anterior que estaba acá, por la Dra.

Buratti, que era jefa mía en el hospital Fernández, hubo la posibilidad de formar un plantel de ginecología acá y vine con ella, hace muchos años, hace 25 años. Estaba esto, estábamos en el edificio viejo y era... ¡y me fascino! (risas). Me fascino, era como que estaba todo por hacer y como que estaba, yo por lo menos los años que tuve de hospital, que fue mientras estudiaba y mientras hice la residencia, que fueron unos cuantos, yo sentía que no, que no podía establecer una buena relación médico-paciente y bueno, para mí eso era lo que más me llamaba la atención de la medicina y me parecía que en este lugar, sí lo podía hacer y sí podía instalar cosas nuevas, conquistar América, algo así (risas) y eso me gustó y me quedé (Ana, obstétrica).

En ese sentido, se contrasta con la idea de “castigo” con la que se asociaba al trabajo en los efectores del primer nivel de atención, dónde parecía no ser un lugar que generara el interés por trabajar para profesionales formados mayormente en espacios hospitalarios y de alta complejidad. Así se destaca el hecho de haber transitado una o más residencias, jefaturas o instructorías de residentes en este mismo centro, lo cual implicó que a gran parte de las profesionales se les propusiera un cargo de planta en el CESAC:

Y bueno, nosotros o al menos el grupo de gente que está acá, claramente apostamos a este trabajo, muchos de los cuales podrían haber estado en otra situación, en otro lugar. De hecho, la mayoría de los pediatras que estamos acá nos hemos formado en hospitales pediátricos y por diferentes circunstancias, cada uno ha elegido estar en el primer nivel de atención, lo cual implica muchas cosas (Juan, pediatra).

Yo me formé en un centro de salud, así que bueno, nada, tiene la ventaja de hacer una residencia en un centro de salud es que estás formándote en el lugar donde después vas a trabajar, así que bueno, es eso, uno después sí hay cosas que por ahí te sobrepasan y tenés que ir y leerlas y tenés que realizar intercambios. Nosotros tratamos, por lo menos, de reflexionar mucho sobre las prácticas que hacemos desde este lugar y después, sí nosotros creo que estamos en constante formación, digo, más allá de lo académico, de lo que uno puede llegar a tener como espacios post-residencia, digo, creo que la formación es constante, en todo momento (Daniela, médica generalista).

El equipo de salud y los jóvenes: hacia la construcción de vínculos

La organización de los servicios de salud orientados a adolescentes y jóvenes ha sido una cuestión que ha estado presente en nuestro país con un interés singular por desarrollar una atención diferenciada y particularizada de esta población. Esto se ha expresado, por ejemplo, en la existencia de programas y lineamientos específicos respecto del carácter que tales servicios deben adoptar.

Ahora bien, su implementación en los distintos efectores de salud adquiere características diversas de acuerdo a las particularidades de cada institución. En ese sentido, cabe considerar

la complejidad que presenta este campo derivada de la indefinición de su objeto, la salud; el alto nivel de autonomía en los distintos ámbitos en que se desarrollan sus prácticas, en los que intervienen de manera significativa valores e ideologías como parte del mismo proceso de trabajo (Spinelli, 2010).

En el caso del centro de salud estudiado la atención de los jóvenes, en particular, de las jóvenes embarazadas, expresa una diversidad de significaciones y prácticas que se manifiestan en tensiones dentro del funcionamiento cotidiano del centro de salud. En función de tal diversidad se plantean, al mismo tiempo, distintas modalidades de organización de los servicios al interior del CESAC.

Por un lado, se identifican espacios específicos para los jóvenes como es el programa local de Adolescencia, en la que se establece un consultorio y una profesional dedicada a su atención diaria de manera exclusiva con el fin de favorecer su acceso al uso de los servicios de salud. Mientras que, por otro lado, la indiferenciación de la atención entre jóvenes y adultos, especialmente vislumbrado para el caso de las adolescentes embarazadas, se entiende como un criterio necesario para una adecuada atención de cada caso particular, más allá de la edad de las personas. No obstante, la no distinción adentro del servicio resulta, asimismo, una forma de considerar los rasgos propios de este grupo en el que se observan dificultades, por ejemplo, para sostener la asistencia en horarios y días determinados. Así, entonces, la flexibilidad de los servicios para su atención indicaría su percepción de las necesidades específicas de los jóvenes.

Tal flexibilidad no sólo es vinculada a las características de los adolescentes, sino también situada en la singularidad de las condiciones en las que viven y crecen los jóvenes del barrio en el que se inserta este CESAC, entre quienes se advierten problemáticas particulares, expresadas por las profesionales como violencias, adicciones y embarazos no planificados.

En las diferentes formas de concebir a los jóvenes y sus problemáticas, en particular, la cuestión del embarazo, se advierten diferentes posturas acerca de la decisión de tener o no hijos en esta etapa de la vida. Tales perspectivas expresan, a su vez, distintas maneras de entender los efectos que esto puede tener en la vida de los jóvenes. Para aquellos que plantean la prevalencia del embarazo no planificado entre los jóvenes del barrio, esta situación acarrea la llegada tardía a los controles prenatales y el escaso sostenimiento de los mismos.

En cambio, para quienes este embarazo responde a un deseo explícito y planificado de las jóvenes –aspecto que es observado por las profesionales en la mayoría de los casos que llegan a obstetricia– esto favorece la continuidad de la atención durante dicho período.

Esta diversidad de criterios se advierte, asimismo, en lo que refiere al vínculo entre los distintos servicios donde para algunos se presenta de manera satisfactoria y adecuada, en tanto la informalidad en la que suelen producirse los intercambios entre profesionales es leída como una modalidad de trabajo efectiva para la resolución de casos en el día a día. Por el contrario, en otros casos la relación entre las profesionales del centro ha estado caracterizada por la desinformación y la fragmentación de las intervenciones. En ese sentido, se destacan las dificultades para contar con espacios de trabajo conjunto o para establecer criterios en común, aspecto que es visualizado como obstaculizador de un vínculo adecuado con la población que concurre al CESAC.

No obstante, se ha señalado el interés de gran parte de las profesionales por generar tales espacios con el fin de desarrollar un abordaje interdisciplinar de los problemas de salud de dicha población. Las principales limitaciones para ello parecen vincularse a las dificultades para ceder espacios disciplinares, o incluso, para generar un esfuerzo por parte de las profesionales –sobre todo de aquellos con mayor antigüedad en el centro– en la generación de nuevas prácticas que excedan la asistencia dentro del consultorio.

Estas situaciones que son concebidas como falta de motivación o cansancio de esos profesionales, son contrapuestas a su vez con el reconocimiento de la experiencia de trabajo en el barrio, su interés en la formación de nuevos profesionales y su elección de este centro como lugar de trabajo en el inicio de sus carreras. De este modo, cabe distinguir la relevancia dada al espacio docente generado en el CESAC desde su origen y que es considerado por las integrantes con mayor permanencia como un modo de actualización continua y de inclusión de nuevas formas de intervención, pero también de formación de jóvenes profesionales en el marco de la APS.

Capítulo 8

Conclusiones y nuevas preguntas

A partir de la indagación acerca de las acciones desarrolladas para atender a los problemas de salud de los jóvenes de un barrio popular de la Ciudad, fue posible realizar una aproximación a las distintas significaciones respecto de aquéllos y de cuales se consideran sus necesidades y problemas de salud más importantes. Al mismo tiempo, en su análisis se volvieron relevantes los sentidos asociados a las estrategias utilizadas para responder a los mismos, las instituciones en las que se llevan a cabo y el marco de relaciones sociales en que se efectúan.

En ese sentido, el recorrido planteado en esta tesis buscó transitar entre las diversas dimensiones de la complejidad de los procesos sociales, en particular, en lo que refiere al nivel de ejecución de las políticas sociales con el fin de considerar, especialmente, el modo en que los actores que participan en ella configuran sus prácticas y los sentidos asociados a éstas. Así, en el análisis del caso propuesto, se procuró dar cuenta de los vínculos que se han constituido entre un equipo de salud de un efector del primer nivel de atención y la población hacia la cual dirigen sus intervenciones, considerando tales vínculos como parte del proceso de construcción de espacios sociales que articulan aspectos que son, a la vez, físicos, simbólicos, políticos, económicos y sociales.

De tal modo, con el fin de evitar partir de supuestos acerca de tales instituciones y las personas que conforman sus equipos de trabajo, sus modalidades de intervención, los contextos en los que se desarrollan o la población que habita en ellos, el análisis propuesto se orientó a indagar la construcción de concepciones tales como lo público, lo local, lo comunitario, la APS, los jóvenes, utilizados habitualmente –a veces de manera acrítica– tanto en el diseño de políticas públicas, como en los estudios que las abordan.

Cabe destacar que la estrategia metodológica seleccionada, esto es, el estudio de caso, favoreció la emergencia de los procesos generales y singulares de la institución, permitiendo advertir la articulación de las distintas dimensiones que hacen a la implementación de las políticas sociales, especialmente, en lo que refiere a lo histórico y lo simbólico.

En dicho proceso de indagación, devino relevante considerar los procesos históricos en que se desenvuelven y se configuran tales instituciones. Al respecto, identificar los sentidos hegemónicos de lo público-estatal y sus instituciones a partir de las reformas neoliberales, especialmente en el campo de la salud, devino fundamental. En este contexto, la APS impulsada por los organismos internacionales, aunque ya no con su sentido universalista original, se sostuvo como la estrategia privilegiada para la organización de los servicios de salud en el ámbito público, adoptando un carácter focalizado en los grupos en condición de vulnerabilidad.

La apelación a sus principios en nuestro país situó a los centros de salud del primer nivel de atención como actores sustantivos de su puesta en práctica, especialmente, en lo que refiere a la accesibilidad, la integralidad de prácticas básicas de atención y las acciones comunitarias de prevención y promoción de la salud en los lugares donde se instalaron. No obstante, paradójicamente, tales sentidos positivos no fueron acompañados del presupuesto necesario para su desarrollo, ni de la planificación necesaria para su implementación. Por el contrario, la conformación de estos efectores resultó caótica y se caracterizó por una baja inversión que fue realizada, en cambio, en tecnología biomédica de complejidad a la cual se asociaba la mejora en la calidad de atención y el prestigio de los servicios. Así, en su origen, los CESAC estuvieron ligados a su ubicación en barrios empobrecidos de la Ciudad, lo cual operó en las significaciones acerca de los mismos al entenderlos como efectores de salud de escasa complejidad, orientados a los pobres y diferenciados de la lógica hospitalaria, tanto por sus recursos como por su organización y prácticas.

Esta tensión entre los sentidos vinculados a los centros de salud se articula, también, con la historia de la conformación del CESAC estudiado. En dicha historia, que se registra como constitutiva de su presente, aquello que se supone como característico de un centro de salud bajo la propuesta de la APS aparece de alguna manera como parámetro de comparación entre lo que es y lo que debiera ser el centro, y por lo tanto, cómo debieran realizarse sus actividades o establecerse su organización y relación con sus usuarios. En ese sentido, en la rememoración del pasado se advierte la construcción de recuerdos e interpretaciones diversas, a veces hasta contrapuestas, que transitan entre la nostalgia por los momentos en que se desarrollaba un trabajo en equipo y se desarrollaban acciones de prevención y promoción en el barrio, con personas significativas –cuya ausencia provoca mucho dolor– que sostenían el vínculo con la

población; hasta el malestar y desmotivación provocados por las condiciones precarias en que se trabajaba o los momentos de inseguridad vividos en el barrio.

Así, el vínculo con la población del barrio se ha destacado como punto de tensión en el proceso de conformación del CESAC y sus modalidades de intervención en distintos momentos históricos. Aquello que se observa como distintivo de este barrio, esto es, las condiciones precarias de vida, la violencia, la inaccesibilidad a recursos y el importante nivel de movilidad de su población, entre otras cosas, fueron entendidas como condiciones generadoras de “vulnerabilidad” y “marginalidad”. En función de dicha caracterización se han propuesto acciones diversas, incluso contrapuestas, entre los profesionales del equipo de salud. Por un lado, como parte de la estrategia de APS que sostiene y promueve la accesibilidad y la relación con la comunidad como uno de sus aspectos principales, la salida al barrio fue legitimada, sobre todo por esa condición de vulnerabilidad de la población, que la volvía sujeto privilegiado de las intervenciones. Mientras que, por otro lado, esos rasgos del barrio fundamentaban el repliegue adentro del consultorio y lo asistencial, frente a la peligrosidad que alcanzaba a los profesionales. Estas contradicciones generaron como consecuencia conflictos y malestares históricos en el equipo de salud, incluso hasta la actualidad, obstaculizando la continuidad de las estrategias propuestas en diferentes momentos o la integración de las mismas al interior del CESAC.

Cabe señalar que las distinciones entre el adentro y el afuera del centro no implican, sin embargo, esferas aisladas unas de otras, ni compartimentos estancos sin contradicciones en su interior. Al hacer referencia a la Villa 15 y su historia, fue posible vislumbrar los distintos procesos político-económicos por los que ha atravesado y que han configurado este territorio de manera tal que se han advertido intentos de erradicación y otros de integración en el espacio urbano. Asimismo, sus habitantes y las problemáticas que los afectan, así como sus modos de organización, las disputas por el uso del espacio y su relación con las instituciones públicas se han ido modificando, a partir de esos vínculos con los actores estatales de distintos niveles y con la población de otros barrios. En ese sentido, la configuración de las villas en tanto parte de la construcción del espacio urbano, tras las consecuencias económicas, políticas y sociales de las reformas neoliberales, se han conformado en el marco del proceso de fragmentación de la Ciudad que ha tendido a la polarización de los distintos sectores sociales, acentuando las desigualdades sociales y la segmentación de los recursos.

En el caso de la Villa 15, como también en el de otras villas y asentamientos de la CABA, como parte de dicho proceso, en base a la delimitación de su territorio se han construido distintas significaciones. Por un lado, sentidos asociados a su lugar en la Ciudad que buscaron situarlas por fuera del espacio y la dinámica urbana, en la que se valorizan algunos sectores por encima de otros, o bien, limitando el acceso y circulación de sus habitantes a otras áreas, en función de la estigmatización y discriminación hacia su población, asentadas en lo que se constituyeron como sus rasgos de marginalidad. Así, entonces, se denotan estos sentidos, por ejemplo, en la propia denominación de esta villa como “Ciudad Oculta”.

Sin embargo, al mismo tiempo, tales características han funcionado como medio para advertir las necesidades de esta población y la legitimación de su condición de sujeto merecedor de políticas sociales. En el contexto de transformaciones generadas a partir de las reformas neoliberales, la focalización territorial fue utilizada como una de las principales herramientas para delimitar la población objetivo de las políticas, sustentadas en la reducción del gasto y el uso eficiente de los recursos del Estado. En ese sentido, debe señalarse el rol del Estado en la conformación del territorio urbano, entendido como espacio que articula lo físico, lo social, lo político, lo económico y lo simbólico. Así, ya sea por sus intervenciones directas, como normativas e intervenciones orientadas a regular el uso del suelo, hasta por sus acciones indirectas por la falta de aquéllas, debe señalarse que las acciones u omisiones estatales, entre otras, producen activamente la Ciudad.

Por otra parte, a partir de los lineamientos de las reformas orientados a la focalización, el lugar de los jóvenes como objetos de las políticas sociales también resultó significativo. Bajo el impulso de los organismos internacionales se establecieron prioridades, en particular a partir de la selectividad del financiamiento, respecto de las problemáticas de salud de mayor relevancia y los rasgos de los jóvenes asociados a sus causas y consecuencias. En la caracterización de los jóvenes del barrio, en los relatos de las profesionales estos fueron visualizados, especialmente, como víctimas de las problemáticas sociales como las “adicciones” y la “violencia” y de dificultades para llevar adelante proyectos propios por las limitaciones de la fragmentación de la Ciudad, que obstaculiza el acceso real y simbólico a recursos como la educación, el trabajo, o incluso, la posibilidad de decidir si tener hijos o no, o en qué momento.

Por su parte, la conformación del CESAC también estuvo caracterizada por importantes transformaciones que desde su origen estuvieron marcadas por distintas fragmentaciones y que operaron, asimismo, en los usos de la estructura del edificio, las posibilidades de transitar entre sus distintos espacios y la accesibilidad de la población a ellos. Tales fragmentaciones se manifestaron, a su vez, en el vínculo con el hospital de referencia; al interior del equipo y las diferencias entre los profesionales con mayor o menor antigüedad; en la relación con ese barrio y sus organizaciones –en función de los acuerdos y conflictos que se expresaron significativamente en el momento del traslado del edificio del Centro– y en la organización de la institución en servicios con escasa conexión entre sí, con modalidades de funcionamiento e intervención diversas.

En la atención a los jóvenes del barrio, en particular, a las jóvenes que se acercan al CESAC para el control de su embarazo, esas fragmentaciones se han manifestado en diferencias en la misma definición de esta situación como problema o como hecho esperable y natural en este contexto. Esto, a su vez, ha planteado diferentes formas de abordaje, incluso contradictorias, en función de concepciones diversas acerca de lo que es ser joven en el barrio que, al tener poca relación entre sí, podrían estar obstaculizando el acceso y permanencia de las jóvenes en CESAC para el cuidado de su salud. De este modo, frente a la desinformación o desacuerdo respecto de algunas prácticas, como por ejemplo la consejería de pre y post aborto, cabe preguntarnos por los distintos recorridos de las jóvenes en el centro en función del servicio al que accedan, así como lo que posibilita y lo que restringe cada uno en términos de accesibilidad y cuidado integral y de qué manera sería posible la articulación entre esas distintas formas de intervención.

Entre los obstáculos para implementar nuevas modalidades de trabajo al interior del equipo, se destaca el interés y formación para llevarlo a cabo, aunque también las dificultades para emprender nuevos proyectos, especialmente, para aquellos con mayor antigüedad. Entre estos profesionales, se observa mucho cansancio y desidia producto de la práctica asistencial; pero también, del desgaste emocional ante los alcances y sobre todo, limitaciones de las acciones que pueden desarrollarse desde el sector salud y en particular, desde un centro de salud para incidir en la vida de las personas que viven en muy precarias condiciones de vida.

Finalmente, entonces, a partir de las tensiones entre la planificación y coordinación de la organización y la autonomía de los profesionales para desarrollar sus prácticas de atención a los jóvenes, se plantea el interrogante por los modos en que se lleva adelante la gestión local de los servicios públicos de salud; así como por el establecimiento de posibles criterios y límites en la realidad cotidiana de los efectores.

En este sentido, resulta de interés generar nuevos interrogantes para la reflexión y la continuidad de una línea de estudio en la tesis doctoral que estaré desarrollando:

- ¿Qué características tienen los cuidados suministrados por los integrantes de los equipos de servicios públicos de salud orientados a los jóvenes en condiciones de vulnerabilidad? ¿Cuáles son las posibilidades de desarrollar acciones que tiendan al cuidado integral de los jóvenes, en especial, en aquellos efectores públicos del primer nivel de atención de la CABA?
- ¿Qué lugar que ocupa el encuentro con estos servicios de salud o algunos de sus profesionales en las biografías y/o en los procesos de vulnerabilidad y cuidado de los jóvenes en barrios populares, especialmente en el caso de las jóvenes embarazadas? ¿Cómo son visualizadas la presencia e intervenciones de estos efectores en la vida cotidiana de las jóvenes?
- ¿De qué manera se configuran las experiencias de cuidado de la salud en el caso de jóvenes embarazadas que residen en barrios vulnerabilizados, particularmente, en función de sus condiciones de vida, la condición etaria y migratoria? ¿cuáles son los significados y sentidos vinculados a sus condiciones y procesos de vulnerabilidad por parte de estas jóvenes?

BIBLIOGRAFIA

Abramzón, M.; Laperuta, V.; Listovsky, G.; Luppi, I.; Martínez, A.; Olivetto, A.; Orlando, M. y P. Rodríguez; (agosto 2011). La formación de recursos humanos: acerca de la articulación entre la formación de grado y residencias en el marco de una estrategia de atención primaria integral, en Ciudad de Buenos Aires y Municipio Rosario. *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población "Derecho a la Salud y Protección Social"*. Área Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Acuña C. y Chudnovsky, M. (2002) *El sistema de salud en Argentina*. Universidad del Salvador. Recuperado de: <http://www.udes.edu.ar/Faculty/Tommasi/cedi/dts/dt60.pdf>

Adaszko, A. (2005). Perspectivas Socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. En M. Gogna (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: Unicef-CEDES-Min. Salud de la Nación.

Adaszko, A. (2005b) El embarazo durante la adolescencia en las miradas de los funcionarios públicos. En M. Gogna (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: Unicef-CEDES-Min. Salud de la Nación.

Adissi, I. (2010). La individualización de problemas sociales en contextos de labilidad estatal: el área de Salud Mental de los CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria) como punto de mira (tesis no publicada). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5-30.

Alonso, V. (2005). Abordajes de los servicios de salud y perspectivas de los profesionales acerca de la adolescencia y el embarazo. En M. Gogna (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires.: Unicef-Cedes- Min. Salud Nación.

Amado, J. (2013) Edward Soja. La espacialidad de la vida social. *Armar la Ciudad*. Licenciatura en Urbanismo. Vol. 5. Inst. del Conurbano. Univ. de Gral. Sarmiento. Recuperado de: http://www.ungs.edu.ar/ms_ico/?p=2926

Arfuch, L. (2005). Problemáticas de la identidad. En *Identidades, sujetos y subjetividades*. Buenos Aires: Prometeo Libros

Arfuch, L. (2013) *Memoria y autobiografía. Exploraciones en los límites*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica

Arias, F. y Di Leo, P. F. (2004) Problemas Sociológicos: un diálogo con Pierre Bourdieu, en A. Mayo (comp.), *Epistemología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: UNSAM

- Arias, A. (2011). Participación ciudadana y canales de participación. Aportes a partir del análisis de las experiencias de 'participación' en las áreas de política social asistencial. *Demos Participativa*. 4. Buenos Aires.
- Ase, I y Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 5 (1): 27-47.
- Ayres, J. (2004) O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*, 13(3), 16-29.
- Bauman, Z. (1999). *La globalización. Consecuencias humanas*. México: FCE.
- Belmartino (2006) La reforma del sector salud en Argentina. En M. Rico y F. Marco (coords.), *Mujer y Empleo. La reforma de la salud y la salud en reforma en Argentina*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores
- Belmartino, S. (2009) Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. Presentación en el Quinto foro del bicentenario, panel de políticas de salud pública en el siglo XX. Buenos Aires, 14 de mayo. Disponible en: http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro_historia_politica/material/190.pdf
- Berner, A. y Ramos, G. (2008). *La adolescencia: sus derechos y sus prácticas de sexualidad saludable*. Buenos Aires: Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales.
- Bonazzola, P. (2010). Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio. Mimeo.
- Bourdieu, P. (1990). Espacio social y génesis de las clases. En: *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- Bourdieu, P. (2010). Efectos de lugar. En *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- CABRAL, M. C. (2005). Sentidos comunicacionales en las políticas sociales para adolescentes. *Pilquen*, 7. Recuperada de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-31232005000100009
- Capuccio, M.; Nirenberg, O. y Pailles, J. (2006). El equipo de salud ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En M. Petracci y S. Ramos (comp.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES – UNFPA.
- Cattáneo, A. (2000). La inserción de las ciencias sociales en los equipos de Salud. Alcances y limitaciones de una experiencia en curso. En S. Hintze (comp.), *Estado y sociedad. Las políticas sociales en los umbrales del siglo XXI*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Chapela Mendoza, M. (2007). Promoción de la Salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En: *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Bs.As.: Lugar Editorial.
- Chaves, M. (2005). Juventud negada y negativizada: representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea. *Última Década*. 23. 9-32.

Chaves, M. (2010). *Jóvenes, territorios y complicidades. Una antropología de la juventud urbana*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Checa, S. (1996). Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. *Revista del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá*. XV, 1. 12-16.

Checa, S. (2003). Introducción. En S. Checa (comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Checa, S.; Erbaro, C.; Schvartzman, E.; Perrotta, G. y S. Tapia (agosto 2011). Relaciones familiares y transmisión intergeneracional de comportamientos reproductivos en la Adolescencia. *IX Jornadas de Sociología de la UBA. Pre-ALAS*. Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/principal.php?seccion=resumens_listado

Chiara, M. (agosto 2011). Buscando conceptualizar la relación entre política de salud y territorio: algunas reflexiones. En La territorialización de la cuestión social y de las políticas sociales *Congreso Latinoamericano de Estudios Urbanos*. ICO – Universidad Nacional de General Sarmiento. Recuperado de: <http://www.urbaed.ungs.edu.ar/pdf/paneles/magdalena%20chiara.pdf?PHPSESSID=26fb6e54dc25bacb5dbf7f3c>

Climent G. (2003). La maternidad adolescente, una expresión de la cuestión social, en *Revista Argentina De Sociología*. 1 (1).

Climent G. (2009). Representaciones acerca del embarazo y el aborto en la adolescencia: Perspectiva de la adolescente embarazada. *Cuadernos de la Fac. Humanidades y Cs. Sociales de la Univ. Nacional de Jujuy*. 37. [on-line] Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042009000200010

Climent G. (agosto 2011). Enfrentamiento de la maternidad en la adolescencia: La mediación de las relaciones familiares. *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/?seccion=jornadas_nacionales

Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R. y A. Stolkiner (2006). Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Anuario de investigaciones. Volumen XV. Buenos Aires: Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones.

Corbetta, S. (2009). Territorio y educación. La escuela desde un enfoque de territorio en políticas públicas. En N. López (coord.), *De relaciones, actores y territorios*. Bs As: IPE UNESCO.

Cosacov, N.; Guevara, T.; Ostuni, F.; Perea, C. y Rodríguez, M. F. (2011). La zona sur en perspectiva. Perfil socio habitacional de la zona sur a partir de datos estadísticos. En: Herzer (coord), *Barrios al sur: Villa Lugano, Villa Riachuelo, Mataderos, Parque Patricios y Villa Soldati a través del tiempo* (Documentos de Trabajo n° 56) Buenos Aires: Instituto de Investigaciones

- Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.iigg.sociales.uba.ar/Publicaciones/DT/dt56.pdf>
- Cravino, M. C. (2010). Percepciones de los nuevos espacios urbanos en Buenos Aires. Un análisis del Plan Federal de Viviendas desde la perspectiva de los receptores. *Dearq.* 6. 20-31.
- Cravino, M. C. (2009). *Vivir en la villa. Relatos, trayectorias y estrategias habitacionales*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Czeresnia, D. (2008). El concepto de salud y la deferencia entre promoción y prevención. En D. Czeresnia y C. Machado de Freitas (Orgs.), *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Di Leo, P. F. y Tapia, S. (2013). En los márgenes de los márgenes. Procesos de individuación y experiencias migratorias de jóvenes en barrios populares del Área Metropolitana de Buenos Aires. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, 15, 203-228. Recuperada de: <http://revistasiigg.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/375>
- Di Leo, P. F. y Camarotti, A. C. (editores) (2013). *"Quiero escribir mi historia". Vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Biblos.
- Di Virgilio, M; Gil, A; Perea, C; Vitale, P. y Ostuni, F. (2010). La ciudad al sur de la ciudad: historia sociourbana de los barrios Villa Lugano y Villa Riachuelo. *Cuadernos de Vivienda y Urbanismo*. 3 (6). 246-261.
- Duré, I. (2007). Un modelo territorial para la salud de los porteños: marcando el campo en la Ciudad. El sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista de la Maestría en Salud Pública*. 5 (9), 1-35.
- Edelman, M. (1991). *La construcción del espectáculo político*. Buenos Aires: Manantial.
- Elizalde, S. (2006). El androcentrismo en los estudios de juventud: efectos ideológicos y aperturas posibles. *Última Década*. 25. Recuperada de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362006000200005&script=sci_arttext
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós
- Fainsod, P. (2008). *Embarazo y maternidad adolescente en la escuela media*. Buenos Aires: Miño y Davila.
- Fernández, A. (1999). Introducción. En *Instituciones Estalladas*. Buenos Aires: Eudeba.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Área Salud. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud>
- Gogna, M. (2004). *Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile: oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CEDES.

Gogna, M. (2005). Conclusiones y recomendaciones para políticas públicas. En M. Gogna (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: UNICEF-CEDES- Min. de Salud de la Nación.

Gogna, M., Fernández, S. y Zamberlin, N. (2005). Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo: hallazgos de la encuesta a puérperas. En M. Gogna (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: UNICEF-CEDES- Min. de Salud de la Nación.

González, A. (2003). *Metodologías para la evaluación de proyectos financiados con recursos de cooperación técnica internacional*. Buenos Aires: Centro de pensamiento estratégico internacional (CEPEI).

Granda, 2004, E. (2004). ¿A qué llamamos Salud Colectiva, hoy? *Revista Cubana Salud Pública* [on line] 30 (2). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm

Grassi, E. (2003). Estado, cuestión social y políticas sociales. En *Política y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame I*. Espacio Editorial, Buenos Aires.

----- (2004). *Política y cultura en la sociedad neoliberal*. Espacio Editorial, Buenos Aires.

----- (2005). Problemas de la teoría, problemas de la política. Necesidades sociales y estrategias de política social. *Laboratorio. Estudios sobre Cambio Estructural y Desigualdad Social*. 17. 5-12. Recuperado de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/lavbo.htm>

----- (2008). La política social, las necesidades sociales y el principio de igualdad: reflexiones para un debate “postneoliberal”. En: *Es posible pensar una nueva política social para América Latina*. Quito: Flacso Ecuador / Ministerio de Cultural.

Gravano, A. (2003). *Antropología de lo barrial. Estudios sobre producción simbólica de la vida urbana*. Buenos Aires: Espacio Editorial

Grigaitis, L. y J. Bianco (2005). Atención Primaria de la Salud. Una reflexión desde las Ciencias Sociales. *Cuadernos de Salud y Población*. 2. 14-21.

Gutiérrez, M. A. (2003). Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía. En S. Checa (comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Harvey, D. (1997). *Urbanismo y desigualdad social*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

Instituto de Género, Derecho y Desarrollo - INSGENAR (2010). *¿Todo Bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*. Rosario: UNFPA.

Jauri, N. (2011): Las villas de la ciudad de Buenos Aires: una historia de promesas incumplidas. *Questión. Revista Especializada en Periodismo y Comunicación*. 1 (29). Recuperado de <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/565>

Jones, D. (2010). *Sexualidades adolescentes. Amor, placer y control en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: CICCUS y CLACSO.

- Katzman, R. (2001). Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. *Revista de la Cepal*, 75, 171-189.
- Kornblit, A. L. (Coord.) (2007). *Juventud y vida cotidiana*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Kronblit, A. L.; Guffanti, S. y Verardi, M. (2004). La experiencia en comunidades terapéuticas desde la voz de los usuarios de drogas. En A. L. Kornblit (Ed.), *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos.
- LaCapra, D. (2005). Testimonios del Holocausto: la voz de las víctimas. En *Escribir la historia, escribir el trauma*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Laurell, A. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*. 37.
- Lavras, C. (2011). Atención Primaria à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atención à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 20 (4), 867-874.
- Lechner, N. (1984). Especificando la política. En: J. Vega (comp.), *Teoría y política de América Latina*. México: Libros del CIDE.
- Leclerc- Olive, M. (2009). Temporalidades de la experiencia. Las biografías y sus acontecimientos. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana* [Online] 8, 1-39. Recuperado de <http://www.uia.mx/actividades/publicaciones/iberoforum/8/pdf/NOTAS%20PARA%20EL%20DEBATE/1.Michel.pdf>
- Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (comp.) (2010). *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*. Buenos Aires: Editorial El Colectivo.
- Llovet V. y Litichever, C. (2010). Desigualdad e inclusión social ¿Qué proponen los programas de atención a niños, niñas y adolescentes? En J. Trejo Sánchez, J. Arzate y A. Palermo (coords.), *Desigualdades sociales y ciudadanía desde las culturales juveniles en América Latina*. México: Porrúa y Universidad Autónoma del Estado de México.
- Lumi, S. (1992). Pobreza urbana y atención de la salud. En *La mano izquierda del Estado*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Maceira, D. (2007). *Propuesta de Evaluación de Estrategias de Atención Primaria en Salud. Una aplicación al caso de la Ciudad de Buenos Aires en Atención Primaria en Salud, enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós, Tramas Sociales
- Magulis, M.; Urresti, M. y Lewin (2007). *Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires. Investigaciones desde la dimensión cultural*. Buenos Aires: Biblos Sociedad.
- Mazzeo, V; Lago, M.; Rivero, M. y Zino, N. (2012). ¿Existe relación entre las características socioeconómicas y demográficas de la población y el lugar donde fija su residencia? Una propuesta de zonificación de la Ciudad de Buenos Aires. *Población de Buenos Aires*, 9 (15), 55-70.

Mendes Pereira, A.; Barros de Castro, A.; Malagón Oviedo, R.; Goncalves Barbosa, L.; Duarte Gerassi, C. y L. Giovannella (2012) Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde em Debate*. 36 (94). Pp 482-499.

Mendizábal, N. (2012). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino. (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Ed. Gedisa.

Menéndez, E. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En H. Spinelli (comp.), *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Merklen, D. (2010). *Pobres ciudadanos: las clases populares en la era democrática*. Buenos Aires: Gorla.

Monken, M. y Barsellos, C. (2013). O Território na Promoção e Vigilância em Saúde . En *O território e o processo de saúde-doença*. Recuperado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtp/index.php?id=3&prioridade=3>

Morán, M. (1996). Sociedad, cultura y política: continuidad y novedad en el análisis cultural. *Zona Abierta*, 77/78. 1-30.

Moro, J. (2012). Un abordaje conceptual y metodológico para investigar la gestión sanitaria local. En M. Chiara (comp.), *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Muntaabski, G.; Chera, S.; Daverio, S. y Duré, I. (2001). *El plan de atención primaria de la salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Dirección General de Atención Primaria de la Salud de la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ARGEN010.pdf>

Neiman, G. y Quaranta, G. (2012). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En I. Vasilachis de Gialdino (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Ed. Gedisa.

Nirenberg, O.; Brawerman, J. y Ruiz, V (2003). *Programación y Evaluación de Proyectos Sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

----- (2007). *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Paidós.

Oberti, A. (2009). Lo que queda de la violencia política. A propósito de archivos y testimonios. *Temáticas*, 17 (33/34), 125-148.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2013). Preguntas más frecuentes. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

OPS/OMS (2007). *La renovación de Atención Primaria de la Salud*. Documento de posición. Washington DC.

Oszlak, O. (1983). Los sectores populares y el derecho al espacio urbano. *SCA (Revista de la Sociedad Central de Arquitectos)*, 125. Recuperado de

<http://www.oscarozslak.org.ar/images/articulos-prensa/Los%20sectores%20populares%20y%20el%20derecho%20al%20esp%20urb.pdf>

Pantelides, E. A. (2003). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América latina. *Seminario La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?* CELADE y el Centre de Recherche Populations et Sociétés, Université de Paris X-Nanterre, Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>

Pantelides, E. y Binstock, G. (noviembre 2006). La Fecundidad Adolescente Hoy: Diagnóstico Sociodemográfico. *Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile. Recuperado de <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/5/27255/Binstock.pdf>

Pantelides, E. y Binstock, G. (2007). La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI. *Revista Argentina de Sociología*. 5 (9). Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/ras/v5n9/v5n9a03.pdf>

Portnoy, F. (2005). El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales. En M. Gogna (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Bs. As.: Unicef-CEDES Min. de Salud de la Nación.

Prats I Catalá, J. (1998). Administración pública y desarrollo en América Latina. Un enfoque neoinstitucionalista. *CLAD Reforma y Democracia*.

Reguillo, R. (2012). *Culturas Juveniles: Formas políticas del desencanto*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Ricoeur, P. (2004). Fase documental: la memoria archivada. En *La memoria, la historia, el olvido*. Buenos Aires: FCE.

Schufer, M.; Martellini, P. y Moscovich, L. (2006). Los pediatras y la ley de salud reproductiva. En M. Petracci y S. Ramos (comp.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES – UNFPA.

Silva Paim, J. (2011). *Desafíos de la Salud Colectiva en el Siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Sojo, A. (1990). Naturaleza y selectividad de la política social. *Revista de la CEPAL*, 41. 183-199

Soldano, D. (2008). Vivir en territorios desmembrados. Un estudio sobre la fragmentación socio-espacial y las políticas sociales en el área metropolitana de Buenos Aires (1990-2005). En A. Ziccardi (comp.), *Procesos de urbanización de la pobreza y nuevas formas de exclusión social. Los retos de las políticas sociales de las ciudades latinoamericanas del siglo XXI*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Clacso-Crop.

Solitario, R; Garbus, P y Stolkner, A. (2008). Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Anuario de Investigaciones. Volumen XIV. Buenos Aires: Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones.

- Souza Minayo, M.; Goncalves De Assis, S. y Ramos De Zouza E. (2005). *Evaluación por Triangulación de Métodos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sousa Santos, B. (1998). El Estado, el derecho y la cuestión urbana. En: M. R. Neufeld (comp.), *Antropología Social y Política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento*. Buenos Aires: Eudeba.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva* [online], 6 (3), 275-293. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n3/v6n3a04.pdf>
- Stern, C. (2003). Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso. *Estudios Sociológicos*, XXI (3). Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/598/59806309.pdf>
- Stern, C. y García, E. (1996). Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. *Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad*. El Colegio de México. México.
- STOLKINER, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *El Campo-Psi-Revista de Información especializada*, 3 (10). Recuperado de <http://www.campopsi.com.ar/nuevo/anteriores.htm>
- Stolkiner, A.; Comes, Y. y P. Garbus (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Colectiva*, 16 (6): 2807-2816.
- Testa, M. (1997) Atención ¿primaria o primitiva? de salud. En *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tobar, F. (2001). *Breve historia de la prestación del servicio de salud en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Isalud.
- Torres, L (2012). *Las embarazadas en los centros de salud. Informe de las personas atendidas en el año 2012*. Dto. de Estadísticas de Salud. Dirección General de Planeamiento y Desarrollo Sanitario. Ministerio de Salud. Gob. de la Ciudad de Buenos Aires.
- Urresti, M. (2003) La dimensión cultural del embarazo y la maternidad adolescente. En Margulis y otros: *Juventud, cultura y sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Editorial Biblos
- Urresti, M. y Cecconi S. (2007). Territorios subalternos: una aproximación a los sectores populares urbano. En M. Magulis, M. Urresti y H. Lewin, *Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires. Investigaciones desde la dimensión cultural*. Buenos Aires: Biblos Sociedad.
- Vasilachis de Gialdino, I. (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Vilas, C (1997). De ambulancias, bomberos y policías: La política social del neoliberalismo (Notas para una perspectiva macro). *Desarrollo Económico*. 111-141.

Vilas, C. (2002). El Síndrome de Pantaleón. Política y administración en la Reforma del Estado y la Gestión de Gobierno. Estado, Gestión y Gobierno. *Revista Chilena de Administración Pública*. 1 (1). 46-67.

Vilas, C. (2011). *Después del Neoliberalismo: Estado y procesos políticos en América Latina*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.

Vitale, P. (2009). La ley y la trama: Villas y política pública en la Ciudad. Apuntes sobre la trayectoria del Programa de Radicación, Integración y Transformación de Villas y Núcleos Habitacionales Transitorios. *5° Jornadas de Jóvenes Investigadores*. IIGG. Fac. Ciencias Sociales. UBA.

Wang, L. (2007). Modelos de maternidad: conflictividad en la relación entre médicas y pacientes. En M. Magulis, M. Urresti y H. Lewin, *Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires. Investigaciones desde la dimensión cultural*. Buenos Aires: Biblos Sociedad.

Wright, S. (1998). La politización de la 'cultura'. *Anthropology Today*. 14 (1).

Zamberlin, N. (2005). Percepciones y conductas de las/los adolescentes frente al embarazo y la maternidad/paternidad. En M. Gogna (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: UNICEF-CEDES-Min de Salud de la Nación.

Zicavo, E. (2007). Embarazo adolescente en la Villa 3. En M. Magulis, M. Urresti y H. Lewin, *Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires. Investigaciones desde la dimensión cultural*. Buenos Aires: Biblos Sociedad.

Normativa legal

Lineamientos Normativos para la Atención Integral en Adolescentes - Resolución 542/1997. Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres542_1997.pdf

Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley N° 153/1999.

Ley Orgánica de Comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley N°1.777/2005.

Ordenanza N° 40.997/85 (GCBA) Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud

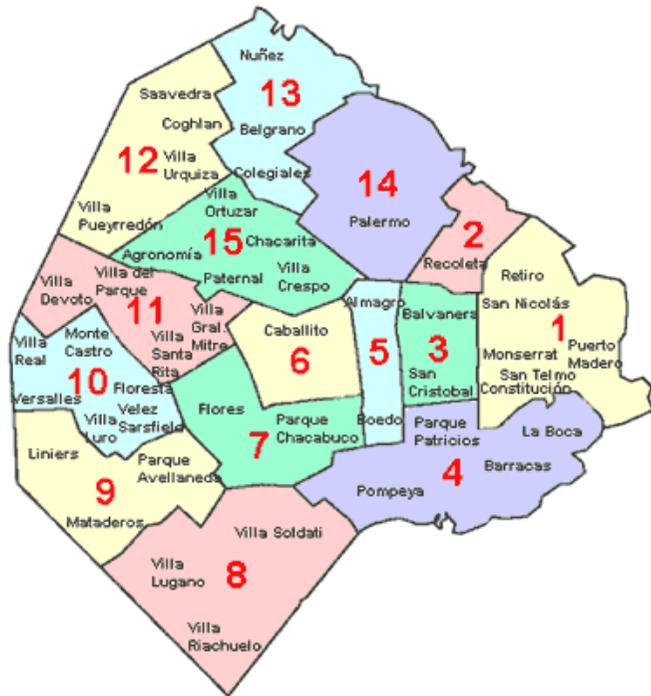
Resolución N° 31/GCABA/MSGC/08 Creación de las Regiones Sanitarias I, II, III y IV

Resolución N° 1304/GCABA/MSGC/11 Áreas Programáticas de Salud de Hospitales Generales de Agudos. Establece la articulación.

Resolución N° 1.751 - MSGC/08 Creación del Programa de Redes de Atención de la Salud y las Redes que lo integran, entre ellas, la Red de Adolescencia.

ANEXO 1

Mapa de la Ciudad de Buenos Aires por Comunas



ANEXO 2

Mapa de la Ciudad de Buenos Aires por Regiones Sanitarias

