

Artículos seleccionados

Temporalidad y territorialidad en el análisis de la configuración de instituciones públicas de salud

Silvia Alejandra Tapia*

Fecha de recepción:	15 de agosto de 2014
Fecha de aceptación:	19 de octubre de 2014
Correspondencia a:	Silvia Alejandra Tapia
Correo electrónico:	silviaatap@hotmail.com

*. Mg. en Políticas Sociales. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Becaria Doctoral en CONICET.

Resumen:

En este trabajo se presentan resultados de mi tesis de Maestría en Políticas Sociales realizada en la Universidad de Buenos Aires, cuyo objetivo fue analizar los procesos de implementación de las políticas de salud orientadas a jóvenes en efectores públicos del primer nivel de atención de barrios populares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). En el abordaje metodológico se optó por la estrategia del estudio de caso, realizando entrevistas en profundidad a profesionales de un centro de salud en un barrio vulnerabilizado de CABA, analizadas según lineamientos de la teoría fundamentada. En este artículo, se analizan dos categorías centrales que hacen referencia a las significaciones acerca de la temporalidad y la territorialidad. Ambas resultaron sustantivas para el análisis de la conformación de los centros de salud en tanto efectores del primer nivel de atención del subsector público de salud. Este abordaje puso de manifiesto la necesidad indagar los procesos socio-históricos en que se configuran dichas instituciones y sus espacios de intervención. Espacios construidos a partir de relaciones de negociación y disputa entre diferentes actores, entendidas como instancias dinámicas y conflictivas. Considerar la mutua constitución del Estado y la sociedad vislumbra el modo en que la

complejidad de las relaciones enmarcadas en dicho proceso, que se sitúan espacial e históricamente, construyen lo público. Las dimensiones de lo temporal y lo territorial se vuelven, entonces, sustantivas para problematizar tanto las significaciones acerca de los procesos en que se desenvuelven las instituciones, como las categorías utilizadas para su análisis.

Palabras clave: Temporalidad - Territorio - Instituciones de salud.

Resumo

Neste trabalho apresento os resultados de minha tese de mestrado em Política Social, realizada na Universidade de Buenos Aires, cujo objetivo foi analisar os processos de execução das políticas de saúde voltadas para os jovens nas instituições de atenção básica de saúde em bairros da Cidade Autónoma de Buenos Aires (CABA). Na abordagem metodológica, foi escolhida a estratégia de estudo de caso e entrevistas com profissionais de um centro de saúde no bairro em situação de vulnerabilidade da CABA foram realizadas e analisadas de acordo com as diretrizes da teoria fundamentada. Neste artigo, duas categorias centrais que referem aos significados da temporalidade e territorialidade são analisadas. Ambas foram fundamentais para análise da constituição dos centros de saúde primários como instituições públicas da atenção básica de saúde. A abordagem destacou a necessidade de pesquisar o processo sócio histórico em que essas instituições e as suas áreas de intervenção são constituídas. Entendam-se as áreas construídas pelas relações de negociação e disputa entre os diferentes atores, como instâncias dinâmicas e conflitantes. O público, portanto, é constituído situado em tempo e espaço, pelas complexas relações do processo da mutua constituição do Estado e da sociedade. As dimensões da temporalidade e territorialidade são, então, fundamentais para problematizar os significados sobre os processos em que as instituições funcionam, como as categorias utilizadas para sua análise.

Palabras chave: temporalidade - território - instituições de saúde.

Introducción

En este trabajo se presentan resultados de la investigación desarrollada en el año 2013 en el marco de mi tesis de Maestría en Políticas Sociales de la Universidad de Buenos Aires¹, cuyo objetivo general consistió en analizar los procesos de implementación de las políticas de salud orientadas a jóvenes² en efectores públicos del primer nivel de atención de barrios populares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

En el abordaje metodológico propuesto -de tipo cualitativo- se optó por la estrategia del estudio de caso, fundamentado en que ésta posibilita la integración de procesos singulares y generales, permiti-

tiendo advertir la interrelación de distintas dimensiones de análisis (Neiman y Quaranta, 2012). Para ello, se seleccionó un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) localizado en las cercanías de la Villa 15, un barrio vulnerabilizado de la CABA. Para la construcción de datos empíricos se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales del centro de salud³, para cuyo análisis se siguieron los lineamientos de la teoría fundamentada, utilizando como auxiliar el software Atlas.ti. De la articulación entre los emergentes de los relatos y el marco conceptual se construyeron categorías centrales y proposiciones emergentes que posibilitaron la expresión de tensiones y conflictos, así como acuerdos y puntos en común (Kornblit et al, 2004; Vacilachis de Gialdino, 2012).

1. La tesis fue aprobada en junio de 2014. Fue realizada bajo la dirección del Dr. Pablo Francisco Di Leo.

2. En adelante, teniendo conciencia de la orientación androcéntrica del español, utilizamos el género masculino en los plurales sólo para facilitar la lectura.

3. El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de febrero y julio de 2013. Se realizaron, previo consentimiento informado, 11 entrevistas semiestructuradas (10 mujeres y un hombre) a profesionales del CESAC (Obstetricia, Nutrición, Odontología, Psicología, Trabajo Social, Medicina General, Pediatría y Adolescencia) que atendieran de manera continuada a jóvenes, en particular, jóvenes embarazadas, cuya atención eran de particular interés en la investigación. Dos de ellos fueron seleccionados como informantes clave en el relato de la historia del centro (antropología y jefatura del CeSAC).

En este trabajo presento el análisis de la configuración de las instituciones de salud en función de dos de las dimensiones que resultaron sustantivas: la temporalidad y la territorialidad. En la primera parte del trabajo se hace referencia a las aproximaciones conceptuales que permiten contextualizar el desarrollo de la segunda parte del artículo. En esta última, se presentan dos de las categorías centrales de la investigación en las que se profundizan las dimensiones vinculadas a lo temporal y lo territorial a la luz del caso estudiado. Esto permitirá vislumbrar la articulación de las particularidades del CeSAC seleccionado y el modo en que han operado en su conformación las transformaciones políticas, económicas, culturales y sociales en el marco de los procesos de reforma neoliberal hasta la actualidad; así como los distintos sentidos y significaciones asociadas al modo en que se constituyeron estos efectores de salud.

Aproximaciones conceptuales: El subsector público de salud y la estrategia de APS en lo local

En el campo de la salud se advierten distintos momentos, incluso en marcos político-sociales diversos, en los que la Atención Primaria de la Salud (APS) se ha sostenido como estrategia para guiar la organización de los servicios de salud en el ámbito del subsector público. En dicho marco, el primer nivel de atención adquirió relevancia como ámbito privilegiado en términos de universalidad y accesibilidad, especialmente, para el cuidado de la salud de la población en situación de mayor vulnerabilidad. No obstante, al mismo tiempo, la desvalorización de lo público y las críticas a la ineficiencia del Estado presentes en el discurso neoliberal, reenviaron sentidos que vincularon a estos efectores con rasgos tales como la atención de menor complejidad, de menor calidad y orientada a la atención de los pobres (Testa, 1997; Fernández, 1999; Ase y Buriyovich, 2009). En el caso argentino, en particular de la CABA, estas contradicciones se expresan en la organización de los servicios de salud que es caracterizada por acciones discontinuas, no planificadas y de acuerdo a lógicas estatales diversas. Así, las políticas han estado orientadas en mayor medi-

da al desarrollo hospitalario de alta complejidad, que fue asociado a rasgos de calidad y prestigio. Mientras que el proceso de conformación de los centros de salud no estuvo integrado en dicha planificación y ha presentado un menor nivel de institucionalización e integración, expresado en la importante heterogeneidad que distingue la constitución de estos efectores (Muntaabski et al, 2001; Tobar, 2001; Duré, 2007).

En el contexto de reformas neoliberales, la utilización de categorías tales como lo local y lo barrial resultaban relevantes en tanto legitimadoras de la presencia de estos efectores de salud en los barrios vulnerabilizados. En dicho proceso la asociación a lo territorial, en particular lo local, devino fundamental en tanto caracterización de la población, de sus problemáticas de salud y también, como espacio privilegiado para el desarrollo de intervenciones consideradas adecuadas, eficaces y eficientes en términos de los supuestos del neoliberalismo. Lejos de ser un mero recorte geográfico-jurisdiccional este espacio manifiesta, en cambio, un entramado de relaciones entre diferentes actores sociales y luchas de poder en la definición de los sentidos vinculados al diseño e implementación de las políticas públicas. Así, en la construcción del territorio y la distribución de la población en el espacio urbano se advierten significaciones diferenciadas acerca de estos territorios, la población que los habita y la localización de los diversos recursos sociales y simbólicos (Cravino, 2009; Chiara, 2011).

En estos procesos de disputa hegemónica por los sentidos, siguiendo los principios del liberalismo clásico, se ha establecido, por otra parte, una visión dicotómica que distingue lo público de lo privado, el Estado de la sociedad civil, invisibilizando así su mutua constitución: "(...) así, privado se entiende, en general, como todo aquello que se sustrae al Estado; de donde se deriva que lo público es equiparable a estatal. Y público es el ámbito de la producción y el intercambio entre particulares libres, lugar -entonces- de los intereses privados (entendido, también, en contraposición a lo público estatal, en su carácter de representante de los intereses generales)" (Grassi, 2003: 16).

Análisis de las categorías centrales: lo temporal y lo territorial

A continuación se presentan las dos categorías centrales que darán cuenta de las implicancias de estos procesos en función del análisis del caso estudiado. En cada categoría se hará referencia a las principales proposiciones emergentes construidas a partir de los relatos.

Lo temporal: situando cambios y continuidades en las prácticas institucionales.

En esta categoría se hace referencia a las significaciones acerca de la conformación de la identidad del centro de salud y los procesos relevantes en su constitución a lo largo de su historia. A partir de los emergentes en los relatos se construyeron las siguientes proposiciones: a) "El presente como expresión de lo que (no) es la identidad del CeSAC"; b) "La situación actual del CeSAC es producto de sus diversos pasados"; c) "Lo edilicio es una dimensión sustantiva en la transición entre el pasado y el presente".

En la proposición a) "El presente como expresión de lo que (no) es la identidad del CeSAC", se puso de manifiesto que al interrogar acerca de los rasgos del CeSAC, sobre todo en el caso de los profesionales más jóvenes, se vuelve necesario reconocer la actualidad del centro como un momento singular, que expresa un quiebre con lo que conocen acerca de su historia anterior. 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 se vuelve 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 estos profesionales. En otros casos, esa referencia al pasado es menor, por no haber formado parte de tales procesos

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 logros, de un trabajo conjunto, de la presencia del CeSAC en el barrio y de las buenas condiciones de trabajo que provee el nuevo edificio en el que funciona el centro.

A su vez, esta actualidad del centro busca también mirar hacia el futuro, a una reconstrucción de eso que fue y que podría ser el CeSAC. Esto resulta posible a partir de una elaboración de nuevas ideas y prácticas, especialmente, de los profesionales más jóvenes que visualizan un posible futuro diferente. Incluso, comienzan a manifestarse esos cambios en la forma de nuevos espacios construidos para la intervención o por el fortalecimiento de los ya existentes. Estos cambios remiten, sin embargo, a un esfuerzo personal y la fuerza de las voluntades de los involucrados, lo que dificulta esa proyección hacia el futuro como proyecto institucional.

Estos entramados narrativos en los que se constituyen y articulan las dimensiones temporales se presentan configurando la identidad del centro de salud. Frente a definiciones estáticas y sustancialistas que conciben la identidad como aquello relacionado con lo individual, lo innato, permanente, esencial, totalizador, se propone considerar los aspectos vinculados a su particularidad, a la vez que aquellos asociados a lo diferente, lo dinámico, lo conflictivo y relacional (Arfuch, 2005).

Así, la identidad es construida en el discurso como parte de la narración que los individuos despliegan para dar cuenta de ella y, en ese proceso, constituir la como tal, al mismo tiempo que la temporalidad en que ésta se despliega. 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).

En la proposición b) "La situación actual del CeSAC es producto de sus diversos pasados", el

pasado relatado 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. 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 la CABA. Resulta posible pensar que los diferentes acontecimientos que se vuelven significativos en los relatos permiten la conformación de los distintos pliegues del pasado. Esto es, 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 temporal⁴ que se constituye a partir de esos acontecimientos (Leclerc-Olive, 2009).

A partir de los relatos tres momentos resultan significativos: 1) los orígenes del CeSAC y el inicio de sus actividades durante las décadas de 1970 y 1980; 2) la década de 1990 y las implicancias de las reformas neoliberales en el espacio de intervención del Centro y 3) el período posterior al 2004 hasta la actualidad, momento de trasladado a un nuevo edificio y los cambios de los últimos años.

El primer período se vincula con la creación del CeSAC en las instalaciones del edificio llamado Elefante Blanco, ubicado en el barrio de Lugano en el sur de la CABA. Se hace mención a un contexto favorecedor a este tipo de iniciativas legitimadas por la estrategia de la APS. La conformación del CeSAC se sitúa en el marco de un proyecto cuyos objetivos se orientaban a la formación de residentes. En sus inicios, debió articularse con las acciones que desarrollaba un grupo de profesionales de un centro de salud, el hospitalito, que ya se encontraba funcionando en ese lugar. Las instalaciones de ese edificio tuvieron su origen en el la creación de un hospital especializado en la atención de la tuberculosis, planificado durante la gestión del primer gobierno de Perón. El desarrollo exitoso de medicamentos

para el tratamiento de tal enfermedad pareció desestimar dicho proyecto. 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.

En aquel período se vislumbran los sentidos negativos con los que se asoció el trabajo en los centros de salud por su ubicación en áreas periféricas y la presencia de pocos profesionales que limitaban la atención a especialidades médicas básicas. En consecuencia, el trabajo en este tipo de efectores no parecía formar parte de las mejores expectativas laborales para los profesionales. Paradójicamente, durante esos años la preeminencia de los discursos que favorecían el despliegue de la APS como estrategia para la organización de los servicios permitió el crecimiento de los centros de salud y su multiplicación durante la década de 1980, especialmente en las zonas más empobrecidas de la Ciudad. En esos años se 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. Sin embargo, en los noventa la posibilidad de sostener este proyecto se volverá una tarea muy difícil. Las transformaciones en el barrio, el aumento de la demanda de atención junto a la escasez de recursos, se plantean como obstáculos para llevar adelante esta propuesta que se sustentaba en principios como la universalidad, la accesibilidad, la integralidad y la participación. El trabajo durante ese período es caracterizado como un momento difícil de afrontar tanto en lo profesional como en lo personal. En esta década, que puede identificarse como el segundo momento significativo en la historia del CeSAC, la estrategia de APS se sostiene aún en el proceso de reformas. Reconocida como APS selectiva, adoptó los rasgos de las políticas delineadas por los organismos internacionales de crédito. Esto

4. 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).

es, como un modo de focalizar la atención en salud para los sectores más empobrecidos (Nirenberg et al, 2003; Grassi, 2008).

Durante los últimos años se manifiestan cambios en el CeSAC vinculados a los cambios en el equipo de salud, en el barrio y su población. Estos cambios hacen referencia a la partida de integrantes del equipo de salud y el ingreso de nuevos profesionales para su reemplazo. Estos eventos son relatados como experiencias dolorosas y conflictivas, que vislumbran obstáculos para la organización del centro y la posibilidad de encuentro entre los profesionales, y de éstos con la población.

En la tercera proposición c) "Lo edilicio en la transición entre el pasado y el presente" hace referencia al modo en que desde su origen, la ubicación del CeSAC en el barrio de Lugano ha respondido a una política sanitaria que, centrada en la estrategia de APS, priorizó la localización de los centros de salud en las zonas de mayor vulnerabilidad socioeconómica. Ahora bien, en muchos casos 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, 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 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 de la CABA en los años ochenta. La inclusión de estos nuevos profesionales no significará, sin embargo, la integración de ambos grupos en un mismo equipo de trabajo.

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 un uso diferenciado del edificio que, al mismo tiempo, expresaba la diferenciación entre los "nuevos" y los "viejos" profesio-

nales. La mención acerca de las distancias las tareas de unos y otros, es reconocida también en la extensión que los distanciaba al interior del Centro y que sumaba dificultad al trabajo conjunto.

Años más tarde, de acuerdo a los relatos, este edificio comienza a deteriorarse producto de la falta de inversión y de las ocupaciones. Esto es visualizado no sólo como parte de la historia la institución sino también, de la historia que atravesaron las villas en la Ciudad. Tal deterioro provocó la necesidad de traslado, que no sería fácilmente atravesado e implicaría una serie de tensiones y negociaciones con autoridades del nivel central, los profesionales y sus gremios, la población y sus referentes barriales. La ubicación del Elefante Blanco también es mencionada como un aspecto significativo, en particular, con respecto a la posibilidad de acceso tanto de la población como de los profesionales. Tras su traslado, la ubicación del CeSAC resultó modificada quedando el nuevo edificio a dos cuadras de su antiguo domicilio, en el límite de la villa y otros barrios. Este traslado implicará un mayor y mejor acceso para los profesionales del centro y para la población de los barrios cercanos. Los efectos de ese cambio, a pesar del afecto por el viejo 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.

Lo territorial: expresión de espacios de vínculos y disputas

En esta categoría se hace referencia al modo en que se ha constituido la relación entre el centro de salud y la población. La historia del barrio y los problemas asociados a éste resultaron sustantivos para el desarrollo de estrategias que plantearon acuerdos y conflictos en el equipo de salud; operando también en la relación con la población. De los relatos se construyeron tres proposiciones emergentes: a) "La singularidad del barrio deviene de su condición de vulnerabilidad y marginalidad"; b) "Las transformaciones en el barrio han fundamentado las modalidades de intervención"; c) "El traslado del centro incidió en el vínculo entre la población y el equipo de salud"

En torno a la proposición a) “La singularidad del barrio deviene de su condición de vulnerabilidad y marginalidad” se puso de manifiesto que en la configuración de la identidad del CeSAC estudiado el vínculo con el barrio se destacó como un aspecto sustantivo. Así, los profesionales del equipo de salud reconocen al territorio donde se inserta el centro como el espacio en el que se sitúa la población hacia la cual dirigir sus acciones. Esto responde también al marco en el que se han fundamentado tales prácticas, en los que la estrategia de APS se ha adoptado como referencia teórica para sustentar las intervenciones, siendo lo local y lo comunitario ejes fundamentales.

Al referirse a esa población, sus rasgos y problemáticas se aludió a quienes residen en la Villa 15, o como es llamada, Ciudad Oculta. Al describirlo, predominan sentidos vinculados a la vulnerabilidad y la marginalidad como rasgos que lo distinguen de otros sectores de la Ciudad y que limitan el acceso a recursos. La salida del barrio se presenta con obstáculos para acceder a otros sectores de la Ciudad y sus recursos, sobre todo, en lo educativo y lo laboral, dificultados por la estigmatización hacia las villas, a las que se vincula con la peligrosidad y la marginalidad. Así, la diferenciación socio-espacial, como señala Cristina 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.

Se destacó, además, la importante presencia de población migrante, especialmente de países de la región como Bolivia, Paraguay y Perú. La situación de los migrantes del barrio fue, a su vez, comparada con el resto de la población, ubicándolos en situación de mayor vulnerabilidad por lo inherente a la inserción en un nuevo lugar y las dificultades que esto conlleva. La cuestión migratoria se presentó como una problemática a ser considerada de manera específica, pero también, como condición transversal en la atención de los problemas de salud que se reconocen en la población que concurre al CeSAC.

En segundo lugar, la proposición b) “Las transformaciones en el barrio han fundamentado las modalidades de intervención” plantea el modo en que en las fronteras simbólicas que separan el adentro y el afuera del barrio, se crearon también entre éste y el CeSAC. Las problemáticas visualizadas en distintos momentos históricos han sido utilizadas como argumentos para legitimar tanto la necesidad de salir al barrio para su comprensión y atención -sustentándose en los principios de la APS- como el repliegue dentro del centro frente a las dificultades para el desarrollo de acciones fuera de la institución.

En los relatos, las problemáticas de salud prevalentes fueron vinculadas a las condiciones de vida. Sin embargo, se distinguieron significaciones diversas acerca de las problemáticas de salud del barrio en contraste con el resto de la Ciudad, así como su continuidad/discontinuidad a lo largo de su historia.

Con respecto a la continuidad/discontinuidad se identifica un momento de ruptura tras las políticas expulsivas ejecutadas durante los gobiernos dictatoriales en 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). Paradójicamente, en ese mismo período, se creaban los centros de salud en estos barrios siguiendo los principios de la APS, legitimando el contacto con la población, promoviendo sus derechos y participación, así como la accesibilidad a los servicios.

Así al reflexionar acerca de las intervenciones estatales hacia las villas durante ese período, Natalia Jauri retomando a Oscar Oszlak, señala: “(...) 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 esquizopolíticas⁵ (Jauri, 2011: 4).

Al iniciar la década de 1980 se perciben transformaciones en el barrio: el retorno de su población y su crecimiento, lo que se manifestaba en todas las villas de la Ciudad. Estos cambios posicionaban a las profesionales frente a un barrio distinto por el número de su población y sus nuevas problemáticas vinculadas a las drogas, la violencia y la inseguridad. En los noventa e inicios de 2000, se reconocen formas nuevas y diferentes de habitar ese territorio y hacer uso de lo público a partir de las condiciones que imponía la violencia y los circuitos de la droga, momentos en los que, de acuerdo a los relatos, aumentaba la desocupación y la profundización de la escasez de recursos. En la actualidad, para los entrevistados, tales problemáticas se plantean con una mayor complejidad, desafiando la intervención desde el sector salud. 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. Los abordajes de tales problemáticas parecen también sostenerse en el tiempo, expresando conflictos entre los profesionales en cuanto a la necesidad de salir o, por el contrario, protegerse del barrio en el que se manifiestan hechos de inseguridad. Esto ha generado conflictos entre los profesionales por la necesidad de salir o, por el contrario, protegerse del mismo. Los diferentes criterios se expresan al planificar actividades en cada servicio: la generación de una demanda a partir de la salida al territorio que puede exceder la capacidad de respuesta del centro por los insumos y recursos humanos disponibles o la necesidad de salir y construir vínculos con la población que no puede llegar al CeSAC. Sólo en el caso de lo que llaman las adicciones se encuentran mayores coincidencias con

respecto a los criterios y las estrategias desarrolladas, vinculadas a un trabajo en red con otras instituciones gubernamentales y otros actores significativos en el barrio como los promotores de salud, la capilla, la radio y los comedores.

Resulta sustantivo el lugar que se otorga a los promotores de salud que actúan como mediadores, 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, según relatos de uno de los entrevistados, a partir de la obtención de una beca algunas personas del barrio se formaron para la realización de actividades ligadas a lo preventivo-promocional.

En la última proposición, c) "El traslado del centro incidió en el vínculo entre la población y el equipo de salud", se hace referencia al modo en que lo edilicio devino fundamental para la comprensión de los cambios ocurridos en el centro y su vínculo con el barrio. La cuestión edilicia y su ubicación son entendidas en tanto espacios productores de prácticas sociales y no meros escenarios (Cravino, 2009). El momento de traslado del edificio del CeSAC pudo observarse como un hito en la construcción del vínculo con distintos actores.

Durante los últimos años en los que el CESAC funcionaba en la estructura de su primer edificio, sus instalaciones comenzaron a deteriorarse tras la ocupación de los espacios que habían quedado vacíos. Estas ocupaciones fueron leídas como resultado de acuerdos políticos que comenzaban a gestarse en las villas para la generación de negocios inmobiliarios no legales. En esos momentos se plantean mayores obstáculos para la gestión habitual de las tareas del centro, por lo que debió ser trasladado a un nuevo edificio.

La configuración de fuerzas políticas y sociales en la lucha por el espacio que dejaba y el que bus-

5. 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).

caba ocupar el nuevo CESAC, pone de manifiesto la presencia de actores sociales y estatales con diversos intereses y capacidades de negociación: los profesionales del centro de salud, sus representaciones gremiales, los funcionarios del nivel central y los referentes barriales. Cabe señalar que en la construcción de los territorios operan la influencia y control de diversos actores que se disputan el poder sobre determinadas áreas, como en el caso de las villas donde, sin embargo, el Estado opera de manera diferencial⁶ (Vitale, 2009).

En cuanto al proceso de traslado a un nuevo edificio, se distingue un primer momento con una presencia muy activa de la población en defensa del centro. Este vínculo se verá deteriorado tras las promesas incumplidas por parte de funcionarios que habían asegurado, entre otras cosas, una mayor extensión horaria o el funcionamiento de una guardia, promesas que los profesionales señalan como algo desconocido para ellos. Por otro lado, se había constituido un imaginario acerca del nuevo centro de salud que habría generado un alto nivel de desconfianza, por temor a la partida de los profesionales y la creación de un pseudo-hospital en lugar del centro.

Reflexiones finales

La construcción de la experiencia de trabajo actual en el CeSAC y la caracterización de lo que distingue al centro de salud trajo como dimensión sustantiva la construcción de su pasado, su historia, como parte del presente y de la identidad de la institución.

Las significaciones acerca del pasado se tornan productoras de experiencias, de modalidades de trabajo, de organización, pero también de conflictos y de divisiones históricas que se reproducen en el presente. 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 y encuentros entre personas y lugares de intervención.

En dicho proceso el vínculo con el barrio se destaca como punto central en la conformación del CeSAC y sus modalidades de intervención. La construcción de este vínculo se ha caracterizado por momentos de tensión y desconfianza; y al mismo tiempo, de apoyo y lucha conjunta. Allí han participado de diversas maneras las organizaciones sociales y sus referentes, así como otras instancias gubernamentales correspondientes a otras áreas. Éstos han actuado de manera articulada en algunos casos, pero también, en función de sus intereses y capacidades de negociación, han limitado el desarrollo de estrategias conjuntas.

Por otra parte, las transformaciones en el barrio son visualizadas, de acuerdo al momento histórico, limitando o facilitando el desarrollo de estrategias, especialmente las vinculadas a las acciones de prevención y promoción de la salud. Por un lado, permiten fundamentar intervenciones, respondiendo a lo que se entiende como responsabilidades de un efector enmarcado en la estrategia de APS, al integrar otros espacios y actores por fuera de la estructura del centro de salud. Y por otra parte, se constituyen en condiciones de peligro e inseguridad para el equipo por lo que resulta preciso permanecer dentro del CeSAC y aguardar a que la población se acerque, centrandó la atención mayormente en lo asistencial y lo individual.

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

6. "(...) 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 el cuidado de la salud de esta población. Y a la vez, son protagonistas de sus propias transformaciones en sus instalaciones, sus rasgos organizativos y la conformación del equipo, posibles de ser comprendidas vislumbrando los acuerdos y tensiones con otros actores que actúan en el territorio al que pertenece el centro.

En síntesis, analizar la conformación del centro de salud seleccionado y las prácticas desarrolladas por su equipo de profesionales, puso de manifiesto la necesidad de indagar los procesos socio-históricos en que se configuraron la institución y sus espacios de intervención. Espacios construidos a partir de relaciones de negociación y disputas entre diferentes actores que deben ser entendidas como instancias dinámicas y conflictivas.

En tal sentido, considerar la mutua constitución del Estado y la sociedad permite comprender el modo en que la complejidad de las relaciones enmarcadas en dicho proceso, que se sitúan espacial e históricamente, construyen lo público.

De este modo, reflexionar acerca de la configuración de las instituciones del subsector público de salud supone, al mismo tiempo, cuestionar las concepciones que han sido tomadas como verdades incuestionables al pensar el Estado y lo público. Aquí, las dimensiones de la temporalidad y la territorialidad se vuelven sustantivas para problematizar tanto los sentidos y significaciones asociadas a los procesos en que se desenvuelven las instituciones, como también las categorías utilizadas para su análisis.

Bibliografía

- Arfuch, L. (2005). *Problemáticas de la identidad*. En *Identidades, sujetos y subjetividades*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- 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.
- Carman, M. (agosto 2005). *Las fronteras de lo natural y las fronteras de lo humano*. Terceras Jornadas de Investigadores en Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- 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.
- Cravino, M. C. (2009). *Vivir en la villa*. Relatos, trayectorias y estrategias habitacionales. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- 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.
- Fernández, A. (1999). Introducción. En *Instituciones Estalladas*. Buenos Aires: Eudeba.
- 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.
- Grassi, E. (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.
- Jauri, N. (2011). *Las villas de la ciudad de Buenos Aires: una historia de promesas incumplidas*. *Question*. Revista Especializada en Periodismo y Comunicación. 1 (29).
- Kornblit, A., Guffanti, S. y M. Verardi (2004). *La experiencia en comunidades terapéuticas desde la voz de los usuarios*. En *Nuevos estudios sobre drogadicción*. Buenos Aires: Biblos.
- Leclerc- Olive, M. (2009). *Temporalidades de la experiencia. Las biografías y sus acontecimientos*. Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana [On line] 8, 1-39. Recuperado de <http://www.uia.mx/actividades/publicaciones/iberoforum/8/pdf/NOTAS%20PARA%20EL%22DEBATE/1.Michel.pdf>
- 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 Secretaría 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.
- 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.
- 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. 5º Jornadas de Jóvenes Investigadores. IIGG. Fac. Ciencias Sociales. UBA.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2012). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Ed. Gedisa.

