



Estudios / Investigaciones

**POLÍTICAS SOCIALES,
DESIGUALDADES
Y VULNERABILIDADES**

Estudios de caso en el Gran La Plata

*María Susana Ortale
María Eugenia Rausky
(compiladoras)*

FaHCE
FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACION



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

POLÍTICAS SOCIALES, DESIGUALDADES Y VULNERABILIDADES

Estudios de caso en el Gran La Plata

María Susana Ortale
María Eugenia Rausky
(compiladoras)

Esta publicación ha sido sometida a evaluación interna y externa organizada por la Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata.

Diseño: D.C.V. Federico Banzato

Diseño de tapa: D.G.P. Daniela Nuesch

Corrección de estilo: Lea Hafter

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina

©2018 Universidad Nacional de La Plata

ISBN 978-950-34-1641-9

Colección Estudios/Investigaciones, 66

Cita sugerida: Ortale, S. y Rausky, M. E. (Coords). (2018). *Políticas sociales, desigualdades y vulnerabilidades: Estudios de caso en el Gran La Plata*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (Estudios/Investigaciones ; 66). Recuperado de <https://libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/114>



Licencia Creative Commons 4.0 Internacional
(Atribución-No comercial-Compartir igual)

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Decana

Prof. Ana Julia Ramírez

Vicedecano

Dr. Mauricio Chama

Secretario de Asuntos Académicos

Prof. Hernán Sorgentini

Secretario de Posgrado

Dr. Fabio Espósito

Secretaria de Investigación

Dra. Laura Rovelli

Secretario de Extensión Universitaria

Mg. Jerónimo Pinedo

Prosecretario de Gestión Editorial y Difusión

Dr. Guillermo Banzato

Índice

Introducción	
<i>María Susana Ortale y María Eugenia Rausky</i>	7
Detrás de las callejeadas. Políticas destinadas a niños/as en situación de calle en La Plata, 1983-2015	
<i>María Eugenia Rausky, María Laura Crego y María Laura Peiró</i>	23
“ <i>Me tiene que salir la sin aportes</i> ”: Políticas de transferencia de ingreso a la vejez en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social	
<i>Florencia Bravo Almonacid</i>	59
Salud pública y atención primaria de salud. Las intervenciones en una localidad de la periferia de La Plata durante 2010-2015	
<i>Diana Weingast</i>	83
Derechos de mujeres y prácticas médicas. Humanización de la atención médica de partos	
<i>Belén Castrillo</i>	115
Voces en disputa. Abortos no punibles en Argentina: análisis de los argumentos sostenidos por referentes de los sistemas de salud y justicia	
<i>Hernán Caneva</i>	151

Las políticas de conciliación trabajo/ familia: una materia pendiente en Argentina. Análisis a partir de las gestiones empresariales desarrolladas en una empresa petrolera en los últimos 40 años <i>Leticia Muñiz Terra</i>	179
Respuestas egoístas a propuestas altruistas. Consideraciones sobre destinatarios de programas de economía social <i>Matías J. Iucci</i>	199
El problema del acceso a la vivienda en sectores pobres: un estudio sobre la implementación del Programa Federal de Viviendas en la periferia de la ciudad de La Plata <i>Amalia Eguía, Susana Ortale y María Eugenia Rausky</i>	217
Los autores	243

Introducción

María Susana Ortale y María Eugenia Rausky

Presentación

Este libro es resultado de estudios realizados en el marco de dos proyectos de investigación: “Políticas sociales en el Gran La Plata. Estudios de caso y reflexiones teórico-metodológicas” (2014-2015), acreditado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y “Género y edad en estudios de caso sobre pobreza y políticas sociales en el Gran La Plata (2007-2014)” (PIP CONICET 2012-2014).

Ambos¹ estuvieron radicados en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS), unidad de investigación del Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS, UNLP/ CONICET) y de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP.

Los objetivos de tales proyectos tuvieron continuidad con el interés del equipo en problemáticas que conjugan pobreza, desigualdad y políticas sociales, sobre las cuales venimos trabajando desde larga data y cuyo interés siempre ha sido develar la heterogeneidad de experiencias de quienes ocupan las posiciones más desfavorecidas de la sociedad; los mismos estuvieron dirigidos a analizar las políticas sociales implementadas en el Gran La Plata y sus efectos en las modalidades de participación de los distintos actores involucrados, en sus relaciones, en las condiciones de vida de los hogares y/o de sus miembros, considerando las particularidades étnico-nacionales, etarias y de género. El interés cognitivo estuvo ligado, además,

¹ Dirigidos por la Dra. Amalia C. Eguía y la Dra. María Susana Ortale.

al propósito de contribuir a orientar acciones del Estado encaminadas a reducir la pobreza y a remover desigualdades de distinto tipo en ámbitos domésticos, barriales y laborales.

Si bien el período abarcado se concentra en las políticas implementadas entre 2003 y 2015, algunas indagaciones se retrotraen al inicio del período democrático posterior a la última dictadura militar. Tal historización se justifica en la necesidad de reconstruir los procesos y contextos que permiten comprender los sentidos –no lineales ni unívocos– de las intervenciones sociales sobre determinada cuestión social para arribar al entendimiento de las mismas en la actualidad. Dichas aproximaciones develan los procesos conducentes a forjar determinadas representaciones (sobre los niños, el trabajo) alertando sobre miradas estáticas y ahistóricas sobre grupos, instituciones, cuestiones sociales. Frente a ellas, que suelen anclar interpretaciones en categorías fijas, abren la mirada a las posibilidades de agencia de sujetos y grupos.

De tal modo, y siguiendo a Oszlak y O'Donnell:

(...) las sucesivas políticas o tomas de posición de diferentes actores frente a la cuestión y la trama de interacciones que se van produciendo alrededor de la misma, definen y encuadran un proceso social que puede constituirse en privilegiado objeto de análisis para acceder a un conocimiento más informado sobre el Estado y la sociedad (...) y sus mutuas interrelaciones (1984, p. 108).

Orientación general de las políticas sociales del período

Con relación al período de los gobiernos kirchneristas, se reconoce ampliamente que los procesos de movilización social previos, acontecidos en nuestro país a partir de 2001 permitieron visibilizar en el espacio público un sinnúmero de reclamos por derechos al trabajo, a la salud, a la alimentación, a la vivienda. Distintas organizaciones, muchas de ellas políticas, comenzaron a desarrollar actividades territoriales relacionadas con problemáticas relativas a la inestabilidad laboral, irregularidad en la tenencia de la vivienda, precarias condiciones habitacionales y ambientales, desplegando estrategias de sensibilización sobre dichas problemáticas tendientes a su resolución, incluyendo acciones territoriales y la movilización de vecinos en los barrios.

Frente a las políticas desarrolladas en la etapa previa –en las que, tal como plantea Fernández Soto (2009), el sujeto de la política social es el pobre individualizado, ubicado en los límites de la supervivencia física, repelido de los mecanismos de integración del mercado de trabajo, sujeto definido no por los derechos que posee, sino por las carencias que individualmente demuestra, o que exhiben las zonas donde territorialmente sobrevive–, a partir de 2003 el Estado promovió políticas sociales que se diferenciaban de las previas *anteriores* (fragmentadas, asistencialistas y enfocadas a paliar la pobreza extrema) proponiendo afianzar un sistema integral de protección social que garantizara los derechos económicos, sociales y culturales, atendiendo a las contingencias que afectan a las personas en las diversas etapas de la vida, y a aquellos derechos incumplidos que reclamaban respuesta (derecho al trabajo *decente* y a un hábitat *digno*). Las mismas aspiraban a tener un carácter universal y a consolidar un modelo de ciudadanía emancipada (Bustelo, 1998). En su definición, y en la implementación de los programas, subyacían los compromisos internacionales asumidos y ratificados por nuestro país y demandas de diversas organizaciones de la sociedad civil.

Trabajo y familia –instituidos tradicionalmente como dominios naturales de varones y mujeres respectivamente– fueron los ámbitos centrales que guiaron la orientación de las acciones de desarrollo social en el país, acompañadas de políticas que buscaron fortalecer los servicios sociales universales de salud pública y, especialmente, en el ámbito de la educación. Todas ellas se acompañaron de un fuerte reconocimiento de la participación de las organizaciones de la sociedad civil en su desarrollo y del lenguaje de derechos (Arcidiácono y Zibecchi, 2008).

La estrategia oficial plantearía a las políticas laborales como un instrumento prioritario para lograr mayores niveles de inclusión social y ellas se constituirían inicialmente en el principal mecanismo articulador de la política social. A partir de esta lógica se buscaría incrementar el empleo formal como el eje de la integración social y de la expansión de las coberturas sociales, sin descuidar el sostenimiento de los programas de transferencia de ingreso.

En el año 2009, luego de la crisis mundial, el gobierno nacional reorientó las políticas socio-laborales iniciadas en el año 2003. Es así como en el marco del Plan Nacional de Desarrollo Local y Economía Social, se lanzó el Programa Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja” (PIScT), teniendo como

requisito conformar cooperativas de trabajo. El propósito de este programa fue “la promoción del desarrollo económico y la inclusión social” generando “nuevos puestos de trabajo genuino, con igualdad de oportunidades, fundado en el trabajo organizado y comunitario, incentivando e impulsando la formación de organizaciones sociales de trabajadores”. Integrando el Argentina Trabaja, en 2013 se implementó el programa nacional “Ellas hacen”, destinado a mujeres para formar cooperativas y trabajar en la mejora de sus barrios, capacitarse y terminar sus estudios primarios y/o secundarios. Respecto de esos y otros programas de desarrollo socio-productivo, se plantea el problema de la sostenibilidad de los emprendimientos del sector de la Economía Social (Hoop, 2010).

Los lineamientos iniciales de las políticas laborales, que intentaban ampliar sobre bases más amplias el seguro social contributivo de cuño bismarckiano, se revelaron estructuralmente limitados y escasamente desmercantilizadores, en la medida en que sostenían la centralidad del principio contributivo como eje organizador de la protección social (Alonso y Di Costa, 2011). Con relación a ello, estos autores plantean que el mayor salto en las políticas sociales de la gestión kirchnerista se daría en torno del principio contributivo del seguro social: en la cobertura de jubilaciones y pensiones (“Plan de inclusión provisional”); así como, ya durante la gestión de Cristina Fernández, por la universalización de las asignaciones familiares (Asignación Universal por Hijo). Ambas iniciativas de amplios alcances introducen cambios significativos con el principio contributivo como mecanismo central para acceder a la protección social. Instalan puntos de ruptura con los patrones de funcionamiento tradicionales del sistema de políticas sociales incorporando al compromiso redistributivo a los trabajadores informales y desocupados.

Para el año 2004, más de un 30% de los adultos mayores de 65 años no percibía jubilación. El incremento del número de jubilados y también de beneficiarios de pensiones no contributivas implicó un notable salto en el padrón de jubilados y pensionados, siendo las mujeres las más beneficiadas por esta política.

De tal modo, al estar dentro del ámbito de la seguridad social, cuyo principio de estructuración es la contribución, origina derechos, otorgando el status jurídico de jubilado a grupos antes excluidos.

Si bien la universalización del Plan de Inclusión Previsional ha resultado limitada (aparece garantizado solo para una cohorte) ha sentado las bases para operar una ruptura más amplia con los requisitos ocupacionales como mecanismo de acceso a la protección social.

Respecto de las familias, fue a través de su protección y promoción que se tendía a “la integración social, la protección de los derechos, el desarrollo pleno de todos sus miembros y la inclusión social”. Uno de los núcleos de respuestas oficiales estuvo vinculado con la asistencia alimentaria en diferentes modalidades y otro con la generación de niveles mínimos de ingresos a través de diferentes planes de transferencia con condicionalidades (PTC), cuestionados por algunos autores (Cruces, Epele y Guardia, 2008; Pautassi y Zibecchi, 2010).

Si bien las políticas que había llevado a cabo el Estado durante los primeros años de la gestión kirchnerista (Seguro de Empleo y Capacitación, Plan Familias por la Inclusión Social –producto de la reconversión del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados) produjeron mejoras en la situación socioeconómica de las familias, reduciendo los niveles de pobreza e incrementando la ocupación, todavía persistían situaciones de desigualdad que había que atender.

Los índices de inflación observados a partir de 2007, la brusca desaceleración económica desde el último trimestre de 2008 y el incremento de la pobreza, fueron el acicate para la implementación de otro PTC que instaura también una ruptura con el principio contributivo: la “Asignación Universal por Hijo para la Protección Social” (AUH), focalizado en los niños cuyos padres no fuesen asalariados registrados, extendiendo las asignaciones por hijo a trabajadores informales y a desocupados.

Cabe decir que en 2008 la incidencia de la pobreza en el grupo de 0 a 14 años era muy superior a la incidencia entre los adultos, habiéndose profundizado la brecha respecto de años anteriores (CEPAL, citado por Cecchini y Martínez, 2011). El establecimiento en 2009 de la AUH vino a subsanar tal situación (González, 2010), quebrando la segmentación inequitativa de las transferencias de asignaciones familiares existente hasta el momento.

Se optó así por universalizar un mecanismo de protección social no contributivo a partir del subsistema de la seguridad social, colocando las nuevas asignaciones bajo la administración de este. La AUH representó el reconoci-

miento de un derecho para todos los niños/as, independientemente del lugar que ocupen sus padres en el mercado de trabajo.

Los cambios observados permitieron reparar la principal inequidad que ha caracterizado a la seguridad social latinoamericana y argentina en particular: una cobertura restringida a los trabajadores formales y a quienes pudieran acreditar un historial laboral estable y regular. De aquí que, además del carácter universal, atenúan la desigualdad categorial (Tilly, 2000), puesta de manifiesto en la diferenciación aportante/no aportante. En tal sentido, la noción de desmercantilización resulta útil para caracterizar al Plan de Inclusión Previsional como la Asignación Universal por Hijo.

La condicionalidad de la AUH se sustenta –como otros PTC utilizados por una elevada proporción de países latinoamericanos– en una perspectiva tendiente a aliviar situaciones de pobreza actual pero también y fundamentalmente –y en esto reside su particularidad y diferencia respecto de las políticas previas– a la ruptura de su reproducción generacional.

Estos programas asignan una suma de dinero a las familias de menores recursos para financiar parte de su consumo a cambio de que cumplan ciertas condiciones relacionadas con la inversión en “capital humano”. En general, la mayoría de los mismos condiciona las transferencias al cumplimiento de la asistencia escolar de la población menor de edad y la realización regular de controles de salud en niños y embarazadas. Su meta, además de reducir la pobreza en el corto plazo, es acrecentar el “capital humano” y romper con el “círculo vicioso de la pobreza” en el largo plazo.

En síntesis, las críticas de las que han sido objeto los PTC se relacionan con el haber regresado a las mujeres a la esfera privada, colocándolas en una situación de inferioridad para la participación política y social (Pauttasi, 2009; Zibechi, 2008). También, con el hecho de estar basados en un diseño conceptual que revela una interpretación paternalista y desde arriba de las necesidades de los sectores pobres, cuyos patrones de comportamiento son considerados obstáculos en la superación de la pobreza, por lo que se pretende modificarlos, a través del cumplimiento de una serie de obligaciones a fin de ser merecedores de la ayuda (Bayón, 2013).

Para comprender y dimensionar el alcance de este escenario en términos de avances en el logro de la equidad de género y las conquistas en el campo de los derechos de niños, adolescentes y adultos mayores de hogares pobres

—excluidos normativamente de las lógicas reproductivas y productivas y por tanto subordinados y desiguales en distintos sentidos—, consideramos que el análisis de las relaciones que establecen los individuos en el seno del hogar y en otros ámbitos sociales posibilita desbrozar la complejidad de las desigualdades sociales y de la heterogeneidad de las condiciones de vida en la pobreza.

Con relación a la vida en la pobreza, las implicancias de la concentración de los hogares pobres en sectores periféricos de la ciudad, con infraestructura y servicios deficitarios, en su vida cotidiana, en las sociabilidades, en la salud de sus integrantes, en las relaciones intra y extrabarriales, desempeñan un papel clave en la (re)producción de la desigualdad social. La segregación urbana tiene múltiples repercusiones en la vida social y en la dimensión simbólica de la segregación.

Cabe entonces mencionar otra de las políticas sociales que, reconociendo un piso de protección social alineado a un conjunto de derechos (vivienda, servicios e infraestructuras): el Plan Federal de Viviendas, el que ha contribuido a disminuir el déficit habitacional, facilitando el acceso a una vivienda y ofreciendo soluciones de infraestructura básica.

Asumimos que cualquier iniciativa encaminada a remover desigualdades y a establecer relaciones sociales más equitativas deberá tener en cuenta que todos los espacios (hogar, trabajo, escuela, barrio, instituciones de salud) son productores/reproductores de órdenes de clase, de género, de edad, etc., y que la intervención en alguno de ellos tendrá eco —reacciones, limitaciones, negociaciones— en los otros.

En tanto las desigualdades sociales, étnicas, de género y edad se construyen desde dimensiones económicas y culturales, la identificación analítica de las políticas sesgadas, sea hacia la redistribución o hacia el reconocimiento de las diferentes problemáticas y necesidades de esos grupos, permite identificar en qué medida contribuyen o no a la discriminación y/o al mantenimiento de la desigualdad (Fraser, 1997).

En tal sentido, y como señalamos arriba, en los capítulos se refleja la indagación en las modalidades de participación de hombres y mujeres de distintos grupos de edad, tanto en políticas sectoriales como en programas sociales destinados a grupos específicos y su repercusión, sea en las condiciones de vida de los hogares, en la situación de sus miembros y/o en la conformación de identidades y de relaciones sociales y políticas.

Breves consideraciones sobre los capítulos

Como enunciamos inicialmente, siguiendo las líneas de investigación que llevan adelante los integrantes del equipo, quienes analizan políticas sectoriales (trabajo, salud, educación, alimentación, vivienda) y políticas dirigidas a grupo poblacionales vulnerables (barrios pobres, niños y jóvenes que viven y/o trabajan en la calle, adultos mayores) o las dinámicas entre los actores involucrados (Estado, organizaciones políticas o sociales, referentes barriales, destinatarios), en este libro presentaremos el análisis realizado por algunos de ellos.

Se cree que en el marco de un contexto de *institucionalización* y *formalización* de la política social, se vuelve clave desentrañar las condiciones objetivas y los sentidos implicados en los procesos de implementación de tales políticas.

A fin de comprender y dimensionar el alcance de tal escenario en términos de avances en la superación de la pobreza, de la vulnerabilidad y de la exclusión, en el logro de la equidad de género y de derechos de niños, adolescentes y adultos mayores de hogares pobres –excluidos normativamente de las lógicas reproductivas y productivas y por tanto subordinados y desiguales en distintos sentidos–, planteamos actualizar conocimientos sobre algunas problemáticas previamente indagadas e incorporar otras cuya novedad deriva de cambios legislativos que avanzaron en el reconocimiento de derechos.

La obra contiene el análisis de las siguientes políticas sectoriales: trabajo, salud, educación y vivienda, dirigidas a grupo poblacionales con vulnerabilidades específicas: hogares pobres, niños y jóvenes que viven y/o trabajan en la calle, adultos mayores pobres, mujeres en edad reproductiva. Considerando las desigualdades sociales, étnicas, de género y etarias, se indagan los efectos de las mismas en las condiciones de vida, de trabajo, en las relaciones sociales, en la configuración de identidades, en la consecución de derechos económicos, sociales y culturales, meta de cualquier política social comprometida con el logro de igualdad, inclusión e integración social.

Las investigaciones, más allá de sus diferencias, tienen una perspectiva común, y es la presencia de una mirada socio-antropológica que subraya la necesidad de volver la atención sobre las prácticas, las relaciones sociales y la conformación de las subjetividades de los actores sociales implicados en políticas y programas.

Los capítulos siguen la lógica de los estudios de caso que, tal como señala Stake (2005), es sumamente rica para comprender, por ejemplo, la dinámica y funcionamiento de programas, como lo hace este libro. Se encontrarán –siguiendo la clasificación del autor– estudios de caso intrínsecos, basados en la necesidad de destacar las particularidades del objeto de estudio seleccionado y conocer sobre ese caso particular, y estudios de caso instrumentales, desde los que se destaca la necesidad de comprender procesos generales mediante el estudio de un caso particular, es decir, el caso es la excusa para dar cuenta de procesos generales.

Los trabajos, de carácter cualitativo, se basan en el análisis de múltiples fuentes de recolección y producción de información: datos estadísticos, documentos, observación y entrevistas en profundidad dirigidas a aprehender puntos de vista de destinatarios, funcionarios, técnicos y ejecutores locales de programas sociales.

Los ocho capítulos que lo integran transitan diversas cuestiones.

Con relación a la edad, una de las manifestaciones del tránsito por la experiencia de pobreza durante la infancia y la juventud, está representada por aquellos que viven y/o trabajan en las calles. La preocupación por el estudio de dicho grupo poblacional en el campo de las ciencias sociales muestra un creciente interés por su conocimiento desde al menos los años ochenta del siglo pasado.

Así, el capítulo de María Eugenia Rausky, María Laura Crego y María Laura Peiró focaliza en el análisis de los modos en que el Estado provincial y municipal han problematizado e intervenido sobre los “niños/as en situación de calle” en el ámbito de la ciudad de La Plata desde la recuperación democrática hasta el año 2015. Tal recorrido, basado en la reconstrucción de experiencias locales de intervención estatal, permite visualizar la construcción del problema de los niños en situación de calle en las últimas tres décadas, los abordajes y dispositivos que se propusieron para su atención y las concepciones que subyacen sobre la niñez y la situación de calle.

A su vez, la prolongación de la esperanza de vida ha hecho de la vejez una cuestión social. Esta etapa, caracterizada por la transición a la inactividad laboral y la disminución de las posibilidades de generación autónoma de ingresos, es particularmente problemática cuando se trata de personas pobres. En situaciones de pobreza, la vejez genera situaciones de inseguridad eco-

nómica y una mayor vulnerabilidad, pudiendo ser revertidas solo a partir de acciones estatales de protección social. Tal es la problemática abordada por Florencia Bravo Almonacid. Ella ilustra sobre las políticas de transferencias de ingreso contributivas y no contributivas dirigidas a los adultos mayores: el Programa de Inclusión Previsional, la Pensión No Contributiva a la Vejez (PNCV), el Servicio Socio Sanitario para la Tercera Edad (SATE), implementadas por distintos organismos y niveles de gobierno en el partido de La Plata. La información secundaria referida a la cobertura de los mismos, se acompaña de aquella que permite comprender las formas de acceso a los programas, las barreras que lo limitan y su importancia en las condiciones de vida de las personas mayores.

El bloque de capítulos que podríamos ubicar en el campo de la salud advierten de manera elocuente sobre la potencia que tiene aún en la organización social la naturalización del rol de las mujeres en la reproducción y en el cuidado infantil. A partir de un minucioso y prolongado trabajo etnográfico, Diana Weingast analiza el desarrollo de políticas públicas implementadas en un CAPS y sus efectos en el fortalecimiento institucional, en el control de la población, en la manifestación de conflictos entre usuarios y equipo de salud, y en el solapamiento de acciones de los tres niveles de gestión (nacional, provincial y municipal). Permite recrear el proceso de mejoras en la accesibilidad y calidad de la atención y comprender más cabalmente cómo ello se relaciona con los procesos de autoatención de problemas frecuentes en los niños.

Los siguientes capítulos se vinculan con avances legislativos recientes en los derechos sexuales y reproductivos. El capítulo de Belén Castrillo, centrado en el análisis de instrumentos que operativizan la política de humanización de la atención de partos de bajo riesgo, da cuenta de los avances de los cuestionamientos a las prácticas obstétricas hegemónicas en medicina y de los conflictos que ha generado su aplicación en maternidades públicas de La Plata, a las que asisten mayoritariamente mujeres de sectores pobres. En el capítulo de Hernán Caneva sobre abortos no punibles (ANP) en nuestro país se analizan los argumentos sostenidos por referentes de los sistemas de salud y justicia poniendo en foco las apropiaciones e interpretaciones de la ley por parte de estos dos actores. Ellas permiten entender la brecha que separa las normativas que regulan la aplicación de los ANP en nuestro país y su efectiva

realización, limitando el acceso a ANP particularmente a mujeres de grupos vulnerables. Continuando con los problemas que derivan de tal naturalización y que se manifiestan en la participación de las mujeres en el trabajo extradoméstico, Leticia Muñiz Terra y Matías Iucci presentan los resultados de sus estudios, realizados en ámbitos claramente diferentes: la primera en una empresa y el segundo en un ámbito barrial organizado alrededor de políticas de economía social. Muñiz Terra analiza, con profundidad histórica, las políticas de conciliación trabajo/familia habilitadas por una empresa petrolera (YPF). Caracteriza las políticas de gestión de la mano de obra, la organización y el manejo de la fuerza de trabajo a lo largo de tres momentos: la etapa estatal (1970-1991), el período de privatización (1991-2012) y la fase mixta (desde 2012 hasta el presente) con el objetivo de identificar si en tales etapas se desarrollaron estrategias que permitieron a las mujeres la conciliación trabajo/familia, conocer sus particularidades y sus transformaciones en el tiempo. La autora concluye sobre las debilidades de las mismas y sobre los condicionamientos que aún imprime la empresa a la incorporación de las mujeres. Iucci desplaza la indagación del trabajo de las mujeres al territorio en el que tienen anclaje un conjunto de políticas sociales nacionales ligadas a la economía social: Argentina Trabaja y el Banco Popular de la Buena Fe. Su foco además, también desplaza el interés en las posiciones, relaciones e identidades de género involucradas en el trabajo extradoméstico. Recuperando la rica y profunda experiencia de campo llevada a cabo en Berisso, se nutre de la relación entablada con una informante para reflexionar sobre los valores transmitidos por dos programas: solidaridad, altruismo, bien común, confianza, reciprocidad, compromiso, desinterés, etc. Omnipresentes en cualquier política, como en cualquier relación social, ellos sobrevuelan en los otros capítulos sin constituirse en focos de discusión como es aquí el caso. Iucci trata de cuestiones en apariencia transparentes en sus sentidos y manifestaciones, sumamente permeables al sentido común y cuyas interpretaciones, cualesquiera sean, suelen etiquetar maniqueamente tipo de personas en virtud de cualidades morales, y se pregunta acerca de cómo esto es interpretado e incorporado en la vida cotidiana de su informante.

El libro cierra con un capítulo que trata de una política que respondió, al menos parcialmente, a resolver el reconocido déficit habitacional en nuestro país, no solo de viviendas sino también de obras de infraestructura y servi-

cios. El aumento de asentamientos urbanos y villas de emergencia en la década de 1990, especialmente en las periferias de las grandes ciudades (Cravino, del Río y Duarte, 2008) revitalizó las demandas y reivindicaciones sobre el derecho a una vivienda y a un hábitat digno. Las mismas tuvieron como respuesta, a partir de 2004, el desarrollo de un Programa Federal de Viviendas, que se planteó como articulación con programas de empleo, específicamente los vinculados a las cooperativas, reduciendo el desempleo y favoreciendo la paulatina incorporación de trabajadores informales al mercado laboral formal. El “Programa Federal de Construcción de Viviendas” (PFV) incluyó un conjunto de subprogramas, uno de los cuales se implementó en Barrio Esperanza, barrio en el que desarrollamos desde 2001 tareas de investigación y de extensión. Barrio Esperanza representaba una de las tantas configuraciones espaciales producto del desarrollo segregado de la estructura urbana y de modos informales de habitar la ciudad. En el capítulo se caracterizan los cambios que se produjeron en las condiciones de vida y en las relaciones sociales en hogares pobres de dicho barrio a partir de la implementación en 2006 del Subprograma de Urbanización de Villas y Asentamientos Precarios del PFV. Se analiza la forma en que los integrantes de esos hogares experimentaron el pasaje de un asentamiento de viviendas precarias construido sobre tierras fiscales, hacia un barrio urbanizado, con acceso a servicios y con viviendas edificadas con materiales más resistentes, y se reflexiona, con base en distintas acepciones referidas a la inclusión/exclusión social, sobre los efectos del programa en la disminución de la pobreza, en el avance en el derecho a la vivienda y en la constitución de identidades sociales y de estigmatizaciones, que distinguen no solo un nosotros/otros entre el barrio y el afuera sino al interior del primero, vinculadas especialmente a las interacciones cotidianas entre “nacidos y criados” y vecinos de larga data migrantes de países limítrofes.

Cada uno de los capítulos puede dar cuenta de la gran cantidad de problemas sociales irresueltos que emergen en nuestra sociedad y que plantean lógicamente una necesidad de intervención, más aun en un período como el que aquí se analiza, en el que la visión estatista de la sociedad se ha constituido en un rasgo de la época. Analizar el ámbito de las políticas y programas sociales nos ha permitido examinar cómo el Estado va estableciendo y delineando sus agendas y tomando decisiones en distintas esferas de la vida social. Aquí se

evidencian aquellas decisiones ligadas a los intentos por enfrentar la carencia e insuficiencia de ingresos en los sectores pobres, los problemas derivados del déficit habitacional, las dificultades que conlleva la conciliación trabajo-familia, las particularidades de los procesos de salud/atención/enfermedad, en un sentido amplio, los graves inconvenientes a los que grupos de edad vulnerables y dependientes como los niños/as y los adultos mayores se ven expuestos, etc. En este sentido, cada capítulo posibilita dialogar en un nivel muy concreto –los casos de estudio– y pensar acerca de los desafíos que el Estado nacional enfrenta para promover políticas inclusivas. De su lectura transversal se desprenden algunas consideraciones que es necesario destacar. Por un lado, varios de los casos aquí expuestos dejan entrever la necesidad de recuperar las miradas que en torno a estos procesos tienen los diferentes actores que allí participan: los que diseñan, ejecutan, median y son destinatarios de las políticas, quienes evalúan y significan a las mismas de maneras muy disímiles. Consideramos que reunir estas distintas visiones contribuye a delinear un mapa complejo sobre el funcionamiento de las políticas y los programas, así como a poner de manifiesto los límites que, en distintos sentidos, presentan los modelos de políticas diseñados “de arriba hacia abajo” (Guy Peters, 1995). Por otro lado, los casos de estudio también permiten subrayar otra cuestión: la deuda que aún se arrastra para con la sociedad en términos de generar intervenciones públicas integrales que puedan resolver los complejos problemas de las sociedades de nuestro tiempo. Si bien la coordinación no garantiza integralidad per se, sí contribuye a ella, y ese es un problema que evidencian algunos capítulos: propuestas que se superponen, que se discontinúan, que piensan las áreas de la vida social de manera escindida, etc., persistiendo por tanto ciertos patrones tradicionales de funcionamiento de la política social.

Cabe enfatizar que el enfoque de derechos que orientó las políticas del período contribuyó a resignificar y a actualizar discursos sobre “viejos problemas”, expresados en “clave de derechos” (Smulovitz citado en Pautassi y Gamallo, 2012), y ocupó un lugar creciente en el campo de las disputas políticas. Ello permitió la transformación de problemas en demandas, ampliando el alcance de los derechos a prácticas previamente no reguladas y posibilitando judicializar nuevas esferas de la vida social. En concordancia con los planteos de Pautassi y Gamallo (2012), pese a los avances en materia

de reconocimiento de derechos económicos, sociales y culturales, resta un importante camino por recorrer: la persistencia de esquemas asistencialistas, las lógicas clientelares, la falta de participación de los destinatarios de las políticas en su construcción y las falencias en materia de información, no se han sorteado. Así, este libro busca dar indicios para pensar la cuestión social en los últimos tiempos.

Bibliografía

- Alonso, G. y Di Costa, V. (julio, 2011). *Cambios y continuidades en la política social argentina (2003-2010)*. Ponencia presentada en el VI Congreso Argentino de Administración Pública. Resistencia, Chaco.
- Anzorena, C. (2010). Mujeres: destinatarias privilegiadas de los planes sociales de inicios del siglo XXI. Reflexiones desde una perspectiva crítica de género. *Revista Estudios Feministas*, 18.
- Anzorena, C. (2010). Las políticas de género y el género en las políticas a inicios del siglo XXI: una bisagra entre la reducción de las políticas de género y la ampliación de las políticas sociales. *Conflicto social*, 4.
- Arcidiácono, P. y Zibecchi, C. (2008). La sociedad civil y los programas sociales: alcances, limitaciones y desafíos desde un “Enfoque de Derechos”. *Revista electrónica del Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales*, 2.
- Bayón, M. C. (2013). Hacia una sociología de la pobreza: la relevancia de las dimensiones culturales. *Estudios Sociológicos*, 31(31).
- Bustelo, E. (1998). Expansión de la ciudadanía y construcción democrática. En E. Bustelo y A. Minujin (Ed.). *Todos entran: propuesta para sociedades incluyentes*. Bogotá: UNICEF-Santillana.
- Bustos, L. (2009). El lugar de las mujeres pobres: el caso de las beneficiarias de planes sociales. *La Aljaba*, 13.
- Cecchini, S. y Martínez, R. (2011). *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Cravino, C., del Río, J. P. y Duarte, J. I. (octubre, 2008). *Magnitud y crecimiento de las villas y asentamientos en el Área metropolitana de Buenos Aires en los últimos 25 años*. Ponencia presentada en el IV Encuentro de la Red Universitaria Latinoamericana de Cátedras de Vivienda en la Facultad de

- Arquitectura, Urbanismo y Diseño de la UBA. Buenos Aires.
- Cruces, G., Epele, N. y Guardia, L. (2008). Los programas sociales y los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Argentina. *Serie Políticas sociales*, 142.
- Fernández Soto, S. (2009). Políticas de transferencia de ingresos en Argentina: emergencia, desarrollo y transiciones del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados. *Revista de Políticas Públicas*, 13(2).
- Fraser, N. (1997). *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Goren, N. (agosto, 2011). *La Asignación Universal por Hijo. ¿Conquista de nuevos derechos? ¿Viejas o nuevas identidades femeninas?* Ponencia presentada en el 10mo. Congreso Nacional de Estudios del Trabajo en la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA. Buenos Aires.
- González, R. (2010). Programas de Transferencias Condicionadas. La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en Argentina. Instituto para el Desarrollo Económico de América Latina (IDEAL). *Equidad para la Infancia en América Latina*. Recuperado de <http://equidadparalainfancia.org/programas-de-transferencias-condicionadas-la-asignacion-universal-por-hijo-para-proteccion-social-en-argentina-388/index.html>
- Guy Peters, B. (1995). Modelos alternativos del proceso de la política pública: de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo. *Gestión y Política Pública*, 4(2).
- Hoop, M. (2010). *Potencialidades y limitaciones de las políticas de desarrollo productivo en Argentina 2003-2009*. Ponencia presentada en las VI Jornadas de Sociología de la UNLP en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. La Plata.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1984). Estado y Políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. En B. Klisberg y J. Sulbrandt (Comp.), *Para investigar la Administración Pública*. Madrid: INAP.
- Pautassi, L. (2009). *Programas de transferencias condicionadas de ingresos ¿Quién pensó en el cuidado? La experiencia en Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pautassi, L. y Gamallo, G. (Ed.) (2012). *¿Más derechos menos marginaciones?*

- Políticas sociales y bienestar en La Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Pautassi, L. y Zibechi, C. (2010). La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de Transferencias Condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias. *Serie Políticas Sociales*, 159.
- Rodríguez Enríquez, C. (2011). Programas de transferencias condicionadas de ingresos e igualdad de género. ¿Por dónde anda América Latina? *Serie Mujer y Desarrollo*, 109.
- Stake, R. E. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Tilly, C. (2000). *La desigualdad persistente*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Zibecchi, C. (2008). Pobreza, ciudadanía y género. Algunas consideraciones acerca de las mujeres “beneficiarias” de programas de transferencia condicionada de ingresos. *Pensares*, 5.

Salud pública y atención primaria de salud. Las intervenciones en una localidad de la periferia de La Plata durante 2010-2015

Diana Weingast

La salud-enfermedad-atención constituye un problema de interés tanto para las grupos/familias/sujetos como para el Estado; cada uno de ellos interviene desde diferentes lugares y con sus propias lógicas. Desde el Estado se crean y recrean los lineamientos generales de las políticas públicas que por medio de planes y o programas, la adjudicación de recursos y dispositivos institucionales constituyen instancias para la intervención a nivel local. Desde los grupos/familias/sujetos, los eventos de enfermedad conducen a la búsqueda de algún tipo de intervención, ya sea recurriendo a instituciones del sector salud (públicas o privadas), las medicinas alternativas a la biomedicina o la autoatención.

En trabajos anteriores se analizaron las intervenciones de las familias frente a los problemas respiratorios de los niños menores de 5 años considerando los modos de vida, los saberes cotidianos y los procedimientos puestos en juego para prevenir y curar. En las diferentes trayectorias de autoatención, se vislumbraron las lógicas de atención y cuidado familiar, influidas por las intervenciones del sector público de salud. Particularmente, en el caso estudiado, el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) constituía el único prestador de servicios de atención biomédica local (Weingast, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2014a).

A partir de la constatación de la centralidad adquirida por el sector público de salud en la atención de los problemas respiratorios de la población in-

fantil, se decidió enfocar la mirada en el CAPS para comprender, en el marco de las políticas públicas de salud vigentes en el período considerado, cómo se conformaron ciertas lógicas de funcionamiento que habilitaron un creciente control de la población. Asimismo interesaba también, comprender algunas tensiones que, en ocasiones, y alrededor de un creciente fortalecimiento del servicio y de los programas, se generaron entre los usuarios del CAPS y el personal de salud.

Tal como lo expresan diversos documentos nacionales –Acuerdo Federal de Salud del 2003, Plan Federal de Salud 2004-2007, Plan Federal 2010-2016–, la prioridad del Estado es el desarrollo y el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (en adelante EAPS), reconociendo su importancia como organizadora del sistema (los CAPS constituyen la puerta de entrada al sistema público de salud) y como garante del derecho a la salud. En este marco algunos autores señalan que “...el mayor impacto del Ministerio Nacional en el desarrollo de la APS es en los servicios estatales y tiene por población objetivo la que no cuenta con cobertura de los otros subsectores, sin producir modificaciones estructurales en el sistema...” (Stolkiner, Comes y Garbus, 2011, p. 2811).

Con relación a ello, y tal como se desprende del análisis de este caso, las intervenciones del gobierno nacional posneoliberal se centraron en la implementación de planes y/o programas que constituyeron los recursos “disponibles” –aunque negociables– entre los niveles jurisdiccionales. La posibilidad de acceso a esos recursos vino a paliar las inequidades persistentes producto de las características estructurales del sistema de salud, interviniendo en la construcción de estrategias sanitarias municipales aunque no necesariamente apegadas a los lineamientos de los programas y/o planes provinciales y/o nacionales.

El presente capítulo intenta mostrar, desde la reconstrucción de los diferentes momentos por los que atravesó un CAPS localizado en una zona periurbana del Municipio de La Plata, cómo las intervenciones públicas del sector salud desde los distintos niveles jurisdiccionales (nación, provincia y municipio) intervinieron en su organización y funcionamiento y, vinculado a ello, en las relaciones –en ocasiones conflictivas– que involucran al personal de salud, a los usuarios y a referentes políticos locales.

Si bien se trata de un estudio intrínseco de caso, en el sentido señalado por Stake (2007), se espera que la descripción minuciosa que se presenta,

producto de un extenso trabajo de campo, permita a la vez que comprender su unicidad, reflexionar acerca de la implementación de políticas públicas de salud, contemplando contextos y procesos locales.

El texto inicia con un apartado que sucintamente indica algunos lineamientos generales de las políticas públicas de salud, entendiendo que constituyen el marco de ideas que orientan las decisiones y acciones de los gobiernos. Solo se pretende brindar algunas claves que permitan enmarcar la experiencia transitada por este CAPS, al que nos referiremos a veces como la “Salita”. Asimismo, se incluye una breve caracterización de la localidad, elaborada en función de los datos del censo 2010 y de las notas del trabajo de campo. En el segundo apartado se describe la infraestructura de la “Salita” y se analizan tres aspectos: la sala de espera, los medicamentos y las características del personal de salud, ya que mostraron tener una significación particular para los usuarios del CAPS que concurrían para la atención infantil.

El tercer punto se centra en la atención infantil, particularmente invita a conocer cómo se organiza el control y la atención de los niños/as y se caracterizan, a modo de ejemplo, las acciones del personal de salud ante los problemas respiratorios.

Aquí los lineamientos de los programas y las directrices de los organismos públicos de salud constituyen referencias clave que otorgan el marco de sentido donde se inscriben las formas de actuar. Cabe hacer notar que el recorte en la atención infantil y su ejemplificación con los problemas respiratorios se relaciona con el marco general de la investigación, centrado en estos tópicos.

Finalmente, se describe una experiencia de promoción de salud realizada por el CAPS que permite reflexionar sobre la distancia entre una de las metas de las políticas (trascender las funciones de atención médica a través de actividades comunitarias de educación para la salud) y lo que los usuarios desean y/o esperan de los servicios (“ser atendidos”).

Un acercamiento a los lineamientos de las políticas públicas de salud

Desde 2003, las autoridades sanitarias del país, a través de diferentes acuerdos y compromisos –incluida la revitalización del Consejo Federal de Salud (COFESA)– reafirmaron el rol central del Estado (en sus diferentes ni-

veles: nacional, provincial, municipal) como conductor del sistema de salud y de las políticas, argumentando que:

...una política de reforma primordial se traduce en el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y reconociendo su base primordial en la estrategia de atención primaria: éste es el tipo de enfoque considerado como el más efectivo en el mejoramiento de la salud de la población y en el logro de una cobertura más uniforme. De esta forma, la estrategia a seguir es apuntar a asegurar la cobertura efectiva de atención primaria para la población de cada territorio, propiciando su participación responsable y comprometida en el nuevo modelo, privilegiando las acciones en salud (Plan Federal de Salud 2004-2007, s.f., p. 17).

Como se expresa en el fragmento anterior del documento citado y en otros, el eje ordenador del sistema está centrado en la EAPS teniendo un rol protagónico los gobiernos locales (nivel provincial y municipal) como ejecutores a través de "... acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas" (Plan Federal de Salud 2004-2007, s.f., p. 20).

La EAPS fue ratificada como modelo de atención en el Plan Federal 2010-2016 pero "...promoviendo el enfoque por ciclo de vida, impulsando el fortalecimiento de redes de atención según niveles de riesgo" (Plan Federal de Salud 2010-2016, s.f., p. 17). Asimismo, se señala que:

La estrategia de atención primaria de la salud implica una reorganización de los servicios de atención cuyo objetivo último es adecuar las prestaciones de salud a las necesidades y expectativas de las personas. Una condición indispensable para que los sistemas de salud puedan reducir las inequidades, es garantizar a todos el acceso a la atención de salud, disminuyendo la brecha entre la oferta y la demanda. La atención de salud debe brindarse respetando la diversidad cultural, disminuyendo las posibilidades de exclusión (Plan Federal de Salud 2010-2016, s.f., p. 96).

En cuanto a la provincia de Buenos Aires, los lineamientos de la política de salud fueron expresados en el Plan Quinquenal 2011-2015 (en adelante

PQ 2011-15) indicando su enfoque general y las maneras en que se propone intervenir y gestionar. Su documento base se inicia con la siguiente frase adjudicada al gobernador "...hace falta una transformación profunda del sector salud que movilice todas sus fuerzas y las oriente a un proyecto social bonaerense en salud que garantice el acceso equitativo a prestaciones socio-sanitarias de calidad" (PQ 2011-15, s.f.).

El punto de partida lo constituye el Artículo 36, inciso 8 de la constitución provincial donde el Estado se presenta como garante y rector de la salud pública, garantizando el acceso y permanencia de los sectores desfavorecidos (mencionados como pobres) al sistema de salud. Se reconoce que la carencia de protección sanitaria impacta negativamente en las tasas de mortalidad prematura y en un mayor índice de enfermedades y discapacidades. De modo tal se indica que "...es necesario que la salud sea considerada como parte de la denominada protección social" (PQ 2011-15, s.f., p. 32).

En el documento citado, se organizan las políticas de intervención en función de lo que se designan como modelos de gestión, de atención y de financiamiento, cada uno de los cuales enuncia diferentes acciones y objetivos. A los efectos de este trabajo interesa resaltar que, en el marco del modelo de gestión, se planteó el fortalecimiento de la relación de la provincia con los municipios en el espacio del Consejo de Salud Provincial (COSAPRO), mientras que en lo referente al modelo de atención se colocó el énfasis en el fortalecimiento de la EAPS señalando la

... promoción de entornos y hábitos saludables a partir del empoderamiento de las personas y de la comunidad y su relación con el ambiente sano" y "...fortalecer políticas sanitarias destinadas a la protección y cuidado de la salud y a la prevención de enfermedades según necesidades y grupos etarios de población en general y de los trabajadores del sector (PQ 2011-15, s.f., p. 69).

Asimismo se indica que, en la última década, las prestaciones ambulatorias se incrementaron, siendo los efectores municipales los que registraron el mayor aumento: "El primer nivel de atención aumentó su participación relativa en la atención de la demanda alcanzando un 48% contra el 39% que se registraba en los últimos años de la década anterior (2009)" (PQ 2011-15, s.f., p. 65).

A nivel local, los lineamientos de las políticas de salud proceden de la Secretaría de Salud y Medicina Social Municipal cuyas funciones, tal como se indicaba en la página web, consistían en:

- 1.- Planificar las políticas sanitarias tendientes a la mejora de la salud individual y colectiva, utilizando como instrumento esencial la planificación participativa y como marco convocante el principio de solidaridad social;
- 2.- Desarrollar procesos de planificación participativa entre las distintas entidades vinculadas a la salud, así como también articular esfuerzos en forma conjunta y cooperar en la difusión de actividades de interés sanitario y social;
- 3.- Programar, resolver y autorizar la asignación de los recursos correspondientes a la ejecución de los programas y ejecutar las acciones comprendidas dentro de la estrategia de atención primaria de la salud en el ámbito geográfico municipal, integrando sus intervenciones a las de la Secretaría de Desarrollo Social;
- 4.- Coordinar a los efectores provinciales la accesibilidad a los servicios de atención de la salud, tendiendo a asegurar la disponibilidad de la complejidad adecuada para la necesidad que muestre la comunidad;
- 5.- Recorrer periódicamente los Centros de Salud a fin de verificar el eficaz funcionamiento y cumplimiento de normas y procedimientos, así como corroborar problemas o deficiencias funcionales y edilicias.

Teniendo en cuenta estos lineamientos generales y considerando que los CAPS constituyen para el municipio el punto clave de sus intervenciones, se centró la mirada en este espacio institucional que no solo intentó ajustar su accionar a las características generales de las políticas municipales sino que el contexto local le imprimió cierta particularidad a las modalidades de intervención. Se hace esta advertencia porque se considera que lo que a continuación se presenta no refleja necesariamente el accionar y/o lo que sucede en todos los CAPS que se encuentran bajo la jurisdicción del municipio, sino que se lo toma como un caso que interesa por su singularidad y por lo que aporta al conocimiento de la generalidad.

En este sentido, el CAPS que se analiza constituye el único servicio de atención de la localidad pero, al igual que los otros CAPS locales, su forma de organización y funcionamiento están en relación con las directivas generales de la Secretaría de Salud municipal, cuya misión es “establecer los

objetivos de la política sanitaria a desarrollar en el ámbito municipal, a fin de mejorar la calidad de vida de la población sobre la base de los principios de la solidaridad, la participación comunitaria y la justicia social”. No obstante, las maneras en que despliegan las actividades internamente están coordinadas por el/la director/a del CAPS en acuerdo con el personal, habilitadas u obstaculizadas por la estrategia general que emana del organismo de salud municipal.

Un acercamiento al contexto local: análisis del censo y las notas de campo

La localidad donde se asienta el CAPS presenta características significativas para el tema de estudio. Con un total de 4.029 personas (51,4% varones y 48,6% mujeres), el 44,2% de la población se encontraba en situación de NBI. A nivel de partido los datos indican que en esta condición se encontraba el 11,3% de la población.

Los datos censales muestran que el mayor porcentaje (63,4%) de población se ubicaba en el tramo de edad que comprende los 15 a 64 años, predominando los varones (n=1344) respecto de las mujeres (n=1209), le sigue con el 33,1% el grupo de 0-14 años. El 3,5% eran mayores de 65 años, siendo mayoritariamente varones.

El registro de la condición de actividad, único dato que muestra el censo en relación al trabajo, revelaba sobre un total de 2.786 personas que el 72,9% eran ocupados, el 2,7% desocupados y el 24,4% inactivos. Al relacionar la condición de actividad con el sexo se observa una situación de desventaja para las mujeres en las distintas categorías. Por ejemplo, del total de ocupados (n=2032) el 38,9% eran mujeres, mientras que del total de desocupados (n=75) el 78,7% eran mujeres y de la totalidad de los inactivos (n=679) el 70,1% también.

De un total de 1123 hogares, el 80,5% (n=904) eran multipersonales, predominando los hogares nucleares con hijos (47,5%). Cabe destacar que el 9,9% de los hogares presentaban situación de hacinamiento, valor que supera ampliamente al registrado a nivel de partido, que era del 2,2%. El 41% de los hogares presentaban situación de NBI, quintuplicando el valor correspondiente al partido (8,4%).

Con un déficit en servicios públicos comunes, las viviendas contaban con la posibilidad de acceso al servicio eléctrico, no así de gas, dependiendo del gas envasado o leña para cocinar y calefaccionarse. No había agua de red y

algunos pozos estaban contaminados o “vacíos”, por lo que para su suministro se utilizaba una canilla comunitaria o se recurría a vecinos que poseían bomba (Weingast, 2012). Estas cuestiones son centrales a la hora de pensar en los cuidados y atención de la salud que efectúan las familias.

Como se indicó y se desarrollará más adelante, la localidad solo cuenta con un CAPS dependiente del municipio. El hospital de derivación y lugar de referencia para la población, de jurisdicción provincial, se ubica a 45 minutos en transporte público. No hay servicios privados de atención biomédica y tampoco farmacias, por lo que la población en ocasiones se desplaza a las localidades vecinas para la asistencia a centros privados y/o consultorios médicos particulares y para la compra de medicamentos. El centro de salud no cuenta con un servicio propio de ambulancia y cuando se solicita para traslados de urgencia el tiempo de espera es de una hora o más.

A partir de 2010 y hasta 2014, se llevó adelante el trabajo de campo desde una perspectiva etnográfica. La interacción con una diversidad de personas, junto con la información de fuentes secundarias, permitieron reconstruir los diferentes momentos por los que atravesó el CAPS. Dichos momentos remiten a su funcionamiento, incluyendo situaciones conflictivas que involucran al personal de salud, a los usuarios y a referentes políticos locales. Tal aproximación permitió aprehender y relacionar las lógicas que subyacen al uso del CAPS por parte de los usuarios y las modalidades de funcionamiento del mismo en su entorno habitual.

La Salita: un espacio de interacción y circulación de recursos materiales y simbólicos

...el primero de junio del 86, se inauguró la salita esta. Nos vino muy bien, con dentista, con tres médicos. Pero eran otras épocas. Después fuimos teniendo cada vez menos, en lugar de más... con un generalista tuvimos que ir tirando hasta hace 4 o 5 años. Y ahora con esta gestión, se ha mejorado un poco. De hecho creo que hay como tres.... Están pocas horas, pero hay de todo. En cambio, vos venías hace diez años y estuvo una doctora sola que hacía todo... (Delegado Municipal, 2010).

Las palabras del ex funcionario municipal, habitante de la localidad, brindan un panorama general de los diferentes momentos que atravesó el

CAPS. Como se puede apreciar, la situación se fue revirtiendo gradualmente pudiendo dar cuenta de los compromisos asumidos por las autoridades sanitarias respecto al fortalecimiento de los CAPS tanto en su infraestructura, equipamiento e insumos, como en lo concerniente a los recursos humanos.

Las instalaciones edilicias de “La Salita” fueron parte de la sede de una organización social local, ubicada próxima a una ruta nacional. A las dos habitaciones destinadas para sala de reuniones se anexó una construcción, conformando el centro de salud que funcionó hasta mediados de 2015, fecha en que se inauguró el nuevo edificio del CAPS.

Al entrar a la “Salita” se encontraba un recinto rectangular, con escasa iluminación artificial, que cumplía la función de sala de espera y recepción administrativa. Único espacio de circulación pública, contaba con algunas sillas unidas y otras individuales distribuidas entre las paredes laterales y en una doble fila central. La información acerca del funcionamiento, las novedades del centro de salud (ausencia de profesionales, cambios de día y horario de ciertas especialidades, nómina de personas que se desean localizar) junto con la cartelera de difusión de los organismos de salud estaba colgada en las paredes y era renovada según la ocasión.

Desde ese lugar central se visualizaban, hacia el frente, tres recintos que dan a la calle y que funcionaban como espacios destinados a la atención. Uno de ellos era usado como consultorio de las distintas especialidades, otro como sala de enfermería (con una heladera para vacunas, un tubo de oxígeno, una camilla, una mesa y silla) y el tercero estaba equipado para la atención odontológica. Además, había un baño de uso público.

Hacia el contrafrente se ingresaba a la parte más antigua del local, donde se ubicaba un espacio cuadrangular que cumplía la función de depósito donde se guardaban, en armarios metálicos bajo llave, los insumos de enfermería, los medicamentos y las cajas de leche en polvo y maternizada enviadas mensualmente por el Programa Nacer y por la farmacia comunitaria municipal. Este ámbito comunicaba, por un lado, con un consultorio que se usaba para la atención obstétrica; por otro, con una habitación que se usaba como sala de estar y de reunión del personal, un espacio altamente valorado porque permitía tener cierta privacidad a la hora de conversar y discutir sobre cuestiones del trabajo cotidiano. Además, se encontraban la cocina (con un anafe, una piletta y una heladera) y el baño de uso exclusivo para el personal.

“La salita” no disponía de gas natural y su estructura edilicia reflejaba la falta de mantenimiento y su continuo deterioro.

En este contexto, principalmente durante la atención infantil, se visibilizó que la sala de espera, los medicamentos y el personal merecían un tratamiento particular porque constituían aspectos que, por un lado, permitían entender, más allá del “espíritu” de los documentos y directivas oficiales, por qué se utilizaba –o no– la salita, qué se esperaba y/o valoraba de la misma; por otro, permitían captar sentidos que circulaban, se transmitían y difundían, legitimando, contradiciendo o impugnando tanto las prácticas de los usuarios como los saberes expertos.

La sala de espera: un lugar de encuentro y de reproducción de los papeles de género

La sala de espera, además de lo señalado, era un espacio de encuentro e intercambio de información y consejos entre quienes concurrían a la atención o iban a retirar la leche. Además, como se verá más adelante, funcionaba como ámbito para los eventos de promoción de la salud.

Habitualmente predominaban las mujeres; algunas se conocían previamente o tenían algún conocido en común por lo que generaba un espacio para el diálogo de cuestiones cotidianas del barrio, de los vecinos, los parientes y/o los hijos presentes y los que estaban por venir. También, la espera para ser atendidas era una ocasión propicia para comentar sobre distintas actividades como los operativos de vacunación, de documentación, las consecuencias generadas por las ausencias y/o demoras en la atención de los profesionales (acumulación de gente para control, llegadas tarde, charlas previas al inicio de la consulta), los problemas de salud de sus hijos/as, las recomendaciones médicas, o sobre algún evento inesperado como la muerte de un vecino o haber presenciado el fallecimiento de un niño/a. Entre las mujeres madres más jóvenes los temas de conversación rondaban sobre los cuidados infantiles, advirtiendo como peligrosas algunas prácticas culturales habituales como, por ejemplo, sentar al bebe o transportarlo en el aguayo antes del mes, darles ciertos alimentos (Notas de campo, 12/10/12).

En pocas ocasiones se registró la presencia de varones jóvenes y/o adultos. Aquellos que se encontraban esperaban al odontólogo o a la enfermera para alguna curación, aplicación de inyección y/o control de la presión. Los

pocos varones jóvenes acompañaban a su pareja al control obstétrico, acompañamiento que era generalizado ante la realización de estudios por imágenes donde las mujeres explicaron su presencia para “ver al bebe” (Notas de campo, 2013).

En los días y horarios de atención pediátrica, la presencia masculina era minoritaria. Los pocos varones que concurrían con sus parejas permanecían fuera de la sala, no participaban de la consulta médica, ingresando solo las madres con sus hijas e hijos.

La ausencia sistemática de los padres del espacio de la sala de espera, lugar donde se intercambian saberes y se actualizan conocimientos entre pares, reproduce y refuerza su lugar de acompañante. Esa secundarización también era producida y reforzada desde la institución y por el personal de salud, a través de la superposición total o parcial de los horarios de atención con la jornada laboral de los varones y de los mensajes y recomendaciones dirigidos a las mujeres como responsables de la salud infantil.

Esto último se apreciaba en los diferentes materiales (guías, documentos) sobre las infecciones respiratorias dirigidos al personal de salud que, orientados hacia las familias y/o los cuidadores, centraban en las madres las recomendaciones sobre los cuidados domiciliarios, legitimándolas como cuidadoras y gestoras de la salud infantil y responsables del reconocimiento oportuno –o no– de los síntomas, del cumplimiento o incumplimiento de los tratamientos o de la adecuada o inadecuada interpretación de la gravedad de los síntomas.

Durante el trabajo de campo se registraron pocos casos de varones que, en su rol de padres, llevaron a sus hijas al control y/o atención pediátrica porque las madres estaban trabajando, indicando que no era una práctica habitual. En un caso, un padre manifestó su interés por saber cómo estaba su hija

... la mamá encontró laburo, está trabajando en un trabajo fijo, yo trabajo en la quinta y tengo tiempo para hacer lo que yo quiero. (...) Yo la traigo siempre, porque puede perder el turno pero para qué, si yo igual puedo. (...) me entero de todo lo que tiene, lo que le falta, lo que... cómo está su salud, todo. (...) es mi primer hija... vine al control, tienen un año y un mes. (...) en mi casa yo me encargo de cuidarla a ella y de cocinar, des-

pués lo de limpiar, lavar, eso mi señora. Mi señora trabaja en la granja... 8 horas... cuando yo trabajo en la quinta se queda con mi mamá (Varón de 23 años).

En otro, no tuvo opción porque identificó que la niña no se movía

... me volví para darle su lechecita... mi nenita la saqué, no quiso parar, no quiso pararla y ahí me di cuenta... porque ella está caminando, correteando ¡ah! Y ahí me di cuenta no quiso caminar, como mareada debe estar algo, qué sé yo. La alcé yo, aquí afuera la saqué y le puse y ahí tampoco, no quiere, no quiere. (...) después me agarró así duro, me agarró, lloraba nomás. Lloraba, lloraba y después no quiso llorar. Su saliva le tapó la garganta. Ahí me di cuenta. (...) cuando llora yo sé, ya tengo que decir, que algo tiene, de dolor de panza o sino algo debe tener encima (...) miraba arriba no miraba como miraba. Ahora como nadie hay, nadie atiende nada. Derechito a la salita fui, así tal como estoy trabajando así. (...) a las 9, a las 8:30, a las 9 porque a la salita llegué a las 9:30... sí yo voy caminando porque está cerquita. (...) sí que no, asustado, que habrá pasado qué sé yo. Así llegué, le hicieron así. (...) Tampoco yo, sin dinero estuve. Si iba a tener dinero agarraba un remis y me iba directo al hospital. Sin dinero también, no... ella para sus gastos se llevó todo. Solo tenía \$50 fui con eso. (...) allí en la salita llamamos la ambulancia.

La ambulancia demoró dos horas en llegar al CAPS, “yo quedé tres días, después ella se fue... me pidieron permiso, para dos días tengo que firmar algo por eso me quedé no más... porque ella no estaba acá en la casa, no ha podido llegar de Capital. Él [su hijo de 5 años] también se fue a ayudarla a vender las flores” (Varón, 31 años).

Más allá de las circunstancias particulares de los casos mencionados, como se sostuvo en otros trabajos (Weingast, 2013, 2014) la salud infantil es un ámbito sensible tanto para varones como para mujeres, constituyendo un espacio potencial para la promoción, habilitación y refuerzo de prácticas y discursos que tiendan a la corresponsabilidad en el cuidado y atención de los niños/as, por lo que se requiere que las instituciones del sector salud arbitren los medios para garantizarla y/o estimularla.

Los medicamentos: un bien preciado a la hora de consultar

En nuestra sociedad los medicamentos de patente adquieren un lugar central en el proceso de cura de los padecimientos. Sin negar su eficacia en el proceso terapéutico, como advierte Barros (1985), adquieren un valor simbólico que trasciende la acción farmacológica y se relacionan con la confianza depositada en el saber médico técnico y científico por lo que su adquisición y posesión los convierte en un bien estimado. Para las familias, los medicamentos son un recurso que se puede utilizar de manera inmediata pos consulta, en eventos posteriores (incluyendo la autoatención) o constituirse en un recurso de intercambio entre familiares y/o vecinos.

Desde el Estado, la accesibilidad a los medicamentos apareció como parte de la agenda pública con la declaración de la Emergencia Sanitaria Nacional (Decreto N° 486/02). Esta normativa, entre otras cuestiones, incorporó una serie de medidas destinadas a mejorar las condiciones de acceso: la prescripción por nombre genérico, la selectividad en la financiación por los seguros de salud y la provisión pública para la población sin cobertura sanitaria ni recursos para adquirirlos. Esto último originó la creación en el 2002 de Remediar, un programa de provisión pública de medicamentos que apuntó a garantizar el acceso a los medicamentos esenciales y también a jerarquizar la red de APS del país. Como expresó el coordinador general:

...la política nacional de medicamentos, que incluye la provisión gratuita de los mismos, es un poderoso instrumento para mejorar la atención primaria de la salud en todo el país. La nación, las provincias, los municipios, juntos, estamos trabajando para que esta filosofía de la atención sanitaria sea más efectiva. (...) En síntesis, queremos que el botiquín sea un Caballo de Troya, que permita el desembarque de un conjunto de herramientas para fortalecer la estrategia de APS (Tobar, 2003, p. 1).

En la Salita, desde fines de 2002 se recibían mensualmente entre tres y cinco botiquines Remediar que permitían contar con medicamentos básicos para ser suministrados a la población que acudía a la consulta, cuestión central, porque en la localidad, como se señaló más arriba, no había farmacias y la venta de medicamentos en kioscos y/o supermercados está prohibida por la Ley Nacional 26.567 del 2009.

Algunos de los medicamentos (antibióticos y salbutamol) del Remediador eran más utilizados que otros. Los de menor uso se acumulaban siendo objeto de “clearing” (cambiarlos) antes de su vencimiento, situación que se hace extensible a otros centros de salud. El stock de los medicamentos más usados, salbutamol y aerocámaras, se incrementaba con lo enviado por el municipio a través de la farmacia comunitaria y también se complementaba con otros preparados de producción propia (cremas azufradas, lociones) para problemas comunes como la escabiosis y otros problemas de la piel.

Ante la ausencia de medicamentos en la “Salita” las alternativas posibles para las familias eran el hospital más próximo a la localidad, que también recibía los botiquines Remediador y las farmacias ubicadas en las localidades vecinas. Ambas opciones, en virtud de la distancia requerían disponer de recursos para el traslado y, en el caso de las farmacias, de dinero.

Lo tengo que comprar, a veces tiene, a veces te dan, coso, pastillas, remedios, pero casi nunca, tengo que comprar yo cuando me piden algo, o tengo que ir a buscar al Hospital, allá directamente te dan la receta y tenés que ir al Hospital a buscarlo. (...) tengo a mi hermana que trabaja por allá, entonces mi hermana de paso va y busca las cosas. Para parásitos me han dado casi siempre, porque ella es flaquita y querían fijarse si, ¿cómo se llama?, estaba baja de peso, siempre para los parásitos me dieron a buscar, no sé cómo se llaman, dos, tres remedios, siempre me han dado para que busque para ella... (Mujer, 16/7/2009).

...la doctora me receta unas pastillas que trato de comprar yo, no las de marca porque las de marca salen más de 100 pesos, pero trato de comprar las otras que salen 70 pesos y le doy eso. (...) Eso y el PAF, cada seis horas. [El PAF] me lo dieron la última vez que la llevé. [Las pastillas] ... no había, fui al hospital y tampoco había. (...) Sí fui acá y me dijo X:mirá, andá hasta allá que puede ser que consigas. Fui allá pero conseguí nomás las antialérgicas, las otras no las conseguí. (...) las tuve que comprar porque como no había ahí (Mujer, 25/6/12).

...no, no, lo tenía. (...) la última vez que estuvo la salita móvil acá, me habían dado dos Paracetamol, dos Metasona y dos PAF. Y cuando a ella le agarra así, por ejemplo, yo le tengo quince días, le tengo así, cada cuatro horas PAF y cada ocho horas el corticoide. Y me dura, ponele,

el frasquito me dura un mes, ponele, si ella está todo el mes atacada, porque tampoco le excedo eso, porque son tres días nada más... (Mujer, 30/9/2013).

Si bien se implementó un dispositivo importante para el acceso a los medicamentos en sectores vulnerables, como se expresaron en diversos relatos (incluidos los citados), las familias desplegaban diversas estrategias para su obtención: “búsqueda en el hospital público de referencia u otra opción estatal”, “compra con recursos propios”, “pedir prestado a vecinos o parientes”.

Continuidad y discontinuidad de las prestaciones: haciendo foco en el personal

Para el funcionamiento de los CAPS en el marco de la EAPS el Estado otorgó centralidad al fortalecimiento de los recursos humanos a fin de que la población encontrara en esos ámbitos una respuesta a sus problemas y demandas. De manera que, tal como se expresara en una diversidad de documentos, de informes de gestión y programas, adquirió relevancia la presencia de ciertas especialidades clínicas y de personal no médico (enfermeros, trabajadores sociales, promotores, entre otros) para tareas de seguimiento y promoción de la salud.

En la trayectoria de la Salita, durante el trabajo de campo, se identificaron momentos signados por discontinuidades y/o ausencia en la atención de ciertas especialidades básicas, producto de la renuncia del personal, de licencias no cubiertas o la movilidad a otros CAPS. También, se observó la adjudicación de tareas a quienes no contaban con la pericia para su ejercicio. Esto estaba atravesado por una variedad de condiciones laborales ligadas a encuadres institucionales: algunos eran empleados municipales de planta y/o contratados, otros se enmarcaban en el Seguro Público de Salud y/o en el Programa Médicos Comunitarios (PMC), otros integraban las cooperativas de trabajo que prestaban servicios al municipio. Estas distinciones no solo se reflejaban en los diferentes montos de sus ingresos, sino en las actividades que debían ejecutar.

En 2010 la Salita contaba, tres veces por semana de mañana, con una médica para la atención pediátrica, un odontólogo que además fue su director y una médica generalista. A su vez, una obstétrica asistía de lunes a viernes

de mañana y una ginecóloga lo hacía dos veces a la semana. El equipo se completaba con una promotora de salud oriunda de la localidad, dos enfermeras (una de mañana y otra de tarde), una persona para la limpieza y dos administrativas (una de mañana y otra de tarde). De 18 a 7 horas la atención estaba cubierta por una guardia de enfermería.

Dos años después se incorporaron otros profesionales: un médico generalista que prestaba servicios tres veces por semana durante la tarde, una obstetra que cubría el turno de la tarde (quedando la atención de las embarazadas a cargo de dos profesionales), una psicóloga (tres veces a la semana de mañana) y una promotora de salud, quedando las actividades de promoción y las visitas domiciliarias cubiertas por dos personas. Algunos profesionales se mantuvieron, otros fueron trasladados, o renunciaron y se reemplazaron, incorporando una especialista en pediatría. También se incorporó una persona más para las tareas de limpieza.

Por primera vez, en 2013, se contó con una trabajadora social oriunda y residente en la localidad que agilizó ciertas tareas asignadas a la Salita por su conocimiento de las familias y de los referentes locales como así también la demanda de algunas familias que requerían de una “encuesta social” *in situ* a pedido de otras instituciones (por ejemplo, hospital) o para tramitar materiales para mejorar sus viviendas.

En años posteriores continuó el recambio de algunos profesionales y del personal auxiliar (por renunciadas y/o trasladados a otros CAPS) generando discontinuidades en ciertas prestaciones y desconcierto para aquellos usuarios que asignaban a los profesionales del CAPS el lugar de “médico de referencia”.

La continuidad de los profesionales y de los auxiliares era clave tanto para el funcionamiento de la Salita, favoreciendo la articulación de tareas entre aquellos que realizaban diferentes funciones (personal de enfermería y médica pediatra, la obstétrica y la psicóloga principalmente en el caso de las primerizas adolescentes, la médica pediatra y las promotoras), como para los usuarios quienes, particularmente en el caso de la atención de los niños/as, reconocían al profesional del centro de salud como su médico de referencia. Además, la continuidad del profesional, permitía familiarizarse con el perfil de la población que asistía (migrantes e itinerantes de países limítrofes y del interior del país, con patrones culturales diversos que en ocasiones dificultaban la atención).

taba la comunicación) y las problemáticas locales. Pero también contribuyó a afianzar apreciaciones valorativas acerca del desempeño materno que van desde “mamás que se preocupan/ocupan de sus hijos” a “mamás que tienen limitaciones” (ya que no entienden o el profesional tiene dificultades para llegar con sus indicaciones) poniendo en duda la realización de las acciones prescriptas (Nota de campo, 27/6/2013).

En 2015, la Salita contaba con una diversidad de especialidades médicas aunque con días y horarios de atención más restringidos, lo cual, en un contexto sin otras opciones públicas y privadas de atención cercanas, contribuía a la concentración de la demanda.

A lo largo del trabajo de campo, se percibió un incremento de los usuarios del CAPS, especialmente en los horarios en que se efectuaba la atención a niños/as menores de 5 años y embarazadas, cuando se realizaba la vacunación y se entregaba la leche en polvo a embarazadas, nodrizas, niños de 6 meses a 2 años y niños/as con problemas de bajo peso.

El aumento de la demanda, en parte relacionada con las condicionalidades del Plan Nacer y la Asignación Universal por hijo (AUH), tuvo efectos tanto para los profesionales como para la población local. En el caso de los profesionales, implicó la reestructuración en la organización del trabajo que se reflejó en la división de controles de salud entre la médica generalista, quien efectuaba los controles de salud de niños/as de 3 a 14 años y la pediatra que realizaba los controles de los niños/as de 0 a 2 años (Nota de campo, 3/8/15). Para la población, como se verá más adelante, requirió afinar el conocimiento acerca del CAPS, ensayar diferentes estrategias para la atención de eventos inesperados, disponer de más tiempo para ser atendido, contar con recursos económicos para acudir y/o decidir por otras opciones fuera del contexto local.

Una mirada temporal de los recursos humanos del CAPS muestra, en los últimos años, un incremento numérico a través de la incorporación de diversos profesionales con distintas especialidades médicas y no médicas. Si bien, en función de la historia precedente del centro de salud –tal como lo expresó un ex funcionario local–, puede ser leído como una mejora en la oferta del servicio, tal como lo proponen ciertos programas (PMC), no se puede soslayar que las limitaciones en la amplitud horaria de la atención hace que se concentre la población que consulta y/o se autoexcluyan del uso del servicio.

La atención infantil: controlar y curar

El control de la población materno infantil por parte del Estado es de larga data, y sus acciones se han dirigido no solo a la atención de enfermedades sino también al control de la salud. No obstante, tal como han expresado organismos internacionales y nacionales a través de documentos y declaraciones, algunos indicadores estadísticos muestran que las acciones no han sido muy efectivas o no tuvieron los resultados esperados. A raíz de ello el Estado reforzó sus intervenciones con incentivos destinados al personal de salud y por su intermedio a los CAPS como a las familias, a través del cumplimiento de las condicionalidades. Con relación a la AUH, tal como se expresa en *El derecho a la Salud. 200 años de políticas sanitarias en Argentina* del Ministerio de Salud de la Nación,

Desde su puesta en marcha fueron inscriptos cerca de 2 millones de beneficiarios, lo que representa un 70% de crecimiento con respecto a 2008 y un fenomenal aumento en los controles de salud y la vacunación en la población infantil. La incorporación en 2011 de la Asignación Universal por Embarazo –prestación dineraria destinada a mujeres embarazadas sin empleo formal u otra asignación familiar de todo el país–, también ha tenido un positivo impacto en la disminución de la mortalidad materna e infantil, al favorecer el acceso equitativo a las vacunas, los controles de salud y la educación de las mujeres (2012, p. 315).

La Salita organizó la atención a los niños/as menores de 5 años teniendo en cuenta tanto el control del niño sano como la demanda espontánea por enfermedad. El control del niño sano fue organizado a través de turnos previamente asignados, cubriendo una totalidad de diecisiete niños/as cada día de atención pediátrica, mientras que la atención de niños/as enfermos se planteó por orden de llegada, siendo atendidos mayoritariamente por la pediatra, mientras que la médica generalista atendía a los mayores de dos años en caso de mayor demanda.

En el caso particular de los menores de 2 años se implementó un trabajo coordinado entre la enfermera y la pediatra. La enfermera, que también era vacunadora, había sido entrenada para los controles de talla y peso y se encargaba de realizar esas mediciones. Luego, la pediatra, controlaba clínicamente

a los niños/as e indicaba, según correspondiese, estudios de rutina (otoemisiones acústicas, control de vista), las vacunas pertinentes según calendario y evacuaba las dudas/preocupaciones de las madres/padres, brindando indicaciones respecto de la alimentación según la edad de los niños/as y sugerencias acerca de la crianza y el cuidado.

Como se desprende de lo anterior, la práctica médica no se limita a una cuestión técnica, aunque la actividad técnica tiene significado social, sino que implica un proceso de socialización en términos de “inculcación” de ciertos saberes legitimados como correctos. No obstante, cabe decir que, en algunos casos, las madres reconocieron omitir mencionar al médico la realización de ciertas prácticas de crianza porque consideraban que podían ser cuestionadas por el profesional. Esto se reflejó en el diálogo entablado en la entrada del CAPS con una señora (de procedencia boliviana, con dos años de residencia en el país), que esperaba el control de su bebé. El niño de tres meses estaba acostado en el cochecito despierto y sin moverse. Al consultarle sobre esa situación, ella respondió que el niño estaba fajado mostrando cómo lo había hecho y afirmando “...para que esté durito y se haga fuerte sino, sale flojito...”. El diálogo continuó “nosotros nos criamos así... mi mamá hizo lo mismo con nosotros”. Sabiendo que esa costumbre no estaba avalada por la medicina “...la doctora me dijo que no lo hiciera...”, hizo caso omiso a esa indicación porque valoraba positivamente la manera en que “...se crían”. (Nota de campo, 18/4/13).

Finalizado el control, la administrativa, asignaba el próximo turno quedando asentado en la libreta sanitaria del niño. Cabe destacar, tal como lo cotejamos en 2012, que la asignación de nuevos turnos para control de niño sano tuvo un desfase de más de dos meses, situación que demoró en revertirse. Los estudios prescriptos, realizados en el Hospital de Niños Sor María Ludovica, de jurisdicción provincial, requerían turno previo, trámite que efectuaban las promotoras e informaban a las familias el día y horario en que debían concurrir. Si bien este procedimiento puede ser visto como un facilitador para las familias, se registró que la Salita tenía asignados dos días a la semana para solicitar los turnos y un cupo de diez cada vez. Los turnos asignados no siempre eran inmediatos, registrándose una demora de más de un mes en la mayoría de los casos. A esto se sumaban los inconvenientes del centro de salud ya que la tarea estaba condicionada a la presencia de la persona a cargo.

Ante situaciones de enfermedad, los niños/as de 0-5 años eran atendidos por la médica pediatra en función de la demanda y por orden de llegada al centro de salud. Esto hacía que las familias concurrieran con cierta antelación para garantizarse los primeros lugares a pesar de que todos iban a ser atendidos. Las madres llegaban con sus hijos a la Salita por la mañana, media hora antes del inicio de la consulta (7:30 horas) y a la tarde una hora antes (13 horas), por lo que cuando ingresaba el profesional, las madres ya estaban esperando. En ocasiones, si las madres evaluaban que sus hijos no estaban en condiciones para esperar, enviaban a algún familiar cercano (hijo, hermana, madre) para solicitar el turno y llegaban en el momento inmediato para la atención.

En la consulta, la médica atendía, indicaba el tratamiento y prescribía la medicación pertinente teniendo en cuenta la disponibilidad de los mismos en el CAPS y, según el caso, impartía ciertos consejos/recomendaciones. En ocasiones, ciertas recomendaciones médicas no se adecuaban a las condiciones y/o posibilidades materiales de las familias. Los motivos de las consultas eran diversos, tanto las madres como las profesionales mencionaron: diarreas, parásitos, dolor de panza, granitos en el cuerpo (escabiosis), deshidratación (adjudicada por los profesionales al suministro de infusiones con anís estrellaado, paico, manzanilla, yerba de pollo a los niños/as menores de 5 años), dificultades para respirar (bronquiolitis, neumonías, coqueluche), fiebre.

En el caso de los problemas respiratorios, se evaluaba clínicamente al niño/a y ante el registro de episodios recurrentes, se realizaba el rescate. Se trata de un procedimiento técnico controlado por el profesional a través del cual se visibiliza cómo reacciona el bebé/niña/o al tratamiento con salbutamol (aplicación del PAF) y se evalúa si se requiere o no derivar a un centro de mayor complejidad.

Esta forma de actuar concuerda con los procedimientos recomendados por la cartera de salud provincial que, en el marco del Programa Materno Infantil redactó el Módulo de Capacitación en IRAB para el equipo de salud. En él, se plantea que el tratamiento de rescate "...permite conocer en un tiempo corto (2 horas) y ante el equipo médico, la respuesta a la medicación ya que no todo paciente responde favorablemente (puede mantenerse igual y/o empeorar) frente al tratamiento con salbutamol" (Basso y Grad, 2007, p. 11).

Asimismo, los documentos destinados a los equipos de salud expresan sugerencias para los contextos de atención que apuntan a favorecer la predisposición del niño/a y su familia, advirtiéndose que:

Antes de que el niño se retire de la unidad se vuelve a reforzar la información a la madre, utilizando preguntas de verificación, esto significa que no preguntamos para que nos responda SÍ o NO, sino, que le pedimos a la madre que nos explique cómo lo haría ella en su casa, para poder corroborar que nos ha entendido y que el tratamiento está garantizado (Basso y Grad, 2007, p. 27).

Estas indicaciones al personal de salud se fundamentan en que las familias son multiplicadores de información, pero también en el peso que adquieren los procedimientos técnicos para la realización del tratamiento, como se indicó en la “Guía de seguimiento del niño en riesgo” “La técnica correcta es clave para el éxito del tratamiento. La falla en la técnica puede, por sí misma, provocar el fracaso del tratamiento” (2012, p. 8).

Algunas de las madres entrevistadas cuyos hijos presentaban IRAB atravesaron por este tipo de procedimiento tanto en la Salita como en la guardia del hospital.

Como se plantea en las guías, el procedimiento correcto permite descartar si los episodios recurrentes son producto de un error en la administración doméstica del PAF o una falta de respuesta orgánica al tratamiento. Cabe mencionar que en el centro de salud en ocasiones se efectuaron los rescates con otras marcas comerciales de broncodilatadores consideradas de mejor calidad que las que reciben las familias para su realización en el hogar, diferencia que relativizaría el inadecuado procedimiento materno que interviene en la valoración del tratamiento domiciliario.

El fracaso del rescate indica la necesidad de derivación hospitalaria porque se requieren intervenciones y seguimientos que están fuera del alcance del primer nivel de atención. En estos casos, los responsables del niño/a acudían por sus propios medios al Hospital de Niños o a través de la ambulancia solicitada por el centro de salud. La decisión médica dependía del estado de salud del niño/a, de la valoración respecto de la atención brindada por la familia y de la comprensión materna de las indicaciones médicas y su cumplimiento.

En diferentes ocasiones los profesionales del centro, muchos de ellos con una amplia experiencia en el sector público tanto en atención primaria como en instituciones de mayor complejidad, señalaron que “... actúas en el momento pero no sabés qué pasa después...” (Notas de campo, 17/5/12); frase que aludía no solo a la demora en la consulta sino a la continuidad del proceso de atención supeditado a las posibilidades y decisiones del responsable adulto tanto para su regreso al control como a la realización de los estudios indicados. En tal sentido y reconociendo que la distancia a los centros de mayor complejidad constituía un factor importante para cumplir con ciertas indicaciones médicas, la disponibilidad de promotores permitió complementar los procedimientos de rescate durante la consulta con seguimientos domiciliarios de casos a cargo de las mismas.

Los seguimientos domiciliarios: un medio para la vigilancia y el control

Desde el Ministerio de Salud provincial, en 2012, se lanzó el *Plan contra las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB)*. En esa ocasión, tal como lo expresaron los medios de comunicación, el Ministro de Salud provincial señaló: “Esta temporada nos vamos a centrar en la prevención y en el seguimiento domiciliario de los casos de riesgo, a lo que se suma la entrega de medicamentos gratuitos en centros de salud municipales y en los hospitales de la Provincia” (InfoRegión 26/3/12). Para ello, se informó de la distribución de “...280 mil aerosoles de salbutamol en centros de salud y una inversión de 18 millones de pesos para sumar enfermeros y médicos a los establecimientos sanitarios” (InfoRegión, 26/3/2012).

Por su parte, la directora del Plan Materno Infantil Provincial indicó una disminución de casos, atribuyéndolo a la incorporación de la vacuna antigripal al calendario y a las campañas de difusión: “...durante los últimos años hemos generado campañas muy intensas para que los padres mantengan el alerta y consulten al médico frente a los primeros signos de dificultad respiratoria” (InfoRegión, 26/3/12).

En este marco, a través de la *Guía de seguimiento del niño en riesgo en la comunidad* (2012), se expresó, entre otras cuestiones, quiénes eran objeto de seguimiento y cómo debía realizarse el seguimiento domiciliario: periodicidad diaria, conocimiento de la familia acerca de la posesión de insumos

para el tratamiento como la comprensión y verificación de las indicaciones médicas. O sea, se normativizó el seguimiento domiciliario como práctica de intervención de los centros de salud.

En el municipio, esta forma de intervención se explicitó en la modalidad de funcionamiento que adquirió el *Programa de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB)*: “Los hospitales y los CAPS notifican semanalmente a la Secretaría las consultas, derivaciones y/o internaciones de todos los niños registrados que padecen IRAB. Esos datos se procesan y posteriormente se coordina una visita domiciliaria y /o hospitalaria para relevar el estado del niño. Esta tarea es efectuada por los promotores de salud quienes, a su vez, se encargan de hacer un seguimiento semanal. Los datos obtenidos a partir de estos encuentros permiten delinear las acciones concretas a seguir de acuerdo a cada caso”.

En la Salita, los seguimientos domiciliarios realizados por las promotoras de salud provenían de las indicaciones de los profesionales del centro de salud, de las solicitudes de la Secretaría de Salud Municipal y/o por el personal del Hospital, con el propósito de observar, registrar e informar. Ellas visitaban a las familias cuyos niños/as, luego de haber sido atendidos o de haber estado internados, no regresaron al control indicado.

En el marco del programa municipal *Promotores Comunitarios de Salud*, las promotoras fueron capacitadas para el seguimiento de casos de niños/as con bronquiolitis y neumonía. En articulación con el programa IRAB municipal, eran las encargadas de conversar en los hogares con el responsable adulto, habitualmente madres o abuelas, sobre el estado de salud del niño/a, además de completar la planilla de seguimiento domiciliario de IRAB.

El diálogo inicial con las mujeres de las familias rondaba sobre lo indicado por el profesional del centro de salud: asistencia al hospital, qué le dijeron, si efectuó las indicaciones médicas y cómo las realizó. Luego solicitaban ver a los niños/as para observar su forma de respirar y detectar alguna dificultad (“pecho chupado”), revisaban la libreta sanitaria, tomando datos generales de edad, peso y los referidos a los controles (último y próximo). Además, durante la visita brindaban consejos y recomendaban, en función de sus pareceres, la consulta a la Salita o al hospital.

En los primeros acompañamientos realizados durante el trabajo de campo, las promotoras registraban datos generales, particularmente lo asentado

en la libreta, pero a partir de 2014 a ese registro le incorporaron la firma del responsable adulto que informaba como forma de certificar la visita. El cambio se debió a un evento crítico, el fallecimiento de una beba, que puso en cuestión el desempeño del personal del centro de salud.

Los seguimientos domiciliarios también se efectuaron en el marco del Programa municipal *Mamá y Bebés Sanos*, donde las promotoras junto con la obstétrica visitaban a las embarazadas y puérperas que no asistían al control correspondiente. En algunos casos la obstétrica las controlaba en sus hogares, en otros cotejaba la asistencia al control hospitalario, ya que algunas mujeres intercalaban controles en la Salita y en el hospital asignado para el parto.

A través de la organización institucional de la atención pudimos apreciar, por un lado, las intervenciones que el centro de salud despliega para optimizar la atención biomédica y facilitar a la población/usuarios la consulta en los centros públicos de mayor complejidad. Por otro, permitió, en el marco de los lineamientos programáticos, develar las diversas relaciones e interacciones que se conforman entre el personal de salud (profesionales, administrativos y promotores sociales), los usuarios y sus familias, haciendo visibles las maneras en que, a través de los saberes técnicos, se clasifica/tipifica, interpreta y normatiza no solo un “estado” físico-biológico sino una condición sociocultural. No obstante, desde los usuarios/familias la actitud es ambigua, se otorga legitimidad al discurso y práctica biomédica acatando sus recomendaciones pero también se las relativiza desde sus propias lógicas y marcos de posibilidades.

Promoción de la salud: ¿una acción valorada?

La estrategia de atención primaria a la salud, tal como se la plantea desde los organismos nacionales e internacionales, postula trascender la función curativa individual para abarcar una serie de tareas que centradas en la comunidad apuntan, en definitiva, a instaurar y difundir una manera de entender la salud-enfermedad y actuar en consecuencia. Esto se aprecia en los materiales dirigidos a los profesionales del Programa Médicos Comunitarios, donde se expresa:

... un sistema de salud no está enfocado en la atención del órgano o de la enfermedad. En lugar de ello, debe enfocarse a la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, en la proyección de

respuestas a la comunidad local y a su entorno a lo largo de la vida, al tiempo que garantiza que la persona no sufra daños o perjuicios de ningún tipo. (...) Orientación familiar y comunitaria significa que un Sistema de Salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención (*Módulo 5*, p. 83).

En los intentos de instalar una mirada que trascienda lo curativo-individual, la biomedicina en constante expansión mantiene con fuerza su carácter asistencial, porque lo demandan los sujetos que requieren solución a los problemas que padecen y porque el Estado promueve y potencia, a través del financiamiento basado en resultados para los profesionales y con las condicionalidades para las familias.

Sumado a ello, se insiste en la instalación de actividades tendientes a la promoción y prevención con modalidades de intervención cuyo énfasis está puesto en la participación comunitaria como medio o instrumento (Menéndez, 2009), u otras que solo apuntan a impartir conocimiento en los sujetos a través de charlas en función de temas/problemas que preocupan y/o son propuestos por los funcionarios, las organizaciones y/o instituciones y, a veces, por los profesionales. En este último caso no siempre coinciden los intereses, preocupaciones y demandas de los involucrados.

En la Salita una de las intervenciones realizadas en 2013, con motivo de la celebración del Día del Niño, fue una charla sobre alimentación: *Qué comemos y/o podemos comer*. El tema inquietaba al personal porque observaba entre los niños/as y en algunos adultos, durante la espera para ser atendidos, el consumo frecuente de snacks, gaseosas/jugos, golosinas, galletitas. A esta observación se sumaban las referencias maternas, durante la atención, de ciertos consumos alimentarios inapropiados en los niños/as más pequeños.

La actividad propuesta tuvo como marco la pertenencia del personal al Programa de Médicos Comunitarios, que entre sus objetivos proponía "... afianzar las actividades de prevención y promoción de la salud con participación comunitaria y trabajo en redes".

El evento no fue anunciado y se eligió el espacio de la atención pediátrica porque concentraba la mayor concurrencia de madres y niños/as.

Los bizcochuelos y el mate cocido, preparados por el personal del CAPS, constituyeron los elementos que habilitaron el inicio de la charla, donde se señaló la preocupación por la mala nutrición de los niños/as.

A pesar de las limitaciones del espacio, la sala de espera fue el ámbito para la realización de una actividad interactiva donde participaron las madres y el personal de salud (psicólogo, promotores sociales). En un momento de la charla se acercó la pediatra, que se encontraba atendiendo, quien brindó información sobre algunos de los productos que consumían como también algunos consejos que apuntaron a la búsqueda de alternativas alimentarias dentro de sus marcos de consumo.

La presencia de la médica fue significativa no solo como palabra autorizada sino porque favoreció a que las madres expresaran sus dudas y se mostraran interesadas por el tema. Aquellas madres que estaban fuera de la sala de espera se acercaron a la puerta a escuchar y opinar.

De manera distendida y risueña las madres distinguieron el deber ser, de lo que hacían habitualmente, reflexionaron sobre sus prácticas alimentarias: "...dice mi nene si gomitas se puede comer"; "¿por qué salchichas no?, nosotros comemos muchas salchichas con puré". Mientras se conversaba sobre este tema, fuera de la sala algunas mujeres con sus hijos que estaban esperando para su atención comían snacks, golosinas y/o tomaban gaseosas.

Al finalizar la charla algunas madres expresaron que les había resultado interesante la actividad, los profesionales del centro quedaron conformes con la participación de las mujeres. Sin embargo dicha actividad fue objeto de cuestionamientos por parte de algunas madres *habitué* de la Salita que consideraban que perdían su tiempo y que la función del personal debía restringirse a la atención. A partir de ello tales actividades se fueron diluyendo hasta desaparecer.

La experiencia relatada respondió al tipo de actividad centrada en impartir conocimiento a los sujetos desde un lugar donde se apunta a la reflexión y modificación de prácticas. No interesa evaluar sus aciertos o sus errores, tampoco efectuar un comentario valorativo sobre la experiencia, sino que habilita a preguntarnos (y también a quienes delinear las políticas de salud) qué espera/demanda la población de los centros de salud, parti-

cularmente en contextos donde las opciones de servicios y recursos son escasas y/o restringidas.

Comentarios finales

En las últimas décadas los documentos oficiales afirmaron el rol central del Estado como conductor del sistema de salud. En ese marco, centrado en los derechos, el Estado se asumió como garante de la salud pública delineando la orientación, en tanto definición y posicionamiento, de sus políticas públicas e implementando las medidas específicas para su realización. Tal como lo expresaron los planes (nacionales y provincial) se consideró que el foco debía estar puesto en el fortalecimiento de la atención primaria de la salud en tanto estrategia que apunta no solo a ampliar la cobertura y satisfacción de las necesidades básicas de salud del conjunto de la población sino a favorecer el empoderamiento y la participación de las personas en tanto sujetos de derecho.

En este sentido, y tal como se pudo apreciar en el caso aquí presentado, se implementaron una serie de programas (Médicos Comunitarios, Remediar, Plan Nacer- Sumar) que apuntaron centralmente a favorecer el acceso a ciertas prestaciones médicas a través de la incorporación de personal (particularmente a la atención y seguimiento de la enfermedad y control de la salud) y de potenciar la accesibilidad a los medicamentos prescritos. Más allá del espíritu de la estrategia de atención primaria y de lo enunciado en programas como el de Médicos Comunitarios, el foco estuvo puesto mayoritariamente en la atención médica asistencial más que en la promoción de la salud y en actividades centradas en la comunidad.

Si bien las experiencias locales, dependientes de las orientaciones que los gobiernos municipales dan a sus políticas de salud, son variables, el peso de las actividades médico asistenciales deben pensarse no solo con relación a maneras arraigadas de actuar de los profesionales sino con una demanda de la población. En el caso presentado y atento a las limitaciones expresadas, se puede señalar que las intervenciones del Estado instauraron una mejora en el acceso de población vulnerable a ciertos servicios brindados por el centro de salud, aunque no se puede soslayar la persistencia de inequidades en aspectos centrales de las condiciones de vida (vivienda, servicios públicos, etc.) generadoras de enfermedad.

El centro de salud estudiado puede no reflejar las experiencias de otros CAPS del municipio, en tanto que sus lógicas de organización y funcionamiento están atravesadas por las características peculiares que presenta la localidad en la que se inscribe. No obstante, la reflexión sobre ciertos aspectos, como por ejemplo la continuidad de los profesionales, el acceso a los medicamentos de uso frecuente, la sala de espera como ámbito de socialización de saberes, puede contribuir a la orientación de políticas de salud que favorezcan la accesibilidad a los servicios contemplando contextos y procesos locales.

Bibliografía

- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2003). *Acuerdo Federal de Salud*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/otras-actas/acuerdo-federal-salud.pdf>
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2004). Consejo Federal de Salud. *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-109.pdf>
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Plan Federal de Salud 2010-2016*. Recuperado de <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/ARG%202010%20Plan%20federal%20de%20salud%202010-2016.pdf>
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2012). *El derecho a la salud. 200 años de políticas sanitarias en Argentina*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/libro-el-derecho-a-la-salud/libro-el-derecho-a-la-salud.200-a%C3%B1os-de-politicas-sanitarias-en-argentina.pdf>.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (S/F). *Programa Médicos Comunitarios*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/>
- Argentina. Ministerio de Salud, Programa Médicos Comunitarios, Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. (2011). *Módulo 5. Políticas de Salud*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/5-modulo-pssyc.pdf>
- Argentina. Municipalidad de La Plata, Secretaria de Salud y Medicina Social. (S/F). Recuperado de <http://www.municipalidad.laplata.gov.ar/areas/secretariasaludymedicinasocial/institucional>

- Argentina. Municipalidad de La Plata, Secretaria de Salud y Medicina Social. *Programa de Promotores Comunitarios*. Recuperado de <http://www.salud.laplata.gov.ar/programasdesalud/promotorescomunitarios?start=1>
- Argentina. Municipalidad de La Plata, Secretaria de Salud y Medicina Social. (2009). *Lanzamiento del Programa Mamá y Bebé Sanos. Objetivo conjunto entre Municipio, Provincia y Nación*. *Extramuros*, 5, 13-17.
- Argentina. Municipalidad de La Plata. (2012). *Programa de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas. (IRAB)*. Recuperado de <http://www.salud.laplata.gov.ar/programasdesalud/programa-irab>
- Argentina. Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Dirección de Maternidad Infancia y Adolescencia y Dirección de Medicina Preventiva, Programa IRA de la Provincia de Buenos Aires. (2012). *Infecciones Respiratorias Agudas. Guía de Seguimiento del niño de riesgo en la comunidad*. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/pediatria/files/2013/02/GUIA-IRAB-promotores-2012.pdf>
- Argentina. Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Subsecretaria de Planificación de la Salud. (S/F). *Plan Quinquenal de Salud 2011-2015*. Recuperado de www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/HYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>” PlanHYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>”-HYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>” QuinquenalHYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>”-HYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>” 2011HYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>”-HYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>” 2015HYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>”.pdf
- Barros, J. (1985). *Medicamentos: ¿uso o abuso?*. *Cuadernos Médicos Sociales*, 34.
- Basso, V. y Grad, E. (2007). *Módulo de Capacitación en IRAB para el equipo*

- de salud*. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/seguropublico/files/2012/03/modulo-IRA-equipo-de-salud.pdf>
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Stake, R. E. (2007). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Stolkiner, A., Comes, Y. y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2807-2816. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600019>
- Tobar, F. (2003). Un poderoso instrumento para mejorar la atención primaria. *Atención Primaria de la Salud Boletín PROAPS- Remediar*, 1. Recuperado de <http://186.33.221.24/remediar/pdf/boletines/boletin%201.pdf>
- Weingast, D. (diciembre, 2010). *Saberes y cuidados de la salud infantil en hogares pobres, una tarea de mujeres*. Trabajo presentado en las VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Fac. de Humanidades y Ccs. De la Educación, La Plata.
- Weingast, D. (octubre, 2011). *Prácticas de autoatención ante problemas respiratorios en población infantil pobre*. Trabajo presentado en las III Jornadas de Antropología Social del Centro. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Olavarría.
- Weingast, D. (diciembre, 2012). Las relaciones de género y los cuidados de salud infantil: a propósito de las infecciones respiratorias agudas. *Actas de las VII Jornadas de Sociología de la UNLP*, Argentina. Recuperado de <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/actas/Weingast.pdf/view?searchterm=None>
- Weingast, D. (2013). Mujeres y varones frente a la atención y el cuidado infantil. En L. Adad y A. Villafañe (Coord.), *La Antropología social hoy: a 10 años del nuevo siglo* (pp. 647-657). Tandil: E-book.
- Weingast, D. (2014a). Servicios de salud y género en la atención de enfermedades respiratorias infantiles. *Actas de las VIII Jornadas de Sociología de la UNLP*, Argentina. Recuperado de <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/viii-jornadas-2014>.

Weingast, D. (julio, 2014b). Atender y cuidar: un trabajo cotidiano dentro y fuera del hogar. *Actas del XI Congreso Argentino de Antropología Social*, Rosario. Recuperado de <http://www.11caas.org/conf-cientifica/comunicacionesActasEvento.php>

Los autores

Dra. Florencia Bravo Almonacid

Socióloga. Docente del Departamento de Sociología y de la Maestría en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP. Becaria posdoctoral del CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios de vejez, pobreza y desigualdad social.

Lic. Hernán Andrés Caneva

Sociólogo. Doctorando en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP. Becario de finalización de doctorado de CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al análisis de discursos e imaginarios sobre el aborto en Argentina.

Lic. Belén Castrillo

Socióloga. Doctoranda en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación en Sociología de la Salud se vinculan con la atención de embarazos y partos.

Lic. María Laura Crego

Socióloga. Becaria doctoral de CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios de juventud, educación, pobreza y desigualdad social.

Dra. Amalia Eguía

Antropóloga y socióloga. Profesora Titular del Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata (FAHCE-UNLP) y en diversos posgrados de universidades nacionales. Investigadora del CONICET y directora del Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS-CONICET/UNLP). Investiga temáticas de pobreza y desigualdad social, mercado de trabajo y género.

Dr. Matías José Iucci

Sociólogo. Docente del Departamento de Sociología y del posgrado en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP. Becario Post-doctoral del CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios de políticas sociales, pobreza y desigualdad social.

Dra. Leticia Muñiz Terra

Socióloga. Profesora Adjunta del Departamento de Sociología y del posgrado en Ciencias Sociales de la FaHCE-UNLP, entre otras unidades académicas de universidades nacionales. Investigadora del CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios del trabajo, la perspectiva biográfica, y la desigualdad social.

Dra. María Susana Ortale

Antropóloga. Profesora Titular del Departamento de Sociología y del posgrado en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP, entre otras unidades académicas de universidades nacionales. Investigadora de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires. Sus temas de investigación se vinculan con pobreza, desigualdades y políticas sociales, abordando especialmente problemáticas alimentarias y de cuidados en la infancia.

Lic. María Laura Peiró.

Socióloga. Docente del Departamento de Sociología la FaHCE-UNLP. Personal de Apoyo CONICET con sede en el IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de trabajo se vinculan al área de metodología de las ciencias sociales y a los estudios sobre juventud, trabajo y pobreza.

Dra. María Eugenia Rausky

Socióloga. Profesora Adjunta del Departamento de Sociología y del posgrado en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP. Investigadora del CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios de niñez, pobreza y desigualdad social.

Mgter. Diana Weingast

Antropóloga. Profesora Adjunta de la FaHCE y de la Facultad de Psicología de la UNLP. Integrante del Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil (CEREN) perteneciente a la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC/PBA). Sus temas de investigación centrados en la Antropología de la Salud se vinculan con pobreza y estrategias de atención a la salud/enfermedad.

Se cree que en el marco de un contexto de “institucionalización” y “formalización” de la política social, orientada a afianzar un sistema integral de protección social que garantizara una serie de derechos, se vuelve clave desentrañar las condiciones objetivas y los sentidos implicados en los procesos de implementación de tales políticas.

A fin de comprender y dimensionar el alcance de tal escenario en términos de avances en la superación de la pobreza, de la vulnerabilidad y de la exclusión, en el logro de la equidad de género y de derechos de niños, adolescentes y adultos mayores de hogares pobres -excluidos normativamente de las lógicas reproductivas y productivas y por tanto subordinados y desiguales en distintos sentidos-, planteamos actualizar conocimientos sobre algunas problemáticas previamente indagadas e incorporar otras cuya novedad deriva de cambios legislativos que avanzaron en el reconocimiento de derechos.

La obra contiene el análisis de las siguientes políticas sectoriales: trabajo, salud, educación y vivienda, dirigidas a grupo poblacionales con vulnerabilidades específicas: hogares pobres, niños y jóvenes que viven y/o trabajan en la calle, adultos mayores pobres, mujeres en edad reproductiva. Considerando las desigualdades sociales, étnicas, de género y etarias, se indagan los efectos de las mismas en las condiciones de vida, de trabajo, en las relaciones sociales, en la configuración de identidades, en la consecución de derechos económicos, sociales y culturales, meta de cualquier política social comprometida con el logro de igualdad, inclusión e integración social.

