

Exploración e identificación de sentidos en la producción de un territorio: relevamiento de necesidades, problemas y modos de respuesta en el primer nivel de atención de la Ciudad de Buenos Aires

Exploration and identification of meanings in the production of a territory: survey of needs, problems and response modes in the first level of health care in Buenos Aires City

***Maria Guadalupe Cortez Fernandez**¹ <https://orcid.org/0009-0000-2576-2712>,

Karina Cammarota¹ <https://orcid.org/0009-0007-3824-3998>

¹Hospital General de Agudos T. Alvarez, Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) n° 34, Área Programática. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El acercamiento a un territorio implica interrogar el interjuego del espacio burocráticamente delimitado, las prácticas sostenidas por las instituciones que allí se desarrollan y las vivencias asociadas a los modos de vida de quienes lo habitan. Con el objetivo de analizar las percepciones y prácticas en salud de las instituciones del área de responsabilidad del CeSAC, se realizó un relevamiento cualitativo, de tipo exploratorio descriptivo, con muestreo no probabilístico por conveniencia. En los resultados de esta investigación, el territorio aparece como un espacio múltiple, siendo la noción de barrio una unidad territorial en la impronta identitaria de los “vecinos”. Se identifican grupos sociales con modos de vida colectivos caracterizados por el entrecruzamiento de relaciones de clase, de género e intergeneracionales. En los barrios, en tanto contexto de vida, las instituciones funcionan como mediaciones sociopolíticas a través de prácticas que constituyen formas de producción de cuidado colectivo. Estas formas de cuidado amplían los sentidos de la idea de salud, diferenciándose de las conceptualizaciones médico-biologicistas. Se ubican prácticas de participación ciudadana y de participación comunitaria, relacionadas con los modos de vida, en las que se vehiculizan intereses, posibilidades y potencialidades.

Palabras clave: Participación comunitaria; salud; espacio urbano; identidad.

Email: guadalupecortez@outlook.com

Recibido: 13/1/2023 Aceptado: 17/8/2023

Editor Responsable: José Antonio Torres. <https://orcid.org/0000-0001-6242-1191>

Doi: [10.18004/rjics.2023.diciembre.185](https://doi.org/10.18004/rjics.2023.diciembre.185)

Rev. Int. Investig. Cienc. Soc.

ISSN (Impresa) 2225-5117. ISSN (En Línea) 2226-4000.

Vol. 19 n° 2, Diciembre, 2023.pág. 185-200



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

ABSTRACT

Approaching a territory implies interrogating the interplay between the bureaucratically delimited space, the practices sustained by the institutions which develop there and the experiences associated to the lifestyles of its inhabitants. Aiming to analyze the health perceptions and practices of the institutions contained within the CeSAC responsibility area, a descriptive exploratory qualitative survey using non-probability convenience sampling was carried out. The results of this investigation show the territory as a multiple space, with the notion of neighborhood being a territorial unit within the identity footprint of the “neighbors”. Social groups are identified with collective lifestyles characterized by the interweaving between class, gender and intergenerational relationships. In the neighborhoods, as life contexts, the institutions function as sociopolitical mediations through practices that represent manners of producing collective care. These extended manners of care expand the meanings of the idea of health, which is broadly dissociated from care. There can be found citizen participation and community participation practices, related to lifestyles, from those which transmit their interests, possibilities and potentialities.

Keywords: *Community participation; health; urban space; identity.*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es resultado de un relevamiento territorial realizado por profesionales de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC)¹ de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Teniendo como objetivo conocer y analizar las percepciones y prácticas en salud del área de responsabilidad del CeSAC. Se realizaron entrevistas en profundidad a referentes de instituciones barriales, en tanto, espacios en que se expresan necesidades, demandas y modos de respuesta a problemáticas, de quienes habitan y transitan el territorio.

El relevamiento consistió en un acercamiento a un territorio vivo (Santos, 2000), definido por las representaciones, las relaciones y los sentidos que producen el espacio social. Dicha producción se juega en torno a la noción dialéctica del espacio, en tanto, espacio concebido burocráticamente, espacio percibido en torno a las prácticas y espacio vivido respecto de los imaginarios sociales (Porto Gonçalves, 2002). A lo fines del presente relevamiento, nos propusimos interrogar

¹ El CeSAC se encuentra en la comuna 11, una de las 15 unidades administrativas en las que está dividida la Ciudad de Buenos Aires. Está ubicada en el centro-oeste de la ciudad, Forma parte del Área programática de un hospital general. El equipo territorial CeSAC se encontraba compuesto por: Residentes de Medicina General y Familiar, y de Salud Mental del Hospital Álvarez, Concurrerentes de Salud Mental del Hospital Penna y Zubizarreta, trabajadora social, farmacéutica, y psicóloga del Cesac 34.

el interjuego del espacio burocráticamente delimitado, las prácticas sostenidas por las instituciones que se desarrollan en el espacio y las vivencias asociadas a los modos de vida de quienes habitan el barrio. Dicha interrogación permite la identificación de diversos elementos en torno a un territorio y las posibilidades de intervención de los equipos de salud.

Desde la perspectiva de los equipos de salud de atención primaria, la organización tecnoburocrática se da en torno a las representaciones del espacio concebido desde políticas a nivel central que delimitan áreas de responsabilidad para cada efector de salud. En la designación de estos espacios como áreas de responsabilidad, confluyen diversos sentidos. Por un lado, los dados a partir de la sanción de la ley de comunas (Legislatura CABA, 2005), cuyo eje central es la descentralización a través de la participación ciudadana en el proceso de toma de decisiones y en el control de los asuntos públicos. Por otro lado, las prácticas situadas de las instituciones y las identidades barriales de la Ciudad de Buenos Aires.

En el espacio percibido se despliegan lógicas de sentido que vehiculizan necesidades, demandas y modos de respuestas de los actores. Las instituciones son los resultados de las interacciones y las aspiraciones humanas, sin que sean diseñadas de manera consciente por algún individuo o grupo. Son al mismo tiempo estructuras objetivas “allá afuera” y fuentes subjetivas de agenciamiento humano, con diversas modalidades de participación. El barrio y sus instituciones nos hablan de la posibilidad de identidades diversas, donde coexisten lógicas y sentidos que se representan y actúan en la configuración de redes sociales tejidas en torno a la resolución de problemas y satisfacción de necesidades. Las instituciones son caracterizadas como espacios de socialización con efectos territoriales.

Desarrolladas en el espacio vivido, las prácticas en salud incluyen los sentidos que se modelan e inciden en los modos de vida, no sólo como escenario de acciones específicas sino también de luchas simbólicas acerca de las formas de aproximarse y dar respuesta al modo en que las personas nacen, viven, enferman, padecen y mueren (Bang & Stolkiner, 2013)

La indagación por la territorialización permite la comprensión de los procesos de construcción y apropiación de prácticas en salud desde las instituciones y organizaciones sociales. Afirmamos que salud, en sentido amplio, y territorio son conceptos de mutua afectación. Partiendo de la exploración del territorio, se enfatizó la necesidad de definirlo como una pregunta abierta. Los territorios son artefactos políticos en los que circulan y se condensan

representaciones y sentidos que dan forma a la socialización de las personas, en este caso los denominados “vecinos del barrio”. Describir los sentidos, las prácticas y las dinámicas vinculares e identitarias, nos permite repensar las acciones en torno a las estrategias de atención primaria de los efectores en áreas de responsabilidad específica.

METODOLOGÍA

El relevamiento se realizó con enfoque cualitativo de tipo exploratorio descriptivo, en el periodo de julio a diciembre de 2019. A los fines de los objetivos del estudio se elaboró entrevista con guía de pautas semiestructurada. Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia. Se seleccionó a un referente mayor de 18 años, perteneciente a las instituciones que desarrollan actividades dentro del área de responsabilidad del Cesac n° 34, identificadas desde google maps y emergentes de recorridas del área. Se aplicó análisis de contenido a las entrevistas, con el criterio de saturación teórica.

RESULTADOS

De un total de 155 instituciones relevadas en el área, se accedió a realizar 52 entrevistas en profundidad a referentes de las mismas (33% del total). En relación a los referentes, la media de edad es 41 años, de género femenino (69%), mayormente de nacionalidad argentina y con funciones predominantes de dirección, gestión y conducción. Se clasificó a las instituciones por tipo según las funciones formales de las mismas, siendo predominantes en el área de responsabilidad, las educativas y las culturales y deportivas; seguidas por las religiosas, los efectores de salud, los geriátricos y las organizaciones comunitarias.

De manera general, las instituciones entrevistadas cuentan para su funcionamiento con los aportes de usuarios y de quienes trabajan en las mismas. Las que cuentan con financiamiento estatal corresponden a las educativas, en su gran mayoría de nivel primario y secundario. Aunque también se encontraron varias de financiamiento privado. Asimismo, todas las organizaciones destinadas específicamente a la tercera edad, residencias geriátricas y centros de jubilados, son instituciones privadas y en algunos casos con transferencias de fondos de las obras sociales. Los referentes de organizaciones de base comunitaria afirman que gran parte de sus funciones son desarrolladas mediante trabajo ad honorem.

La antigüedad de funcionamiento de las instituciones en el área tiene un promedio de 42 años. Existen instituciones que tienen una media de antigüedad de aproximadamente 15 años, cuyo contexto de surgimiento es a inicios de la década de 2000, vinculado por los entrevistados como respuesta a la crisis

socioeconómica a nivel nacional con efectos locales específicos². En el mismo sentido, al momento del relevamiento, se ha registrado la emergencia de comedores comunitarios y la diversificación de funciones orientadas a necesidades básicas dentro de algunas de las instituciones relevadas como respuesta situaciones de crisis socioeconómica actual: *“hicimos una olla”, “acá tenemos el roperito”, “organizamos campañas solidarias”*. Respecto de los efectores de salud, el contexto de surgimiento de consultorios y centros de rehabilitación, son solidarios de las ideas de descentralización y coincide con cambios en la legislación respecto al modelo de salud³ producto de luchas colectivas por el acceso a derechos⁴ y tendientes a romper la lógica centro periferia en el ordenamiento urbano de la ciudad.

Al ser consultados por el aporte institucional al barrio, los entrevistados distinguieron que la institución de pertenencia aportaba, *“más allá de”* sus funciones institucionales formales, otras que denominamos ampliadas⁵. Este tipo de funciones incluyen desde *“acompañamiento”* y *“contención”* en torno a necesidades concretas tales como alimentación y trabajo, hasta la *“organización comunitaria”* ante conflictos y necesidades colectivas; constituyéndose como un lugar de *“referencia”* y *“pertenencia”*. Los referentes entrevistados, proyectan la idea de instituciones *“abiertas”* a las demandas de la comunidad, con diferencias en los modos y alcances de su respuesta.

En cuanto a las características de la población, todas las instituciones relevadas han definido su gobernanza sobre un determinado grupo poblacional. Se observa que mayoritariamente están dirigidas a niños, niñas, adultos y adultas mayores⁶; cabe mencionar las escasas instituciones ofrecidas a jóvenes y adolescentes, más allá de la preocupación en torno a problemáticas que identifican de este grupo etario.

Los referentes entrevistados, aluden a ideas connotadas tanto positiva como negativamente respecto del territorio. Entre las primeras, aparece el barrio como nominación del espacio, de carácter urbanizado, con acceso a servicios básicos y que no presenta carencias significativas *“acá, no se ve mucha pobreza”*. Manifiestan

² El surgimiento de comedores es un rasgo distintivo de las estrategias de supervivencia cotidiana de las familias en los barrios a partir de los años 2000 (Herzer et al., 2005).

³ Ley de Básica de Salud (n°153) de la Ciudad de Buenos Aires, sancionada en 1999.

⁴ Las acciones en torno al acceso a derechos orientados por programas que fomentaron prácticas descentralizadas, territoriales, con presencia de actores comunitarios

⁵ Para el análisis realizado respecto de la categoría funciones y prácticas institucionales usamos los desarrollos respecto de las funciones ampliadas en salud (Campos, 2021).

⁶ Este dato es coincidente con los datos que aparecen en los relevamientos de la Comuna 11 y 15 donde las poblaciones de dichas franjas etarias son mayoritarias (GCBA, 2020).

que es un “barrio de artistas” y “barrio de trabajo”, donde existen varias cooperativas y empresas recuperadas, lo cual es destacado como oportunidad y como capacidad laboral de los vecinos. También se destacaron ideas positivas en torno a la “proximidad” y “familiaridad”, con la impronta de lazos de contención y “solidaridad” entre vecinos. Respecto a las representaciones negativas, estas fueron asociadas a la inseguridad urbana. Por un lado, la sensación de “abandono” u “olvido” en la implementación de políticas públicas por parte de las autoridades locales. Por otro, la exposición a situaciones delictivas, atribuidas a zonas próximas a “casas tomadas” y a personas en situación de consumo de alcohol y drogas en espacios públicos como plazas y calles, en especial los jóvenes.

Se identificaron tres grupos sociales con modos de vida colectivos caracterizados por el entrecruzamiento de relaciones de clase, de género e intergeneracionales que presentan rasgos de distinción mutua a partir de intereses, posibilidades y potencialidades concretas (Breilh, 2010) que marcan lo urbano:

- Un grupo social conformado por vecinos identificados con las ideas tradicionales de pertenencia a la clase media y habitantes de una zona residencial. Los mismos aparecen como legitimados respecto del uso del territorio, con participación variable en espacios de representación. Estos están incluidos en la estructura de producción y consumo, con acceso a bienes y servicios de calidad, con capacidad para crear y reproducir bienes culturales e identitarios, posibilidad de organización y con preocupaciones por el medio urbano y ecológico.
- Un segundo grupo de personas que habitan en viviendas colectivas o toman al espacio público como lugar de reunión y, en algunos casos, para el consumo de sustancias. Estos, son portadores de una identidad subalterna respecto del modo anterior.
- Por último, un grupo social que es identificado como no perteneciente al barrio, integrado por quienes transitan el mismo: trabajadores informales o precarizados, mayoritariamente recicladores urbanos provenientes de la provincia. Las diferencias son puestas en correlación con la condición laboral, el acceso a bienes, servicios y derechos.

La mayoría de los entrevistados conocen instituciones que trabajan en el barrio. La articulación interinstitucional la describen en general dando una idea de que la misma se realiza de manera espontánea, fragmentada, poco orgánica y sin sistematización. En menor medida, hablan de una articulación con mayor sistematicidad y grado de organización entre las instituciones con objetivos diagramados, y en algunos casos dependientes de políticas locales a nivel central. Esas articulaciones, son definidas por proyectos a modo de *“institución abierta”* con otras instituciones. Varias articulaciones mencionadas son con instituciones fuera del área de responsabilidad asignada al Cesac. Respecto de quienes dicen no articular con otras instituciones, refieren como dificultad diferencias de orientación política.

En cuanto a la consulta por problemas preponderantes que identifican en el barrio mencionaron:

- Crisis socio-económica nacional y su impacto en la fisonomía del barrio, en las instituciones y en los vecinos, *“la falta de trabajo genera estas situaciones, a nivel social y familiar (...) el consumo de los pibes, la violencia en las familias”*. Es preponderante la percepción de la inseguridad con efectos en la infraestructura urbana, en la que ubican zonas de consumo, de vulnerabilidad habitacional y de ocurrencia de delitos. En las personas se manifiesta bajo formas de vulnerabilidad social, falta de trabajo, violencia en los vínculos familiares y sociales, aumento de consumo de sustancias. En las instituciones, esto se traduce en falta de participación y discontinuidad en la posibilidad de sostenimiento de actividades.
- Cuestiones ambientales, de infraestructura y mantenimiento urbano, y su impacto en los modos de vida. Se mencionan zonas con edificaciones abandonadas y terrenos baldíos, sin obras de infraestructura para el mantenimiento del espacio público *“Acá hay veredas rotas, que joroban a los abuelos”*. Asimismo, dentro de estos problemas se reitera la edificación no planificada y la falta de espacios verdes. *“Nuestro barrio no llega a los índices necesarios de espacio verde que se necesita para tener un medio ambiente sano”*; *“Se están haciendo edificios en cualquier lugar”*. En las instituciones esto impacta con deterioro edilicio que en muchos casos genera inaccesibilidad.

Al ser consultados por problemas en salud específicamente, la mayoría de los entrevistados mencionó al hospital como referencia de salud de la zona, en el que se pondera la atención *“por urgencia”* y donde se ubica el saber especializado

“los mejores profesionales están en el hospital público”. Los efectores de primer nivel de atención fueron nombrados como subsidiarios del hospital: *“como una extensión”, “como una enmienda a lo que no quieren hacer bien”*. Las dificultades fueron clasificadas según las dimensiones de la accesibilidad al sistema de salud, siendo de tipo administrativo, geográfico, económico y simbólico⁷.

La gran mayoría de los referentes ha identificado dificultades de orden administrativo:

- Modalidad de acceso a turnos: *“Ir a las 5 de la mañana para sacar un turno (...) gente que se queda a dormir ahí”*.
- Demora en el acceso a turnos: *“La mayoría se queja de los tiempos, desde que se solicita la consulta hasta que se logra”*.
- Mayor dificultad de acceso en el área salud mental, tanto en el sector público como privado, en especial para niños y adolescentes. Desde el campo educativo se expresa que *“no hay lugar donde hacer la catarsis”*.
- Falta de recursos humanos, físicos y mantenimiento en hospitales públicos: *“El sistema de salud se deterioró muchísimo”, “necesitan camas, necesitan sábanas, necesitan instrumentos quirúrgicos”, “Hay muy pocos médicos”*
- Respuesta tardía o inconclusa del sistema de emergencias: *“Llamé a la ambulancia, nunca vino. El nene seguía desmejorando, estaba pasando un episodio de un ACV. Así que yo lo agarré, lo levanté y así desvanecido como estaba, lo llevé al hospital.”*

En relación al acceso de tipo geográfico se distinguieron:

- Dificultades en el traslado a efectores de salud de adultos mayores: *“La dificultad principal es el medio de transporte, a ellos les cuesta tanto caminar y encima la vereda está toda rota”*.
- Percepción de falta de efectores de salud en el área: *“Por acá, otro centro de salud no hay, se quedaron cortos con eso”*.

Respecto de la accesibilidad de tipo económico, fue vinculada a situaciones de desempleo: *“Hay algunas familias que se han quedado sin acceso a salud porque no tienen trabajo, no tienen obra social”*.

⁷ Esta clasificación del tipo de dificultades encontradas fue realizada siguiendo la conceptualización de accesibilidad propuesta por Comes et al. (2007).

Finalmente, se mencionaron dificultades de accesibilidad a la salud de tipo simbólica:

- Procesos de atención que impactan en la calidad de la misma, respecto de la oferta y la demanda: *"El problema no es si el barrio tiene acceso o no, porque acceso tenés, el problema es qué calidad tenés"*.
- Escaso conocimiento de efectores del primer nivel y sus servicios: *"El mayor problema creo que es la desinformación porque quizás el lugar existe, pero no lo sabemos (...) lo que no tenemos es la información, un contacto, un referente."*
- Dificultad para producir encuentros y sostener vínculos recíprocos entre el equipo de salud y el destinatario de atención. *"No están los espacios ni los tiempos. Los tratamientos se discontinúan porque quizás las familias los llevan, después no coinciden los horarios y eso es un desgaste importante para la escuela, para las familias e incluso para los profesionales que atienden porque no encuentran cómo atender a la gente de tanta demanda que hay"*.
- Limitada o inexistente articulación entre las instituciones y los efectores de salud, debido a desconocimiento de los mismos. Asimismo, quienes articulan refirieron dificultades para la coordinación y sistematización de experiencias de proyectos específicos.

En cuanto a los modos de respuestas, respecto de problemas relacionados a la crisis económica y su impacto en lo urbano, predominan las instancias de apelación a las autoridades locales en términos de mayor seguridad. Son pocas las menciones a formas de organización de redes de vecinos o apropiación colectiva del espacio. Respecto al impacto de la crisis en términos de acceso a necesidades básicas (alimentación, vestimenta y trabajo) las formas de respuesta oscilan desde el armado de redes de vecinos y movilizaciones solidarias hasta la materialización de fábricas recuperadas, cooperativas de trabajo y comedores comunitarios. En relación a las formas de violencia, se producen encuentros entre instituciones para trabajar temáticas, campañas de visibilización y redes vecinales específicas. En cuanto al consumo problemático de sustancias, los entrevistados no hacen referencia a modos de respuesta desde la comunidad, ubicándolo como un problema de seguridad urbana.

Respecto a las problemáticas urbanas y de administración del espacio público, mencionan “*grupos de vecinos que trabajan continuamente por lo que necesita el barrio y por las cosas que van viendo que no se están haciendo*”. Las formas de respuesta son el armado de redes de vecinos, los movimientos interbarriales e interinstitucionales, con fuerte componente cultural y artístico, con impacto en el espacio público y en las redes sociales. Se trata de acciones específicas y concretas que visibilizan problemas urbanos: cortes de luz, poda de árboles, ciclovías, edificios tipo torres, cloacas, acceso a salud. Específicamente en salud mencionaron como facilitadores de acceso los canales construidos de manera formal desde instancias centrales y otros, por el vínculo informal y de cercanía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir de los resultados del relevamiento, definimos al territorio como un espacio múltiple, con distintas dimensiones en juego. Las delimitaciones políticas de las comunas, se superponen con las nominaciones en torno a los barrios, que dan cuenta de una historia y una identidad situadas. Los entrevistados reconocen el poder burocrático administrativo de la comuna principalmente asociado a la gestión y resolución de trámites, y promotor de articulaciones a nivel institucional. Sin embargo, manifiestan que esta descentralización de la gestión se produce con posibilidad limitada en la toma de decisiones, con una apelación a la intervención a nivel central. Cabría preguntarse por los modos en que el Estado se encarna en las instituciones del barrio, siendo estas representantes del poder y la gobernanza territorial. Esta pregunta nos propone pensar elementos que exceden a la denominada participación ciudadana y plantean cuestiones en torno a lo comunitario como modo de respuesta de los vecinos y las instituciones frente a la identificación, valoración y análisis que realizan de sus propias necesidades cotidianas (Aguilar Idañez, 2001). Planteamos las ideas de “cercanía y familiaridad” respecto de las instituciones del área de responsabilidad como solidarias de las conceptualizaciones en torno de la atención primaria de la salud. Al contrario de la idea de que la salud se construye únicamente puertas adentro de un efector sanitario, las practicas territoriales de cuidado de la salud son las que sostienen, referencian y dan forma en el cotidiano a los modos de vida (Breilh, 2010).

Entre los grupos sociales, identificados respecto de los modos de vida, se juega una estética sobre las conceptualizaciones de lo urbano, la tradición de las instituciones y el acceso a bienes, servicios, y derechos. La idea de urbanismo de afinidad (Arizaga, 2004) supone un proceso por el cual se tiende a elegir vecindad de acuerdo con parámetros de homogeneidad social, excluyendo a quienes no comparten dichas características, mientras que, para quienes las comparten, se

reserva la palabra “vecino”. Parece existir un único modelo de la figura de los vecinos (Hernández, 2013) “*este es un barrio de clase media trabajadora*”, el cual establece una valoración del trabajo, en tanto “*los vecinos acá son trabajadores*”.

Respecto de la utilización legítima del espacio público de los distintos grupos sociales, por un lado, aparece ligada a las expresiones artísticas o culturales del barrio como nominación identificatoria, “*barrio de artistas*”, que realizan “*festivales*”, en tanto, puntos de reunión y circulación en plazas y calles de todos los vecinos. Por otro lado, se sanciona la utilización del espacio público, para el cartoneo⁸, en tanto forma precarizada de trabajo, y de los jóvenes que están bajo sospecha de no productividad (escolar o laboral) asociados a la idea de consumo de sustancias y delito. En este sentido, las instituciones del barrio y el barrio mismo, generan una superficie de proyecciones, los de adentro y los de afuera del barrio.

Desde las instituciones relevadas la categoría de aporte al barrio puede ser leída respecto de dos funciones: las establecidas por representaciones sociales definidas como educar, curar, rehabilitar y la materialización en actividades surgidas del rol social que se establece para ellas; y las ampliadas que incluyen elementos afectivos e identitarios que acompañan a los vecinos frente a emergentes o situaciones específicas desde lo local. Es de destacar que las instituciones relevadas están constituidas por lo que se denomina “tecnologías blandas” (Merhy, 2021), en tanto promueven y desarrollan procesos de trabajo constructores de modos de vida y prácticas de salud, relacionadas con necesidades emergentes de la población. Estas prácticas constituyen formas de producción de cuidado colectivo que amplían los sentidos de la idea de salud. Estos sentidos se entrelazan, por momentos con mayor protagonismo de la dinámica microsocia con las tensiones entre los vecinos y los no vecinos, y por otros, con lineamientos de ordenamiento de políticas públicas locales. En los barrios, en tanto contexto de vida, las instituciones funcionan como mediaciones sociopolíticas que vehiculizan las ideas de cuidado⁹. Respecto de este punto, la idea del rol del Estado y a quienes dirige las políticas de intervención, nos lleva a plantear cuestiones en torno a la economía del cuidado¹⁰. En su dimensión normativa, cuya responsabilidad es socialmente transferida por el Estado y construida entre los vecinos del barrio, el cuidado se inscribe en contextos sociales y económicos particulares, es decir, en una

⁸El fenómeno cartonero comenzó a masificarse a partir de los años previos a la crisis del 2001, profundizándose a partir de esta. En todo este periodo, los cartoneros forjaron sus propias organizaciones políticas. Se trata de un conjunto de personas que se dedica a recoger, clasificar y vender materiales que han sido desechados en la calle o en los vertederos de residuos. (Villanova, 2014)

⁹ Teniendo en cuenta la relación entre mediaciones políticas, prácticas de cuidado y tecnologías blandas, en el marco de un modelo de APS.

¹⁰ Se denomina economía del cuidado aquella que aúna el espacio del mercado, de lo monetario y de la producción, donde se generan los ingresos y donde se dirimen las condiciones de vida de la población, con lo íntimo, lo familiar atravesado por los afectos, lo cotidiano.

dimensión institucional microsocia. Según lo relevado, las variables de género están en relación a las estrategias de cuidado producidas territorialmente a niveles macro y micro social, teniendo en cuenta la transferencia y apropiación de procesos de cuidados. El cuidado en las instituciones es provisto mayoritariamente por mujeres a cargo de diversas funciones (Esquivel et al., 2012). Las referentes entrevistadas son mayoritariamente mujeres que viven en el área del Cesac desde hace 20 años y cumplen funciones de gestión que abarcan tareas múltiples que exceden a las funciones remuneradas por lo cual se supone un predominio de componentes emocionales e identitarios en juego. En este sentido, se establece una relación entre género, territorio e instituciones.

Cuando los entrevistados plantean la idea de aporte al barrio la definen como “cuidar a la gente del barrio” sin ser percibido como producción de salud. Las prácticas de cuidado, con las tensiones mencionadas, intentan dar respuestas a situaciones problemáticas emergentes, con mayor o menor grado de organización y sistematización. No obstante, las prácticas de cuidado son formas invisibilizadas dentro de los modos de conceptualización de salud de las personas. Cuidado y salud aparecen generalmente disociados, con una primacía del modelo biomédico (Menéndez, 2020) que subyace a las representaciones de salud que mencionan los entrevistados. En este sentido, existe una marcada homologación de los modos de producción de salud al modelo asistencial, cuya referencia espacial es hospitalocéntrica. Las demandas producidas desde representaciones de salud como ausencia de enfermedad, se encuentran ligadas a ideas de curación con una predominancia en la demanda de turnos de atención individual. Así también respecto de las instituciones, que parecen no tener interlocutores en “*instituciones profesionales*” con quienes trabajar dicha demanda. Particularmente, en el campo de la salud mental es donde se pone en evidencia los efectos de los vínculos comunitarios o la falta de ellos (Comes et al., 2007). Se genera un desencuentro relacional y comunicacional, en donde las necesidades y demandas de la población y la oferta de las instituciones de salud parecen no poder adecuarse. Para los referentes, los vecinos no se sienten parte de la posibilidad de articulación con instituciones para la generación de cambios posibles y de la ampliación del acceso a derechos. Mientras muchos referentes se sitúan desde lo que falta, lo que el Estado no provee, otros de forma minoritaria, ponen en juego la potencia de las instituciones y las redes comunitarias, evidenciando concepciones de salud basadas en la promoción-prevención.

A partir de los resultados de la investigación, se ubican prácticas de participación social, relacionadas con los modos de vida propios de los grupos sociales identificados en el espacio desde los que vehiculizan sus intereses, posibilidades y potencialidades concretas. De manera simultánea coexisten prácticas de participación ciudadana y de participación comunitaria (Ussher, 2008) Por un lado, ubicamos formas de participación ciudadana desde la gestión de sí mismo, en las que el individuo productivo es gestor de su bienestar, interpelado desde la categoría de vecino en una sumatoria de potencias individuales y donde el Estado aparece como gerenciador de lo social (Cosacov, 2017). A los problemas securitarios o de ordenamiento del espacio público se responde con el reclamo y la apelación al estado.

Por otro lado, se diferencian otras formas de organización comunitarias, con una fuerte impronta solidaria ante emergentes locales, que surgen como respuesta a deficiencias o ausencias en las políticas estatales. Las formas de participación comunitaria son aquellas que operan directamente en la distribución de poder en un conjunto social, que implican la constitución y sostenimiento de redes comunitarias efectivas (Bang & Stolkiner, 2013). Si bien los referentes destacan su potencia en acción, aclaran que *“solos no pueden, no porque no quieran, sino porque no pueden... no saben cómo”*. Se hace necesario el encuentro con el otro para la construcción de lo común que los moviliza: *“La seguridad se construye, no puertas adentro, sino conociendo al que está por delante, o sea mirándote a los ojos”*.

Lo territorial aparece situado en un trabajo vivo que se da entre los vecinos, las instituciones y el Estado, incluyendo al mismo centro de salud. Estas prácticas territoriales producen un modelo de salud¹¹, con relación a los modos de vida¹². Se trata de la transferencia y apropiación de responsabilidades en la producción social de los cuidados. Transitar hacia la idea de agenciamiento y gobernanza de la comunidad, combina responsabilidad, autonomía y posibilidad de transferencias reales que produzcan articulaciones en campos de intervención ampliados, con impacto en los modos de vida de los vecinos. En dicho tránsito es que las instituciones somos interpeladas a pensar en los efectos situados de nuestras prácticas.

¹¹ El modelo constituye una representación de la realidad, es una postura ontológica respecto de un proceso en este caso salud, atención/cuidado y enfermedad/problema, dicho modelo se inscribe en teorías.

¹² En los dichos de los entrevistados surge una predominancia de la conceptualización del proceso de salud-enfermedad en torno a la atención de la misma en efectores de salud, principalmente en hospitales. Se diferencia del proceso de salud-enfermedad atravesado por las prácticas de cuidado que recupera la centralidad del sujeto y de los vínculos de quienes construyen la progresividad del cuidado.

Los resultados de este estudio aportan elementos que posicionan el relevamiento del territorio como herramienta fundamental para pensar los procesos de salud de una comunidad. Un equipo de salud necesita conocer la socialidad (Molina Jaramillo, 2018) y la territorialidad de producción de las prácticas en salud (Spinelli, 2016). Su desconocimiento produce intervenciones ideales, que no impactan sobre los modos de vida de la gente, y en ocasiones son meramente asistencialistas, con posiciones hegemónicas y paternalistas de los equipos de salud. La indagación por la territorialización permite la comprensión de los procesos de construcción y apropiación de prácticas en salud desde las instituciones y organizaciones comunitarias. Pese a las limitaciones, en tanto se circunscribe a un área de responsabilidad específica de un centro de salud en la ciudad de Buenos Aires, creemos que este estudio aporta herramientas de trabajo y pensamiento para los equipos de salud en atención primaria en barrios con características similares a las descriptas.

Cartografiar los territorios desde abajo es volver a las posibilidades de resistencia, de creación, de identificación de territorialidades alternativas a las que están dadas hegemónicamente por la ordenación del territorio hecha “desde arriba”. La posibilidad de “caminar el barrio” permite a los equipos de salud ser parte de las lógicas colectivas en juego. Cualquier intervención en el campo de la salud, no puede soslayar la dimensión territorial en los procesos ciudadanos y comunitarios, clave para situar estrategias de atención primaria. Esta herramienta de trabajo nos permitió como equipo de salud plantear intervenciones en la comunidad respecto de sentidos y representaciones que pudimos relevar en el presente estudio¹³. Si desde el equipo se pretende una salud comunitaria, más allá del modelo hegemónico desde el espacio concebido, la propuesta es ampliar la mirada respecto de las torsiones de un adentro y afuera, generando la apertura y articulación con las instituciones. El reto es transitar las prácticas de cuidado de la salud situadas en los procesos de territorialización, desde sus protagonistas, sus representaciones del espacio y las identidades construidas, sin dejar de tener en cuenta las tensiones entre los grupos sociales desarrolladas y proyectadas en el territorio. Solo así podemos “acompañar” y potenciar los procesos de producción de salud, haciéndolos eficaces y accesibles. Para ello es fundamental, la elaboración de propuestas en torno a las prácticas territorializadas y las responsabilidades situadas de la salud colectiva, más allá de programas y políticas macro, retomando el valor de lo microsocioal, lo local y los modos de vida cotidianos de las personas.

13 El relevamiento nos permitió, al equipo de salud, llevar adelante espacios de trabajo con la comunidad en torno a jornadas en la vía pública, talleres sobre temáticas identificadas como problemas para los y las vecinos. Se produjeron dispositivos en escuelas, en especial el trabajo con adolescentes, y en un centro cultural, sobre violencia de género, crianzas, además se integró la red de huertas del barrio, entre otras acciones en salud.

Contribución de autores

Todas las autoras han realizado conjuntamente y a partes iguales el análisis, la argumentación y la redacción del texto de investigación.

Financiamiento

Las autoras, declaran que no han recibido financiación por entidades públicas o empresas privadas para la realización del artículo.

Conflicto de interés

Las autoras, declaran que no existen conflicto de intereses para la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Idañez, M. J. (2001) La participación comunitaria en salud. ¿Mito o realidad? CAP. 2. Aspectos claves de la participación comunitaria en salud, 2001, 19-40.
- Arizaga, M. C. (2004). Espacialización, estilos de vida y clases medias: Procesos de suburbanización en la Región Metropolitana de Buenos Aires. *Perfiles Latinoamericanos*.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532004000200002
- Bang, C., & Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, XXIV(46), 123-143.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14527692005>
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.359>
<https://www.scielosp.org/article/scol/2010.v6n1/83-101>
- Campos, G. W. de S. (2021). Gestión en salud. *Cuadernos del ISCo*.
<http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/15/26/63-1>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). El Concepto De Accesibilidad: La Perspectiva Relacional Entre Población Y Servicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 201-209.
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
- Cosacov, N. (2017). “Construyendo un barrio de clase media. Narrativas, moralidades e identidades de clase media en disputas urbanas en un barrio de Buenos Aires” en Boy, M. y Perelman, M. Fronteras en la ciudad. (Re)producción de desigualdades y conflictos urbanos. Buenos Aires: Teseo. Pp. 95-128.
https://www.academia.edu/34155572/Construyendo_un_barrio_de_clase_media_Narrativas_moralidades_e_identidades_de_clase_media_en_disputas_urbanas

[as_pdf](#)

Esquivel, V., Faur, E., & Jelin, E. (Eds.). (2012). *Las lógicas del cuidado infantil: Entre familias, el Estado y el mercado* (1. ed). IDES.

<https://argentina.unfpa.org/es/publicaciones/las-l%C3%B3gicas-del-cuidado-infantil-entre-las-familias-el-estado-y-el-mercado>

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2020) La comuna en cifras.

<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2021/01/26/b02674d152e9d3935eca19e15eaac1c4e6401eb.pdf>

Hernández, S. (2013). *¿Un único modelo? La figura de “los vecinos” y las construcciones discursivas de lo urbano.*

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5593310.pdf>

Herzer, H., Rodríguez, C., & Redondo, A. (2005). Organizaciones sociales en el barrio de La Boca: Cambios y permanencias en un contexto de crisis. *ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS Y URBANOS*, 269-308.

<https://www.redalyc.org/pdf/312/31220203.pdf>

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005). Ley Orgánica de Comunas N° 1777.

Menéndez, E. L. (2020). Morir de alcohol. *Cuadernos del ISCo.*

<http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/8/19/38-2>

Merhy, E. E. (2021). Salud. *Cuadernos del ISCo.*

<http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/24/34/90-1>

Molina Jaramillo, A. N. (2018). Territorio, lugares y salud: Redimensionar lo espacial en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00075117.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00075117>

Porto Gonçalves, C. W. P. (2002). Da geografia às geo-grafias: Um mundo em busca de novas territorialidades. *2002*, 41.

Santos, M. (2000). Metamorfosis del espacio habitado. *2000*, 38.

Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: Programas y territorios. *Salud Colectiva*, 12(2), 149. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>

Ussher, M. (2008). Complejidad de los procesos de participación comunitaria. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

<https://www.aacademica.org/000-032/488.pdf>

Villanova, Nicolás. (2014). La organización política de los cartoneros en la ciudad de Buenos Aires: 1997-2012: Aportes para una caracterización en su desarrollo político. *Cuadernos del Cendes*, 31(87), 127-156. Recuperado en 28 de mayo de 2023, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082014000300007&lng=es&tlng=es .