



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL
AREA DE INVESTIGACION Y SISTEMATIZACIÓN

Trabajo final de investigación:

**RECUPERANDO “LA HISTORIA” DE LA CONSTITUCIÓN FORMAL
DEL
CENTRO DE SALUD N° 18 DESDE LA PALABRA VIVA DE SUS
ACTORES.**

AUTORES:

Carlini Cristian Héctor DNI: 25.790.167 e- mail: chcarlini@yahoo.com.ar

Cynthia Salvatierra Delgado DNI: 32.575.231 e – mail: cynsl_286@msn.com

Tutora Temática: Lic. Rojas Verónica. UBA.

Centro de Prácticas: CeSAC N° 18.

Taller IV: Año de cursada: 2011. Docente: Lic. Ponzzone, Julia.

Fecha de presentación: 07 de Febrero del 2013

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer a mi familia (entre ellos a mi padre que hace mas de 3 años y 6 meses no está más presente físicamente pero sí con su energía) por el acompañamiento en todo este período de realización de la cursada de la Carrera;

Agradezco a mi Pareja por su Amor y el acompañamiento en la realización de todo este trabajo y en el desarrollo de la parte final de mi cursada de la carrera;

Agradezco también...

A todos los/as docentes y compañeros/as de estudios por poder aprender en forma colectiva durante la toda la cursada;

A nuestra Profesora Tutora Lic. Verónica Rojas por su compromiso, sinceridad, cariño, respeto y su continua orientación;

A Mercedes, Claudia y Maia por su gran cariño y profesionalidad como referentes del querido y apreciado CeSAC N° 18 (como también al resto de los trabajadores del mismo CeSAC N° 18) y porque a través de ellas fui revalorizando positivamente la carrera de Trabajo Social desde una perspectiva Crítica.

Agradezco a mi compañera de realización del Trabajo, Cynthia, por todo los momentos compartidos, por los debates e ideas compartidas, durante la realización de este trabajo como de la cursada en Taller III y IV;

A nuestros /as entrevistados/as por abrir su corazón, por su buena predisposición y porque continuaron haciendo HISTORIA!!, y que sin su apertura no hubiese sido posible este trabajo.

A todos mis amigos y amigas y compañeros /as de trabajo que me alentaron para la realización de este trabajo en particular y la cursada de la carrera en general;

A todo el Pueblo Trabajador que es el que me permitió poder estudiar gratuitamente y reafirmar la lucha por una Educación Pública y Laica;

Y agradezco (por el aliento enviado para concluir con la cursada) a todos mis compañeros /as luchadores populares que deseamos vivir en un mundo de trabajadores libres e iguales, sin opresión y sin explotación.

Cristian Héctor Carlini

Yo, simplemente deseo agradecer principalmente a mi familia por su amor y apoyo incondicional, y que supieron entender las implicancias de este trabajo... a mis amigos que no paran de contenerme y estar a mi lado... a mi gran compañero Cristian que en estos años terminé llamándolo amigo, ya que hemos compartido horas y parte de nuestras vidas... a Verónica Rojas que la conocí gracias a esta investigación y aprendí mucho de ella tanto profesional como personalmente y gracias por todo lo que nos ayudó y nos motivó lo cual no es poca cosa... a las licenciadas Claudia, Maia y Mercedes del Centro de Salud, que fueron nuestras hermosas referentes, que no sólo nos ayudaron a amar y apreciar esta profesión a pesar de sus falencias, sino que también nos presentaron el barrio al cual le tenemos un gran cariño producto de los años de prácticas pre-profesionales allí... a nuestros entrevistados por su entrega, entusiasmo y buena predisposición, ya que sin ellos no hubiese sido posible este trabajo... y por sobre todas las cosas a Dios que me da las fuerzas para seguir adelante, y porque me llevó una vez más a un barrio que conocí hace muchos años, cuando era chiquitita, y las vueltas de la vida me llevaron de nuevo, pero para vivir una historia diferente... contribuir para que se haga escuchar su voz...

Cynthia Salvatierra

INDICE

INTRODUCCIÓN

Presentación del Tema de Investigación	6
Metodología utilizada para el desarrollo de esta investigación	8
Estructura del Trabajo de Investigación	11

CAPÍTULO N° 1

“Experiencias Colectivas y demandas de Servicios de Salud”

A) Experiencias colectivas previas al año 1983.	13
B) Experiencias de demandas colectivas de servicios de salud de los actores hacia el Poder Ejecutivo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires	26

CAPÍTULO N° 2

“Proceso de Organización social barrial y constitución formal del CeSAC N°18. Prácticas de Resignificación material y Simbólica”.

A) Concepciones de Salud por los actores de este proceso de organización social barrial.	33
B) Motivaciones que generaron e impulsado estas prácticas a través de los relatos de los vecinos y trabajadores de la salud.	38
C) Primeros Actores que impulsaron estas prácticas de organización social en pos de lograr la reapertura del Centro de Salud.	47
D) Re significar el Programa PAN como posibilidad de convocatoria de la comunidad	51
E) Papel de los Trabajadores de la Salud de otros CeSAC y/o Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires.	53

CAPÍTULO N°3

“Tensiones y cooperaciones. Sujeto y construcción de Derechos”.

A) Tensiones y cooperaciones que se produjeron entre los actores partícipes del proceso histórico investigado en relación a la constitución formal del CeSAC N ° 18.	56
B) Tensiones y cooperaciones que se produjeron entre los actores de la organización social y el Ejecutivo Municipal.	61

C) Construcción de Sujetos de Derechos.	68
---	----

CAPÍTULO N° 4

“Cambios percibidos e identidad subjetiva - colectiva”

A) Concepciones diversas sobre la Identidad subjetiva – colectiva	72
B) Percepciones y Representaciones construidas luego de la constitución del Centro de Salud.	76

CONCLUSIÓN	81
-------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	88
---------------------	----

ANEXOS:	95
----------------	----

N° 1 Propuesta de guía de preguntas para la realización de las entrevistas.

N° 2 Letra de la canción “La memoria”, por León Gieco.

N° 3 Entrevistas realizadas a las vecinas Juan, Luisa y Osvaldo.

N° 4 Programación de Vacunación de agosto de 1989. Campaña de vacunación de 1989. Impacto de una Campaña de Vacunación puerta a puerta realizada en el año 1992.

INTRODUCCIÓN

Presentación del tema de Investigación:

Realizamos este trabajo, partiendo de un análisis del proceso de organización que tuvo lugar en la comunidad barrial de villa 20 durante el período de la década del 80. Este proceso se caracterizó por la participación activa de diversos actores (tanto vecinos y organizaciones vecinales del barrio como trabajadores de la salud), que pudieron generar las condiciones materiales y simbólicas para impulsar la re apertura y construcción del Centro de Salud N° 18.

Los que realizamos esta investigación, hemos vivenciado la cursada de Taller III y Taller IV en este mismo Centro de Salud, denominado en la actualidad: CeSAC N°18 (Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 18). A medida que íbamos insertándonos en esta Institución, y por medio de ella, en la realidad de la comunidad de villa 20, del Barrio de Villa Lugano, nos despertaba aún más la curiosidad, la historia de este Centro. De este modo, comenzamos a realizarnos diversas preguntas que nos permitieran acercarnos a nuestro principal suceso histórico a investigar. Entre ellos, podemos mencionar las siguientes:

¿Cómo se generó el proceso de constitución y consolidación de un espacio constituido por organizaciones barriales e Instituciones de Villa 20 (Barrio Villa Lugano) a pesar de la política de erradicación de villas impulsada por el Terrorismo de Estado desde 1976 hasta el inicio de la Democracia?

¿Cómo se generó el proceso de diálogo y alianza entre organizaciones y vecinos de villa 20 y trabajadores de la Salud para demandar la constitución del Centro de Salud N° 18?

¿Cómo se produce las formas de resignificación de recursos existentes por parte de los propios vecinos y vecinas?

¿Fue un tipo de participación integral y de tendencia autogestiva a la cogestión, o fue una participación tutelada?

¿Qué recuerdos, en la memoria popular existen en la actualidad sobre los sucesos que permitieron impulsar la constitución del Centro de Salud N° 18 en la década del 80 en el barrio de Villa Lugano?

Este conjunto de interrogantes lo podemos sintetizar en la siguiente pregunta: ¿Cómo se relacionan los procesos de organización social barrial desplegados para demandar servicios de salud en villa 20 en la década del 80 y la constitución formal del CeSAC N° 18?, que hemos traducido en el objetivo general de este trabajo: Analizar los procesos de organización social barrial en relación a las prácticas de la Atención Primaria de Salud en villa 20 de Lugano durante la década del '80.

Para esta investigación consideramos que toda teoría está sustentada por un conjunto de ideas que constituyen un enfoque ideológico que orienta todo Marco teórico. Durante el transcurso de la realización de nuestro Trabajo de Investigación hemos debatido e intercambiando ideas y visiones tanto coincidentes como diferentes, tendiendo hacia una construcción muy enriquecedora a nivel personal para los que elaboramos esta tesis.

Creemos importante la realización de este producto porque entendemos que a la Historia (siendo una de las motivaciones que nos ha impulsado a realizar este trabajo de investigación) hay que analizarla de una forma no lineal, y sí revalorizando los diversos procesos históricos que se fueron desarrollando de forma integral/holística. Es desde esta visión, que decidimos indagar sobre los procesos y sucesos históricos mencionados anteriormente en el barrio de Villa Lugano de la Ciudad de Buenos Aires. Proceso de organización social barrial que se caracterizó por la participación activa de diversos actores que pudieron generar las condiciones materiales y simbólicas para impulsar la apertura y construcción del Centro de Salud N° 18.

Fundamentamos este trabajo en la importancia de recuperar la propia voz, la propia visión de los que protagonizaron la experiencia de promover las distintas instancias de organización, que permitieron dar impulso a la constitución formal del Centro de Salud N° 18 (esto fue también parte de las motivaciones que nos han movilizado a indagar e investigar). Proceso histórico que ha tomado en cuenta, los intentos de erradicación de la Villa 20 (por el Terrorismo de Estado Cívico Militar) generando un quiebre en los lazos sociales de la propia comunidad. Luego se indagará el proceso de resurgimiento y fortalecimiento de los lazos sociales, donde la expresión de solidaridad y la postura de partir desde una concepción de salud como derecho humano (y no como servicio y/o mercancía) fue un ícono de resistencia que permitió crear las condiciones materiales y simbólicas para que se lograra (desde una concreta red de articulación multiactoral) la constitución del Centro de Salud N° 18.

Metodología utilizada para el desarrollo de esta investigación:

Hemos encarado este trabajo, desde un enfoque metodológico cualitativo. Desde nuestra concepción todo método, con sus respectivas técnicas no se lo utiliza de forma neutra, sino que la elección del método expresa una determinada forma de mirar y posicionarse con respecto a la realidad social que se quiere indagar, reflexionar e investigar, tanto sobre situaciones actuales, como sobre sucesos históricos (como fue el caso de nuestro trabajo de Investigación). La perspectiva Teórica Metodológica Cualitativa de la cual partimos en esta investigación, nos brindó las herramientas para poder comprender y reconstruir, el sentimiento y el pensamiento de los sujetos que fueron actores en los sucesos que permitieron visibilizar diversas demandas de servicios de salud y la constitución formal del Centro de Salud N° 18.

Nuestra intención consistió en intentar comprender la significación que le otorgaron a dichos sucesos históricos, los sujetos participantes. Sobre este eje consideramos importante mencionar los aportes de diversos autores. Vasilachis de Gialdino (1992) plantea la necesidad y la importancia de rescatar la inter-subjetividad como un elemento primordial en el proceso social, y en el protagonismo de los respectivos actores. Esto nos permitió captar y entender cuáles son las diferentes motivaciones, materiales y simbólicas que cada sujeto construyó o expresó, al formar parte del proceso de organización social barrial, influenciando positivamente en la propia subjetividad de cada uno de los actores intervinientes. Recuperar y revalorizar esta significación, es lograda con el aporte de los métodos cualitativos. Vasilachis de Gialdino expresa lo siguiente: *“los métodos cualitativos actúan sobre contextos “reales” y el observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos (...) dependen básicamente de la observación de los actores en su propio terreno y de la interacción con ellos en su lenguaje y con sus mismos términos. Implica un compromiso con el trabajo de campo y constituye un fenómeno empírico, socialmente localizado, definido positivamente por su propia historia.”*(Vasilachis de Gialdino, 1992: 69).

Continuando con este eje, tomando el aporte de Rodríguez Gómez y otros (1996), consideramos que los métodos cualitativos tienen la particularidad de poder interpretar y reflexionar los diversos fenómenos estudiados, tomando en cuenta la significación simbólica que valorizan las propias personas involucradas en dichos fenómenos. A su vez pretendimos, con los objetivos que nos planteamos, haber

alcanzado, recuperado y revalorizado las voces de los sujetos que fueron protagonistas de los sucesos históricos que investigamos. En sus discursos, en sus memorias vivas sobre dichos sucesos históricos, pudimos recuperar el significado, los valores, las visiones que le impregnaron a sus propias vivencias históricas.

Para la obtención de datos recurriremos tanto a fuentes primarias como secundarias. Para la obtención de información desde las fuentes primarias, nos apoyamos en la aplicación de entrevistas en profundidad; nutriéndonos desde el enfoque de la Historia de Vida (Ver Anexo N° 1: “Propuesta de guía de preguntas para la realización de las entrevistas”). Nos basamos en los aportes realizados por Meyer y Olivera de Bonfil que expresan lo siguiente: *“Toda la Historia se refiere a ideas, a palabras, que transmiten un pensamiento y ello es lo que hace de la Técnica de la Historia Oral, un complemento de las otras ya técnicas tradicionales, de las que se vale un historiador (...) La Historia Oral viene a enriquecer, y al mismo tiempo, a complicar un poco la tarea del historiador, al proporcionar un material fresco, desprovisto de sofisticación o depuración”*. (Meyer Eugenia y Alicia Olivera de Bonfil, 1992: 372-373).

Partiendo del aporte de las autoras, creemos que fue de crucial importancia, cómo los propios vecinos de la comunidad de Villa 20, como así también los propios trabajadores de la Salud, nos expresaron (desde sus propias perspectivas, desde sus propias subjetividades, desde sus propias significaciones) sus propias vivencias en lo que fue todo el proceso de constitución del Centro de Salud N° 18. Y más allá de recurrir a diversas fuentes de información secundaria, consideramos que es (desde la propia expresividad de la Historia Oral de los propios sujetos que impulsaron este proceso) un interesante contenido a recopilar y poder reflexionar sobre dichos acontecimientos. Desde el enfoque de la Historia Oral, partimos desde una perspectiva de entrevista focalizada. Para la realización de este tipo de entrevista, las autoras expresan lo siguiente: *“Se denomina focalizada a la entrevista que está circunscrita a experiencias objetivas, actitudes y respuestas emocionales de situaciones particulares (...) La entrevista, cuya finalidad es el rescate de información con valor histórico, debe basarse en una preparación previa por parte de quien habrá de realizarla, de tal suerte, que no abrume al entrevistado con cuestiones conocidas o intrascendentes. Entonces, el entrevistador debe conocer a su entrevistado, y saber a conciencia lo que quiere; debe tener un programa y esto obliga a que se emplee muchísimo más tiempo en preparar una entrevista que en realizarla, en “empaparse del personaje”, antes de comunicarse*

con él (...) el que entrevista deberá instarle confianza al entrevistado, amén de enterarlo de su propósito, estableciendo una relación directa con aquél; despertar su confianza y sobre todo, el deseo de transmitir sus experiencias, sus conocimientos...”. (Meyer Eugenia y Alicia Olivera de Bonfil, 1992: 376).

Con nuestros aciertos y errores, consideramos que logramos despertar en los entrevistados y entrevistadas, esa inquietud y esa curiosidad a la que hacen referencias estas autoras. Observamos en las y los entrevistados/as emociones de alegría, de nostalgia como también de bronca por el atravesamiento del Estado terrorista, sobre los sucesos investigados. Reconociendo en nosotros un variado registro de emociones al aplicar las técnicas y a medida que avanzaba la investigación.

Desde nuestra perspectiva revalorizamos también la transmisión oral de la historia de generación a generación (en este caso la referida a la constitución del CeSAC N° 18), por ello la importancia en este trabajo, de utilizar la Técnica de la Historia Oral como una de las formas de recopilar los saberes que pudimos indagar. Recopilación que también estuvo guiada desde el enfoque de ampliar la capacidad de escucha y de la instancia dialógica, como bien lo plantea Mallardí (2004).

Otra técnica de recolección de datos en la que nos basamos, fue la suministrada por diversos documentos y materiales como informes, registros, documentos audiovisuales, folletos, fotografías que como lo expresa Navarro “...*contienen importantes interpretaciones de la realidad y son una vía útil para comprender su entramado social*” (Navarro Alejandra, 2003: 197). Construimos una muestra que fue de tipo no probabilística y sí intencionada, porque elegimos vincularnos con informantes clave que nos permitieran realizar el contacto y el encuentro con las 6 personas que entrevistamos. Personas elegidas con intencionalidad y no al azar. Damos a estas personas nombres de fantasías para poder mantener, por una cuestión de ética profesional, su confidencialidad.

Nuestras unidades de análisis fueron los propios discursos de los actores entrevistados que implícitamente expresaron enfoques/visiones sobre los sucesos históricos que deseamos investigar. Nuestras unidades de análisis consistieron en: 1 Trabajador de la Salud del actual CeSAC N° 18; 3 Habitantes de Villa 20 y 2 Habitantes de Villa 20 y actuales Trabajadores de Salud del CeSAC N°18. Por ello, consideramos a las unidades de análisis, como “*un conjunto de unidades, una porción del total*” (Sabino Carlos, 1993:104).Y como fuentes secundarias nos basamos en revistas,

artículos y/o publicaciones en Internet, fotografías, documentos audiovisuales, registros, libros, etc.

En un continuo trabajo de ida y vuelta, es decir, formulando un conjunto de preguntas disparadoras para la realización de la entrevista, y al cabo de la realización de la misma, pudimos hacer una revisión de las respectivas preguntas. Hemos vivido el recorrido dialéctico de la teoría a la práctica, y de la práctica a la teoría.

Ya que nuestro propósito fue respetar y hacer visible las historias de cada uno de los sujetos/actores partícipes de este particular proceso de organización social barrial reflejado en el presente trabajo de investigación.

Estructura del trabajo de investigación:

Para facilitar la lectura de esta investigación y presentar los resultados alcanzados de los diversos testimonios obtenidos, se estructura este trabajo en los siguientes capítulos:

En el primer capítulo explicitaremos las experiencias colectivas que protagonizaron los diversos habitantes de Villa 20 previas al año 1983. Con estos antecedentes, lograron posteriormente una organización social barrial que les permitió expresar diversos tipos de demandas de servicios de salud hacia el Poder Ejecutivo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, desplegadas desde el año 1983 hasta la propia constitución formal del Centro de Salud N° 18.

En el segundo capítulo nos centraremos en las diversas motivaciones que llevaron a cada uno de los actores involucrados a formar parte de este proceso de organización social barrial. Para ello, abordaremos, en principio, las diversas concepciones de Salud por los actores de este proceso de organización social barrial. También indagaremos sobre los primeros actores que impulsaron este proceso y las estrategias desarrolladas para re significar los recursos existentes. Analizaremos además, el papel que desempeñaron los trabajadores de la Salud de otros Centros y / o Hospitales Públicos y su incidencia en este proceso estudiado.

En el tercer capítulo indagaremos sobre las “tensiones y cooperaciones entre los actores partícipes del proceso histórico investigado con relación a la constitución formal del Centro de Salud N ° 18. En primer lugar nos centraremos en los propios actores de la organización social barrial; y posteriormente focalizaremos nuestro análisis en la vinculación entre estos actores del proceso de organización social barrial con el

Ejecutivo Municipal del a Ciudad de Buenos Aires. Por último realizaremos una reflexión sobre cómo los actores intervinientes se constituyeron a sí mismos como Sujetos de Derechos.

En el cuarto y último capítulo haremos explícito cómo la vivencia de este proceso de organización social barrial generó en los actores participantes, determinados cambios que influyeron en su identidad subjetiva, originando a su vez la construcción de una nueva identidad colectiva. En principio daremos cuenta de las diversas concepciones sobre la identidad subjetiva – colectiva; para luego poder visibilizar las Percepciones y Representaciones de los actores participantes, construidas luego de la constitución del Centro de Salud.

Estos cuatro capítulos están constantemente interrelacionados con nuestra pregunta de investigación principal, la cual hemos explicitado al inicio del apartado de la Introducción.

Finalmente, expondremos una conclusión con nuestras reflexiones que fueron surgiendo a lo largo de la realización de este trabajo de investigación y que permitirá aportar a la construcción de conocimiento en Ciencias Sociales, y concretamente a la disciplina que representa el Trabajo Social.

CAPÍTULO 1: “Experiencias Colectivas y demandas de Servicios de Salud”

*La memoria despierta para herir a los pueblos dormidos
que no la dejan vivir libre como el viento.*

León Gieco

(Ver Anexo N°2 “Letra de la canción “La memoria”, por León Gieco).

A) Experiencias colectivas previas al año 1983.

Como lo expresamos al comienzo de este trabajo, la historia social y subjetiva de cada uno de los sujetos protagonistas de este proceso de organización social/barrial es totalmente dinámica y no estática. Que sea dinámica implica reflexionar a la historia desde una perspectiva de totalidad (perspectiva holística) donde la separación del pasado, presente y perspectivas de futuro es un ejercicio solamente analítico. Partiendo desde este enfoque, nos centraremos en detallar (descriptiva y reflexivamente) los sucesos históricos de más importancia.

La experiencia de toda la vitalidad que significó el proceso de organización social barrial, para generar tanto condiciones materiales como simbólicas, que permitieron la reapertura y la constitución del Centro de salud, tiene un anclaje particular. El mismo tiene un carácter histórico–político–económico y social en las experiencias colectivas de diversos tipos de demandas previas al año 1983, en plena contextualización de la aplicación de las políticas genocidas, por los responsables tanto militares como civiles del Terrorismo de Estado.

Para comenzar un análisis sobre las experiencias colectivas y demandas de servicio de salud, consideramos pertinente hacerlo, en vinculación a la historia del barrio, a su formación, desarrollo y resurgimiento, ya que esta es también parte de la historia del centro de salud (en su totalidad).

El nacimiento de un nuevo barrio...

Según los datos proporcionados por Bordegaray (2002) en la revista “Cronista Mayor, de Buenos Aires¹”, patrocinado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, para contemplar el inicio de la historia del Barrio de Villa 20, hay que remontarse a 1918. En ese año, había un territorio prácticamente despoblado, al cual fueron llegando algunas pocas familias que se asentaron allí. Se fue poblando de pequeños ranchitos, y a partir de 1920, comienza a delimitarse este espacio, a pesar de ser campo.

Para 1948, el barrio (de Villa 20) comenzó a organizarse como tal, y esto es coincidente con el funcionamiento y los proyectos de la Fundación Eva Perón. Esta institución proyectó y efectuó la construcción de pequeñas casas prefabricadas, sobre la calle Larraya, que les fueron otorgadas a familias de bajos recursos. En un primer lapso, se construyeron alrededor de doce casitas, que luego fueron habitadas, y en un segundo, habrían unas ocho casitas más. Las mismas eran precarias, y no contaban con agua y electricidad; aunque luego la institución les proveyó de una canilla para las primeras casas (en la primera etapa). En un tercer lapso, la Fundación dispuso la construcción de alrededor de ochenta casas de cartón. Por esos años, ante la visita del Ministro de Obras Públicas al barrio, la demanda de una vecina que expresaba las necesidades del barrio, halló una respuesta que se convirtió en realidad: la construcción de baños con duchas, de veredas con adoquines y brea, pasos de material para entrar en las casas y la instalación de luz eléctrica. Pero esto no fue para todo el barrio, sino que se estableció una división interna, que diferenciaba a un sector que goza de los servicios, de otro que carece de ellos. Esta última población, es la que se asentó en los sectores del barrio que aparentaban ser espacios inhabitables, edificando casas de chapa y cartón. De esta forma, siguió creciendo el barrio. Consideramos pertinente anexar a esa investigación, diversas fotos que reflejan el crecimiento poblacional del Barrio de Villa 20, barrio de Villa Lugano, Ciudad de Buenos Aires. (Ver Anexo N°3 “Diversas fotos del barrio de Villa 20 desde 1940 hasta el año 2009”).

Ya a mediados de la década de 1960, el barrio es signado por la participación popular, en pro de la lucha por mejoras para el barrio. El Gobierno Radical de Arturo

1 “Cronista Mayor” es una revista hecha por una antropóloga que estuvo investigando en el barrio de Villa 20 para recabar información relevante. **Bordegaray Dora**. “Villa 20”. En: *Cronista Mayor de Buenos Aires*, N° 34, Buenos Aires. Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires. octubre 2002.

Illía, brinda un marco muy significativo ya que posibilita el movimiento de un pensamiento popular.

En este contexto el objetivo consiste en dar respuestas a las necesidades sentidas de las poblaciones más vulnerables, promoviendo el carácter activo de las mismas. La propuesta radica en lo que conocemos como el Desarrollo de la Comunidad, en el cual son los mismos vecinos los que se organizan, y participan activamente de un proyecto que tiende no sólo a la satisfacción de necesidades primordiales para su reproducción ampliada, sino también al logro de mejores condiciones de vida, similares a las de las clases medias. En este período desarrollista, la mirada está puesta en los países desarrollados y la planificación de este proyecto procura que los países subdesarrollados, logren semejarse a la misma situación.

Desde nuestro parecer consideramos que más allá de algunos avances de características progresistas que ha generado las iniciativas desarrollistas (gracias a los continuos reclamos de las clases populares), la esencia de este modelo desarrollista consistía en ampliar una forma de control social sobre los mismos sectores populares, y expresado en las perspectivas del proyecto Alianza para el Progreso².

En esa década, a pesar de que en el año 1966 tomara el poder Onganía estableciendo una Dictadura Cívico - Militar, se produjeron tantos logros como algunos retrocesos; éstos últimos en parte producto del Plan de Congelamiento Habitacional, que impedía las posibilidades de nuevas ocupaciones, a la vez que desarticulaba las ya existentes. Sin embargo, en el barrio de Villa 20, por esos años, nacen instituciones tales como el Centro de Acción Familiar (CAF), el Centro de Salud y la Escuela Pública de Nivel Primaria de la calle Fonrouge. Algunos de los entrevistados hicieron mención al Centro de Salud que nació en el contexto antes descrito. Por ejemplo, el actor Juan (médico participante del proceso de organización al que estamos dedicando esta investigación) expresó lo siguiente:

2 No es intención en este trabajo de Investigación profundizar sobre esta temática, pero consideramos pertinente mencionar que fueron los aportes del movimiento de re conceptualización en las Ciencias Sociales (y en particular en el Trabajo Social) que brindaron coherentemente un conjunto de críticas al modelo desarrollista, como también a los fundamentos teóricos metodológicos conservadores de la formación profesional, y redefiniendo el objeto del Trabajo Social dentro del campo profesional. Las críticas abordaron diferentes ámbitos de la disciplina del Trabajo Social. Con relación a estas críticas, **Iamamoto M** expresa lo siguiente: “*de sus fundamentos ideo-teóricos, de sus raíces socio políticas, de la dirección social de la práctica profesional y de su modus operandi*” (**Iamamoto M**, 1998: 205-206). Creemos pertinente que **Carballeda** (1995) realiza una revisión histórica de dicho Movimiento de la Re – conceptualización.

“...En Villa 20 (en el actual CeSAC N° 18) había funcionado un centro de salud, una posta de Salud. Durante la Dictadura fue arrasado y habitado por los Gendarmes como espacio logístico. Habían erradicado la mayoría de los barrios y los Centros de Salud, y los que habían quedado estaban en una situación de desmantelamiento... el nombramiento oficial se había volado con la Dictadura y eso no era... no era..., no era un centro (...) de los antecedentes que yo sabía, había un grupo de vecinos y un cura, el padre Botán, que le habían dado lugar para un domicilio, y este es el primer centro de salud. Se juntaban y comenzaban a venir un grupo de profesionales del Hospital Piñeiro para este primer centro de salud...” (Ver Anexo N°4: Entrevistas realizadas a las vecinas Juan, Luisa y Osvaldo).

La vecina Luisa, nos relata en la entrevista, que se enteró por casualidad, que el Centro de Salud nació en 1965 con otros vecinos del barrio:

“Una señora, estaba en las salita, un día dice ‘por qué los 25 años de la salita, eso que ustedes están festejando, si esta salita se fundó en el ‘65 y yo fui una de las partícipes, y a mí no me llamaron’. Una señora de unos 75, 78 años...No sé quién es, ni cómo se llama (...) Y le decía “pero de qué 25 años me hablan, yo estuve acá, yo trabajé, yo también ayudé a limpiar, ayudé a que se haga esto, con el Padre”... el Padre no sé quién y el doctor, también nombraron a un doctor que venía... se hizo tipo una posta, una posta de salud, no era un centro organizado ni nada, pero ya había algo”. (Ver Anexo N°4: Entrevistas).

A esto que relatan los entrevistados, es a lo que queríamos llegar, ya que uno de los objetivos de nuestra investigación es indagar sobre la movilización popular y el proceso de organización que contribuyó a la constitución formal del Centro de Salud N°18; y para ello, consideramos necesario, rescatar la historia del barrio, ya que ella subyace a este hecho y que de algún modo no sólo es un antecedente para la demanda y la lucha popular, sino también motor implícito de las motivaciones de los actores.

Los actores Juan y Luisa, mencionan la participación del Padre Botán en la construcción del Centro de Salud. Los sacerdotes Héctor Botán y Rodolfo Ricciardelli, llegaron al barrio de Villa 20 en el año 1965, para vivir allí. En una entrevista, expuesta en internet, el Padre Botán relata su experiencia como cura obrero y como vecino del barrio. Expresa que llegaron con mucho idealismo, y al rodearse con la gente de allí y sobre todo con los niños, vivieron muy de cerca la realidad de los barrios populares. Habitó en una vivienda que había sido abandonada, y que la cuidaba anteriormente un

vecino en acuerdo con los integrantes de la Comunidad Emaús³, al cual el cura Botán pidió permiso para habitar ese lugar; como lo desarrolla Bordegaray(2002). Aparentemente, existía un Centro de Salud Comunitario que contaba con médicos que asistían al barrio, en otros momentos. Los niños hicieron notar al sacerdote esta ausencia y a la vez una necesidad primordial, por lo cual pensó en la posibilidad de impulsar un Centro de Salud para el barrio: “...*Me gustó la cosa, lo charlamos con los poquitos que éramos en ese momento y pareció buena la idea de hacer un centro de salud. Entonces empecé a trabajar como albañil y la gente comenzó a sumarse. Eso me llevó dos años largos, quise que quedara una cosa buena, digna; me fundí, gasté todo lo que tenía, hasta vendí mi Vespa...*” (Vila D. y Castro D., Revista N° 6:1). De esta forma relata cómo, junto con gente del barrio empezaron la construcción del Centro de Salud, ya que consideraba que “*a los pobres hay que darles bien las cosas, no mal hechas*” (Bordegaray, 2002:5). Para saber más sobre la historia del barrio de Villa 20 sugerimos consultar el apartado de anexos. (Ver Anexo N°5 “Publicación Vecinal. Cronista Mayor de Buenos Aires. “Villa 20”. Buenos Aires, octubre de 2002, N° 34”).

Con toda la experiencia de vida cotidiana que el Padre Botán y el Padre Ricciardelli, adquieren al vivir en Villa 20, y su elección de combinar sus obligaciones clericales con el trabajo asalariado, se incorporan a la conformación del Movimiento de los Sacerdotes para el Tercer Mundo, en 1967, junto con el Padre Ramondetti. Planteaban que la injusticia social era moneda corriente en el barrio, bajo el contexto dictatorial de Onganía, y esto los obligaba a repensar el compromiso que debía tener la Iglesia con el Pueblo. Sus acciones debían estar orientadas a un proyecto para mejorar las condiciones de vida de los más pobres, combatiendo las causas de fondo que generan miseria. Entre otras necesidades, la creación de un Centro de Salud era considerada prioritaria, se debía facilitar el acceso a la población a un derecho esencial; pero a la vez había que generar lazos de solidaridad que promovieran un trabajo comunitario para la búsqueda de mejoras en el barrio y en las condiciones de vida. Para argumentar esto, citamos el preámbulo de la Encíclica *Populorum Progressio* que es una de las bases teóricas que fundamentan la ideología del movimiento tercermundista:

“El desarrollo de los pueblos y muy especialmente el de aquellos que se esfuerzan por escapar del hambre, de la miseria, de las enfermedades endémicas, de la ignorancia; que buscan una más amplia participación en los frutos de la civilización, una

³ Emaús es una comunidad Católica. **Bordegaray Dora**. “Villa 20”. En: *Cronista Mayor de Buenos Aires*, N° 34, Buenos Aires. Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires. octubre 2002.

valoración más activa de sus cualidades humanas; que se orientan con decisión hacia el pleno desarrollo, es observado por la Iglesia con atención. Apenas terminado el segundo Concilio Vaticano, una renovada toma de conciencia de las exigencias del mensaje evangélico obliga a la Iglesia a ponerse al servicio de los hombres, para ayudarles a captar todas las dimensiones de este grave problema y convencerles de la urgencia de una acción solidaria en este cambio decisivo de la historia de la humanidad” (Encíclica PopulorumProgressio, 1967:1).

Rescatamos de este párrafo, la importancia del reconocimiento de la valoración de las cualidades humanas de los sujetos que toman conciencia de su realidad y asumen una posición activa en pos de la transformación social; y que debe ser acompañada por actores sociales, ya que ésta es su función. Las acciones transformadoras y populares, sólo son posibles si existe solidaridad entre los miembros de la comunidad. El primer Centro de Salud (o posta sanitaria, como lo mencionan los entrevistados), adquirió carácter legal, y funcionó como tal, ofreciendo a la población el servicio de profesionales médicos rentados. En una Asamblea convocada por el Padre Botán, se comunicó a los vecinos sobre esta posibilidad, propuesta previamente por un representante de la Municipalidad; se decidió aceptar este ofrecimiento ya que, bajo el reconocimiento del gobierno, era viable la continuidad del Centro de Salud.

Todo el desarrollo anterior es una descripción necesaria de la historia del barrio de Villa 20 y del nacimiento del Centro de Salud, como producto de una primera experiencia colectiva y de demanda de servicios de salud.

Un nuevo panorama...

En la década de 1970, la situación política y social latinoamericana es crítica, ya que se instala el Terrorismo de Estado. En nuestro país, las Fuerzas Armadas junto con sectores de la sociedad civil (el capital concentrado y financiero, la Jerarquías de las diversas Iglesias, etc.), intervinieron e interrumpieron, el 24 de marzo de 1976, el Gobierno constitucional de Isabel Perón, marcando el inicio de un período oscuro y violento con el saldo de 30.000 militantes asesinados. Terrorismo que ya se puso en evidencia con anterioridad con el accionar genocida de la Triple A (la nefasta Alianza Argentina Anticomunista) asesinando a muchos compañeros/as militantes populares de diversas tendencias ideológicas. Podemos recordar que esta organización genocida asesinó a diversos militantes sindicalistas del peronismo revolucionario; curas y

militantes del movimiento tercermundistas (entre ellos recordamos al Padre Mugica Carlos, Angelelli, Juan Carlos Martínez, alias el negro, que era un laico muy querido en el barrio de villa 20); militantes marxistas; militantes de la tendencia comunista libertaria, etc.

En este contexto, la realidad de Villa 20 es totalmente diferente a la vivida en la década de 1960. La participación popular se vio obstruida y censurada, se acallaron las voces que reclamaban y denunciaban las injusticias que se vivían diariamente en el barrio.

Con respecto a esto, citamos el relato del vecino Osvaldo, que con sinceridad expresa una visión ideológica bien marcada con respecto a las experiencias previas. Sobre su necesidad de vivir exiliado en su propio país y su necesidad de cuidarse ante la persecución genocida generada por el Terrorismo de Estado, argumenta lo siguiente: *“...Yo conocí el barrio en los años 70, pero fui a vivir al barrio por una cuestión política. El golpe militar modificó toda la situación, y bueno los militantes estábamos... como te puedo decir, disparando. Por suerte no nos encontraron, a mi compañero y a mí, porque si no, no estaría yo acá. Por suerte o por desgracia no lo sé, había un pariente que vivía acá, en villa 20, y al venir acá, es como que estaba como camuflado...”*.(Ver Anexo N°4: Entrevistas).

Una de las primeras luchas colectivas que remarca este vecino, es la resistencia a la erradicación de la villa, por lo que consideramos importante destacar lo expresado por él:

“La erradicación comenzó en el año 1978, y la coordinadora comenzó aproximadamente dos años después. Se fue organizando este grupo, la coordinadora de villas, lo que después se llamó Comisión de Demandantes. Esta comisión inició una demanda a Cachetore y a sus secuaces inmediatas como fue el Chopo. Parando la erradicación compulsiva, y ahí fue que nos conocimos con los vecinos. Y como se movían a la gente de otra villa, ahí conocí a José y a su señora Florencia. Ahí nos acompañaron un grupo de abogados que se animaron a pesar del contexto. Porque el barrio quedó devastado....viniendo por Larrazábal, siguiendo por Chilavert, siguiendo en diagonal hasta Escalada y de esta hasta Ordoñez, fue un inmenso cuadrado de varias manzanas llamada sector 1 que estaba seleccionada para la erradicación de las familias (...) Era una erradicación compulsiva en esta situación política, o se van o nos sacaban a patadas, o al que no le prendemos fuego...”.

Consideramos importante recalcar la importancia no solo de la comunicación verbal, sino también de la comunicación gestual como otras de las formas importantes de expresión humana⁴. Lo hemos vislumbrado claramente en los relatos de los entrevistados, que se expresaban no sólo desde el discurso hablado, sino a través de las miradas y de diversos tipos de gestos.

En el primer fragmento, por ejemplo, Osvaldo habla con seriedad y refleja cómo su elección de vivir en Villa 20, reviste una estrategia de protección, ya que al ser militante debía ser perseguido y manifiesta con dureza que de no haber sido así, él no estaría vivo. El horror y la incertidumbre en la que se vivía en esa época, cala muy hondo en los sentimientos del entrevistado, ya que ha afectado parte de su vida, pero también le ha dado herramientas ideológicas, para enfrentar las adversidades; lo cual lo relacionamos con el concepto de resiliencia, desarrollado por Álvarez (2009), que justamente implica una salida con fortaleza, ante situaciones críticas, transformándolas en algo positivo. La persecución estratégica, y el secuestro forzado de personas se enfocaban en sujetos que desde sus acciones y discursos políticos-ideológicos eran considerados peligrosos para el orden establecido. Osvaldo manifestó además, cómo se concretizaban determinados niveles de resistencia hacia la opresión generada por el Terrorismo de estado.

“Y nosotros firmamos la demanda y la Municipalidad no nos sacaba por la fuerza, pero venía gente diciéndonos que vivir ahí no era salubre y otros motivos y de fondo estaba el interés de seguir el desalojo. Y en los 80 judicialmente se logró parar con la erradicación de la villa. Al tener ese amparo judicial no nos podían sacar. Pero la Municipalidad contraatacó dando los famosos créditos. Créditos para que se vayan y compren una casa. Había un interés político, que era que acá, en la ciudad de Buenos Aires, a los negros no lo queremos. Y..., Cachetore mismo lo dijo y toda la banda que lo seguía... Esto fue muy cobarde todo lo que pasó, no tiene gollete de ningún tipo, a la luz de todo lo que hoy se está sabiendo. El plan Cóndor...”

Observamos como toda dominación genera indudablemente prácticas de resistencia, y de estas prácticas el poder va generando nuevas formas de dominación.

⁴Con respecto a las diversas formas de comunicación lo relacionamos con los aportes de **Watzlawick y otros** (1973) que plantean 5 axiomas que constituyen y forman parte del proceso meta comunicacional. Postulan que toda acción es comunicación, y que es imposible no comportarse, por lo tanto también es imposible no comunicarse. Un segundo axioma, plantea que los seres humanos tienen la capacidad de poder comunicarse tanto analógicamente como también digitalmente, es decir, tanto de forma verbal como no verbal.

Para este análisis, y basándonos en los aportes de Abad (2009), el poder influye en las propias personas afectando e influenciando sobre las respectivas áreas de sentimiento, de pensamiento y también de acción en cada una de las personas. Por lo cual, su análisis implica también tomar en cuenta aspectos no solo conscientes, sino también inconscientes; tomar aspectos materiales como también simbólicos de cada situación existencial de cada persona.

Este concepto refiere a una capacidad de actuación potencial o efectiva, que afecta e influye sobre quien ejerce poder sobre otras personas, que en caso de su éxito produce un dominio legitimado por el acto de obedecer a la voluntad impuesta. Esta relación asimétrica reconoce dos tipos de fuerzas, una que es inductora y otra que es de resistencia. Y esto es lo que nos interesa analizar.

Los entrevistados que vivieron en el barrio durante la época del Terrorismo, sufrieron varias intimidaciones a su vida personal, sin embargo, se mantuvieron firmes ante tal situación. La entrevistada, María agrega la estrategia asumida por otros vecinos: *“...Entonces, quedamos así, formamos esa cooperativa con otra vecina más y el cura de la iglesia, entonces nos hemos reunido un grupo de personas, como para poder... eh... ganar tiempo...”*.

La participación en cooperativas, la aceptación de los microcréditos o el enfrentamiento a quienes ejercían mecanismos de desalojo, eran formas de resistir y manifestar el rechazo a lo impuesto, a la obligación de abandonar la única posesión que representa un hogar, para los vecinos de Villa 20. Algunos habitantes tenían la posibilidad de ir a otros barrios, mediante la compra de casas o porque tenían parientes, pero otros no tenían adónde ir y eso implicaba luchar de la forma que les fuera posible desde sus posiciones. Estas prácticas de resistencia se revisten de un carácter de “antipoder⁵”, ya que sus estrategias organizativas y de afirmación de sí mismas difieren totalmente de las que son ejercidas por los portadores del Poder.

Otra vecina (que también trabaja actualmente en el centro de salud), llamada Teresa, nos expresó lo siguiente:

“Mucha gente de Retiro la traían y venían para el barrio. Y se fue llenando una parte de la cancha. Me acuerdo que hubo una fuerte inundación que tiró todos los techos en el 78. En esa punta estaba Videla y su señora que pelearon por el Centro de Salud.

5 Este término es utilizado por **Holloway**, que refiere a una lucha asimétrica, producto del doble movimiento del poder, de ruptura y de unificación; explicitado por **Abad Susana** (2009).

Ellos son de retiro, sí son vecinos de Retiro vinieron esa época. En el 77, 78. Acá la sala anterior la pintaron de negro y sacaron a la gente que estaba ahí trabajando (...) En la época de la Dictadura nos daban un cartón con la fecha para que desocupemos las casas, y venían con la topadora y te tiraban las casas. Te daban un mes de plazo para irte y cuando volvían y no se consiguió la casa, decían que tenías que irte a la casa de un pariente. Y a algunos los dejaron en un algún baldío... A mí me tiraron una parte de la casa que era grande y luego otra parte... ”.

En este contexto de gobierno dictatorial, el Centro de Salud fue cerrado como tal y el edificio fue ocupado por la CMV (Comisión Municipal de la Vivienda) y por el Destacamento de la policía montada. Como lo expresa Bordegaray (2002), este se había convertido en un punto estratégico, desde el cual se señalaba cuáles serían las casas a derribar y en qué fecha. La misma Comisión que en la década de 1960 acompañaba los movimientos populares en pos de mejoras para el barrio, era la misma que contribuía a los objetivos del Terrorismo. Hostigaban a los vecinos que se quedaban en el barrio, los presionaban a través de “visitas” al domicilio y llevándolos a la fuerza a la oficina de la CMV, para fijar la fecha de desalojo. Como bien explica la entrevistada, se les daba a los vecinos un cartón con la fecha y con los plazos, si es que se les otorgaba.

María nos expresó lo siguiente:

“Claro. Primero sacaron esas instituciones, entonces decían así: “si no tienen guarderías, no tienen escuelas, no tienen el centro de salud, no tienen la salita, bueno, estos van a irse a otro lado”, entonces lo primero que sacaron fue eso. Y después quedaron un grupo de familias... ”.

Nos sorprenden las expresiones de estos actores, en particular, la que expresó la vecina María. Ella, describe y analiza el plan estratégico impulsado por el Terrorismo de estado para no sólo erradicar la villa, sino principalmente, al despojarlo del conjunto de las instituciones (guardería, posta de salud, escuelas, etc.) fue una forma concreta de negar los derechos de los propios habitantes de Villa 20, produciendo la “fractura de los lazos sociales”, parafraseando a Castel (1977).

Justamente, lo vivenciado por los vecinos del barrio en cuestión, es un ejemplo claro de una continua erosión y fractura de las instituciones y de los dispositivos que garantizan el afianzamiento de los lazos sociales, objeto que bien desarrolla De Ipola (1998). El análisis de los autores, se aplica a un nivel más amplio que abarca a la sociedad, en la actualidad; pero tomamos esta cita ya que consideramos que los mecanismos que deben proveer seguridad a los ciudadanos, desde el actor Estado, en el

contexto particular que estamos analizando, no lo ha garantizado. Asimismo, lo importante a reflexionar, es lo que María nos relató respecto a la estrategia de eliminación de las instituciones, lo cual relacionamos con un intento de “desubjetivación” por parte del Terrorismo de Estado. Lo entendemos de esta forma, ya que el objetivo de este Plan, consistía en la deshumanización, en el despojo de la capacidad de decidir, de actuar, de desarrollar las potencialidades, de asumir responsabilidades y de buscar formas de resolución de conflictos y necesidades.

La posición asumida por el conjunto de los vecinos de Villa 20, no es juzgable, ya que fue una época difícil de vivir en ese contexto de Terrorismo de Estado. Algunos de ellos, sufrieron la desubjetivación, sin embargo, los actores del proceso de organización social barrial que estamos analizando, tomaron una actitud de resistencia, como lo hemos analizado anteriormente. El asumir y partir desde este tipo de actitud y pretender un cambio en su situación concreta, implica sumergirse en un proceso de “*inversión*”, el cual provee la capacidad de hallar recursos para la transformación de la realidad.

Estos ejes de desubjetivación y de inversión son desarrollados por Duschatzky y Corea (2009), a los que compartimos con sus planteos y con la perspectiva que toda práctica de inversión va a permitir producir grietas (y al decir de estos autores) aberturas que permitirán desbordar y superar el imaginario de que no es posible construir nuevos mundos posibles. Entendemos lo expresado por los actores entrevistados, de que las instituciones en el barrio se estaban convirtiendo (relacionándolo con los aportes de las autoras) en “Galpones⁶”. Esta situación de fractura, de fragmentación social (características del Modelo Neoliberal iniciada con el Terrorismo de Estado) se caracterizó por un futuro no asegurado, en donde la intencionalidad de este plan neoliberal, consiste en que no haya Institución que pueda generar un futuro. Por lo cual la situación es de continua fluidez, desarrollado también por los Lewcowicz y Corea (2004).

Consideramos oportuno destacar que fueron los propios vecinos los que percibieron la realidad que estaban viviendo, la reflexionaron y la tomaron para

⁶“La metáfora del galpón, nos permite nombrar lo que queda cuando no hay institución: una aglomeración de materia humana sin una tarea compartida, sin una significación colectiva, sin una subjetividad capaz común. Un galpón es lo que queda de la institución cuando no hay sentido institucional” (Lewcowicz I. y Corea C, 2004: 106-107)

transformar e internalizar un proceso de trabajo colectivo, que implique una nueva identidad barrial e institucional.

José nos expresó lo siguiente:

“...Con todo el apriete que hicieron los militares, que fue jodida la situación, algunas se desarmaron o dejaron de participar..., u otras... fallaron. Y esta comisión demandante, demandaba al Estado la tenencia de las tierras, por una cuestión de derechos, de permanencia, de paz y de cuidado...”

Tomando en cuenta todas estas expresiones, creemos importante, realizar una reflexión sobre el modelo neoliberal (como uno de los modelos del sistema capitalista) que predominó en el contexto de constitución del Centro de Salud N° 18 (modelo que comenzó a impulsarse con el Terrorismo de Estado cívico militar y que se profundizará a partir de 1990). En el contexto del fenómeno del *shock del petróleo* a mediados y finales de la década del '70, este mismo generó (entre otros factores) un cambio en el modelo de acumulación del capital; desplegando así un proceso de desindustrialización y debilitamiento del mercado interno, y se impulsó una apertura comercial y la valorización financiera. Esto provocó un concreto desmembramiento del sistema productivo que se basaba en el pleno empleo y en un sistema fortalecido del sistema social. Esta apertura en el mercado de bienes y de capitales, genera que los productos importados, debiliten y desestabilicen los precios de los productos producidos en el mercado interno. Durante la ejecución y concretización de este modelo neoliberal aperturista, desde las clases dominantes, comienzan a predominar los actores de las FF.AA.; principalmente las élites de las Empresas Transnacionales, elites que expresan el Capital Financiero y los sectores de la gran Burguesía Nacional, en detrimento de la pequeña burguesía, de vastos sectores de la clase media y principalmente de los sectores populares.

También desde este modelo, se impulsa un proceso de desarme del Estado, (y principalmente de desarticulación de la intervención del Estado en los diferentes ámbitos), predominando la respectiva reducción del gasto y seguridad social, el estancamiento y agravamiento en el área de salud, y la inversión en el área de la vivienda y de la educación.

Como lo ha desarrollado Villareal (1985), este fenómeno, impulsado por el Terrorismo de Estado, ha generado cambios en la estructura social, produciendo un doble fenómeno: el inicio de una mayor tendencia a la homogeneización de los sectores dominantes y la concreta fragmentación de los sectores populares.

Siendo en líneas generales los más perjudicados los sectores populares y vastos sectores de la clase media, aumentando los respectivos procesos de empobrecimiento y aumentando la situación de vulnerabilidad, marginalidad y exclusión social. Específicamente con respecto al área de la Salud, citamos un aporte de Laurell(1994) cuando hace una reflexión sobre como la salud pasó de ser un derecho social a una mercancía en el transcurso de la ejecución del modelo neoliberal. Expresa como el Banco Mundial (organismo impulsor del neoliberalismo) en el documento denominado “Invertir en Salud” se plantean los siguientes objetivos. *“El primero es compatibilizarla con la doctrina neoliberal que ubica a la salud principalmente en el ámbito privado y sólo bajo ciertas condiciones como tarea pública. El segundo es adecuar esta política a las prioridades del ajuste fiscal lo que significa disminuir y reestructurar el gasto social público, incluyendo el de salud”*.(Laurrell A. Cristina, 1994:1)

Tomando en cuenta este contexto, podremos analizar cómo se produjeron los respectivos procesos de organización mencionados anteriormente; procesos que implican una forma de resistencia, y que fueron la base para la realización de las diversas acciones que desembocarían luego en la constitución del Centro de Salud N°18 en 1986.

Consideramos que todas estas experiencias comentadas por estos actores quedan como memorias inscritas e internalizadas en cada una de sus subjetividades. Reafirmando la importancia de que lograron (ante tanta opresión por parte del Terrorismo de Estado) diversas prácticas de resistencias y de expresión de solidaridad.

Durante la transición del contexto de Terrorismo de Estado hacia la concretización de la incipiente Democracia en el año 1983, se aceleró el proceso de repoblamiento del barrio de Villa 20. Muchas de las familias que anteriormente vivían allí retornaron, pero no pudieron habitar sus antiguos terrenos porque ya estaban ocupados por nuevas familias. En ese momento histórico, a su vez, se acrecienta la llegada de varias familias de países vecinos, lo cual conlleva a nuevos desafíos de convivencia vecinal.

B) Experiencias de demandas colectivas de servicios de salud de los actores hacia el Poder Ejecutivo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

[La memoria se acrecienta usando y aprovechándose de ella.](#)

[Juan Luis Vives](#) (1492-1540)

Humanista y filósofo español

Fue a partir de los años 1983/1984 cuando la organización vecinal comenzó a plantear la necesidad de re abrir el centro de salud. Antes de la constitución formal de dicho centro de salud, los vecinos (tanto vecinos independientes como participantes de diversas organizaciones barriales) realizaron un conjunto de acciones/actividades enmarcadas en la construcción de las condiciones materiales y simbólicas para que logaran el anhelo de re abrir el Centro de Salud. Antes de describir y reflexionar sobre estas acciones, consideramos que es importante mencionar cómo se fue constituyendo el grupo activo de vecinos/as con los trabajadores de salud que formaron parte de estas experiencias. Relacionándolo con los aportes del autor Sartré, es interesante apreciar el pasaje de una etapa de serialidad a la constitución del grupo. Rosenfeld cita a JP Sartré que expresa lo siguiente: *“la serialidad es el tipo de relación humana en el cual cada miembro aparece como sustituible por otro, o sea, como indiferenciado”* (Rosenfeld D, 1972: 21). Por lo tanto, lo que habilitaría el traspaso de serie a grupo sería la interacción.

Es en este sentido, que podemos pensar que el pasaje de serie a grupo de los vecinos/as de la comunidad de Villa 20 y los trabajadores de salud involucrados en esta experiencias de organización social barrial, se realiza cuando comienzan constantemente a interactuar entre sí, y que a partir de esta respectiva interacción comienzan a apreciarse, a aparecer las particularidades de cada uno de los actores involucrados. Esto ya comenzó a producirse en la constitución de la comisión de demandantes (expresado anteriormente) y se fortalece con la iniciativa de re impulsar la apertura del Centro de Salud del Barrio.

María nos señala con claridad, cómo surge la idea de la reapertura:

“...creo que surgió la necesidad de... del... grupo de ese momento que estaba recibiendo la caja y el único, el que más o menos tenía tiempo, era Rafael y Florencia

y... y... las veces que se entregaba la caja de PAN, me parece que él siempre preguntaba qué necesidad tenía, ... y bueno... ”.

Es necesario resaltar que había necesidades, intereses personales que llevaban a vecinos del barrio a unirse y formar parte de un grupo, que más allá de lo individual tendía a un proyecto colectivo, confirmando en su práctica, que *“el sujeto es uno, pero en su existencia real es un uno múltiple, diferenciado, irreductible e insubordinable en sus diferencias”* (Rauber I., 2001: 38). Debemos destacar, el hecho de la transición del pasaje de lo serial a lo grupal, donde el nexo común es un objetivo a lograr, que guarda relación con diferentes intereses personales que convergen todos en la necesidad del acceso a la salud, coincidente, con las mejoras en las condiciones de vida, el reclamo por las tierras y la defensa y resurgimiento del barrio, que en la década anterior había sido destruido. El vecino José, recuerda lo siguiente, con respecto a la formación del grupo de trabajo y de su carácter positivo:

“No nos conocíamos mucho, cada uno en su casa, con su vida. Y en ese momento del reparto de las cajas PAN era una forma de estar juntos, de charlar, de conocerse. Y fue positivo, porque a pesar de ser obligado por la ocasión de esperar recibir la caja PAN, porque permitió cultivarse, conocer a otros vecinos (...) La proyección de las cosas era lo que nos unía”.

Este fragmento refleja cómo se dieron una serie de condiciones que permitieron, la viabilidad de un proyecto colectivo y cómo es posible re-significar un Plan Nacional. La unión y la solidaridad entre personas, que siendo vecinos no se conocían, es producto de un hecho cotidiano como es la entrega de cajas PAN. Esto no es un detalle menor, ya que en el contexto histórico, social, político y económico, que se vivía posterior a 1983, emergió la participación popular. Esto permitió que vecinos como los de Villa 20 puedan asumirse y concebirse “sujetos”, y al ser sujetos y no simplemente objetos, pudieron crear resignificándose así mismos como personas, y por lo cual, al contexto que lo atravesaba. Este punto, comenzamos a analizarlo, sirviéndonos del concepto de invención y lo desarrollaremos aun más en el apartado de re-significación del Programa PAN.

El grupo que se fue conformando, en el marco de comienzos de la década del '80, había planteado un objetivo concreto, que consistía en la re-apertura del Centro de Salud y en la ampliación de la participación, donde la distribución de tareas fue fundamental (esto lo ampliaremos más extensamente en el capítulo N°3).

El vecino Osvaldo nos expresó lo siguiente:

“...para el año 84, ya estábamos con el tema de la Sala.... José comenzó con la organización de los vecinos. Yo participé y colaboré mucho más con el arreglo de la Sala, con la estructura, porque estaba muy mal ediliciamente porque era el corral de la Caballeriza. Es decir, no todos hacíamos lo mismo, las mismas actividades. Sí, yo ayudaba a separar los tipos de medicamentos. Y de a poco se fue estructurando el grupo...”

En su discurso, Osvaldo refleja su posición como miembro activo del grupo, y las tareas que fue desempeñando, dentro del mismo. Para el análisis de este fragmento, tomamos el concepto denominado “*acto-poder*” desarrollado por Abad (2009), que hace referencia a la potencialidad y capacidad de ejercer poder y capacidad de autonomía sobre los propios actos de cada uno de los sujetos. Si bien el proceso de re-apertura del Centro es posible gracias al Proyecto de implementación de Centros de Salud, en la Ciudad de Buenos Aires, el grupo de vecinos participantes le imprimió su propio sello identitario y su propio ritmo. Esto significa, que el poder lo ejercían los vecinos-sujetos. Ellos estaban a cargo de la responsabilidad y de la toma de decisiones, en el trabajo colectivo. Que el dominio no sea ajeno y sí popular, implica el goce y disfrute de las tareas ya que genera dar valor a las actividades individuales que confluyen con actividades de otros individuos y enriquecen la labor, promoviendo la integración propia y comunitaria.

Para complementar este análisis, consideramos pertinente el aporte del vecino José:

“También éramos muy apoyados no tanto por los vecinos respetables que iban a colaborar y participar, sino también apoyados mucho, mucho por los vagos, los borrachos, los locos de la esquina. Como ellos, como otros vecinos, pero ellos no saben cómo cuidaban la sala. Si pasaba algo venían y te lo decían, que capaz un vecino común no le da tanta importancia y pasa de largo”.

Como bien lo ha reflejado antes el discurso de Osvaldo, y como también el expresado anteriormente por José, “*no todos hacían lo mismo*”, e incluso “*los vagos, los borrachos y los locos de la esquina*” tuvieron su lugar y contribuyeron a este proceso. Como lo explica Rauber “*La noción de sujeto no remite a la identificación de quiénes son, sino que alude, sobre todo, a la existencia de una conciencia concreta de la necesidad de cambiar, a la existencia de una voluntad de cambiar y a la capacidad para lograr construir esos cambios*” (Rauber, 2001, 38). Desconocemos si los sujetos en cuestión, tenían plena conciencia de su participación en el levantamiento del Centro,

pero es innegable su participación ya que algo que rescatamos de la totalidad de las entrevistas, es que cada uno de los actores hizo su aporte, desde su lugar; no dando lo que no tenía, sino ofreciendo sus capacidades y sus saberes, a través de una socialización compartida.

Por su parte Luisa señaló lo siguiente:

“entonces qué hicimos con el doctor Juan: vamos a hacer algo que quede asentado, algo escrito, vamos a hacer un programa, un proyecto, un cronograma de tiempo, espacio y lugar para trabajar. Y lo hicimos, con él y todo el grupo que había. Estaba el doctor Borenstein, el psiquiatra (...) y ahí empecé a tomar nota de todos los pacientes, hacer un listado de pacientes, las planillas,... Lo importante de todo esto era que nosotros salíamos al barrio a vacunarles a todas las personas; hacía reuniones el doctor Juan, con ginecóloga doña Mariquí. (...) Hacíamos campañas de vacunación, íbamos a alguna casa que nos prestaban, entonces había uno que iba adelante diciendo: “Vienen los vacunadores”, José entre ellos con un altavoz, y una bocina y uno que espantaba a los perros... con un palo... Entonces pedíamos ahí a otro vecino, de la manzana de dónde nos tocaba ir y traía el palo para el perro, entonces iba adelante, así íbamos haciendo el grupo; estaba José, Teresa, María, una señora Ramona de la manzana 17, después estaba Adriana, Elena, Teresa, había mucha gente acá, ya que se iba haciendo el grupito, ellos venían a hacer algo siempre. Y nos hacían de guía, porque yo nunca había salido de mi casa para estos lados...”

La vecina nos afirmó, hacer un proyecto, un cronograma de actividades y de tiempo y espacio para trabajar. Estas expresiones deseamos relacionarlas con el eje de la planificación y al ir reflexionando sobre esta organización social barrial, consideramos que prevaleció un tipo de planificación estratégica. Primero fueron realizando un mapa del barrio (Ver Anexo N°6: “Mapa del Barrio de Villa 20 realizado por los propios vecinos y vecinas. Año 1986”). Luego fueron realizando diversas experiencias de campañas de vacunación y actividades de prevención y promoción de la salud, que fueron realizando durante los años 1985/86 y 1987, constituyeron la base y el aprendizaje de saberes que les permitieron realizar nuevos proyectos de vacunación realizadas en el año 1989 y años subsiguientes. (Ver Anexo N° 7: “Programación de Vacunación de agosto de 1989. Campaña de vacunación de 1989. Impacto de una Campaña de Vacunación puerta a puerta realizada en el año 1992”).

Continuando con el análisis de este eje, consideramos que los actores fueron tomando las respectivas contextualizaciones que fueron atravesando a cada uno de ellos,

a sus familias y a la comunidad de villa 20, perspectiva desarrollada por Testa (2007). Distanciándose de un tipo de planificación de sus acciones desde la perspectiva de la planificación tradicional, que se centra específicamente en etapas lineales, estática y con predominio de lo puramente normativo. Matus (2009) plantea que un modelo de planificación estratégica implica un tipo de cálculo situacional que precede y preside a la acción. Como también va reafirmando la importancia de lo relacional entre el pasado el presente y el respectivo futuro. La experiencia que estamos investigando es un claro ejemplo de, cómo los y las vecinos/as hacen una continua relación con la vivencia de la posta de salud existente antes del Terrorismo de Estado, permitiendo proyectar un sueño de construir nuevamente el Centro de Salud hacia un futuro deseado.

Juan afirmó lo siguiente:

“...que una de las primeras acciones de trabajo tenía que ver con la numeración y el armado de un mapa para que la gente pudiera conseguir laburo. Esa fue una experiencia. Después me acuerdo que otra experiencia fue el trabajo de los vecinos en el centro para inaugurarlos...Intento de abrir un Centro de Salud que había funcionado anteriormente. En contexto del PAN, grupo de vecinos entregaban cajas PAN, intentaban abrir el centro...Ahí los vecinos nos hacían la vigilancia, había vecinos que se quedaban a dormir, como José que se quedaba de noche a cuidar el Centro para que no lo desvalijaran y la gente nos planchaba y nos lavaba la sabanita para poner en la camilla. Nos venían a limpiar día por medio, igual era todo una mugre porque estaba todo muy precario....Y eso está bueno que la misma gente vaya trabajando y por supuesto que previo a esta primera inauguración, pintaba toda la gente del barrio. La pintura, los arreglos, todo eso fue espectacular todo el apoyo de la gente... siempre de base tuvimos una comunicación radiada con la gente a través de los comedores. Íbamos a pesar a los pibes, íbamos a hacer talleres en las escuelas, talleres de Tuberculosis y siempre hubo una comunicación radiada...”

Creemos pertinente dejar explicitado, todas estas expresiones de los actores partícipes de este proceso de organización social barrial. Reflexionamos que ya existía un grupo fortalecido, que compartían un tiempo y un espacio, interactuaban activamente y existía una distribución de roles. A su vez identificaban una concreta necesidad que era re-abrir el centro de salud, siendo este uno de sus principales objetivos, y para ello realizaron un conjunto de tareas, como por ejemplo se menciona la realización de campañas de vacunación, los arreglos de una estructura edilicia que estaba casi en ruinas, un listado de pacientes, entre otros.

Estos sucesos pueden ser analizados a la luz de los aportes de Quiroga cuando se refiere a que la necesidad es expresada por el sujeto como una tensión interna. Ella dice: *“promoverá a este (sujeto) a la realización de un conjunto de operaciones materiales y simbólicas, a las que se denomina conducta, determina en él una acción concreta, transformadora destinada a la satisfacción de la necesidad”* (Quiroga A., 1999:80). Entonces, la tarea queda constituida como un conjunto de operaciones, las cuales estarían destinadas a la concreción del objetivo⁷. En el proceso histórico investigado los sujetos intervinientes, a través de las continuas interacciones, toman conciencia de que es fundamental cooperar entre todos, generándose el acercamiento de los sujetos participantes entre sí y estableciéndose distintos tipos de tareas.

José argumentó lo siguiente:

“...Capaz estamos en un ideal que nos conjugaba, yo no entiendo nada de psicología, pero a veces me pregunto cómo fue que salió tan bien todo esa participación...”.

Este fragmento expresa, la visibilidad y concretización del grado de pertenencia que supieron ir construyendo los integrantes de este proceso de organización social barrial. A su vez esto nos lleva a reflexionarlo con el vector de la cooperación, que alude a la capacidad de ayudarse entre los miembros de un grupo. Y uno de estos ejemplos de cooperación en la demanda hacia el Ejecutivo Municipal lo demuestra la vecina Teresa cuando expresa lo siguiente:

“Había lugares llenos de agua estancada y se fue rellenando. También había pedidos para que saquen la basura... Incluso me habían nombrado como referente de salud. Y me fui a pelear con algunos funcionarios de la secretaría de salud. Fui a diferentes marchas. Y habíamos conseguido medicación...”.

Además consideramos importante recalcar la palabra de la vecina Luisa cuando enunció lo siguiente:

“Y nos hacían de guía, porque yo nunca había salido de mi casa para estos lados...”.

⁷ Creemos pertinente citar los aportes de **Pichón Riviére** (cuando va desarrollando una explicación de un conjunto de vectores del cono invertido) con respecto a la constitución de un grupo. Comenzando con el vector de filiación, **Pichón Riviére** lo caracteriza como un primer grado (más superficial) de identificación. A través de los aportes de **Berstein M.**, toma el aporte de **Pichón Riviére** cuando expresa que *“el afiliado “no pone el cuerpo, sino que guarda una cierta distancia”* (Berstein M. 1988: 48). El pasaje de la afiliación a la pertenencia se va dando a través de las interacciones, y para el autor Pichón Riviére, explicitado en el artículo de Berstein M., expresa lo siguiente: *“el grado de pertenencia es más profundo, implica acotar las distancias”* (Berstein M. 1988 : 48).

Esto es lo que permitió dicha constitución de grupo con prácticas concretas de cooperación. El salir hacia fuera, el no quedarse entre los muros de una propia vivienda. Es decir, que prevaleció en esta experiencia de organización social barrial una construcción hacia afuera, es decir, hacia la propia comunidad y no centrándose (e indirectamente cerrándose) en una determinada Institución barrial como podría ser una Sociedad de Fomento.

CAPÍTULO N° 2 “Proceso de Organización social barrial y constitución formal del CeSAC N°18. Prácticas de Resignificación material y Simbólica”.

Lo que ocurre en el pasado vuelve a ser vivido en la memoria.

John Dewey (1929-1968) Religioso estadounidense

A) Concepciones de Salud por los actores de este proceso de organización social barrial.

Para comenzar a desarrollar este segundo capítulo, creemos pertinente partir de las concepciones de salud de los actores, para luego caracterizar el proceso de organización social barrial en pos de la constitución formal del Centro de Salud. Es importante, conocer las motivaciones y los conocimientos en relación a la salud, que subyacen a dicho proceso, más allá de las razones que impulsan a los actores a la participación popular.

Con esta finalidad, consideramos que la salud puede ser percibida desde una visión tradicionalista, reproductora de las estructuras de pensamiento hegemónicamente establecido; o ser interpretada y llevada a la práctica desde una concepción de salud alternativa, humanística y progresista.

En la Argentina como en el resto de América Latina, debido a la influencia de los patrones culturales hegemónicos, se ha intentado prevalecer (que en algunos determinados momentos históricos se ha logrado concretizar) el modelo médico hegemónico que consistió y consiste solamente en abordar la enfermedad ya establecida /instalada. Como lo desarrollan Zurro, y Pérez (2003) desde este modelo se perfecciona y se focaliza en los medios diagnósticos y terapéuticos para tratar las patologías que ya están generadas y establecidas, donde no se le da la importancia correspondiente a la prevención de las enfermedades como la promoción y conservación de la salud. Este modelo parte de la negación o de una valoración mínima de la propia historia social, familiar, económica, política y cultural de cada individuo. Esta negación y/o valoración mínima parte de un conjunto de rasgos de este modelo, desarrollado por Menéndez (1998), y podemos mencionar algunos de ellos tales como: biologismo, individualismo,

a-historicidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, etc. Partir de este modelo también implica una continua proyección de victimización hacia el individuo. Sobre este eje BayAlmada expresa lo siguiente: “...tanto de la búsqueda del individuo como chivo expiatorio de la etapa de rendimientos decrecientes del modelo de atención hospitalaria, caro, curativo y biólogo y que deposita en el individuo la responsabilidad de estar sano o enfermo...” (Bay Almada I, 1990:7). Este modelo genera concretamente un quiebre en la relación entre la historia y cada uno de los individuos, y prioriza un abordaje puramente individualista.

Al analizar y reflexionar las acciones y posturas de los diversos actores que fuimos entrevistando, se va visibilizando la visión de salud desde el que partían, desde el que se posicionaban: concepción progresista y alternativa al modelo hegemónico. Por supuesto que no había una postura homogénea, pero sí (desde la diversidad de posturas singulares) se puede visibilizar que partían desde este camino troncal progresista.

Podemos apreciar lo que expresan algunos de los actores que estuvimos entrevistando:

Oswaldo afirmó lo siguiente:

“Si bien yo no sé nada de medicina y no soy médico, mi visión es que sobre la realidad uno va aprendiendo. Y había chicos con parásitos, con tuberculosis, sin acceso a ningún lado, las condiciones malas de vida... Y la idea es mejorar, pero no se puede mejorar de forma solo, porque te morís solo en ese lugar...”

Luisa expresó lo siguiente:

“...Yo tengo el listado (...) lo estipulábamos por manzanas, por edad... entonces fue naciendo, se fue organizando porque era así nomás que atendíamos, haciendo una lista, vacunábamos, hacíamos el carnet, y bueno, yo también vacunaba, porque estuve en la campaña nacional de vacunación, hice un curso de vacunación, yo vine más que todo a vacunar, ése era mi fin, yo voy a vacunar (...) éramos muy compinches, sabíamos hablar a la fulana, a la vecina, a la de acá, a la de allá, en qué podíamos venir, en qué casa se hacía la reunión, la gente se fue prestando, prestaba en su casa (...) La gente lo aceptaba bastante bien, las mujeres; había más participación de mujeres que de hombres...”

Estos discursos, nos permiten valorar la importancia de generar lazos y redes sociales; de crear instancias de participación y de planificación colectiva (eje que lo desarrollamos en un momento en el capítulo N° 1) para poder resolver las problemáticas

de salud. Osvaldo nos expresa que la idea es mejorar, pero no puede hacerse de forma individual. Ese anhelo de mejorar las condiciones de vida es reafirmar una concepción de que lo que querían era, no llegar al grado de una patología o enfermedad ya establecida. Deseaban apostar a la salud, a aumentar los espacios de prevención y promoción de la salud, demostrando de esta manera, que sin haber tenido un sustento teórico amplio, expresaban una concreta visión de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (como lo desarrollamos en el capítulo N° 1 al mencionar las diversas actividades de prevención y promoción de salud que realizaron).

Las visiones de estos ciudadanos, se relacionan con lo expresado por uno de los mayores exponentes que hubo en la Argentina sobre la reafirmación de este enfoque de Atención Primaria de la Salud; fue el médico Ramón Carrillo. Sobre los ejes que abordó Carrillo, Alzugaray (2008) visibiliza la siguiente expresión (para nosotros expresión progresista y transformadora) sobre la importancia de la medicina preventiva: *“La medicina moderna tiende cada vez más a ocuparse de la salud y de los sanos. Y su objetivo fundamental no es ya la enfermedad y los enfermos, sino –retomando el viejo aforismo hipocrático- evitar estar enfermo o por lo menos evitar que el “estar enfermo” sea un hecho más frecuente que el “estar sano”, y orienta su acción no hacia los factores directos de la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los factores indirectos, la miseria y la ignorancia, en el entendimiento de que los componentes sociales: la mala vivienda, la mala alimentación y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos (...) La medicina debe no sólo curar enfermos, sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y con optimismo para que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida...”* (Alzugaray, R. A, 2008:64).

Que los actores entrevistados se hayan permitido comenzar a reflexionar dialécticamente sobre los fenómenos de salud – enfermedad, pudiendo superar (desde sus vivencias cotidianas) análisis lineales sobre la salud y que a su vez, hayan podido superar visiones de explicación puramente biologicistas, es de gran importancia, porque ha permitido superar visiones simplistas. Es decir, no se focaliza en lo patológico, en lo orgánico molecular. Sino que los actores no se quedan en dicha visión; al unificarse, al

aunar fuerzas, comienzan a realizar una reflexión de la salud ya en términos de relaciones de fuerza, de expresión de desigualdad. Eje desarrollado por Ferrara⁸.

Es de vital importancia que los actores hayan realizado una coherente reflexión contextual, haciendo una crítica a lo que generó el Terrorismo de Estado por la censura a la concepción de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud; y que además hayan remarcado la importancia de la participación popular y de lograr una liberación tanto personal como colectiva (permitiendo sostener en el análisis la continua relación dialéctica entre lo personal y lo colectivo). Sobre lo mencionado anteriormente, Juan nos dijo lo siguiente:

“...Producto de lo que generó la Dictadura, no había cuadros formados en la Atención Primaria (...) Nosotros estábamos en el ochenta y pico y en la década del 70 fue lo de Alma Ata, que te hablaba de la participación comunitaria, condiciones básicas de vida, proceso liberador,... toda una serie de cosas que estaban ligadas a una visión progresista, luego de una Dictadura brutal... hicimos trabajo en red en diferentes momentos, que hace visible una concepción de salud diferente (...) Creo que es un modelo de trabajo a seguir, donde el rol de la organización de acción comunitaria de un CeSAC que permita vincular las organizaciones Barriales y otras instituciones formales...”

Consideramos que la posibilidad de hacer visible una concepción de salud alternativa a la hegemónica, que los principios de la estrategia de la APS que pudieron ser visibilizados en la agenda de un conjunto de Estados Nacionales a través del documento de Alma Ata⁹, que se haya logrado trascender los análisis micro y de culpabilizar al paciente, etc.; todo ello fue gracias a la importancia que significó como

⁸Expresa lo siguiente: *“El punto céntrico se ha trasladado del microbio a la sociedad; de la modificación patológica del mecanismos celular, al entendimiento de las fuerzas y relaciones sociales; de las alteraciones íntimas del protoplasma, núcleo, cromosomas, membranas, nucléolos, a las relaciones de producción. Este es el cambio, rechazar el fetichismo del síntoma, de la enfermedad, para comprender la causalidad estructural que los genera”*. (Ferrara F., 1985:27)

⁹Consideramos también pertinente expresar el siguiente aporte teórico sobre la estrategia de la Atención Primaria de Salud Desde la influencia positiva del marco teórico planteado por el documento de Alma – Ata en una conferencia de la OMS en el año 1979 que define el concepto de Atención Primaria de Salud como: *“ la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundado y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación(...)llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye un primer elemento de un proceso de permanente atención sanitaria”*. (Declaración de Alma Ata, 1979:2).

factor de reclamo y de presión la propia organización social barrial. El vecino José reflexionó lo siguiente:

“Cuando comienza a fallar la salud uno se da cuenta de la importancia que esto significa (...) Pero en principio y lo elemental de tener un lugar para recurrir, todos compartían. De que haya un clínico, un pediatra, un ginecólogo, una enfermera para poder recurrir..., era lo que se peleaba”.

Los reclamos, la pelea al decir de José, que ha generado la movilización y organización popular están bien interpretados, reivindicados y analizados por la corriente de la Medicina Social.

Esta corriente no solo reivindica la estrategia de la APS. Formula que todo replanteo de la medicina no sólo es por logro de los propios científicos, sino principalmente de la importancia de la presión y el reclamo popular. La importancia de la Medicina Social que comenzó a generarse en los años de la década del 70, radica en darle lugar a las Ciencias Sociales en el análisis desde una perspectiva social, política, económica y cultural (y por lo cual no únicamente biológico) de los fenómenos de salud–enfermedad. La visibilización en el campo de las Ciencias de las corrientes de la Medicina Social es impulsada por Laurell (1994) que hace la siguiente reflexión: *“Una teorización, que plantea la cuestión de la salud–enfermedad como un fenómeno biológico del individuo, no contiene los elementos suficientes para explicar la producción social del proceso salud–enfermedad colectiva. Es decir, hay una diferencia esencial entre plantear el proceso biológico humano como un proceso natural y postular que, aún siendo un proceso biológico, asume formas históricas específicas...”* (Laurell A. C., 1990: 120-121)

Lo expresado por los entrevistados y entrevistadas, demuestran que permiten contrarrestar este enfoque hegemónico sustentado por los grupos económicos concentrados y por una cultura de poder que desvaloriza la importancia de la autodeterminación de cada individuo y de cada pueblo. Se parte desde el enfoque de la Atención Primaria de la Salud, enfoque que tiende a ser integral, contextualizador y recuperador de los procesos sociales, políticos, económicos, culturales como influyentes en el proceso de salud – enfermedad.

Nos pareció interesante lograr la recuperación que hacen los propios actores a las continuas prácticas de ayuda mutua, cooperación, de solidaridad, relacionado con esta simple y profunda expresión de Luisa cuando nos afirmó que *“eran muy compinches”*. Nuevos valores alejados del mercantilismo y que fortalecen esta

concepción de la salud progresista y alternativa. Nuevos valores que permiten afianzar, relacionándolo con los aportes de Bay Almada (1990), las estrategias del movimiento social, superando las burocracias, reafirmando que todo individuo no es a-político, y pudiendo poner en crítica y al descubierto los sistemas de salud piramidales y hegemónicos.

Además esta experiencia de organización social barrial (sin negar las continuas situaciones de tensiones vivenciadas en su interior y que la analizaremos en el capítulo N° 3) ha sido un ejemplo de una concreta práctica de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud y un logro de haber ampliado la capacidad de empoderamiento de los propios actores de promover la salud¹⁰. Perspectiva que no se ancló en una sola individualidad o asociación, sino que fueron los diversos actores de dicho proceso de organización social barrial los que lo han construido, siendo así muy característica la importancia (que lo desarrollaremos anteriormente) del rol y de la presencia de las mujeres.

Hablando y reivindicando la historia, es llamativo como los diversos actores (principalmente los vecinos) fueron reconociendo que su concepción de salud la construyeron en el caminar, en el continuo transitar que desde las propias experiencias se va convalidando y nutriendo una perspectiva teórica, en este caso, la importante perspectiva de la medicina social y de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

B) Motivaciones que generaron e impulsaron estas prácticas a través de los relatos de los vecinos y trabajadores de la salud.

Anteriormente, hemos desarrollado un apartado dedicado a las concepciones de salud de los actores de la Organización Social Barrial. El análisis de las entrevistas, en relación a esta variable, es primordial para proceder al abordaje de las motivaciones que impulsan a los vecinos de Villa 20, a la participación colectiva. A medida que continuamos realizando este trabajo de investigación, hemos apreciado que son

10 Es interesante resaltar lo que dice la siguiente autora: *“La promoción de la salud no es propiedad de ningún sector en particular, por consiguiente, todos los sectores son responsables de mejorar la salud y el bienestar de la población. Las acciones y políticas que contribuyen a esta meta deberán ser reconocidas y hacer visibles por el sector de la salud. La exclusión social está aumentando a nivel mundial y es grandemente responsable de la presencia continua de la falta de equidad en salud”*. (Restrepo Elena, 2000: 26-27)

múltiples los motivos que actuaron como motor para la participación por parte de los actores intervinientes de este proceso de organización social. Motivos que están atravesados indudablemente por concretas situaciones de necesidades materiales y simbólicas, por un posicionamiento re-significado de rol de mujer madre, por la influencia positiva que ha generado el conservar la memoria de la primera posta sanitaria, entre otros motivos.

Para comenzar con este apartado deseamos recuperar la voz de José, que nos expresó lo siguiente:

“A ver..., motivaciones. Y un poco la daban la estimulación los agentes PAN. En las charlas generales en este punto se proponía la motivación. Esto tuvo sus pro y sus contras (...) Creo que fue la conciencia política. Siempre aparece lo ideológico (...) Si uno parte de que si el barrio vive mejor, uno vive mejor (...) Y sí creo que lo importante, y esto es la motivación, de que se participaba para que haya un lugar para la salud de la familia”.

De este fragmento, deducimos que para José, la motivación tiene un triple carácter: en principio, parte de considerar al Plan Alimentario Nacional como el principal agente promotor para el re-impulso de la apertura del Centro de Salud, ya este Plan, viabilizó este proyecto, al delinear el Plan de implementación de Centros de Salud en la Ciudad de Buenos Aires. En segundo lugar, rescata el carácter ideológico de la motivación; no explicita su pertenencia a algún partido o movimiento, pero da cuenta de que sus acciones se fundamentan en sus ideas y en el pensamiento político del cual está imbuido. Y por otro lado, subyace una razón social y subjetiva que implica, que en el fondo el interés está puesto en las mejoras de las condiciones de vida y en la familia. En este carácter la motivación es principalmente grupal influenciando dialécticamente en la propia existencia de José.

Para citar otra perspectiva, respecto a las motivaciones, la vecina María nos afirmó lo siguiente:

“sí, sí, ya era mamá, es más por eso dije, bueno, voy a colaborar para este centro, así yo también puedo traer a mi hijo acá, decía. Pero, jamás me imaginé, que iba a trabajar, que iba a formar parte de este centro...”.

Y Luisa recordó:

“Era muy precario el conocimiento de salud que había, y de la gente que venía con nosotros (...) está la conciencia más de mamá, que el conocimiento de libros o de formación; es un conocimiento de madre, que quiere que su hijo esté bien, eso era lo

que los movilizaba. Yo veo ahora gente que no estaba capacitada para trabajar en salud, de ninguna manera, pero gente con ganas de ver que su hijo está mejor, que tenga un mejor estado en nutrición, que ellas mismas aprendan cómo cuidarse, cómo detectar una infección. Esa era la motivación, la mamá para el bienestar de los hijos...”

Con relación a estos dos fragmentos, consideramos oportuno detenernos en uno de los motivos que fue la propia capacidad de desenvolverse, que tuvieron las mujeres madres; de comenzar su movilización, centrando su accionar en el bienestar de sus propios hijos.

Como bien lo mencionó Luisa, en un fragmento anterior, la mayor participación en la Organización Social Barrial, se debió a la movilización de mujeres, que superaban en número a los hombres.

Para analizar esta cuestión del involucramiento de las mujeres, y de los intereses que subyacen a sus prácticas de salud y a sus elecciones, es necesario situar a las mujeres de nuestra investigación, contextualmente. Se nos plantean muchos ejes de análisis. Uno de ellos es que consideramos que no existe un colectivo homogéneo de “ser mujer”, sino varias formas de “ser mujer”; la realidad que interpela a las mujeres es siempre diferencial, ya que las condiciones históricas, sociales, económicas, culturales (es decir condiciones de clases desde una perspectiva integral y no puramente economista) no afectan de la misma forma a cada una de las mujeres, según el tiempo-espacio en el que se hallan situadas.

Cuando indagamos sobre las motivaciones para la participación, el tiempo y frecuencia dedicados a la participación y el impacto que generó la misma sobre su vida cotidiana, en las tres entrevistas (a las tres mujeres) subyace la condición de ser mujer y de ser madre, como categorías relacionadas. Desde un análisis inmediato, se evidencia que la vida de las mujeres está circunscripta al ámbito privado y al cuidado exclusivo de la familia, fortaleciendo de algún modo el papel social que se les ha otorgado históricamente, desde los patrones hegemónicos, como sostén afectivo.

Como hemos analizado anteriormente, el Terrorismo de Estado, por una parte, mediante sus políticas de ajuste y de erradicación de villas, sus estrategias de desaparición forzada, la ampliación de la cultura del terror, la proscripción y la persecución política, y el contexto nacional y externo, desplegaban las condiciones óptimas que posibilitaban la intromisión perversa en la vida de los sujetos, violando la intimidad, la vida y anulando la posibilidad de toma de decisiones autónomas. Por otra

parte, el contexto democratizador, más allá de sus falencias, promovía a la participación popular, motivando a la generación de lazos de solidaridad. Y en el medio de estos extremos, los sujetos, que a través de mecanismos de resistencia, superan y sobreviven a un período violento, y en una nueva etapa política y democrática, ven factible la posibilidad de ser “actores” en pos del reconocimiento y cumplimiento de sus derechos sociales como una concreta forma de validarlos como derechos humanos, tomando en cuenta los aportes de Eroles, Fazzio y otros (2005)

Y entre estos sujetos, las mujeres del barrio de Villa 20, mujeres jóvenes y madres, que han sido despojadas de sus recursos para sostener el equilibrio del hogar, frente a la vulneración de los derechos de sus miembros y de la inseguridad de no poder garantizar (por la falta de los recursos materiales) su reproducción ampliada. Desde una perspectiva feminista y tomando en cuenta los aportes de Nari, el interés puesto en los hijos, implica un doble valor (contrapuestos en sí mismos) de la maternidad: “*valiosa para la libertad y valiosa para la opresión*” (Nari, Marcela, 2004: 254).

Esto hace referencia por un lado, a la imposición social de la maternidad a las mujeres, bajo el fundamento de un hecho natural, mediante el cual las mujeres estarían anatómicamente preparadas para ser madres y por ende, deviene en un rol social, sin excepción, establecido desde los patrones culturales hegemónicos dominantes. Por el otro lado, la cita refiere al valor otorgado a las mujeres en relación a la maternidad, como la primera fuente de amparo de los hijos al momento de la concepción, y como un poder que les otorga un papel preponderante en el desarrollo de la sociedad. Este es un valor que impulsa potencialidad positiva, porque es un tipo de maternidad que es construida y elegida autónomamente. Desde la esfera familiar, ellas, socialmente, no sólo procurarían la reproducción económica desde la administración de los ingresos familiares, y el desarrollo afectivo, psíquico, físico y emocional, sino que además la reproducción social estaría en sus manos. Es decir, que desde el feminismo se le ve el lado positivo al refugio del espacio privado, ya que favorece a la formación política y social de los ciudadanos del mañana, es decir, se logra una resignificación del ámbito privado.

Con referencia a este sentido de la maternidad como facilitadora de acciones de libertad, nuestras entrevistadas, logran trascender los muros del ámbito doméstico, en pos de mejores condiciones de vida para sus hijos y para sus familias. Pero lo que resulta interesante en estas posiciones, es que en ellas subyace un interés personal de cada una de ellas; es decir, en las diversas luchas por aprender sobre la crianza de los

hijos, y cómo cuidar de su salud, se recae también en el interés por indagar sobre el cuidado de ellas mismas.

En el marco de la participación popular, se impulsa una movilización de las mujeres del barrio, que tiende a la posibilidad de conseguir y generar recursos para fortalecerse, como mujeres, como madres, como personas. Los/as entrevistados/as afirman, haber tenido algún tipo de formación en salud, y ese bagaje de conocimientos es lo que despierta en su conciencia, la necesidad de luchar por el reconocimiento de un libre y adecuado acceso a la salud. Entre ellas, Luisa nos refleja que ésa es una ventaja con la cual no todos los participantes contaban; sin embargo, los problemas cotidianos de las familias, generaban ese interés en las mujeres. Comenzaba a generarse un proceso de reflexión en el cual a través de la preocupación por sus hijos, ellas pudieron pensarse como sujetos que necesitaban ampliar sus horizontes y luchar por fuera del ámbito (privado) que la sociedad les había legado. Pero esto no fue nada fácil, ya que su movilización impactó de forma negativa en sus respectivas familias, porque concretamente comenzaba a establecer límites y críticas a lo impuesto por la lógica patriarcal.

A continuación, rescatamos la siguiente expresión de María:

“...Mi familia no estaba enterada (Risas) No!!! Porque, cuando se enteró, ah sí cuando se enteró, tuve problemas! (enfatisa), y bueno, pero ya era demasiado tarde, porque ya había participado y bueno... cuando se enteró, no sé si veníamos una vez por semana, dos veces por semana, a vacunar gratis...”

En el caso de los hombres entrevistados, no se da el mismo impacto ya que no hay conflicto entre los miembros del grupo familiar. En nuestra sociedad, que se rige por patrones culturales de corte patriarcales, la actividad social y política está justificada para los hombres; en contraposición, el desarrollo de la misma postura de participación por parte de las mujeres, es cuestionada, anulada e incluso estigmatizada.

Contemplamos en los fragmentos anteriores, que los maridos/parejas, implícitamente prohíben la participación en una práctica que no sólo las aleja por horas, de la casa y del cuidado de los hijos, sino que además no genera ningún tipo de ingreso económico. De esta forma se minimiza y vulnera el interés de las vecinas por hacerse valer como ciudadanas, como sujetos activos, en fin por hacerse valer como parte de un movimiento que reivindica los intereses populares. Dentro del ámbito familiar, se da entonces, una lucha de poder, por imponer posturas, desde la predominancia de la lógica machista hasta la importancia de las prácticas de resistencia de las mujeres. Esta

continua tensión doméstica en algún aspecto acorta la duración de la participación en lucha por la reapertura del Centro de Salud, pero consideramos que el tiempo de participación de las mujeres en todo este proceso de organización social barrial es de suma importancia.

Estas prácticas y esta forma de asumir posiciones y tomar decisiones, generó un nuevo sentido de “ser mujer”; poniendo en jaque y repudiando (aunque sea de forma incipiente) la cruda situación de violencia de género. Como nos expresaron Luisa, María y Teresa, el poder comenzar a impulsar y a convocar (con gran cantidad de mujeres que concurrían) a talleres de métodos anticonceptivos, de planificación familiar y de prevención de violencia de género; son ejemplos concretos de un comienzo de resignificación del posicionamiento existencial y del rol social de la Mujer. Permitiendo, en un recorrido que por supuesto no es lineal, no solo movilizarse por sus hijos, sino comenzar a movilizarse / a accionar por ellas mismas como mujeres, a comenzar a construir una concepción de alternativa de género femenino. Es decir, que creemos que comenzaron a superar una visión de mujer a-histórica, y homogénea ya que *“la utilización del concepto de género desplaza el análisis de una noción de mujer universal, a-histórica y esencialista, hacia un análisis relacional contextualizado”* (Cangiano M.C., Lindsay D., 1993: 10). Las mujeres participantes de este proceso de organización social barrial, fueron partícipes activas de construir (con sus aciertos y errores) una nueva historia para la imagen de mujer.

Tomando en cuenta lo expresado por las diversas actoras entrevistadas, es importante visibilizar lo siguiente: en cada debate planteado en los diversos talleres, reafirmando la importancia de la utilización de métodos anticonceptivos (tomando en cuenta ese contexto vigente de la década del 80), en cada forma de posicionarse incipientemente como “mujer” sujeto activa y no codificada y objetivada (más allá de su rol como madre), en cada forma de poner en tensión y crítica a lo que le decían sus maridos; en la mayoría de los casos, demuestran que hubo un comienzo incipiente de comenzar a resistir y superar las relaciones de poder patriarcales predominantes. Estas experiencias, como lo expresamos anteriormente, permitieron construir de forma primigenia, una visión de género anclada en la revalorización de lo histórico, de reflexionar lo contextual y de la importancia del accionar social. Este análisis queremos fundamentarlo con el aporte del autor Connell P.W. cuando expresa lo siguiente: *“Reconocer al género como un patrón social nos exige verlo como un producto de la historia y también como un productor de historia (...) Reconocer la masculinidad y la*

femineidad como históricas, no es sugerir que ellas sean débiles o triviales. Es colocarlas firmemente en el mundo de la acción social”. (Connell P.W, 1997:3).

Continuando con el análisis de los distintos discursos (comprendiendo que existen múltiples motivos que actuaron como motor para la participación) aparecen otras movilizaciones, que más allá de una conciencia de género, y de una necesidad del cuidado de la salud y de su reconocimiento como derecho (y de la importancia de lograr la satisfacción de necesidades materiales) se refieren a la memoria y al recuerdo del barrio querido, del territorio barrial recorrido, a pesar de las diversidades vivenciadas. El sostener la memoria, hacerla viva, es también otra forma de superar la adversidad del olvido.

Juan afirmó lo siguiente:

“rearmar un pedacito de historia”.

Rearmar, construir nuevamente, recuperar las vivencias que se quiso poner en el olvido del terror y del miedo, con las prácticas de la erradicación y la represión generada por el Terrorismo de Estado. En continuidad con este eje, creemos que el “sentimiento” es lo que opera sobre la variable “territorio”, tomando conceptos de Barela (2004), ya que a través de los recuerdos de las vivencias cotidianas se puede (dialécticamente y no linealmente) crear y re-crear la memoria del propio barrio; y el Centro de Salud, como una de sus instituciones referentes, de la cual se vieron despojados los vecinos, era un lugar, que como desarrollamos en el apartado 1, nació del esfuerzo de la gente del Barrio y estuvo marcado por el entusiasmo y la solidaridad por hacer algo por el bien común.

Como lo reflejaba María en un pasaje de su entrevista:

“(…) fue como...esto para mis hijos, para los chicos, para que funcione, porque esto... yo, antes que esto lo cerraran, yo me traía a mis hermanos a vacunarle a mis sobrinos...”

El mantener este derecho que antes lo veía cumplido y reconocido al llevar a sus hermanos y sobrinos al Centro de Salud, y está guardado en su memoria; y ella siempre trae a las entrevistas esta parte de su vida, porque aun lo tiene presente, y da a entender que ese recuerdo la despertó a una lucha activa por la reapertura.

Al ir reflexionando las diversas expresiones y prácticas que mencionamos, las consideramos positivas porque no se quedaron en una postura de carencia, en una postura de necesidad codificada, sino que desde el universo intrasubjetivo de cada uno de los actores (con sus diferentes roles y trayectorias), construyeron y expresaron sus

propias motivaciones que los encaminó a formarse como grupo y a construir el proceso de organización social barrial. Proceso de organización caracterizado por una continua práctica de autodeterminación y revalorización (en un proceso histórico) de la propia autonomía de cada sujeto.

Sobre este eje deseamos expresar lo siguiente: cuando se habla de problemas sociales y sus respectivos acciones de intervención, ya sean proyectos, o programas o planes desde la óptica del estado u acciones colectivas desde el ámbito de la sociedad civil (con su heterogenia y diversidad de expresiones organizativas) se tiende desde los patrones culturales hegemónicos a no darle la importancia (tanto material como simbólica) al desarrollo realmente integral de una práctica humana de mayor autonomía en cada ser humano. Como así también, al mismo tiempo (es imprescindible lograr una interrelación constante del sujeto como individualidad y sus experiencias de participación colectiva), a la generación y construcción de experiencias de organización popular.

Consideramos que ya no es viable para una interpretación amplia de la salud, el partir de una concepción del modelo de ciudadanía asistida que tiende a ver al sujeto con necesidades sociales como un simple sujeto de carencia; un sujeto que es en sí un simple objeto a ser “asistido”. Sino que creemos, como una alternativa a lo hegemónicamente establecido, partir del modelo de ciudadanía emancipada, como lo desarrollan Bustelo, Castel, entre otros (1998); donde el sujeto con necesidades sociales, es un sujeto que no solo vivencia necesidades sociales no satisfechas sino que además tiene la capacidad de demandar, de participar, de asociarse, de ser un actor-activo en la construcción de la dignificación de su propia vida.

Esto lo relacionamos con el actor José cuando nos expresó lo siguiente:

“Por eso hay que reclamar más (...) Y sí creo que lo importante, y esto es la motivación, de que se participaba para que haya un lugar para la salud de la familia”.

Es decir, se parte de una concepción de que el sujeto no es un sujeto necesitado sino que es un sujeto activo con necesidad pero también con potencia a contribuir a la satisfacción de dicha necesidad social. Álvarez (2009) desarrolló una visión del concepto de Resiliencia (como lo desarrollamos anteriormente) que proyectada en el ámbito de la comunidad, permite hacer surgir las propias capacidades de superación y transformación que expresan los sujetos ante diferentes tipos de adversidades.

Es esto lo que los actores intervinientes lograron (con la diversidad de experiencias) construir en sus propias vidas, practicas autónomas, prácticas de

resiliencia, prácticas que tendieron a la transformación en parte de las desigualdades vivenciadas.

Para confirmar aún más estas reflexiones, decidimos hacer visible lo manifestado por el vecino Osvaldo:

“...se pensó a reconstruir el barrio y uno de los puntos de referencia fue la necesidad de tener un centro sanitario. Porque el barrio quedó devastado. Para mí era muy claro, yo era Padre de chicos muy chicos y..., al no tener recursos, al no tener laburo, era necesario dicho Centro de Salud...Además me acuerdo que en el barrio había criaturas que no estaban reconocidas, nunca habían tenido una vacuna....Sí, sí...había muchas necesidades. Había muchas personas que venían de los países limítrofes y había chicos que ni tenían ni documento y ni vacunas... Por cuestiones ideológicas siempre me gustó participar en estas cuestiones sociales, de colaboración. A parte de la propia necesidad que también me llevaron a participar...”

Es interesante esta expresión de Osvaldo, porque demuestra la capacidad de generar estrategias de supervivencias ante las concretas situaciones adversas. Es llamativo lo que nos comentó este actor, porque de los seis entrevistados, cuatro de ellos enfatizan entre sus motivaciones el rol de padre/madre. Pero en esta situación en particular, aparece, la paternidad de los hombres y padres de familias, enmarcada en la preocupación de “ser desocupado”. Aparentemente, habla de ‘no tener laburo’, en el sentido de estado de desocupación como algo transitorio y no en referencia, a un “sujeto social, en el cual la falta de trabajo, está articulada con otros factores” (Kessler G., 1997: 114). De este modo, él lo plantea como un problema ya que su rol de proveedor, se ve afectado al no poder satisfacer económicamente las necesidades de los miembros de su familia. Entonces la desocupación genera no sólo en el jefe de hogar, sino en todo el conjunto familiar, incertidumbre, lo cual podría determinar de algún modo, un “estado de emergencia” (Kessler G., 1997: 145).

En una situación de pobreza, como bien la describe Osvaldo en su discurso, la insuficiencia de un monto de ingresos suficientes para la satisfacción de necesidades, no es determinante; no lo es sino está atravesada por las enfermedades, los bajos niveles de calidad en las condiciones de vida, las deficiencias en el área de la salud y la educación, el no reconocimiento de la identidad y tantos otros derechos humanos vulnerados.

Frente a esta situación se debe intentar generar estrategias de supervivencia, o estrategias familiares; estas últimas refieren a “*asignaciones de recursos humanos y materiales a actividades relacionadas entre sí por parentesco (consanguíneo y afin) con*

el objeto de maximizar su aptitud para adaptarse a entornos materiales y simbólicos”(Garrido y Gil, 1993; 13). Es necesario, poder crear mecanismos alternativos para hacer frente a las nuevas situaciones de la realidad, que pretenden vulnerar o poner en riesgo los factores que aseguran la reproducción ampliada; todo aquello que garantiza el desarrollo físico, mental, en fin integral de los sujetos.

Por ello las respuestas a las necesidades sanitarias, se pueden resolver en el despliegue de saberes de la medicina social, como por ejemplo, en la movilización colectiva para la reapertura del centro de Salud del Barrio. Pero lo interesante, es que en este proyecto, están en juego, distintos intereses personales; motivaciones que van desde el fortalecimiento de una mejor maternidad/paternidad, desde una función como referente barrial, el actuar por ideología, el actuar por un recuerdo, o el sentimiento de utilidad como lo expresó antes Juan. Esto es algo que de forma implícita o explícita se hace presente en la mayoría de los discursos; el ponerse al servicio, pero no dentro del ámbito privado, sino también por fuera, y esto tiene relación con la socialización de saberes; aplicar la profesión (conocimiento formal) o los recursos que se tienen desde otro tipo de formación informal (cursos) o a través de las vivencias cotidianas, ya que el grupo se nutre de todo ese contenido, de los saberes con que cada sujeto trae a la escena vivenciada y los comparte, siendo dicha socialización funcional a su principal objetivo, la construcción del nuevo centro de salud.

Tantos las concretas necesidades materiales y simbólicas; un posicionamiento ideológico de reivindicar a la salud y la prevención antes que abordar una patología ya establecida; el rol de madre y de padre que comenzaron a resignificarlo; el rol de un posicionamiento de la mujer como actor importante a hacer explícito; el no quedar codificado en una situación de estar sin trabajo y desocupado; el concreto recuerdo de la antigua posta sanitaria; el construir un concepto de salud como derecho (que lo desarrollaremos más adelante); entre otros ejes, es lo que les permitieron construir prácticas que lograron, una resignificación tanto material como simbólica en las propias vidas de los sujetos partícipes de esta experiencia colectiva.

C) Primeros Actores que impulsaron estas prácticas de organización social en pos de lograr la reapertura del Centro de Salud.

La práctica de la organización vecinal, popular se fue logrando gracias a la interacción y articulación de diversos actores (que iban construyendo grupo como lo

expresamos en el desarrollo del capítulo N° 1) dispuestos a impulsar la re apertura y la construcción del Centro de Salud. Sobre este eje hacemos visible lo expresado por los diferentes actores que entrevistamos.

Oswaldo nos expresó lo siguiente (parte del testimonio ya compartido anteriormente):

“José comenzó con la organización de los vecinos. Ahí empezamos con el tema de reimpulsar el CeSAC. Los que estaban más metidos eran Florencia y José, en el tema de la convocatoria...Y después se fue contactándose médicos (...) José...fue importante su aporte en la convocatoria...”

Por su parte Juan afirmó que:

“... Un grupo de vecinos de Villa 20, como era Teresa, María, José, Adriana. Había un grupete que venían y siguen viviendo en el barrio... El que lo convocaba era un cura que se llamaba Pajarito. Un flaco, un cura muy particular, con una raigambre peronista, muy peronista, muy militante...la junta vecinal, la comisión de demandante, los que se vinculaban con el cura pajarito...”

José recordó lo siguiente:

"Ahí empezó a funcionar, luego, el programa PAN del gobierno radical, y dentro de este programa existió la..., el..., el subprograma o proyecto la implementación de Centros de Salud en todo el cordón de la ciudad, en todas las villas de la ciudad de Buenos Aires. Y bueno acá los agentes PAN les contaron a los vecindarios que existía esta posibilidad. Yo en ese momento era Delegado, que hacía gestiones y otras acciones por mejoras para el barrio. Entonces me avisan los vecinos y me dicen encabézalo que te seguimos. Y me explican como es el Plan, el proyecto, el programa. Bueno..., me gustó, es importante. Y bueno comenzamos con la construcción...”

José mencionó además la importancia que significó la participación de los borrachos del barrio y el aporte solidario de los vecinos de Palermo. Por ello percibimos que José, al remarcar la importancia de los llamados borrachos del barrio, demuestra una clara visión de no discriminación y de integración a través del lazo social (como lo mencionamos antes en un apartado anterior).

Luisa nos expresó lo siguiente:

"(...) Florencia jugó un papel muy importante,... Para mí fue la que me trajo acá, ella. Estaba tejiendo, me acuerdo, y dice: “vio el cartelito ahí, señora, si usted quiere ayudar a la salita, ser voluntaria, para ayudarnos a construir, anótese acá, hable con nosotros”. José hacía esos cartelitos y le digo “qué es lo que hay que saber y hacer -le

digo yo- para venir como voluntaria”. Y dice “no... lo que puedas, lo que sabés -me dice- no sé, para limpiar, para anotar, para ayudar a los médicos, ayudarle a anotar”...”.

De todas estas expresiones que seleccionamos para este apartado, hay una demostración de diversos actores, vínculos, lazos sociales, en fin, construcción de redes (eje, el de redes sociales, que lo desarrollaremos teóricamente más adelante en este trabajo de investigación). Esta experiencia de organización social barrial, con una heterogeneidad de actores (vecinos y vecinas independientes, vecinos /as de asociaciones vecinales, trabajadores de la salud, agentes del Programa PAN, etc.) demuestra la importancia que tienen las organizaciones populares para la reivindicación de los derechos humanos.

Con respecto al concepto de organización popular consideramos que toda constitución de organizaciones sociales no se producen de forma natural, sino que hay un conjunto de factores geográficos, culturales - simbólicos, económicos y políticos-ideológicos que entran en juego para la conformación de organizaciones populares. Durante las situaciones de crisis se producen las causas que permiten activar las redes y los diversos espacios comunitarios, donde la función que cumplen las organizaciones populares es de gran importancia tanto en la resolución posible de diversos problemas como también en consolidar las diversas demandas en diferentes proceso de lucha y de reivindicaciones (trascendiendo el reclamo individual y familiar).

En las experiencias indagadas, observamos cómo los diversos reclamos son planteados al actor Estado, que no los resuelve a pesar de su discurso de defender el bien común; y esa situación ha generado la consolidación del proceso de organización social barrial en villa 20 para lograr la constitución del Centro de Salud. Por lo cual, es en la vivencia del barrio, donde los sujetos establecen lazos y redes permitiendo la conformación incipiente de organizaciones populares barriales. Bráncoli, con respecto a la reflexión de la convivencia barrial plantea lo siguiente: *“El barrio opera como eslabón de una cadena entre el ser individual y el ser social, facilita la convivencia solidaria, la interacción entre grupos y personas; es también el espacio de aprendizaje y formación del ser social, ya que opera como el lugar para iniciarse en una determinada actividad trascendiendo el marco puramente familiar”* (Bráncoli J., 2006: 5). A su vez, como lo desarrollamos en el apartado anterior de este capítulo, el barrio con su respectiva territorialidad vivenciada por sus actores permiten ir recreando constantemente el imaginario de barrio que cada uno de los actores percibe, representa y

proyecta hacia el otro, en las diversas vinculaciones e interrelaciones sociales. Basándonos en los aportes de Tourine (2001) consideramos que las organizaciones barriales son movimientos sociales porque poseen alto nivel de participación, de prácticas de solidaridad y parten de objetivos comunes, que pueden o no desencadenarse en un proyecto político partidario, pero lo que sí es importante, es reivindicar la toma de conciencia de sus integrantes, es decir, de sus actores que le dan vida.

En las respuestas de estos entrevistados, se hace evidente una clara y concreta conciencia comunitaria que los enlaza en función de los objetivos comunes, construyendo una experiencia de organización social barrial (que no es lineal) y que es un ejemplo de ir construyendo un incipiente movimiento social. Deseamos aclarar que en esta construcción, existieron alianzas como también a veces situaciones conflictivas entre los propios actores partícipes, además se generaron relaciones de cooperación pero también de conflicto con el Estado Municipal (este eje lo ampliaremos en el Capítulo N° 3).

Este enfoque puede relacionarse también con los aportes de Triviño que hace visible la siguiente expresión de Castells que considera a los movimientos sociales como *“sistemas de prácticas sociales contradictorias, que controvierten el orden establecido, a partir de las contradicciones específicas de la problemática urbana”* (Triviño E, 2002: 312). Las organizaciones populares comunitarias (ante las concretas situaciones de necesidades y de contradicciones concretas) desarrollan un conjunto de acciones colectivas de carácter reivindicativo (en el contexto de su propia territorialidad) donde desean construir condiciones mínimas de supervivencia para poder superar situaciones de crisis, siendo un claro ejemplo la experiencia en la organización social barrial de villa 20; donde hay un conjunto de necesidades no resueltas, pero es el eje de las necesidades de salud no satisfechas (entre otros factores) uno de los principales ejes de esta dinámica de participación.

Es necesario hacer una reflexión sobre el posicionamiento de los diversos actores. La mayoría de los actores entrevistados miran/dirigen su visión hacia José, como uno de los principales impulsores, y José focaliza su mirada en la capacidad de utilizar y resignificar el Programa PAN. Consideramos valioso remarcar que la postura de José como referente barrial fue la de ser un estimulador de las prácticas grupales, de la participación comunitaria y no de encasillarse en una posición de dirigente con perspectivas jerárquicas, que tendería a frustrar dicha experiencia de organización social barrial, por priorizar una estructura organizativa piramidal. Creemos además, que los

actores sí hicieron política, sí disputaron y compartieron ideologías pero no se codificaron en intereses políticos partidarios.

D) Re significar el Programa PAN como posibilidad de convocatoria de la comunidad

Al ir analizando esta constructiva experiencia de organización social barrial, nos sorprendió la capacidad de los actores (desde sus propios saberes cotidianos) de realizar prácticas de resignificación material y simbólica. Simbólica porque lograron reactivar la memoria de aquella posta sanitaria que fue desarticulada y erradicada por el Terrorismo de Estado. Y Material porque lograron resignificar aquellos escombros en la nueva sala que con esfuerzo y cooperación fueron logrando construir. Además lograron re significar y re direccionar un programa estatal hacia los propios intereses populares que partían.

Esta resignificación demuestra (como lo desarrollamos en uno de los puntos anteriores) una postura de sujetos activos y no pasivos, de sujetos que revalorizan su propia autonomía como personas y su capacidad de auto organización y de autodeterminación, enfoque relacionado con la dimensión positiva que La Bellacaza (1998) le da al modelo/paradigma de autonomía personal. Dicho programa que lograron resignificar, y comprometer para la causa popular a sus propios trabajadores, y que sirvió como palanca, como una forma de aportar al proceso de participación, fue el Programa PAN.

Para analizar esta resignificación, y la capacidad de auto organización y autodeterminación de los vecinos, nos parece necesario hacer mención a los objetivos generales que planteaba el Plan Alimentario Nacional (P.A.N.). Los mismos lo hemos encontrado en un fragmento de la publicidad del programa que transcribimos a continuación:

“(...) ayudando a muchos argentinos a dejar atrás, juntos, la marginación... Los planes de autoconstrucción de viviendas, las compras comunitarias para el ahorro imprescindible, el plan pro-agua, las huertas comunitarias... son las respuestas participativas con las que la gente está descubriendo que la solidaridad puede vencer la soledad. Programa alimentario nacional. Mucho más que PAN.”¹¹

¹¹Plan Alimentario Nacional: <http://www.youtube.com/>

Este fragmento es breve pero muy interesante, porque da cuenta del carácter integral que pretendía alcanzar el Programa, que no se reducía a un objetivo alimentario. La publicidad, en principio lo contextualiza, demarcando dos modelos de país, y ubicándolo dentro de un gobierno democrático, posterior a una etapa signada por la violencia y la “marginación”, en la cual se violaron y vulneraron todos los derechos humanos (sociales, políticos, etc.). Entonces, en este fragmento, se puede vislumbrar cómo el Programa tendía a generar desde su discurso, la promoción de la participación popular para la satisfacción de las necesidades y la reivindicación de los derechos sociales. Por ello, creemos, que José le daba tanta importancia al Plan, como el motivador principal de la Organización Social Barrial; porque requería como condición la participación popular para aplicar en Lugano, el subprograma de implementación de Centros de Salud. De hecho, el Programa fomentaba a la solidaridad y al trabajo colectivo; en la publicidad se puede ver como los niños construyen algo en conjunto, y una de las niñas que “no quiere participar”, se aleja y expresa tristeza en su rostro. Pero si bien el Programa generaba las condiciones para la participación popular, la resignificación se dio también por otro lado:

“se les ocurrió mas al grupo de mujeres, de juntar dinero para poder comprar algunas cosas de urgencia. Entonces se empezó a solicitar un peso cuando se daba la caja PAN. Y lo que se hizo es poner un listado de las cosas que se iban comprando para que no haya ningún tipo de reclamo (...) Y se decía que nos quedamos con plata, que estábamos haciendo negocios con las cajas PAN...”

Este discurso que emitió José, expresa como las vecinas participantes, pensaron como estrategia para generar recursos económicos y para compensar la no-participación de algunos, el pedido de un austral para recibir la caja de PAN. Esta era una forma de hacer partícipe a prácticamente todo el barrio, con un aporte mínimo, ya que los destinatarios eran la mayor parte del barrio. Lograron apropiarse del Programa para hacerlo funcional a sus objetivos de reapertura del Centro de Salud; aunque no era formalmente legal el desarrollo de esta estrategia, las vecinas se arriesgaron a ejecutar su plan y, aunque no lo parezca, era coherente con la propuesta del plan porque de esa forma también ejercían su autonomía. Entonces, lograron resignificarlo, lograron comprometerlo para la causa popular a sus propios trabajadores (logrando que lo discursivo de este Plan quede solo en un mero discurso); esto sirvió como palanca, como una forma de aportar al proceso de participación.

Deseamos hacer visible la siguiente expresión de la vecina María:

“... me hice amiga de Florencia y José y... como ella sabía que yo era auxiliar, y me dice “qué te parece Mari? Hagamos esto”. Es más, quería cobrar un peso, por la caja de PAN, porque no hemos podido conseguir mano de obra para arreglar”. “No teníamos heladera, por supuesto, fue no sé... traíamos así, una heladerita portátil... y se llevaba también y así se iba vacunando... em... gratis... sin cobrar sueldo”. Y Flor me dice, “Mari, qué vamos a hacer? No podemos comprar, no podemos conseguir mano de obra (...) Si cobramos así, los pibes nos dejan” “pero ellos no se van a meter”, “y bueno, cobremos, total un peso, no hace nada” dijimos entonces. Bueno, cuando cobramos, vinieron... alguno nos denunció, “ustedes están vendiendo la caja de PAN”, pero no, nosotros les dijimos para qué era, ya que sus maridos no querían venir a colaborar, entonces donen el peso! El austral, sería en esas épocas. Y con eso terminamos de arreglar...”.

Queremos hacer hincapié que en estas prácticas de resignificación material y simbólica, fue importante la solidaridad recibida por los trabajadores de salud.

Esta capacidad que expresaron los sujetos de poder atreverse a resignificar el P.A.N. es un claro ejemplo de cómo los actores del procesos de organización social barrial, pudieron analizar las situaciones sociales y darle un sentido simbólico que sea coherente con el principal objetivo que se plantearon, que consistía en la construcción y reapertura del Centro de Salud. Esta capacidad de interpretación y construcción simbólica de dichos fenómenos sociales, construida en la continua interrelación social entre los propios actores, se relaciona con los aportes de Blumer que fue uno de los impulsores de la corriente del Interaccionismo Simbólico. Este autor expresa lo siguiente: *“El significado que tiene una cosa para una persona se desarrolla a partir de los modos en que otras personas actúan con respecto a ellas en lo que concierne a la cosa de que se trata”.* (Blumer H, 1969: 4). El significado de la importancia simbólica y material de impulsar la construcción y reapertura del Centro de Salud se fue construyendo y nutriendo con los estímulos y acompañamientos que se realizaban colectivamente entre las mismas personas partícipes del proceso de organización social barrial.

E) Papel de los Trabajadores de la Salud de otros CeSAC y/o Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

Con respecto a este eje, consideramos importante observar si prevaleció el interés corporativo médico o si se construyeron los canales de solidaridad hacia los actores que impulsaron la re apertura y constitución del Centro de Salud. Los testimonios de los entrevistados son de vital importancia.

José expresó lo siguiente:

"Sí había vínculo a nivel social, sí un poco, en parte, pero no a nivel institucional. A nivel social el vínculo era con las juntas vecinales. El barrio se empezó a poblar, organizarse un poco y se formaban las comisiones vecinales y se coordinan entre sí, como en las reuniones de villa. Tienen secretarías y una de ellas era la secretaria de Salud. Las secretarías de salud se juntaban y se vinculaban con trabajadores de salud y sí, había apoyo más social que institucional. ..."

Por su parte María aportó lo siguiente:

"Porque venían del Centro 3 (...) después vinimos con Teresa y primero nos enseñó, nos dio Teoría, tuvimos Teoría con el Doctor Ventura, fue nuestro docente (...) en vacunas. Después vino una enfermera del Centro 3 que nos enseñó también a vacunar, en especial con la BCG..."

Juan dijo lo siguiente:

"... Adriana Macchi, desde el Centro de Salud N° 3 del Barrio de Lugano I y II de Villa Lugano, generó vínculo y venía trabajando con un grupo de vecinos de Villa 20, venía trabajando hace un año (1984), porque mucha de la demanda que tenía el Centro de Salud N° 3 provenía de Villa 20...Era el Hospital Piñero nos recibió dentro de sus límites bastante bien y nos dio algunos elementos básicos para poder trabajar... nos recibió bien, nos dieron recursos. Y nosotros auto gestionábamos los recursos, y además teníamos buen canal, buen vínculo con Capacitación...de encarar situaciones muy diversas. Por todo esto, el trabajo interdisciplinario fue una herramienta que más o menos nos permitió sobrevivir sin cosificar en estos lugares..."

Este actor expresa capacitación y trabajo interdisciplinario. Sobre esta propuesta de trabajo interdisciplinario, implica compartir visiones y aportes desde saberes diferentes que permitan realmente interpretar y reflexionar contextualmente cada situación problemática. Este intercambio de saberes permite ir construyendo objetivos en común, visiones en común, como se fue logrando en la organización social barrial

que indagamos. Sobre este enfoque lo relacionamos con lo expresado por Cazzaniga¹². Juan nos contaba, durante la entrevista, sobre el desencuentro que tenían con el hospital para el abordaje sobre la problemática de consumo de drogas que era vivenciada por varios de los adolescentes en el barrio en aquellos momentos. Este desencuentro es un ejemplo concreto de dos formas diferentes de construir políticas públicas, políticas sociales. Una es partir desde una visión elitista, hegemónica, que no toma en cuenta las contextualizaciones de las realidades de los mundos micro sociales. Otra postura, progresista, que consiste en tomar en cuenta las propias realidades intrasubjetivas de cada actor, es ver a cada sujeto como un ser singular y no homogéneo. Sobre el abordaje que realizaron hacia personas con consumo problemático de sustancias/drogas, es notable que no hayan partido del modelo moralista ni del modelo de la enfermedad; sino que partieron de un incipiente enfoque de reducción de daños como alternativa de salud pública, como bien lo desarrolla Marlatt¹³

Creemos oportuno, añadirle a nuestro desarrollo, otro fragmento de uno de los discursos de Juan:

“...sí, era un conflicto con el Hospital cuando se producían las remodelaciones. Porque para nosotros era más que una remodelación, era recomponer los vínculos sociales y devolverle los derechos a los vecinos, a la comunidad...”

12 La **autora Cazzaniga S.** expresa lo siguiente: *“...la cuestión de la interdisciplinariedad, como desafío a construir, pero también como estrategia necesaria de intervención y de resistencia...la interdisciplinariedad en estos nuevos escenarios no solo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades impuestas por las improntas positivistas, sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas, y a la vez permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto...”* (Cazzaniga S, 2002:5)

13 La autora expresa lo siguiente: *“La reducción de daño, con sus raíces filosóficas en el pragmatismo y su compatibilidad con un enfoque de salud pública, ofrece una alternativa práctica a los modelos moralistas y de enfermedad. A diferencia de los partidarios del modelo moralista, quienes considera el consumo de drogas como malo o ilegal, y abogan por la reducción de la oferta (a través de la prohibición y el castigo), los defensores de la reducción del daño desplazan la atención del consumo de drogas en sí mismo hacia las consecuencias o efecto de la conducta adictiva (...) y no partiendo de la base de ser un conducta considerada en sí misma correcta o errónea. A diferencia de los partidarios del modelo de enfermedad, quienes consideran la adicción como patología biológica/genética y proponen la reducción de la demanda como meta principal de la prevención, y la abstinencia como el único objetivo aceptable de tratamiento, la reducción del daño ofrece un amplio campo de principios y procedimientos diseñados para reducir las consecuencias dañinas de la conducta adictiva”.* (Marlatt Alian, 1997:2)

Apreciamos en todas estas expresiones, que más allá de los desencuentros entre las lógicas instituidas del Hospital Piñero en ese momento y las necesidades que expresaban los trabajadores de la Salud que acompañaron y fueron partícipes de este proceso de organización social barrial, prevaleció una actitud de solidaridad. Y es contundente lo que expresa el actor Juan. Que si bien se hacía una remodelación material de la sala, lo más importante era recomponer los lazos sociales y reivindicar los derechos, que coinciden con los enfoques de salud que explicitamos y desarrollamos en el punto A de este Capítulo N° 2. Esto significó una concreta reafirmación del modelo de ciudadanía emancipada, como lo destacamos durante el desarrollo de este trabajo.

CAPÍTULO N°3 “Tensiones y cooperaciones entre los actores partícipes del proceso histórico investigado en relación a la constitución formal del Centro de Salud N° 18.

Sujetos de Derechos.

*La memoria pincha hasta sangrar, a los pueblos que
la amarran y no la dejan andar libre como el viento...*

León Gieco

A) Tensiones y cooperaciones que se produjeron entre los propios actores de la organización social.

Sobre este eje, mencionamos la importancia de comprender que el poder, tomando en cuenta los aportes de Foucault M (1989), está constantemente en movimiento en los diversos lazos y vínculos sociales, produciendo situaciones de cooperación como de tensión entre los actores partícipes de este proceso de organización social.

En este apartado, observaremos y reflexionaremos sobre las diferentes expresiones de algunos de los entrevistados/as.

José afirmó lo siguiente:

"Había sí diferencias más de metodología, lo hacemos de esta manera y otros de otra forma. Y se decía que nos quedamos con plata, que estábamos haciendo negocios con las cajas PAN. Pero todo estaba claro, todo lo poníamos lo que se compraban en informes en las paredes. En un momento vino un matón, las mujeres estaban afuera, yo estaba al fondo, y las bocinó porque eran serviles, porque trabajaban para los

radicales (...) La proyección de las cosas era lo que nos unía. Capaz hacíamos el 10% de las cosas, pero proyectábamos...”.

Conocer y vincularse, asociarse fue una de las claves, como lo fue también la participación y la integralidad que fueron construyendo, en dicha organización de base, en torno a la construcción del centro de salud anhelado. Sobre este eje es pertinente hacer referencia a los aportes de Niremburg y otros (2000) que hacen referencia a la importancia de la interrelación (como atributos estratégicos de la intervención social) del carácter integral, del carácter participativo y del carácter asociativo. El carácter asociativo, es entendido como la importancia de la articulación formal e informal para un fin común entre instituciones sectoriales como son por ejemplo los establecimientos de salud, las organizaciones de la sociedad civil y/o asociaciones comunitarias de base, establecimientos educativos, aportes de individualidades, permitiendo el desarrollo del capital social.

Luisa nos manifestó lo siguiente:

“Había gente que nos ayudaba a limpiar, que lavaba las sabanitas, las cortinitas que ya se iban haciendo, otra limpiaba (...) “Sí, mucha solidaridad, la verdad que fue un grupo muy bueno. (...) Hacíamos campañas de vacunación, íbamos a alguna casa que nos prestaban, entonces había uno que iba adelante diciendo: “Vienen los vacunadores” (...) así íbamos haciendo el grupo”.

El grupo se fue construyendo (y consolidando), porque lograron un sentido de pertenencia (como lo fuimos desarrollando en el capítulo N° 1), y pudieron realizar un conjunto de actividades (como las campañas de vacunación) para ir ampliando la fuerza popular y concretar así el objetivo máximo planteado, que fue la construcción y constitución del Centro de Salud.

Juan nos aportó lo siguiente:

“...Entonces en ese momento estaban por un lado la comisión de demandantes, donde el presidente era un paraguayo del Partido Comunista y esta comisión de demandantes habían demandado la propiedad de las tierras en el momento del Proceso que se las querían sacar. Y por otro lado estaba la junta vecinal que había pactado con el proceso para quedarse en el barrio. Las broncas, las grietas que había en un momento donde se estaba repoblando el barrio, villa 20. Ahí el cura las coordinaba, llamaba y se acordaba hacer ciertas acciones (...) La pintura, los arreglos, todo eso fue espectacular todo el apoyo de la gente... siempre de base tuvimos una comunicación radiada con la gente a través de los comedores”.

Teresa afirmó:

“También entre los vecinos había divisiones (...)“... La relación..., nosotros en el Centro, fue bastante buena, intentamos unirnos todos para poder pelear por lo mismo. Si estábamos unidos, tirábamos para el mismo lado...”

Esta última expresión, “tirábamos para el mismo lado” de Teresa es muy significativa, porque reafirma la importancia de la solidaridad. Esta práctica de solidaridad en sus propios mundos locales, significó la importancia de tejer redes con diversos actores de villa 20, recuperando la importancia de los lazos de solidaridad en su ámbito comunitario local. Sobre este eje lo relacionamos con Carballeda A. (2002) cuando expresa la necesidad de intervenir con el objetivo de revalorizar la cuestión de la solidaridad que nos permitirá saber y comprender los actuales lazos sociales de intercambios y de reciprocidades que existen en una comunidad. Deseamos reafirmar que la solidaridad, la cooperación, la ayuda mutua se fortalece aún más a través de la construcción de redes sociales.

La experiencia histórica que investigamos, demuestra que la vinculación de los vecinos del villa 20, de los trabajadores de salud, de la colaboración de vecinos de Palermo y el acompañamiento de ciertos trabajadores de la salud de otros centros de salud y de hospitales (como fue el caso de los responsables de Capacitación del Hospital Piñeiro), es un claro ejemplo de construir redes sociales, como también de construcción de espacios de articulación multiactoral (que implicaron no solo relaciones de solidaridad, que fue lo que prevaleció, sino también la existencia de tensiones y grietas internas). Es el claro ejemplo, como lo expresaron Juan y Teresa de que sí había una tensión entre los integrantes de la Junta Vecinal y la Comisión de Demandante, grieta generada por la concreta ruptura de lazos que generó el Terrorismo de Estado (ya ampliamente desarrollado en el Capítulo N° 1); o visiones metodológicas diferentes como lo expresó José. Estas vivencias de tensión y solidaridad, en un continuo movimiento pendular de un polo al otro, prevaleciendo principalmente la solidaridad que se produjeron en ese espacio material y simbólico. Espacio que no es unívoco, sino que existen espacios contruidos desde la visión de cada uno de los actores. Eje del espacio de articulación multiactoral desarrollado por Robirosa, Lapalma y Cardarelli (1990). Estos son espacios de gran importancia que hay que potencializarlos para que se garantice una mejor atención primaria de la salud.

Consideramos, por lo cual, de total importancia la dimensión que adquirió (en la investigación sobre este proceso de organización social barrial) la constitución y

consolidación de redes sociales. Al construir las redes, los actores del proceso de organización social barrial, lograron fortalecer sus intercambios y lazos sociales, potencializando la utilización de sus propios recursos y construyendo alternativas. Observamos como existió una unión en la diversidad que les permitió ir fortaleciendo la experiencia de la organización social popular. Relacionándolo con este eje, por definición de red coincidimos con el aporte realizado por Dabas¹⁴, considerándola como una concepción integral y progresista que apuesta a la transformación social, definición acordada por Gallichio y otros (2002), en un trabajo presentado por el Programa de Desarrollo Local en América Latina. Otros autores como Findling y López (2009) expresan que las redes permiten democratizar el saber porque desarticulan las pirámides jerárquicas de la toma de decisiones, donde son solo las cúpulas las que las toman. Estas autoras desarrollan desde esta reflexión el concepto de “multicentrismo” de la red. A su vez estas mismas autoras mencionan a los autores Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca como nuevos aportes a la definición de redes personales, donde consideran que en estas redes se genera una práctica de tipo simbólico y cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social/cultural.

Es visible (que lo desarrollaremos más ampliamente en el capítulo N° 4) la importancia de las simbolizaciones que cada uno de los actores intervinientes construyó y proyectó en cada vinculación social, siendo, por ejemplo, la memoria existente del Centro de Salud erradicado por el Terrorismo de Estado, un claro ejemplo de impulsar a construir redes de características simbólicas.

También la unión a través de las redes va a permitir a cada uno de los sujetos mejorar su bienestar material, físico y emocional evitando el deterioro que podría generarse al enfrentar dificultades o conflictos de manera únicamente individual. Rovere (1999) reflexiona que las redes sociales son concretamente redes de personas donde se vinculan, siendo dichas redes, los respectivos lenguajes de los vínculos.

14 La autora expresa lo siguiente: “*es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familiar, equipo de trabajo, barrio u organización, tal como la escuela, el hospital, el centro comunitario, entre otras) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos*”. (Dabas E., 1998 :17)

Esta investigación demuestra (ante tanta voracidad del capital financiero, exponente máximo del neoliberalismo que comenzó a influenciar en el contexto del proceso de organización social barrial investigado) la recuperación y reafirmación de la importancia de diversos saberes (no solo conceptuales sino también actitudinales) con que contaban los propios actores intervinientes. Podemos mencionar las experiencias de Osvaldo con sus anteriores participaciones en militancia política; la experiencia de José como delegado de unas de las manzanas de Villa 20 en ese momento histórico; los aportes de enfermería de vecinas que fueron parte de dicho proceso; el compromiso profesional y (nos atrevemos a decir) militante del Médico Juan, etc. Saberes que cada uno de los actores traían en su interioridad y lo potencializaron con la red social que se construyó¹⁵.

Continuando con el desarrollo de la importancia de las redes sociales, en el ámbito de la salud, para todo desarrollo local es de total importancia el trabajo en red con el principal objetivo de que se pueda garantizar la accesibilidad. Esta última es una de las principales (pero no única) característica estructural para un buen funcionamiento de cualquier sistema de atención primaria. Si no hay acceso adecuado, los cuidados pueden demorarse al punto que afecte seriamente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades a la vez que provocan en las personas insatisfacción con el sistema de atención.

En esta investigación, los vecinos y vecinas de villa 20 fueron en parte obstaculizados en la accesibilidad a la salud, con la erradicación del anterior centro de salud. La construcción y ampliación de una nueva accesibilidad es lograda con la reconstrucción e impulso de un nuevo Centro de Salud. Y fueron principalmente los propios vecinos/as y demás actores colectivos barriales (como la junta vecinal, la comisión de demandantes, etc.) los que lograron esta concreta ampliación de la accesibilidad; y los que se construyeron como sujetos responsables y activos de su propia historia a través de las redes sociales.

Sin la existencia de dichas redes sociales (redes construida por trabajadores de la Salud, por vecinos /as del barrio que formaban parte de alguna organización barrial, por

15 Con respecto a estos saberes internalizados en la subjetividad de cada actor, nos animamos a expresar cierta vinculación con el concepto de capital social. **Kawachi I. y Sapag J. (2007)** definen al concepto de Capital social como las relaciones informales de confianza y de cooperación que se dan al interior tanto de la familia como entre los vecinos como también se expresa en la asociatividad formal en organizaciones de diverso tipo.

vecinos/as del barrio que participaron aun sin ser de alguna organización barrial determinada, por vecinos organizados de otros barrios, etc.), no hubiese podido existir interacción, y por lo cual, la constitución de grupo como expresión concreta de un proceso de organización social barrial.

B) Tensiones y cooperaciones que se produjeron entre los actores de la organización social y el Ejecutivo Municipal.

Todo el vínculo de los sectores populares con el Estado, y principalmente, con el Ejecutivo Municipal estuvo atravesado por situaciones de cooperación y de tensión. Coincidimos que todos los tipos de reclamos que hicieron los actores del proceso de organización barrial fueron totalmente legítimos; y que implícitamente, al haber derechos humanos vulnerados ya hay condiciones de tensión con el Estado, y en particular, con el Ejecutivo municipal, responsable de generar políticas que concreten los Derechos garantizados en la Constitución Nacional.

Sobre la concepción de tensión, se han generado diferentes visiones y de continuo debate, entre los que realizamos este trabajo. Una de las posturas, considera que no hubo situaciones concretas de tensión, pero sí hubo un comienzo de retirada de la responsabilidad del Estado, en garantizar la construcción y mantenimiento de un Centro de Salud, produciendo así un vacío de poder, y una existencia leve (o imperceptible) de tensión ya que sólo una de las partes expresa su inconformidad a través de demandas populares, mientras que la otra permanece estática. En tanto que la segunda posición, considera que sí existió este vacío de poder (por el desinterés del Ejecutivo Municipal), pero también hubieron situaciones concretas de tensión no tan leves pero sí continuas, entre los actores que constituyeron el proceso de organización social barrial y el Ejecutivo Municipal. En fin, es un debate entre ambas posturas, que sigue abierto, y esto es lo que sinceramente valoramos. Si compartimos (partiendo desde una visión foucaultiana) que en toda relación social (en la dimensión de la vida micro social con su interrelación dialéctica con lo macro social) atravesada por la lógica del poder que genera dominación, siempre existirán canales materiales y simbólicos de resistencia. Continuando con esta línea de análisis, el sujeto si bien es generador de sus prácticas cotidianas de reproducción de su existencia (reproduciendo lo que hegemonicamente está establecido) no es un simple reproductor como lo dado desde lo macro estructural y desde los patrones hegemónicos. Sino que, tomando en cuenta los

aportes de Pagaza (1998), el sujeto tiene la capacidad de ser un sujeto con su propia voz, dinámico y con la posibilidad de aportar a la transformación de su situación de inequidad.¹⁶

Sobre este eje que planteamos en este apartado, algunos de los actores intervinientes expresaron sus diferentes visiones. Osvaldo reflexionó lo siguiente:

“... Porque nosotros no éramos nadie y del otro lado estaba la burocracia, y, era..., era... la burocracia de lo peor. Era muy clarito todo..., porque para esta burocracia piensa que cuando los de la villa tenga lo menos servicios, mejor. Esto que pasa acá en villa 20, en la ciudad de Buenos Aires, no hay que ser inocentes y esto que pasa acá no es solo acá en Argentina, también pasa en otros países...”. “...Lo que me acuerdo es que el primer intendente que hubo en democracia..., creo que era Grosso no..... No tenía gineta pero tenía uniforme. Eh..., claro, viste, venían arrastrando de todo la situación de los militares (...) es más, si pueden te tiran querosén y te prenden fuego...”.

Por su parte Teresa expresó lo siguiente:

“... Yo lo vi demasiado lento. Porque al andar mucho tiempo hubo poca participación...”.

José nos afirmó:

"Y con los vecinos sí, hacíamos diferentes reclamos, como por ejemplo, lo de la luz, lo del agua, por las tierras, para que no haya acumulación de basura. Y a posteriori surge esta posibilidad de hacer el centro de salud. Me acuerdo que lo proponen y habíamos muchos, pero bueno, después quedamos poquitos (...) Sí hubo contra. Acuérdense que estábamos en un gobierno radical. En el barrio hay más presencia peronista., y se juegan tensiones...”.

La reflexión de José es sugestiva, porque su análisis no queda anclado a su realidad micro social, sino es también coyuntural. El análisis de la coyuntura de la correlaciones de fuerzas es importante para todo tipo de experiencias de organización. Para dicho análisis de coyuntura, se puede considerar los siguientes aspectos o

¹⁶ Consideramos oportuno sumar una nueva visión del análisis de la realidad social desde la óptica del gramscismo y desde un análisis centrado más en el aspecto macro social. Las clases dominantes, para sostener su hegemonía, articulan concretos mecanismos de consenso, y al mismo, tiempo disponen de los mecanismos de coerción que consisten en utilizar las fuerzas de seguridad para reprimir. En este proceso de organización social investigada, el poder hegemónico, no ha aplicado mecanismos de coerción, ni tampoco amplió su mecanismo de consenso, produciendo así que el primer impulso surja de la propia participación popular, instalando una situación de tensión con el Ejecutivo Municipal.

dimensiones, a saber: acontecimientos, escenarios, actores y relaciones de fuerza. De Souza expresa lo siguiente: “...*los acontecimientos, la acción desarrollada por los actores sociales generando una situación, definiendo una coyuntura, no se dan en el vacío: ellos tienen relación con la historia, con el pasado, con las relaciones sociales, económicas y políticas establecidas a lo largo de un proceso más prolongado. (...) A eso llamamos relacionar la coyuntura (los datos, los acontecimientos y los actores) con la estructura* (De Souza, 1995:5).

José y los demás actores (desde sus diversidades) comprendieron que había una coyuntura atravesada por la tensión entre gobierno radical y mayor presencia peronista en el barrio de villa 20. Y lograron ante los acontecimientos de concretas desigualdades en salud, construir un escenario donde prioricen la construcción de una identidad colectiva (que lo desarrollaremos en el capítulo N° 4). Dicha identidad colectiva permitió priorizar el despliegue de acciones por parte de los actores intervinientes relacionados con sus propias historias, trascendiendo las pujas a nivel macro (con repercusión a nivel micro) de las dos estructuras partidarias más importantes del país en aquel contexto histórico.

El debate sobre cómo visibilizar una situación de tensión leve y/o de vacío de poder generado por el propio Ejecutivo municipal, nos conduce a generar una reflexión del tipo de participación con que se caracterizó esta experiencia barrial que estamos investigando.

Como lo venimos desarrollando a lo largo de este trabajo, consideramos que prevaleció una concreta participación social; aporte que varias veces lo mencionamos.

Sobre este eje nos basamos en aportes realizados por diversos autores, centrándonos en lo desarrollado por Roux (1993) que formula una conceptualización de diferentes tipos de participación (desde la Tutelada, pasando por la autogestiva hasta la cogestionada). Compartiendo las visiones de este autor, planteamos que en todo análisis de una participación, hay que poder reflexionar sobre los significados tanto explícitos como implícitos que contiene dicha participación. Planteamos que desde diversas instancias de espacios internacionales como la Declaración de Alma Ata, la participación comunitaria se fue convirtiendo en uno de los ejes a concretizar. La misma, permite ir logrando tanto el desarrollo comunitario, la ampliación de las condiciones de bienestar, como la reafirmación de una concepción integral de derechos y de ciudadanía reales y no meramente formales.

Pensamos que en toda participación comunitaria se evidencian relaciones de poder entre el estado y la sociedad civil, entre las instituciones y la población, entre los trabajadores de una institución con las propias directivas de dicha institución, entre los prestatarios y los usuarios, etc.; es decir, eje de dominación–autonomía que es importante hacer visible.

La participación, según Roux (1993), puede ser vista como: 1) De Colaboración de los usuarios con determinados programas institucionales donde no se tiende a preocupar por fortalecer la propia posición de la población frente a la oferta de servicios, ni tampoco a dar el lugar a desarrollar capacidad crítica, conciencia de derechos e instancias de autodeterminación; es decir, excluyendo a la población en la toma activa de decisiones. 2) De Cogestión: Este autor considera que este tipo de participación es un avance hacia una mayor participación autónoma. La cogestión implica intervenir en las decisiones y ampliar los espacios de democratización. Permite superar una visión de autosuficiencia y de poder del modelo médico hegemónico, recuperando los saberes de las medicinas homeopáticas, folklóricas y demás saberes populares. Este tipo de participación implica que la comunidad participe en las decisiones en el ámbito no solo médico, sino también en la decisión del destino de los recursos físicos, financieros y humanos. Este tipo de participación, impulsada por el contexto de la restauración de la democracia, implicó una situación de tensión con las estructuras clásicas de servicios de salud prevaleciendo la verticalidad y la jerarquización, donde las decisiones parten desde la cúpula hacia abajo, reafirmando una estructura piramidal. Este tipo de participación (al no centrarse solamente en la cura de la enfermedad sino en la generación de instancias de prevención y promoción de la salud) implica la puesta en práctica de Sistemas Locales de Salud, que se construye por una diversidad de actores con diversos intereses donde se reflejan también conflictos y asimetrías en la estructura de poder local; pero también se reflejan diversas alianzas estratégicas. A su vez, el autor plantea que para crear comunidad y para que la cogestión sea viable, hay que actuar sobre los ejes de las instituciones, la comunidad y los lugares de encuentro. 3) De Autogestión que es la forma de participación más independiente. En el ámbito de salud, estas experiencias las impulsan grupos comunitarios, ONGs o movimientos populares. Si bien son experiencias muy fructíferas, tienden a debilitarse debido a las dificultades de la respectiva financiación. 4) De Negociación donde es el Estado y en sus instituciones que tiene toda la responsabilidad de desarrollo social, prestando servicios de calidad y eficiencia. Este tipo de participación, es de gran

importancia, porque va a permitir que la sociedad civil amplíe su concepción de derechos y de defenderlos cuando los servicios provenientes del Estado no generan las condiciones para cumplir dichos derechos.

Para poner en marcha prácticas de participación autogestiva que puedan desencadenar un camino de mayor autogestión, o (tomando en cuenta experiencias históricas) puedan provocar una participación cogestiva o una negociada, es imprescindible que haya lucha popular, reclamo popular, protesta cívica, etc. como una instancia que tiene la sociedad civil para intentar establecer en la agenda pública del Estado, los temas considerados prioritarios.

Sobre este último eje deseamos mencionar el aporte realizado por Moro (2000) al hacer referencia que es fundamental para la construcción de un problema social analizar y comprender el aporte y la interacción de diversos actores; donde todo problema social que es tomado en cuenta por el gobierno y constituyen la agenda pública, no es producto del azar o de un simple descubrimiento. Es producto de una construcción llevada a cabo en un proceso histórico donde hay un conjunto de actores que establecen relaciones de cooperación y de tensión, donde cada uno de estos respectivos actores despliegan sus diversas estrategias desde sus respectivas posturas e intereses.

Los actores partícipes de este proceso de organización social barrial que estuvimos investigando, fueron los que, con sus protestas y presiones producto de su participación popular, generaron presión al actor del Ejecutivo Municipal para que en su agenda esté la responsabilidad de disponer de recursos (materiales, nombramientos de profesionales, etc.) para facilitar la construcción del Centro de Salud impulsado por los actores propulsores de este proceso de organización social barrial.

Continuando con este análisis, tomando en cuenta los aportes de Fleury (2000), consideramos que toda reflexión/conceptualización de una Política Pública (en este caso la implantación de Centros de Salud en zonas de vulnerabilidad social y sanitaria por el Ejecutivo Municipal), es una forma de construir un determinado tipo de situación problemática. En este proceso de reflexión sobre la situación problemática, es fundamental que no se parta, desde la visión de un solo actor (como por ejemplo puede ser el Ejecutivo Municipal), sino que es importante tomar en cuenta las interacciones y relaciones entre los diversos actores (analizando alianzas y las conflictividades que se generen). Fleury desarrolla el enfoque de Conceptualizaciones Relacionales expresando lo siguiente: “... *la política social es vista como producto de una dinámica relacional de*

poder, en la cual diferentes actores son constituidos, se interpelan, se enfrentan y redefinen sus identidades y estrategias.”(Fleury S, 2000:4).

Otro aporte que consideramos importante mencionar sobre la participación social que atraviesa el ámbito de salud (tanto como realidad técnica y como imaginario social), es el realizado por Menéndez (1998). Él plantea la importancia de que en la declaración de Alma Ata (como lo mencionamos en el Capítulo N° 2) la participación social fue reconocida como una de las actividades básicas de la Atención Primaria de la Salud y en el proceso de salud/enfermedad/atención. Históricamente se partió de experiencias micro sociológicas (por ejemplo experiencias de participación comunitaria y generación de grupos de autoayuda), pero la participación también implicó que se constituyera en procesos macrosociales que partieron de los procesos de salud/enfermedad/atención para articularse con otras demandas más estructurales. Y la participación social actúa, según Menéndez¹⁷ también como un “imaginario simbólico” para poder aunar más las fuerzas en función de un objetivo en común.

Al releer y reflexionar sobre las diversas formas de organización que fue vivenciado la experiencia que estamos investigando, observamos que prevaleció, al principio, un tipo de participación autogestiva que luego se canalizó en un doble tipo de participación (estableciéndose entre ambos una continua relación dialéctica): De cogestión y de negociación; siendo principalmente de cogestión. Si bien la participación social permitió reivindicar la dignidad como ciudadanos merecedores de derechos por la situación de vulnerabilidad social y sanitaria, esto no plantea una postura de superación radical sobre la propia existencia del Estado. Pero sí, esta continua reivindicación de

17“Las acciones, las luchas, transacciones en salud colectiva existen, pero discontinuadamente, de allí la necesidad de que la Participación Social sea mantenida como un imaginario que por lo menos ideológicamente tienda recuperar recurrentemente la idea y/o las aspiraciones individuales y colectivas hacia la autogestión o hacia la comunidad, para que en determinadas coyunturas se intente realizarlas. Además, este imaginario debe funcionar como un referente de las propuestas “realistas”, para contribuir junto con otros procesos a que dicho realismo integre/enfrente/confronte las necesidades y situaciones de los conjuntos subalternos. Debe asumirse en toda su significación que los movimientos colectivos respecto de la salud que buscan la transformación social en términos específicos o genéricos, no sólo son discontinuos sino que su trabajo y su efecto práctico e ideológico duran un escaso tiempo dando varios procesos, entre ellos el sistema de transiciones que deben realizar al interior y al exterior del movimiento o grupo, para asegurar un mínimo de eficacia y su auto reproducción. ” (Menéndez, Eduardo: 1998, 20)

Derechos, visibiliza una concreta situación de tensión (leve) de los actores de este proceso de organización social barrial con el Ejecutivo Municipal. Y tomando en cuenta dicho contexto, con el miedo internalizado y establecido como un concreto efecto de la aplicación del Terrorismo de Estado, esta experiencia de organización popular demostró un claro ejemplo de disputarle al Ejecutivo una forma de concepción de salud.

Lo consideramos una disputa, porque si bien el Ejecutivo con el PAN planteaba que uno de sus objetivos era la construcción de Centros de Salud, la iniciativa, el accionar inicial, el plantearle / establecer al ejecutivo en su agenda un determinado “Problema Social a resolver” (como lo desarrollamos anteriormente); fue la propia capacidad de movilizarse y participar que expresaron los actores intervinientes. Donde uno de sus principales motivos (entre otros motivos) que ha impulsado dicho accionar es la memoria colectiva de la antigua posta de salud erradicada por el Terrorismo de Estado. Y esta disputa no solo se concretiza en la respectiva construcción del nuevo centro de salud, sino en partir desde una concepción (con la multiplicidad de saberes socializados por la actores intervinientes) de llevar a la práctica acciones de prevención y promoción de la salud.

Es muy demostrativo lo que nos expresó el vecino Osvaldo (testimonio que ya lo expresamos anteriormente):

“Porque nosotros no éramos nadie y del otro lado estaba la burocracia, y, era..., era... la burocracia de lo peor (...) si pueden te tiran querosén y te prenden fuego”.

A pesar de las amenazas, de las persecuciones, del “prenderlos fuego”, en fin de la muerte, lograron afianzarse en esta experiencia de participación comunitaria. Y al ser de cogestión, principalmente (al relacionarlos con los ejes de este tipo de participación), consideramos valioso, cómo los actores intervinientes iban construyendo diversos lugares de encuentro, de espacios para socializar (se), para reencontrarse. Lograron poner en jaque estructuras de salud piramidales, ante las situaciones de conflicto con cierta dirección del Hospital Piñero, siendo oportuno dar lugar a las expresiones de Teresa que nos expresó también lo siguiente:

“...Pero era lenta la participación de los políticos, de los funcionarios...”.

Se pudo además (con la diversidad de actividades generadas por los actores como campañas de vacunación, realización de mapas y estadísticas, talleres de prevención y promoción de la salud, etc.) concretizar un enfoque de atención primaria de la salud. Además el hecho de re significar el programa PAN y de cobrar un peso, es un ejemplo de vivenciar prácticas de decisión autónoma sobre el destino de

determinados fondos. Como también, más allá de las tensiones internas, lograron construir diversos tipos de alianzas internas, como también externas, como por ejemplo fue el vínculo con los vecinos organizados de Palermo.

A su vez, esta experiencia de participación comunitaria, fue (como lo expresamos anteriormente) motorizada por diversas motivaciones, entre ellas, era la recuperación de la antigua Posta de Salud que existió antes del Terrorismo de Estado, recuperación impulsada por un concreto imaginario colectivo de participación. Recuperación histórica que permitió contrarrestar el embate de negación de la historia por el modelo neoliberal. Participación histórica, que como lo desarrollan los autores consultados, le permitió a cada actor integrante revalorizar su propia historia personal y barrial, es decir, romper los procesos de deshistorización.

Deseamos concluir este apartado con un fragmento del discurso de uno de los protagonistas de los procesos de organización social barrial que fue el actor José, que expresó lo siguiente sobre el eje de la participación:

"Para mí lo más importante, la enseñanza políticamente que me dejó todo esto es la importancia de la participación social para una sociedad mejor. La participación en pequeñas cosas ayuda a las grandes cosas (...) Yo creo que una mayor participación de riqueza social, de conciencia social para la cosa pública es muy importante para mí".

C) Construcción de Sujetos de Derechos.

Si analizamos las necesidades como meras carencias que vivencian los sujetos, estamos reproduciendo una concepción hegemónica de que los sujetos subsisten y se reproducen cotidianamente gracias a las caridades y prácticas asistencialistas que realiza el status quo.

Pero el partir desde una concepción de que el sujeto no se reduce (y queda anclado y estigmatizado) a la necesidad, sino que puede ir desarrollando prácticas de potencialización de acciones por su propia dignidad como ser humano; ya estamos partiendo desde el paradigma de sujetos de derechos. Al respecto de este tema, el vecino Osvaldo, nos expuso la siguiente reflexión en la entrevista:

"...La lucha es eso justamente, es seguir, porque la vida pasa por la solidaridad, por el compañerismo, por ayudarse mutuamente, postulamos que los que necesitan tienen que buscar las formas para mejorarnos. Estaría bueno mejorar con plata pero ya sabemos que esto es imposible, ideológicamente es imposible".

Luisa nos expresó lo siguiente:

“Un derecho que iba llegando de a poco, por gestiones, cuestión administrativa, se movía el doctor Juan, María, la clínica, eso cuando ya la salita pertenecía al Piñero, entonces fueron bajando recursos, se veía como que ya existía el Centro, que ya se sintió que existía, que bajaban recursos”

Juan nos dijo lo que exponemos a continuación:

“... Los arreglos, todo eso fue espectacular todo el apoyo de la gente (...). Había la junta vecinal, la comisión de demandante, los que se vinculaban con el cura pajarito, si estaban. Pero en el trabajo más cotidiano estaban los vecinos...”

Todas estas expresiones demuestran (respetando las realidades diversas de los actores) una contundente conciencia de que son sujetos de derechos, y a su vez, esta conciencia alcanzada por estos sujetos se confirma con otros análisis que estamos realizando en este trabajo de investigación. Además, esta construcción como sujetos de derechos se generó desde un proceso de organización social barrial, que permitió interesarse por las cuestiones públicas y por compromisos políticos e ideológicos, con la salvedad necesaria de tomar en cuenta la heterogeneidad y existencia de actores partícipes de este incipiente movimiento. Esto se logró porque hubo (como lo fuimos desarrollando durante este trabajo de investigación) un individuo que revalorizó su concepción de ser autónomo, fortaleciendo la integración con su propia subjetividad y que partió de ser un sujeto activo y no pasivo, lo cual es desarrollado por Quiroga y otros (2001).

Y el partir desde una concepción de Sujetos de Derechos (donde los actores entrevistados nos demostraron concretamente la reivindicación de la dignidad de los Derechos), implica que los que nos estamos formando como Cientistas Sociales, partamos desde una concepción de superar todo proceso de desubjetivación; concepción desarrollada por Duschatzky y Corea¹⁸(el cual hemos desarrollado en otro capítulo). Este camino implica acompañar a cada sujeto (individual y colectivo) en acrecentar un proceso de mayor autonomía, de mayor autodeterminación, es decir, recuperando lo potencial y positivo aportado por los sujetos a pesar de vivenciar una situación de

¹⁸Las autoras consideran la desubjetivación como: *“un modo de habitar la situación marcada por la imposibilidad, estar a merced de lo que acontezca habiendo minimizado al máximo la posibilidad de decir no, de hacer algo que desborde las circunstancias. Se trata de un modo que despoja al sujeto de la posibilidad de decisión y de la responsabilidad”*... *“posición de impotencia, a la percepción de no poder hacer nada diferente con lo que se presenta”* (Duschatzky, S y Corea, C, 2009:73)

necesidades sociales no satisfechas, siendo este posicionamiento un rechazo al ver a estos sujetos sociales como sujetos carentes; y a su vez pudieron ir rechazando la tendencia predominante de privatizar la salud, propuesta impulsada por el modelo neoliberal, es decir, el proceso de mercantilización de la Salud. Este eje (como lo mencionamos en este trabajo) fue desarrollado por Laurell(1994).

Para la construcción de la salud como derecho es necesario fundamentalmente (además de la legalidad existente) aplicar cambios en las visiones de la salud, que los sectores populares asumen como legítimos. La legitimidad popular a considerar a la salud como un derecho (como lo desarrollamos en el primer apartado del capítulo N° 2), y a plantear acciones de lucha popular para lograrlo como sujetos de derechos, es producto de la construcción de un imaginario social que la ampara y le da sustento simbólicamente.

CAPÍTULO N° 4 “Cambios percibidos e identidad”

¡No es ser humilde, es saber tener identidad.

Tener identidad es tener conciencia.

Tener conciencia es creer en uno mismo.

Crear es la capacidad de crear y realizar sueños e ideas.

Crear es crecer. Crecer es vivir!.

Mauricio Reyna.

A) Concepciones diversas sobre la Identidad.

Al referirnos al concepto de identidad subjetiva, (base para una identidad colectiva), se abren diversos caminos de interpretación, desde las concepciones más conservadoras y dicotómicas hasta concepciones progresistas.

Para empezar deseamos hacer hincapié que la identidad se construye vinculándose dialécticamente con los sistemas simbólicos imperantes en una sociedad. Y dichos sistemas simbólicos son constructores de concepciones del mundo. Ante la negatividad y la situación de vulnerabilidad vivenciada luego del Terrorismo de Estado y con parte

del barrio de villa 20 (incluyendo la posta de salud) erradicada; los actores intervinientes lograron con esta experiencia de organización social, no anclarse definitivamente en un estado de angustia permanente, construyendo una nueva representación de la realidad. Consideramos pertinente relacionarlo con Custo cuando hace mención a una reflexión de Bourdieu y Wacquant, donde estos autores expresan lo siguiente: *“Si aceptamos que los sistemas simbólicos son productos sociales que producen el mundo, que no se contentan con reflejar las relaciones sociales, sino también contribuyen a construirlas, entonces debemos admitir forzosamente que es posible dentro de ciertos límites, transformar el mundo, transformando su representación”* (Custo E., 2004:26). Poder transformar la representación dada, establecida, instituida, significa partir de una concepción de identidad que rompe con los parámetros de las posturas objetivistas y subjetivistas, es decir, trascendiendo concepciones binarias, para poder partir desde una concepción de identidad nueva y superadora. A su vez, al partir desde una perspectiva de identidad superadora y progresista, podemos reflexionar y comprender, cómo se fueron construyendo las representaciones simbólicas individuales y colectivas que fueron la base y la organización y el motor de las acciones que realizaron este conjunto de actores intervinientes.

Compartiendo lo planteado por Saltalamacchia (1992), las representaciones simbólicas que expresan los actores intervinientes, constituyen distintas formas en que los mismos van representando sus propias relaciones/lazos sociales con el contexto que lo cobija (con su mundo circundante). Como también nos permitirán indagar sobre los caminos que recorrieron para tomar la convicción de que era posible aportar a la construcción del incipiente proceso de organización social barrial.

Tomando en cuenta los aportes muy fructíferos de Cuché (2004), la postura objetivista plantea que la cultura es preexistente al individuo, y éste queda determinado a los patrones culturales objetivos dominantes de forma definitiva, y al formar parte de un grupo social, adquiere sus propias características fenotípicas definiendo ya su personalidad. La perspectiva subjetivista parte de la crítica de que no se puede reducir la identidad a un conjunto de propiedades atribuidas, donde los fenómenos (en la postura objetivista) son estáticos y fijos. Considera que los propios sujetos estructuran la realidad y la construyen según sus propias representaciones, y edificando una identificación hacia un determinado tipo de colectividad. Si bien consideramos que esta postura es más integral y progresista que la planteada por las corrientes objetivistas, se

corre el riesgo de considerar la construcción de una identidad a la responsabilidad de una elección puramente individual y arbitraria de cada uno de los sujetos.

En cambio, partimos y estamos de acuerdo con una concepción de la identidad analizada/reflexionada como un fenómeno multidimensional y dinámico, que se define en forma relacional y situacional, donde se toman en cuenta factores tanto objetivistas y subjetivistas, superando las oposiciones binarias (concepciones objetivistas y subjetivistas), y planteando el eje de que la identidad es una construcción social/cultural, desarrollado por Cuché D (2004). A su vez, este autor cita, al antropólogo Frederic Barth como uno de los iniciadores de esta tendencia de superar visiones dicotómicas, partiendo de la concepción de que la identidad se elabora en una continua relación que opone un grupo a los otros con los que se establece contacto, relación, vínculo, en fin, lazo social. Aquí radica la importancia de la construcción de la identidad, del imaginario tomando en cuenta la mirada del otro. Tomando aportes de la teoría psicoanalítica, sobre este eje de la mirada del otro, acordamos con los aportes de Saltalamacchia¹⁹. Esta perspectiva, nos permite distanciarnos de cualquier enfoque individualista que se centre en la visión de un individuo homogéneo e idéntico a sí mismo y la razón analizada solamente como una construcción consciente racional de hacer un cálculo de costos y beneficios. Desde esta perspectiva relacional, la identidad aparece como algo que se construye y reconstruye permanentemente. La identidad es siempre un compromiso, una negociación, entre una 'auto identificación' definida por sí misma y, una 'héteroidentidad' o una 'exoidentidad' definidas por los otros.

19El autor **Saltalamacchia H.** expresa lo siguiente: *“Como dijera antes, el Otro (que constituye al sujeto desde su inconsciente) no es una simple unidad, sino, a su vez, una trama compleja, heterogénea y contradictoria: muchos y variados son los discursos que lo conforma y que conforma, desde él, al sujeto. Si el Otro fuese homogéneo, los sujetos serían idénticos y sería superfluo todo movimiento de identificación: los otros se disolverán en el Gran Otro. En cambio, la heterogeneidad constitutiva del Otro es lo que produce el doble efecto de: (1) la diversidad entre los sujetos y (2) la heterogénea constitución de cada sujeto. Esa doble heterogeneidad, a su vez: a) abre el campo de la constitución del yo no solo como imaginario sino también como instancia en la que el sujeto busca su propia unidad, proyectándose en sucesivas imágenes de sí y b) hace posible percibir la falla en el Otro; y, por ende, el movimiento hacia su sutura: el deseo y el proyecto en el que ese deseo se concreta (...) En la construcción imaginaria del Otro y su deseo estarán actuando tanto esas “voces que viene del pasado”, y que constituyen buena parte de su identidad, como las representaciones sociales del universos sociocultural en el que se encuentra inmerso”*(Saltalamacchia H,1992:111-112).

Nos resulta interesante observar y analizar, en esta experiencia de organización social barrial, cómo fueron construyendo una identidad colectiva (desde sus propias identidades personales en construcción continua) donde su finalidad consistía en afianzarse como colectivo para poder lograr la recuperación y construcción (material y simbólica) del centro de salud. El hecho de que varias de las vecinas de nacionalidad boliviana (por ejemplo Luisa, María y Teresa) pudieran correrse del lugar de la culpabilización, de un sentimiento de inferioridad (reproduciendo la existencia de la xenofobia imperante) y considerarse parte de una organización barrial que les permitió reivindicar la lucha por la salud como un derecho humano a ser respetado y cumplido, nos permite entender cómo estas personas construyeron su identidad tomando en cuenta la mirada de los otros. En este caso, la mirada de vecinos argentinos y de los trabajadores de la salud, fue partir de la construcción de lazos de solidaridad y de ayuda mutua y no de discriminación y culpabilización hacia las personas de nacionalidad boliviana.

Con respecto a esto último, rescatamos el concepto de inmigrante, para analizarlo, entendiéndolo en términos del autor Delgado Ruiz (2010), como un atributo que se le aplica desde fuera (a una persona extranjera), como un estigma y un principio negativo. Este sentimiento es el que se vislumbró en una de las entrevistadas, María, que creció con el sentimiento de inferioridad y de ser una extranjera e “intrusa” en un país ajeno, parafraseando a Delgado Ruíz (2010). Es de ese modo que esa internalización reproduce en ella la identidad de “extranjera absoluta”, que implica que le sean desconocidos sus derechos y justifica que sea víctima de injusticias, ya que lo legitima, y reproduce la concreta influencia desde lo macro social de la vigencia de los patrones culturales hegemónicos de poder. El ser un inmigrante de un país limítrofe y subdesarrollado, le otorga el carácter de extranjero y lo categoriza con atributos que implican inferioridad en todos los aspectos (intelectual, moral, en la estratificación social y ocupacional, etc.). Es una carga subjetiva y negativa, que cada una de las entrevistadas lo vivencia y lo afronta de forma diferente, y lo transforman en algo positivo, reconstruyendo y re-significando el concepto a través de sus prácticas. Instancias de resignificación que se logró por la concreta existencia (como lo expresamos anteriormente) de lazos de solidaridad de los actores de nacionalidad argentina partícipes de esta experiencia de organización popular. Resignificación que puede ser interpretada, como que la patria que prevaleció, fue la patria latinoamericana.

Queremos reflexionar sobre cómo los vecinos construyeron una identidad que incluye una reivindicación de su salud como derecho a ser respetado, tomando en cuenta la mirada y el aporte de los otros actores como los trabajadores de salud (por ejemplo Juan) que partían desde una perspectiva de correrse del modelo médico hegemónico y de reivindicar la concepción de la atención primaria de la salud. Y otro ejemplo fue cuando los mismos actores trabajadores de la Salud, al vincularse con los actores vecinos del barrio, se daban cuenta de que partían a veces de visiones típicas de burocracias y de visión de clase media descontextualizada de la realidad concreta. Es interesante graficar este ejemplo con el siguiente discurso expresado por el actor Juan:

“Y bueno quedó la tierra libre. Y como toda concepción de clase media, se hace una nota al hospital y decís que querés ampliar el centro. Entonces el Hospital te lo gira al Ministerio. Y te dice bueno, estas tierras de quién son (...) Entonces lo estudia la Procuración, y la Procuración dice que no, que la cooperativa no puede ceder esas tierras, y por lo cual, no se puede construir (...) Nos juntamos con los vecinos. Había uno que dice: “Mire Doctor disculpe yo le voy a decir cómo hacemos nosotros. Yo le diría que ponga un alambrado y un cartelito que diga que estas tierras son del Centro de Salud”. Y bueno así lo hicimos. Agarramos, hicimos una vaquita, pusimos un alambrado y pusimos un cartelito “Ampliación del Centro de Salud”.

Estos son simples ejemplos en los que apreciamos cómo la identidad se construye en una continua relación e interacción social. Esta identidad en construcción (y nunca fija) se ha generado en un contexto de lucha y de reivindicación por el cumplimiento de la Salud como un Derecho, concretizándose, como anhelo, en la constitución y reapertura del Centro de Salud. Como sujetos desde su propia dimensión existencial, auto-identificarse como los actores que impulsan esta lucha, es un claro ejemplo, de lucha social y de lucha simbólica. Porque, tomando en cuenta los aportes de Bourdieu (1993) el atreverse a denominarse por fuera de los límites permitidos por la autoridad legítima conferida por el poder (que impone determinadas formas simbólicas de división del mundo social), es una concreta forma de lucha simbólica. Y esta lucha la valoramos en la convicción de este conjunto de actores para organizarse y luchar por la constitución formal del Centro de Salud. Para ello, fueron construyendo diversos tipos de estrategias, desde construcciones conceptuales e interpretaciones similares y al mismo tiempo diferente, que no quiere decir que hayan sido disidentes. Por ejemplo una de estas construcciones e interpretaciones fue: - la recuperación de la historia como motor de lucha, - resignificación de la finalidad del Plan PAN, - revalorizar y resignificar el rol de

madre y padre, - la resignificación del lugar simbólico y social de la mujer, - el atreverse a generar instancias de participación autogestiva y cogestiva desafiando al modelo hegemónico de participación tutelada, - la importancia de revalorizar la estrategia de la atención primaria de la salud, etc.; donde todas estas construcciones e interpretaciones (materiales y simbólicas) estuvieron puestos en juego para lograr el objetivo planteado.

Estos diversos tipos de estrategias, vinculadas, hacia un mismo objetivo, las pudimos visibilizar a través de la importancia de las historias de vida. Consideramos nuevamente oportuno citar a Saltalamacchia cuando expresa lo siguiente: *“En la investigación que estoy comentando, uno de los principales propósitos de las historias de vida fue captar síntomas de estas diferentes construcciones conceptuales y de las interpretaciones e interacciones que generaron aquella reunión de jóvenes de orígenes políticos y culturales tan diversos”* (Saltalamacchia H., 1992:94). Esto implica que, con respecto a la identidad personal y colectiva, se requiere partir de un análisis interaccional y dinámica. Sobre la identidad como perspectiva dinámica coincidimos con lo que expresa Bauman: *“una estructura multidimensional y en continua dialéctica entre la permanencia y el proceso evolutivo”*. (Bauman Z., 2005: 24).

Al hablar de identidad y de la dimensión simbólica, es imprescindible vincularlo con la importancia de la lengua, como una concreta forma de vincularse y entenderse entre los diversos actores involucrados. Coincidimos con los aportes del autor Saltalamacchia²⁰ al analizar la doble visión y perspectiva que tiene la lengua, ya que expresa la acumulación de la riqueza de experiencias sociales y al mismo tiempo, con la lengua nos permite acordar y entenderse en la comprensión de la misma realidad social. Esta visión, nos recuerda, cómo los actores (en el contexto de la realización de las entrevistas) expresaban visiones diferentes pero unidas a través de un mismo lenguaje que les permitía comprender los sucesos históricos en los que fueron protagonistas. Un lenguaje cargado de expresiones de solidaridad, de historias de vida, de sueños por la reapertura del Centro de Salud, de resignificación material y simbólica de los recursos existentes, de estrategias, de organización, de conflictos y tensiones, de grupalidad, en fin, una concreta memoria colectiva que permite a los propios sujetos estar en continuo movimiento. Es esta actitud la que les permitió, a cada uno de los

20El autor Saltalamacchia H. expresa lo siguiente: *“La lengua puede ser vista desde una doble perspectiva. Por un lado, es el lugar en el que se van acumulando las riquezas de toda una experiencia social. Por otro, es el límite que todos tenemos para lograr una más o menos directa comprensión de lo real”*.

actores desde sus respectivas libertades, construir un proyecto colectivo de organización social barrial. Saltalamacchia H. expresa lo siguiente: *“Tener en cuenta que: 1) El ser humano es inteligible como un punto objetivado en el tejido social (...) pero ningún ser humano puede expresar al conjunto del que forma parte. 2) Si el individuo no se agota en sus propias determinaciones, es porque puede volver sobre ellas para reconocerlas y transformarlas (...) supone la existencia de un momento de libertad. Es esa libertad lo que le permite a Sartre hablar de proyecto”* (Saltalamacchia H., 1992: 109). Observamos como los actores de este proceso de organización social barrial, no se agotaron en sus propias determinaciones, y pudieron transformar en parte su situación de vulnerabilidad social.

Para concluir con este apartado, reafirmando que la realidad social es una construcción social/cultural/política/económica e ideológica (superando las visiones de naturalización), deseamos citar el aporte realizado por Castoriadis que expresa lo siguiente: *“Toda sociedad es una construcción, una constitución, creación de un mundo, de su propio mundo. Su propia identidad no es otra cosa que ese sistema de interpretación, ese mundo que ella crea”* (Castoriadis C., 1998: 69).

Es decir en toda sociedad se construyen diferentes significaciones imaginarias sociales que van respondiendo a diferentes intereses. Y fue el interés aglutinador de lograr la reapertura del Centro de Salud lo que creó las condiciones propias para la construcción de un imaginario colectivo de lucha y de reivindicación, de participación y solidaridad.

B) Percepciones y Representaciones construidas luego de la constitución del Centro de Salud.

El haber impulsado (desde diversas prácticas de autodeterminación y organización social barrial) la constitución del Centro de Salud (denominado en la actualidad como CeSAC N° 18), es un logro muy positivo para el campo popular y quedó impregnado en la memoria personal y colectiva de los que fueron partícipes de estas experiencias. Memoria que aportó a la propia construcción de identidad de cada uno de los actores involucrados, demostrando, que la identidad (como lo desarrollamos en el apartado anterior) requiere partir de un análisis interaccional y dinámico.

Podemos apreciar las siguientes visiones. Osvaldo nos expresó lo que exponemos a continuación:

“... de a poco se fue estructurando el grupo. Y ya estaban las enfermeras, el médico, hasta que se logró la inauguración del CeSAC que fue en el 86 (...) Yo lo que siento es que he participado de una cosa que sirvió para el conjunto. El resultado es lo que interesa, lo que sí yo haya o no hecho es secundario, lo más importante es que sirva para el barrio lo que se hizo, en este caso, el Centro de Salud. Y para mí, mi opinión, el resultado fue bastante bien, y ojalá que se siga mejorando y se siga manteniendo.

María nos dijo lo siguiente:

“ah... sí nos vemos, con Luisa, Osvaldo, es más nos debemos una cena...”

Percepciones con una revisión positiva por lo que significó esta experiencia.

Luisa afirmó:

“Con quién no nos perdimos, fue con Osvaldo, con José, con Florencia, un grupito chiquito quedó, mantuvimos el vínculo como vecinos. Ya después en la salita, con María y Teresa, no se podía porque cumplían horarios, era otra cosa, más mecánica. Se olvidaron, “ya no son más grupo, se municipalizaron (...) “Era un grupo, ya no es (...) Alguno de nosotros tenía algo y faltaba, bueno me voy, total si yo voy es porque soy voluntario, ad-honorem; pero como ya había un sueldito, y había que cumplir un horario... yo les digo “ustedes se municipalizaron”, no teníamos horario de comida para sentarnos a comer, si venía una paciente había que atenderlo.”.

Debemos comprender que más allá de lo positivo que fue esta experiencia para Luisa, ella sostuvo una crítica a la propia dinámica de municipalización en que cayeron ciertos integrantes del grupo impulsor del proceso de organización social barrial.

Consideramos que la crítica puede tener varias visiones. Por un lado, la crítica es realizada hacia el mecanismo estatal de cooptar integrantes activos (como es el caso de algunas de las vecinas que formaron parte del proceso de organización social barrial) e incorporarlos al sistema asalariado estatal y de esta forma neutralizarlos en sus iniciativas de acción y participación comunitaria que podrían poner en crisis a la propia lógica elitista – estatal; que por los propios mecanismos jerárquicos y totalizadores en las que se proyecta el estado, tienden a generar dicha cooptación de personas referenciadas con su localidad.

Por otro lado la crítica de Luisa puede ser hacia la burocracia, entendida como un exceso de normas y formalidades para realizar un trámite ó una determinada gestión. En la actualidad la protagonista, anclada en el recuerdo y en la reivindicación de un tipo de organización social horizontal y sin jerarquías, vislumbra un Centro de Salud

“burocratizado”²¹. Como definición de burocracia podemos mencionar la siguiente: *“la sociología y las ciencias administrativas entienden a la burocracia como la estructura que se caracteriza por los procedimientos regularizados y explícitos. La burocracia implica relaciones jerárquicas e impersonales”*²².

Además, inferimos que esta crítica realizada por Luisa, desde un plano subjetivo es producto también de la vivencia de la realidad de que formó parte de un grupo que ya no lo es; más allá de las vinculaciones con algunos de sus integrantes que todavía mantiene. Podemos percibir en la última parte de su entrevista, el dolor que le ha causado, la pérdida del grupo. El mismo ha transitado todas las fases del proceso grupal que se refleja en el análisis de la psicoterapia de los grupos, realizada por de J. P. Sartré y citada por Rosenfeld (1972). Así como al comienzo, la fusión de los habitantes del barrio se ha originado como producto de las demandas comunes por el reconocimiento del derecho a la salud, al final el grupo desapareció para volver al estado de serialidad de cada uno de sus miembros.

Luego de la unión original, el grupo pudo ser consolidado sobre las bases de un juramento, por medio del cual todos los vecinos se comprometían a aportar sus fuerzas al interés común; y a través de la organización que implica la distribución de las tareas y del poder, se establecieron relaciones de cooperación y solidaridad, donde cada actor desde sus propios saberes y experiencias aportaban a la concreción del objetivo grupal. Estas tres fases (fusión, juramento, organización), ya las hemos analizado en los apartados anteriores, pero no bajo estos nombres. La fase de la fraternidad-terror, anticipa el comienzo del final del grupo, ya que los miembros se procuran el derecho del control de posibles desviaciones, deserciones y no participación de otros miembros.

En el caso de la organización social barrial que estuvimos investigando, creemos que esta fase no se produjo de la forma en la que lo plantea el autor; ya que no contamos con evidencia que prueben el control ejercido por miembros hacia otros miembros del grupo. Pero sí consideramos importante destacar que Luisa fue una de las

21 Consideramos necesario aclarar que el actual funcionamiento del CeSAC N° 18 se caracteriza por seguir partiendo del paradigma de construir a la par estrategias de intervención comunitaria con diversas organizaciones barriales, movimiento populares, comedores, etc. Esto se hizo recientemente muy evidente, como un concreto ejemplo de construcción colectiva, en la organización y articulación multiactoral para luchar por la erradicación del llamado “cementerio de automóviles” generador de diversos focos de contaminación durante los últimos años.

22 Definición de Burocracia extraída del Diccionario Virtual “Definición.DE: *definicion.de/burocracia/*

vecinas que se vio forzada a dejar el grupo, y si bien nadie del grupo la forzó a quedarse o salir del mismo, ella ha generado una presión sobre sí misma (producida por la presión familiar y de su pareja de aquel momento) que ha provocado alejarse más allá de sus intenciones de seguir participando. Cuando se logró el objetivo grupal que consistió en la construcción y reapertura del Centro de Salud, y con el establecimiento de tareas que requieren de mayor especialización, se concreta la etapa de institucionalización; el Centro de Salud ya comenzó a ser parte de la estructura jerárquica del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Y es en esta fase, en la cual se observa que el grupo cumplió su ciclo y debe volver a una situación de serialidad de cada uno de los integrantes. Algunos de los entrevistados, que actualmente no trabajan en la institución, no lo frecuentan, salvo por casos de salud, o como en el caso de José, para continuar llevando adelante las demandas populares. Algunos entrevistados creen que cumplieron con su misión, ideológica y / o personal, y tal vez eso sea lo que justifique el hecho de que no visiten el lugar que tal vez sintieron propio porque lucharon por su reapertura. Más allá de la crítica que realiza la actora Luisa, queremos remarcar las siguientes expresiones de diversos actores como por ejemplo:

“...Lo tomamos como propio”

“El resultado es lo que interesa, lo que sí yo haya o no, hecho es secundario, lo más importante es que sirva para el barrio lo que se hizo, en este caso, el Centro de Salud (...) Bueno..., como vecinos y el objetivo político, el resultado fue positivo; y..., como Institución Municipal que es el Centro de Salud para el tema de la salud que es un tema tan delicado, creo que es también positiva” (discurso que ya hemos citado anteriormente en otro apartado)

"Esa relación... este... como que quedamos...como... la amistad, yo creo que quedó entre... por eso vamos a verlo (...), a José”.

Los citados fragmentos expresan otros ejes a tomar en cuenta. En principio, el logro obtenido implicó que los actores involucrados hayan podido obtener un cierto control sobre su situación y proyecto de vida, fundamental en un mundo donde predomina el extremo de la fluidez y de la inestabilidad, generado en aquellos momentos históricos, por el modelo neoliberal, ejeplanteado (como lo mencionamos al principio de este trabajo de investigación) por Lewcowicz y Corea (2004). Consideramos pertinente poder ver el video de festejo de los 25 años realizados hace más de un año aproximadamente por varios de los profesionales que constituyen en la actualidad el CeSAC N° 18. (Ver Anexo N° 8 “Video. Los 25 años del CeSAC N° 18”).

Consistió además, en que los vecinos hayan podido acceder a determinadas mejoras y mayores bienes y servicios que, como parte de la sociedad, pudieron suministrar y presionar al Ejecutivo Municipal que lo llevara a la práctica. Y consideramos que principalmente ha permitido aumentar y acrecentar los grados de autoestima, al posicionarse como actores / sujetos de derechos y reivindicadores de capacidades propias.

CONCLUSIÓN

*“La memoria despierta para herir a los pueblos dormidos
que no la dejan vivir libre como el viento”.*

León Gieco

El haber elegido la realización de este tipo de investigación, nos implicó recuperar y revalorizar la memoria colectiva de un proceso de experiencia de organización popular.

Nos permitió buscar en las raíces de la historia del barrio, la “razón de ser” del Centro de Salud que hemos estado investigando. Hemos visto cómo la historia de diversos actores, enmarcados en diferentes contextos (1965 y 1986), confluyen en un mismo objetivo, y cómo el pensamiento y las ideologías políticas junto con los proyectos de país, acompañaron la posibilidad de la concretización del objetivo común. En el recorte temporal que estuvimos estudiando que corresponde a la década del 80 (centrándonos aún más en los años de 1983-1986); las entrevistas nos han reflejado que su interés y la demanda popular, trascendía la mejora en el derecho de acceso a la salud.

La organización colectiva para la reapertura del Centro de Salud formaba parte de un proyecto mucho más amplio y abarcativo, que tendía a la reconstrucción del barrio, a la recuperación de las instituciones y a la formación de una nueva identidad barrial y del sentimiento, que han sido fragmentados y dañados durante el Terrorismo de Estado. Por ello, esta investigación, nos ha implicado la escucha de la “palabra viva” de los sujetos que han participado del proceso de organización social barrial. Los discursos dan cuenta del tipo de relaciones que se dan al interior del grupo y de cómo a pesar de las diferencias ideológicas y metodológicas, fue posible orientar la finalidad grupal. Para fundamentar esto, tomamos los aportes de Calveiro (2005) que plantea que en todas las familias se desarrollan relaciones de poder, de subordinación, como también se pueden desarrollar relaciones de cooperación y de solidaridad. Dichas relaciones no son fijas y están en continuo cambio. Esta autora expresa que *“se despliegan estrategias que constituyen redes resistentes que rompen, desarticulan las redes de poder”* (Calveiro Pilar, 2005:34).

Esta experiencia de organización social barrial que permitió reimpulsar y lograr la constitución formal del Centro de Salud es una concreta forma de redes de

cooperación y solidaridad que desarticulan las redes de poder. Y este colectivo (heterogéneo por la diversidad de actores que lo constituyeron) fue estructurándose por las representaciones simbólicas / imaginarias comunes que vivenciaban los diversos actores (como lo desarrollamos ampliamente en el apartado del capítulo 4). Compartimos lo expresado por Del Cueto A. y Fernández A. que consideran que la tarea es convocante de un grupo, más que estructurante del mismo, en cambio *“el grupo se estructura como tal, más que por su tarea, cuando va consolidando un conglomerado de representaciones imaginarias comunes (red de identificaciones cruzadas, ilusión y mitos grupales, la institución como disparador de lo imaginario grupal)”* (Del Cueto A. y Fernández A.,1984:4).

El objetivo de re impulsar y lograr la apertura del Centro de Salud puede tener un origen primigenio o incipiente, pero es moldeado a través de las relaciones que se producen entre los miembros del grupo, ya que ellos lo dotan de sentido, a la vez que este mismo, resignifica a los vecinos participantes. El revalorizar las representaciones simbólicas/imaginarias que lograban unir a estos diversos actores participantes (expresadas en sus singulares historias de vida), es una concreta forma de aportar como futuros científicos sociales a darle luz, a visibilizar (y no ocultar) esta experiencia de organización autónoma popular anclada en los principios de solidaridad y participación.

Asimismo, nos parece importante poder vincular esta experiencia investigada como un ejemplo de concretas formas de prácticas instituyentes ante lógicas instituidas.

El superar el miedo instalado por la cultura del terror del muy reciente Terrorismo de Estado; el revalorizar el motor de la participación de las mujeres (re significando el rol de madre de actuar solamente por “el bien de sus hijos”) trascendiendo el ámbito de lo doméstico; el tomar en cuenta también las prácticas de resignificación material y simbólica de los recursos existentes (como fue el Programa PAN); la recuperación de la importancia intrasubjetiva e intersubjetiva de la historia latente de la existencia previa de una posta de salud como construcción y reivindicación de una memoria colectiva, son para nuestro entender todos claros ejemplos de prácticas instituyentes.

Consideramos, que la reivindicación de estas prácticas permite construir los cimientos para las nuevas instituciones que reemplazarán a las instituciones regidas por el dogma de lo instituido dominadas por la lógica de la cultura del poder. Es por lo recién planteado que nos parece oportuno citar a los autores Lapassade y Lourau (1977) que expresan que hay que superar las visiones dualistas antidialécticas para poder

ver no como entidades separadas tanto las instituciones como las relaciones sociales. Con respecto a la institución la definen de la siguiente forma: “...institución en cuanto forma que adopta la reproducción y la producción de relaciones sociales en un modo de producción dado...” “...la institución es el lugar en donde se articulan, se hablan, las formas que adoptan las determinaciones de las relaciones sociales” (Lapassade G.y Lourau R., 1977: 60-61). Determinaciones que no son determinismos porque uno siempre tiene la posibilidad desde la propias prácticas cotidianas, de romper con los determinismos macro estructurales.

Existen instituciones porque existen relaciones sociales que le dan cuerpo, sustento, en fin, que le dan existencia y vida. Este es el desafío para saber construir (desde la lucha contra el poder existente) nuevas instituciones desde nuevas relaciones sociales. Es decir, nuevas instituciones que expresen la potencialidad y acto de la autonomía personal y de la auto organización popular, pudiendo superar la opresión que produce el poder hegemónico.

Todo lo generado sobre la construcción en el proceso de re apertura y constitución del Centro de Salud en Villa 20, barrio de Lugano, es un claro ejemplo tanto material como simbólico, de una nueva Institución construida desde prácticas instituyentes. Estas experiencias investigadas y reflexionadas, con sus prácticas instituyentes, con una postura de fortalecimiento de la autonomía de cada sujeto y por lo tanto colectivo social, implica un posicionamiento de crítica al concepto de poder.

Deseamos también darnos el lugar para poder reflexionar sobre cómo debe hacerse una crítica al poder. El poder se expresa tanto en la realidad del neoliberalismo, en el modelo de estado burocrático, como en cualquier otra institución súper-jerárquica (análisis macro estructurales), pero también el poder se reproduce cotidianamente en diversas relaciones sociales. Este concepto que es desarrollado por Foucault M. 1989, que en líneas generales expresa que el poder no solo hay que analizarlo como un conjunto de Instituciones y aparato que constituye el estado, sino que debemos reflexionar sobre las diversas formas terminales en que se expresa y se genera el respectivo poder; es decir, no debe ser buscado el poder en un punto central, sino que se va produciendo (y reproduciendo) en cada momento y en todas las relaciones humanas mientras haya atravesamiento de esta cultura del poder.

Para complementar esta crítica a la concepción del poder, nos parece pertinente, hacer una revisión crítica a la constitución del orden moderno cuyo eje es el disciplinamiento y su vinculación con la racionalidad. Si las prácticas sociales están

basadas solamente en los parámetros de los racionalismos (sostén de la lógica positivista y esencia del estado moderno) generan una desvalorización del sentido popular. Por lo cual sería una desvalorización del proceso de organización social barrial que indagamos. Desde los patrones culturales hegemónicos plantean que es imposible poder superar y erradicar las situaciones de desigualdad (otra de las formas en que se expresa el poder instituido), constituyéndose una naturalización de la misma. Para nuestro parecer, esto es así desde los marcos estructurales de la sociedad capitalista.

Como futuros científicos sociales partimos de la convicción de que es posible construir conocimientos y prácticas profesionales que aporten al proceso de ampliación de la autonomía y de derechos de cada ciudadano; enmarcado en una perspectiva hacia el futuro de que es posible superar cualquier tipo de estructura de desigualdad social/cultural / económica y política. Permitiendo construir el camino que desnaturalice, el carácter natural de la desigualdad.

Es en estos sucesos históricos indagados, en que los propios actores encarnaron un claro ejemplo de comenzar a desnaturalizar la desigualdad desde acciones transformadoras, tanto concretas como simbólicas. Acciones (como lo expresamos a lo largo de este trabajo de investigación) que consistieron la construcción de una visión de Salud como Derecho Humano y no como mercancía; que radicó en posicionarse como sujetos partícipes de su propio destino; en poder no solo re abrir el centro de salud sino también reconstruir la historia del barrio.

Son estas prácticas de la experiencia de la organización social barrial (en villa 20 del Barrio de Lugano durante la década del 80) que indagamos e investigamos y que nos permitieron demostrar cómo se intentó, en la historia popular (en un determinado tiempo y espacio) desafiar al poder, tanto el expresado en lo macro institucional como el poder internalizado en cada uno de los actores intervinientes. Por ejemplo, como es el miedo que paraliza e individualiza como uno de las consecuencias que generó el Terrorismo de Estado.

El lograr una unión latinoamericana y no práctica de discriminación de los vecinos argentinos (como Osvaldo, José, etc.) hacia los/as vecinas María, Teresa y Luisa fue un claro ejemplo de que sobre la diferencia de naciones no se construya una desigualdad. O como se logró en la vinculación trabajador de salud–paciente, un continuo intento de ruptura del modelo médico hegemónico. Estas diversas acciones son por ello, intentos de desafiar al poder, intentos de generar rupturas con las lógicas instituidas al ser ejemplos de prácticas instituyentes.

Consideramos que es de gran importancia no partir de enfoques positivistas y comprender que la sociedad está constituida por un conjunto de relaciones sociales múltiples y complejas, visión que nos permite distanciarnos y disentir con estas posturas positivistas que pretenden reducir (de forma totalmente lineal) la realidad social a una mirada teórica previa. Todo es movimiento, todo es una construcción.

Como lo fuimos desarrollando a lo largo de esta investigación, basándonos en los aportes no sólo de diversos autores sino principalmente en los propios testimonios de los diversos actores, ha prevalecido el posicionamiento de sujetos activos, con capacidad de transformación y expresividad de sus propios potencias; no anclándose en la pasividad. Esta transformación se hace visible en las propias acciones cotidianas de cada uno de los actores que formaron parte del proceso de organización social barrial²³.

Creemos además que esta experiencia de organización social barrial, fue una concreta forma de luchar por el reconocimiento de sus derechos. Al exigirle al Ejecutivo Municipal diferentes tipos de recursos para ir logrando la construcción del Centro de Salud que estaban impulsando, se convierte en un claro ejemplo de rea-apropiación de la riqueza que es producida por estos mismos actores al ser parte del campo popular y que les ha sido robada por el poder, tanto en época de Dictadura como en una Democracia muy débil en aquél momento histórico.

Construirse como “sujetos de derechos” implicó para los actores ir realizándose continuas autocríticas, e ir caminando en el sendero de generación de continuas preguntas: ¿Cómo organizarse mejor? ¿Es oportuno haber cobrado \$1 por la caja de PAN que se distribuía? ¿En qué momento fue más conveniente hacer una movilización de reclamo? ¿Cómo ampliar la participación de los vecinos del barrio? Son algunas de las infinidades de preguntas que seguramente surgieron en cada uno de los actores intervinientes. Y consideramos que son las propias preguntas las que van marcando un camino. Parafraseando a Kovadlff (2001), si se parte de una pregunta que ya de antemano tiene una respuesta preexistente y prefijada, dicha pregunta generará ignorancia y no sabiduría. El camino de la realización de continuas preguntas y de búsqueda de continuas respuestas, es lo que fue permitiendo la construcción, el hacer, el

²³ Desde esta postura de superar visiones lineales y positivistas, consideramos importante destacar los aportes de Faleiros V. de Paula. Plantea que partir desde una lógica de liberación, implica comprender que la realidad y el pensamiento como el sujeto y el objeto no son entidades aisladas, sino que se constituyen recíprocamente y mutuamente; donde el objeto a conocer, se vuelve subjetivado, permitiendo ser un sujeto no de carencia, sino de expresividad y capacidad para generar cambios y transformaciones.

crear, el innovar, en fin, el revolucionar, en la vida de cada uno de los participantes de esta experiencia de organización popular. Permitted contrarrestar el impacto nocivo hacia la creatividad de cada ser humano generado por la propia lógica del mercado con sus medios de comunicación. Estos medios, al decir de Cuché (2004) fueron transmitiendo mensajes generadores de alienación cultural.

Y la creatividad de los actores participantes, está expresado en el hecho de que hayan podido crear caminos de redes, de células y de espacios no burocráticos, en fin de autoorganización popular. Esta reflexión queremos relacionarla con un aporte teórico de Almada Bay(1990) que muy acertadamente expresa lo siguiente: “...a carcomer el poder de la burocracia y de las grandes concentraciones de autoridad; a comprobar que los individuos no son embriones infrapolíticos; a disolver la regimentación médica-sanitaria; a preferir las redes sobre las jerarquías, las células sobre los grandes aparatos...” (Almada Bay, I, 1990:15-25). Esta experiencia nos demostró concretamente cómo perduraron, más las redes que las jerarquías, más la solidaridad y la amistad que la desunión y el ansia de poder.

En tiempo de que prevalecía la hegemonía del neoliberalismo y la lógica del mercado en ese momento histórico, poder haber hecho perdurar el hacer acciones de solidaridad, el recomponer los vínculos sociales (más allá de las tensiones entre los propios actores que es comprensible que se hayan producido), son ejemplos concretos de haber intentando construir una organización social basada en la libertad y en la igualdad, suceso histórico que nos sirve de experiencia y de estímulo para la actualidad.

Al reflexionar, y nos atrevemos a decir también, a sentir la emotividad de cada uno de los entrevistados, nos satisface decir que esta experiencia de organización social barrial (con sus concretas prácticas de solidaridad, sin desconocer las tensiones que existieron) fue un claro ejemplo de actores que lograron ir construyendo la realidad que deseaban, lograron construir utopía. Y utopía, para nuestra visión, es lo que uno desea y (en conjunto y de manera colectiva) se desea, permitiendo con el sostenimiento de este deseo que la situación existencial sea de no completitud definitiva y de mantenerse siempre en movimiento, no anclándose en lo que existía.

La organización social barrial construida, el grupo, el colectivo construido que permitió recomponer los lazos sociales y construir el centro de salud, es una clara vivencia que traspasa los límites de un acto aislado. En fin, un grupo es siempre movimiento. Y utopía es también lo que aportaba Boaventura de Souza Santos en su ensayo sobre una concepción multicultural de los derechos humanos: “...no podemos

reducir la realidad a lo que existe pues de otro modo podemos quedar obligados a justificar lo que existe, por más injusto u opresivo que sea...” (Santos B. de S., 1997:1-15).

En este trabajo se puede observar cómo dialécticamente se interrelacionaron cuatro ejes estructuradores:

- a) La Historia de vida de cada actor interviniente;
- b) Las prácticas de solidaridad y participación, como las vivencias de las diferentes tensiones que existieron pero que no paralizaron la organización social barrial;
- c) La capacidad de lograr la re significación material y simbólica de recursos disponibles;
- d) Y la importancia de la recuperación de la memoria colectiva.

Al dialogar y reflexionar constantemente, nos moviliza y nos resuena en nuestro interior, la dimensión de la “memoria colectiva”. Estos actores “actuaron” en su presente, con perspectiva hacia el futuro pero en cada uno de sus corazones, de sus intrasubjetividades, en sus propios imaginarios personales (que en su conjunto, construían un imaginario social) estaba la vivencia de la Posta de Salud que fue erradicada, como el resto de las instituciones, por el genocidio del Terrorismo Cívico - Militar de Estado a partir del año 1976. Es decir que accionaron porque también había acciones del pasado que se hacían presente.

Es decir, toda situación y práctica actual tiene un anclaje con otra situación anterior que, como lo desarrolla por Berstein M (1988) tomando el aporte de Pichón Riviére, dicha situación actual es heredera o heredada de situaciones anteriores. La importancia de la historia como motor del accionar de cada sujeto (y en sus vinculaciones / en sus redes), como colectivo popular. Fue esta memoria que les permitió a los actores impulsores de este proceso de organización social barrial construir nuevamente el centro de salud N° 18.

“No aceptamos lo habitual como cosa natural, porque en tiempos de confusión organizada, de arbitrariedad consciente, de humanidad deshumanizada, nada debe parecer natural, nada debe parecer imposible de cambiar”

Bertold Brecht.

BIBLIOGRAFÍA:

- **Abad, Susana.** “Poder y autoridad”. En: Introducción a la Violencia familiar Ficha de Cátedra (ex Teubal). UBA-FCS-Licenciatura en Trabajo Social. 2009.
- **Álvarez Susana.** Ponencia sobre la temática de Resiliencia, en la Primera Jornada de Formación del Programa de Salud Familiar. Secretaría de Salud. Municipalidad La Matanza. Prov. Buenos Aires. Argentina. “El dolor y sus implicaciones sociales”. Noviembre del 2009.
- **Alzugaray, Rodolfo A.** Ramón Carrillo, el fundador del Sanitarismo Nacional. Buenos Aires, Ediciones Colihue, 2008.
- **Almada Bay, Ignacio:** “Siete tesis equivocadas sobre salud y enfermedad”. Cuadernos Médicos Sociales N° 52. 1990.
- **Arias Roxana M., Comas Corina G.** La Clínica de lo Social. Área Trabajos Libres. En Revista Margen. Edición N° 25, 2002.
- **Bauman, Z.** Identidad. Buenos Aires, Lozada, 2005
- **Barela, Liliana.** El barrio en el recuerdo. En [Buenos Aires, el libro del barrio: teorías y definiciones.](#) Buenos Aires, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2004.
- **Bellacasa, Ramón Puig:** Concepciones, Paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. Editorial Elea, 1998.
- **Berlinguer, Giovanni.** “Los conceptos de salud - enfermedad”. EN: Revista Investigación y Educación en Enfermería (Medellín, Universidad de Antioquia), Vol. VI, No. 1, marzo de 1988.
- **Berstein Marcos.** Psicología cotidiana en el grupo familiar. Buenos Aires, Edit. Cinco, 1988.
- **Blumer, Herbert.** El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método. Barcelona, Hora D.L, 1982.
- **Bordegaray Dora.** “Villa 20”. En: Cronista Mayor de Buenos Aires, N° 34, Buenos Aires. Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires. octubre 2002.
- **Bráncoli, Javier.** “El barrio como nueva fábrica. Acción colectiva en el territorio”. En Revista y Escenarios N° 10. Institucionalidad de la Facultad de

- Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina, marzo 2006.
- **Bourdieu, P.** Cosas Dichas. Barcelona, Gedisa, 1993.
 - **Bustelo, Eduardo.** “Expansión de la ciudadanía y construcción democrática”. En Todos entran, Bustelo E., Minujin A. (editores) – Unicef-Santillana, Bogotá, 1998
 - **Calveiro Pilar.** Familia y poder., Buenos Aires, Libros de la Araucarias, 2005.
 - **Cangiano María Cecilia y Lindsay Dubois.** De Mujer a Género: Teoría, Interpretación y Práctica Feminista en las Ciencias Sociales. Buenos Aires, Centro Editor de A. Latina, 1993.
 - **Carballeda Alfredo.** La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires, Editorial Paidós, 2002.
 - **Carballeda Alfredo.** La Reconceputalización Hoy. En Cátedra de Trabajo Social I. Carrea de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires. 1995.
 - **Carta Encíclica Populorum Progressio** del Papa Pablo VI. 26 de Marzo de 1967. http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_26031967_populorum_sp.html
 - **Castel Robert.** Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires, Paidós, 1977.
 - **Castoriadis Cornelius.** Los Dominios del Hombre: Las encrucijadas del laberinto. Barcelona, Editorial Gedisa, 1998.
 - **Cazzaniga Susana.** “Hilos y Nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social”. Segunda Parte: Trabajo Social e Interdisciplina: La cuestión de los equipos de salud (2002). Editorial Espacio, Buenos Aires, 1º Edición, 2007.
 - **Cazzaniga Susana.** “Trabajo Social e Interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Edición N° 27. 2002.
 - **Cazzaniga Susana.** “El abordaje de la Singularidad”. En: Revista Desde el Fondo. Cuadernillo N° 22. Mes de Julio del 2001.
 - **Connell P.W.** La organización social de la masculinidad. En: Ediciones de la Mujer N°24. Isis Internacional, 1997.

- **Custo, Esther.** La intervención profesional de Trabajo Social: los procesos de producción y construcción de Subjetividad. En revista Conciencia Social Nueva época, año IV N° 6, Diciembre 2004.
- **Cuche D.** La Noción De Cultura En Las Ciencias Sociales. 1966 Edición actualizada. Buenos Aires: Nueva Visión, 2004.
- **Dabas, E.** Redes sociales, familia y escuela. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1998.
- **Declaración de Alma-Ata.** Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. Punto VI. URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <http://www.phmovement.org/iphu/files/resources/Declaraci%C3%B3n%20de%20Alma.pdf>.
- Definición de Burocracia extraída del Diccionario Virtual “Definición.DE: *definicion.de/burocracia/*
- http://www.archivochile.com/Debate/debate_izq_latina/debatizqlatina0003.pdf
- **De Ipola, Emilio.** La crisis del lazo social. Buenos Aires, Eudeba, 1998.
- **Del Cueto, A. Fernández A.** El dispositivo grupal. En: en “Lo Grupal 2”. Buenos Aires EditorialBúsqueda, 1984.
- **De Paula Faleiros, Vicente.** Trabajo Social Ideología y método. Cap. 3 sujeto y objeto en Trabajo Social. Edit. ECRO.1972.
- **De Souza.** “Análisis de coyuntura”. Brasil, De Vozes, 1995.
- **De Sousa Santos Boaventura.** “Una concepción multicultural de los Derechos Humanos”. En: Revista Análisis Político, N° 31, PP 1-15, 1997
- **Delgado Ruíz, Manuel.** ¿Quién puede ser inmigrante en la ciudad?. Antropología Urbana. Universidad Nacional de Salta. Facultad de Humanidades. . Prov. De Salta, Cátedra de Antropología Urbana, 2010. Disponible en: http://www.zonalibre.org/blog/parafrenia/archives/archivos/articulos_fantasma/quien_puede_ser_inmigrante_en_la_ciudad.php
- **Dri, Rubén.** “La construcción del poder popular” (tomado de revista Koeyu Latinoamericano). Archivo Chile. Web del Centro de Estudios Miguel Enríquez, CEME, 18 de junio de 2001.
- **Duschatzky, S y Corea, C:** Chicos en Banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones. Buenos Aires. Piados, 2009.

- **Eroles C., Fazzio Adriana y Scandizzo Gabriel.** Políticas Públicas de infancia. Una mirada desde los derechos. Buenos Aires, Editorial Espacio, 2005.
- **Ferrara, Floreal.** Teoría Social y Salud. E. Buenos Aires, Ediciones Catálogo, 1985.
- **Findling, L. y López, E.** Salud, familias y vínculos: el mundo de los adultos mayores. Buenos Aires, Edit. Eudeba, 2009.
- **Fleury, Sonia.** Políticas Sociales y ciudadanía. (Curso de Diseño y gerencia de políticas y programas sociales). Banco Interamericano de Desarrollo/Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES), 2000.
- **Foucault, Michel:** El poder: cuatro conferencias. Universidad Autónoma Metropolitana, 1989
- **Gallicchio Enrique, GrotiuzIoanna y Suárez Matilde.** Redes Internacionales de Desarrollo Local en América Latina. EN Programa de Desarrollo Local – CLAEH. Montevideo, 2002.
- **Garrido Medina Luis y Gil Calvo Enrique.** “El concepto de estrategias familiares”. En: Luisa Garrido Medina y Enrique Calvo Gil (eds.) Estrategias Familiares. Madrid, Editorial Alianza, 1993.
- **Iamamoto M.** O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo, Ed.Cortez, 1998.
- **Kawachi, I.; Sapag, J. (2007)** “Capital social y promoción de la salud en América Latina”. *Revista Salud Pública*, V. 41, N°1. Extraído el 29 de octubre de 2010 de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n1/20.pdf>
- **Kessler Gabriel.** "Algunas implicancias de la experiencia de desocupación para el individuo y su familia". En Beccaria, Luis y López, Néstor (comps.) Sin Trabajo. Las características del desempleo y sus efectos en la sociedad argentina, UNICEF / Losada, Buenos Aires, 1997.
- **Kovadloff Santiago.** ¿ Que significa preguntar?. En: La Nueva Ignorancia. Buenos Aires, Editorial Emecé, 2001.
- **Lapassade Georges y LourauRenée.** Claves de la Sociología. Barcelona, Editorial Laia, 1977.
- **Laurell Asa Cristina.** La Salud: De Derecho Social a Mercancía. Maestría de Medicina Social. En: “Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud”. Ciudad de México. Fundación Friedrich Ebert, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 1994.
- **Laurell Asa Cristina:** “El estudio social del proceso salud – enfermedad en América Latina”. En Salud y Crisis en México. Textos para un debate. Ignacio

- Almada Bay, Compilador. Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Humanidades, UNAM. México, Siglo Veintiuno Editores, 1990.
- **Lechner N.** “Desafíos de un desarrollo humano: Individualización y capital social”. En Instituciones y Desarrollo, noviembre. Instituto Internacional de Gobernabilidad, Biblioteca de Ideas. www.ligov.org/revista 2000.
 - **Lewkowicz I. y Corea C.** Pedagogía del Aburrido. Buenos Aires, Paidós Educador, 2004.
 - **Lewkowicz Ignacio.** “La institución materna. Una historización” y “Entre la institución y la destitución, ¿qué es la infancia?”. En: Corea, Cristina y Lewkowicz, Ignacio. Pedagogía del aburrido. Escuelas destituidas, familias perplejas. Buenos Aires, Paidós, 2004.
 - **Mallardi, Manuel.** “La entrevista en los procesos de intervención profesional del Trabajo Social. Diálogos con la filosofía Bajtiniana”. Buenos Aires. 2004.
 - **Marllat Allan G.** Reducción de Daño: Principios y estrategias básicas. En V encuentro nacional sobre drogodependencia y su enfoque comunitario. Chiclana de la Frontera (Cádiz, España), 1997.
 - **Meyer Eugenia y Alicia Olivera de Bonfil.** La historia Oral. Origen, Metodología, Desarrollo y Perspectivas. En Historia Mexicana. Instituto Nacional de Antropología e Historia. Vol. 21, No. 2. México. El Colegio de México, 1971.
 - **Menéndez, Eduardo L.:** “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. Segunda Jornada de Atención Primaria de la Salud, 1988.
 - **Menéndez Eduardo:** Participación Social en Salud como realidad técnica y como imaginario social privado. En Cuadernos Médicos Sociales. Nº 73. Mayo, 1998.
 - **Moro, Javier.** “Problemas de Agenda y problemas de investigación”. En Escolar, Cora (compiladora). “Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales”. Buenos Aires, EUDEBA, 2000.
 - **Nari Marcela.** Políticas de maternidad y maternalismo político; Buenos Aires (1890-1940), Buenos Aires, Biblos, 2004.
 - **Navarro, Alejandra.** “Capítulo XIII. La utilización combinada de entrevistas y documentos en el análisis de los sucesos históricos”. En: Lago Martínez S, Gómez Rojas G y Mauro M, S (Coord.) En torno de las metodologías: Abordajes cuantitativos y cualitativos. Buenos Aires, PROA XXI, 2003.

- **Netto, José Paulo.** Reflexiones en torno a la “cuestión social”. En “Nuevos escenarios y práctica profesional”. Espacio Editorial, Buenos Aires, 2002.
- **Pagaza Margarita Rosas:** “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en el Trabajo Social”. Editorial Espacio, Buenos Aires, 1998.
- **Plan Alimentario Nacional:** <http://www.youtube.com/>
- **Quiroga A.** Enfoques y perspectivas en psicología social. El concepto de grupo y principios organizadores. Buenos Aires, Ediciones Cinco, 1999.
- **Quiroga Hugo, Susana Villavicencio y Patricia Vermeren** (Compiladores). Filosofía de la ciudadanía. Sujeto político y democracia. Santa Fe, Edición HomoSapiens, 2001.
- **Rauber. Isabel.** Actores, Luchas reivindicativas y Política. Editorial Pasado y Presente XXI, Quinta Edición (digital) 2001.
- **Restrepo Helena H.:** Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. En: Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. Ciudad de México, Informe Técnico N° 4. Del 05 al 06 de junio del 2000.
- **Rodríguez Gómez, G y otros.** Metodología de la Investigación cualitativa Cap. I.. Málaga. Ediciones Aljibe, 1996.
- **Rosenfeld, D.** Sartre y la psicoterapia de gruposCap. I. Buenos Aires, ED: Paidós., 1972.
- **Robirosa, M, Cardarelli, G y Lapalma, A.:** *Turbulencia y Planificación Social*, Buenos Aires, UNICEF y Siglo XXI de España, 1990.
- **Rovere, M.** Redes en salud; Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario, Ed. Secretaría de Salud Pública, 1999.
- **Roux Gustavo.** Participación y Cogestión de la salud. Educación Médica y Salud. Vol. 27 N°. 1993.
- **Sabino Carlos.** El proceso de investigación social. Capítulo 7. Buenos Aires, Hvmánitas, 1993.
- **Saltalamacchia Homero.** La Historia de vida: Reflexiones a partir de una experiencia de investigación. Colección Investigaciones. Ediciones CIJUP, 1992.
- **Testa, Mario.** Pensamiento Estratégico y Lógica de programación. (El caso de la Salud). Editorial. Editora Lugar. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2007.
- **Touraine, Alain.** Los movimientos sociales. Buenos Aires, Editorial “Magesto”, 2001.

- **Treviño, Helena A.** Actores Sociales y demanda del Agua en la ciudad. En: Agua, Cultura y Sociedad en México. El Colegio Michiacán. Instituto Mexicano de Tecnología del Agua, 2002.
- **Vasilachis de Gialdino, Irene.** Métodos cualitativos I: los problemas teóricos epistemológicos. Buenos Aires, Centro Editor para América Latina, 1992.
- **Vila Daniel y Castro Dardo.** La Iglesia de los Oprimidos. Sacerdotes para el Tercer Mundo. En Política, Cultura y Sociedad en los 70. Revista N°6. Editorial Cinco Continentes. Buenos Aires <http://www.los70.org.ar/n06/curas.htm>
- **Villareal, Juan.** Los Hilos Sociales del Poder; En: Crisis de la dictadura argentina, Siglo XXI, Bs.As. 1985.
- **Watzlawick P., Janet HelmickBeavin, D. Jackson.** Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Editorial Tiempo Contemporáneo, 1973.
- **Zurro, M. Cano y Pérez J. F:** Manual de Atención Primaria. España, Edit. Elsevier, 2003.

Consultamos también los siguientes Trabajos de Investigación (Tesis) y Diseños de trabajo de Investigación:

Tesis:

- **De Gásperi, Antonio y Hornes, Martín.** Adolescencia e Identidad. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2009.
- **Butti Daniela.** Las redes sociales como recursos saludables. Buenos Aires, Universidad Nacional de La Matanza, 2010.
- **Campo, María de la Paz y DevalleGorostiaga, María Soledad.** Los sentidos de la participación de jóvenes de sectores populares. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2008.
- **Echeverría Flavia Patricia.** CONSTRUCCIÓN DE AUTONOMÍA DE LOS Y LAS TRABAJADORAS SOCIALES. Un acercamiento a la formación y trayectoria profesional desde la dimensión ético política. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2009.

Diseño de Investigación:

- **López Jimena, Martín Pamela.** Construcciones Discursivas en torno a los conflictos de salud ambiental. El silencio no es salud. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2010.

ANEXOS

ANEXO N° 1

PROPUESTA DE GUÍA DE PREGUNTAS PARA LAS ENTREVISTAS

EJE PARTICIPACIÓN:

Cómo fueron las diferentes experiencias de organización colectiva, en pos del logro de la constitución formal del Centro de Salud N°18?

Cuáles fueron las motivaciones que permitieron impulsar estas prácticas de organización social barrial?

Existió una posta de salud antes del terrorismo cívico / militar?

Cuáles fueron tus deseos..., en tu interior que te llevó a participar de las prácticas de organización social barrial?

Qué tiempo le dedicaste a estas prácticas de participación? (Cómo impactó en tu vida cotidiana (vida y/o familia))?

Cómo fue la participación del poder ejecutivo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires en todo el proceso que generó la constitución formal del CeSAC 18?

Cuáles fueron los primeros actores que impulsaron este proceso de organización social barrial?

Cómo fue la participación en este proceso de organización social barrial de los trabajadores de la salud de otros centros de salud y / o hospitales?

Qué pensaste con posterioridad a la constitución formal del CeSAC N° 18? Qué conclusiones o reflexión te generó?

Cómo se posicionaron los diversos actores de la organización social barrial posteriormente a la constitución formas del CeSAC N° 18?

Cómo incidió el contexto social y político en tu decisión de participar en este proceso de organización social barrial?

EJE REDES:

Qué crees que se generó en la relación entre los actores del proceso de organización social barrial (durante el mismo)? O qué la caracterizó? (cómo fue la relación...?)

Se generaron lazos de solidaridad o cooperación, entre los actores que impulsan y fueron responsables de este proceso de organización social barrial?

Como fue la relación que se generó con el Ejecutivo Municipal antes de la constitución formal del CeSAC N° 18?

Como fue la relación que se generó con el Ejecutivo Municipal después de la constitución formal del CeSAC N° 18?

Se vio modificado el vínculo entre los actores de la organización social barrial posteriormente a la constitución del CeSAC N° 18?

EJE: CONCEPCIONES DE SALUD

PARA TRABAJADORES DE LA SALUD:

Qué visión tuvieron de la salud y de la enfermedad en ese momento de organización social barrial?

Cuánto influyó el contexto social actual en tu visión del proceso salud-enfermedad?

Y desde el contexto actual, cómo era la visión del proceso salud-enfermedad del incipiente centro de salud?

Cómo valoraron la participación de vecinos y organizaciones barriales para lograr la constitución formal del CeSAC N° 18?

Como se vincularon con las personas que padecían un cuadro de enfermedad, siendo o no participantes en el proceso de organización social barrial?

PARA VECINOS Y ORGANIZACIONES BARRIALES DE VILLA 20, VILLA LUGANO:

Qué visión tuvieron de la salud y de la enfermedad en ese momento de organización social barrial?

Cómo fueron las discusiones y los intercambios de ideas que les permitieron considerar a la salud como un derecho y no como mercancía; y autoconsiderarse como sujetos / personas con Derechos para hacer cumplir? Cómo llegaron a esa conclusión?

PARA ACOTAR DEL EJECUTIVO MUNICIPAL:

Desde qué visión se partía sobre la salud y la enfermedad?

Qué importancia se le dio (tanto de presupuesto destinado como de gestión impulsada y sostenida) a la Atención Primaria de la Salud (APS)?

ANEXO N° 2

Letra de la canción “La memoria” interpretada por León Gieco.

Los viejos amores que no están,
la ilusión de los que perdieron,
todas las promesas que se van,
y los que en cualquier guerra se cayeron

Todo está guardado en la memoria,
sueño de la vida y de la historia

El engaño y la complicidad
de los genocidas que están sueltos,
el indulto y el punto final
a las bestias de aquel infierno

Todo está guardado en la memoria,
sueño de la vida y de la historia

La memoria despierta para herir
a los pueblos dormidos
que no la dejan vivir
libre como el viento

Los desaparecidos que se buscan
con el color de sus nacimientos,
el hambre y la abundancia que se juntan,
el mal trato con su mal recuerdo

Todo está clavado en la memoria,
espina de la vida y de la historia

Dos mil comerían por un año
con lo que cuesta un minuto militar
Cuántos dejarían de ser esclavos
por el precio de una bomba al mar

Todo está clavado en la memoria,
espina de la vida y de la historia

La memoria pincha hasta sangrar,
a los pueblos que la amarran
y no la dejan andar

libre como el viento

Todos los muertos de la A.M.I.A.
y los de la Embajada de Israel,
el poder secreto de las armas,
la justicia que mira y no ve

Todo está escondido en la memoria,
refugio de la vida y de la historia

Fue cuando se callaron las iglesias,
fue cuando el fútbol se lo comió todo,
que los padres palotinos y Angelelli
dejaron su sangre en el lodo

Todo está escondido en la memoria,
refugio de la vida y de la historia

La memoria estalla hasta vencer
a los pueblos que la aplastan
y que no la dejan ser
libre como el viento

La bala a Chico Méndez en Brasil,
150.000 guatemaltecos,
los mineros que enfrentan al fusil,
represión estudiantil en México

Todo está cargado en la memoria,
arma de la vida y de la historia

América con almas destruidas,
los chicos que mata el escuadrón,
suplicio de Mugica por las villas,
dignidad de Rodolfo Walsh

Todo está cargado en la memoria,
arma de la vida y de la historia

La memoria apunta hasta matar
a los pueblos que la callan
y no la dejan volar
libre como el viento

ANEXO N° 4

ENTREVISTAS

ENTREVISTA AL DR. JUAN (Médico del CeSAC N° 18)

Cristian: Como vos conociste al barrio, como vos llegaste al barrio, Villa20?

Juan: Sería más o menos en el 86,87, sería en el 86. Yo terminaba la residencia en el Hospital Gutiérrez y coincidía con la apertura del nuevo gobierno democrático, se había terminado la dictadura y había algún, alguna situación digamos de capacitación del Gobierno de la Ciudad con algunos lineamientos para intentar trabajar en la formación de algunos recursos humanos, e intentar cambiar algo que tenía que ver con recursos para trabajar en el espacio comunitario. Con al situación, con la contradicción de que los centros de salud estaban diezmados, porque había pasado la Dictadura por ellos y prácticamente se había levantado, se había erradicado la mayoría de los barrios, y de los centros de salud, los pocos que habían quedaron en una situación de desmantelamientos y quedaron pocos recursos humanos. Por otra parte no había cuadros, recursos intermedios que muchos de ellos habían desaparecido. No había cuadros formados en la Atención Primaria. Nosotros habíamos pasados 4 o 5 años de residencia, Jefatura, Instructoría en el área intrahospitalaria únicamente. O sea que esa era un poco la contradicción. De cualquier manera me entusiasmaba un ciclo nuevo, había una efervescencia democrática y ese entusiasmo de democratizar un poco las instituciones, de algo más simétrico. De algo que venía de alguna manera del curso de formación.... Comencé a trabajar en los centros de salud de Lugano 1 y 2. Yo vivía en Lugano... y.... Hasta ese momento no conocía la villa, así que trabajamos en Lugano 1 y 2. Ya había una chica, una compañera, Adriana Maqui que ya había trabajado, Venía trabajando desde el Centro de Salud N° 3 de Lugano 1 y 2, venía trabajando hace un año. Y había contactado, sobre todo por la demanda que había en Lugano 1 y 2, mucha era de la Villa, se había contactado y había venido a visitar un grupo de vecinos que intentaban reabrir el centro, o sea, había una pequeña estructura donde se entregaban cajas PAN en ese momento (explica que el PAN era el Plan alimentario Nacional que había armando el gobierno de Alfonsín), y desde ese plan alimentario se entregaban cajas. En ese lugar se estaba intentando abrir un centro que en la antigüedad había sido un Centro de Salud que había funcionado y que tenía toda una historia. En la época de la Dictadura eso fue arrasado de alguna manera y ...eh... había sido habitado por los Gendarmes, había sido un lugar de trabajo de los Gendarmes y de alguna manera em... con la Democracia comenzó a funcionar la caja PAN y ahí un grupo de vecinos intentaba abrir el centro. Y bueno esta chica (se refiere a Adriana Maqui) se había

contactado, tenía un contacto y nada más. Y bueno cuando yo empecé a trabajar me sumé al equipo del Centro 3 y empezamos a intentar hacer visitas regulares. Yo venía desde el Centro 3, una o dos veces por semana, a esté que había sido un centro y ahora entregaba cajas PAN... (silencio).

Cristian: Bárbaro

Cynthia: Y cuántos años tenías en esa época?

Juan: Yo tendría...eh....me recibí a los 24 y la residencia son tres años y la jefatura (se pone a calcular) y tendría 27 28 años (repentinamente volvió al punto anterior). Y entonces ahí tuvimos el primer contacto y comenzamos a venir regularmente. Nosotros recibíamos residentes de los hospitales pediátricos, mucha cantidad de residentes. Porque había una decisión muy clara de capacitación, de fortalecer las experiencias de atención primaria. Cosa que bueno, nosotros no teníamos mucha experiencia en atención primaria, más que formación y capacitación (...).

Cristian: Nos decía Juan que el impulso inicial lo tenía este grupo de vecinos para volver a reimpulsar el centro de salud. Cuales fueron las motivaciones de ellos que los llevaron a impulsar el centro de salud nuevamente?

Juan: Después se lo tenés que preguntar, porque muchos están y viven. Esta Teresa, María, José...eh Adriana...hay un grupete que sigue viviendo en el barrio y que venían. Fundamentalmente era la necesidad que ellos veían para el barrio. Y a parte el recuerdo que tenían del funcionamiento del Centro de Salud, que de alguna manera había sido el centro de salud que en su historia lo habían amado. Cuando fue el cumpleaños del Centro, de los antecedentes que yo sabía, había un padre Botán, había un grupo de vecinos y un cura llegó y le habían dado un lugar para un domicilio..... y este es el primer centro de salud junto con los vecinos eso me parece que era así. Y esto.... Como se llama. Ahí tenemos una revistita. Porque saquen la fecha de ahí que les puede servir. Como se llama..., ahí el cura lo empezó a armar, a construir. Sé que le hicieron un ofrecimiento de entregar esto y el gobierno de la ciudad de ese momento le mandaba profesionales, si conseguían el edificio y ahí discutían entre los vecinos. Se juntaban y comenzaban a venir un grupo de profesionales del Hospital Piñeiro para este primer centro de salud. Todavía hay algunos médicos, estaba el Dr. Espátola que todavía está, es un médico generalista del Hosp. Piñero que sigue trabajando que el estuvo acá en ese momento.

Cristian: Daniel cuáles fueron tus deseos que te llevaron en tu interior a participar de este proceso?. Estoy en el Centro de Salud N° 3 de Lugano 1 y 2 y me animo a participar de este proceso en villa 20. Que es lo que te movilizó?

Juan: Viste por un lado la sensación como de que vos llegabas acá y había mucha necesidad, mucha cola de pacientes, mucha demanda. Imagínate que para ser atendido el único centro que había era el de Lugano 1 y 2. Hay manzanas, la manzana 1 y la manzana 2 le quedan cerca, pero la gente que vivía en el fondo le quedaba lejos. Por un lado vos veías la necesidad de la gente, las circunstancias. Te sentías como... como útil, como bien por todo eso (de estar atendiendo). Por otro lado se mesclaban el hecho de pensar de rearmar un pedacito de historia. Y también las circunstancias precipitaron a eso. Digamos nosotros estábamos trabajando en Lugano 1 y 2. Ya para todo eso, había nombrando a una Antropóloga, estábamos trabajando en la formación de recursos humanos, habíamos empezado a indagar sobre la comunidad organizativa del Barrio, se produce una epidemia de sarampión muy importante y salimos a vacunar al terreno con las enfermeras que de algún modo habíamos captado, que son Teresa y María. En una reunión ellas eran enfermeras, no estaban trabajando y ahí las empezamos a formar y empezaron a trabajar con nosotros de forma voluntaria. Nosotros armamos una reunión una vez por semana y con todos los vecinos tratábamos de cómo podíamos generar un centro de esta pequeña obra. Bueno se produce una epidemia de sarampión, y en medio de todo eso, se cobraba en el Centro N° 3. Hicimos una petición al Director del Centro de Salud para que no cobrara las vacunas. La cooperadora de ese momento del Centro N° 3 que era un grupo de vecinos organizados hizo una protesta frente al secretario de Salud que no debajo trabajar con tranquilidad a la Cooperadora y mencionaron mi nombre..., y bueno..., me rajaron del Centro N° 3.

Cristian: Porque se cobraba en el Centro 3.

Juan: Si si...se cobraba y nos rajaron, mejor dicho, me rajaron a mí. Yo agarre me fui a capacitación y dije mira no me dejan entra en el Centro 3, paso esto y yo digo como que había signos totalitarios en las Instituciones todavía. Me acuerdo que en las reuniones de equipo del Centro 3. Si se quería hacer alguna acción tenía que estar autorizado por el Director. Mira había resabios autoritarios. Entonces yo no podía entrar más ahí. Me ofrecieron en Capacitación entrar a otro centro y yo la contrapropuesta que hizo fue mira. Llevo trabajando en capacitación de residentes y si puedo seguir trabajando en esta experiencia que empezamos acá en villa 20. Si viene bien sigo, y si no, bueno,

renuncio, me voy. Y bueno ahí se armó algo que tiene implicancia actual. En ese momento la villa dependía del área programática del Santojanni. Entonces como en el área teníamos el conflicto pasaron la villa al área programática del Piñero. Y nosotros empezamos a esto que no era un centro de salud, empezamos a trabajar desde, desde el Hosp. Piñero.

Cristian: Como que estos factores sociales y políticos te llevaron a vos, te influenciaron en tomar esta decisión.

Juan: Si me empujaron a eso, y de alguna manera nos encontramos que éramos dos instructores de pediatría, una antropóloga, y un grupo de residentes de pediatría, dos enfermeras voluntarias y bueno era un centro muy precario, no había personal de limpieza, no había personal de vigilancia, no había personal de mantenimiento, no teníamos un carajo!!. Y bueno ahí los vecinos nos hacían la vigilancia, había vecinos que se quedaban a dormir, como José que se quedaba de noche a cuidar el Centro para que no lo desvalijaran e la gente nos planchaba y nos lavaba la sabanita para poner en la camilla. Nos venían a limpiar día por medio, igual era todo una mugre porque estaba todo muy precario. Había un grupo de vecinos que trataba de acondicionar nuestros consultorios y bueno cuando hubo otro consultorio Capacitación mandó otra clínica y ahí apareció Miriam.

Cristian: Y ahí ya estaba constituido el CeSAC?

Juan: No, no, no. Era un espacio de Salud sin estructura, sin nada. Era muy loco, teníamos mucha demanda y una asistencia. No era un centro, no tenía nombramiento oficial. El nombramiento oficial se había volado con la Dictadura y eso no era ... no era..., no era un centro.

Cynthia: Cuando duró la organización de los vecinos hasta que realmente fuera un Centro de Salud

Juan: Y mira eso debe haber durado unos dos o tres años hasta la primera remodelación del centro, inclusive. Después había una vecina que ocupaba un espacio. Se levantó el PAN y nos quedo una habitación vacía y después ahí vino Mariqui que era la primera Ginecóloga. Se sumo una Ginecóloga y una Médica Clínica. Las enfermeras que eran voluntarias una de ellas consiguió un puesto fijo y entonces ya teníamos enfermera todos los días. Era el Hospital Piñero nos recibió dentro de sus límites bastante bien y

nos dio algunos elementos básicos para poder trabajar. No teníamos teléfono... eh ahí tengo una anécdota con el teléfono que se las voy a contar (comienza a reírse) porque habla de la lógica de los funcionarios y de los vecinos. Vino un funcionario, no vale la pena el nombre, que era secretario de salud y se encarga para adelgazar gente y es muy famoso y apareció en televisión mucho tiempo... así que lo van a poder asociar rápidamente. Vino una vez acá al centro y en aquel momento no habían casi celulares. Y tenía un celular que parecía una caja de zapatos enorme. Y entonces cada vez que venía un funcionario nosotros llamábamos a los vecinos. Che mira viene un funcionario..., vallan a manguear que se yo (risas). Entonces aparece toda una crema de vecinos y lo comienzan a presionar, a mirar, entonces había una vecina llamada Florencia que era la esposa de José, que tenía una chispa. Y dice que acá si hay una urgencia no tenemos de donde llamar, no hay celulares. Tenían que ir a la escuela de policía o al CAF que eran los dos lugares que tenían teléfono fijo. Si no se tenía que llamar con urgencia al SAME y esperar. Imagínate los clavos que sacábamos hasta que llegara la ambulancia del SAME. Entonces necesitábamos un teléfono. El funcionario llama con su celular no se a quien y le empieza a hablar (Juan hace balbuceo y gestos como imitando al funcionario político) para que haya un teléfono. Y le dice mira que hay gente acá, se los garantizo? (el de celular le contesta) Si si es seguro. Bueno pero estas Seguro. Si si si. Bueno llamé y me dicen que mañana o a más tardar pasado mañana ya tienen el teléfono instalado. Entonces Florencia que no se comía ninguna le dice “Que bueno Doctor que vamos a tener teléfono mañana. Si ya lo consigue para mañana mientras tanto no nos deja ese celular?” (risas). Dice “no no te lo puedo dejar” (haciendo referencia al Funcionario).

Cristian y Cynthia: Tuvieron teléfono a los dos días, no?

Juan: No, sabes cuánto tiempo tardo, pasaron dos años hasta que llegara el teléfono. Acá se ve la lógica de los funcionarios y la lógica de los vecinos.

Cristian: Daniel entonces sobre esta última pregunta. Desde el comienzo de este proceso de organización barrial hasta que se constituyó el CeSAC o que se inauguró pasaron dos o tres años?.

Juan: Si pasaron esos dos años, pero el vínculo fue muy raro. Porque había una médica conocida en ese momento que tenía relación con un concejal e impulsó una visita de la Comisión de Salud al lugar y vio que el centro estaba en condiciones precarias. Y no se de donde salió una partida que nos transfirió al Hospital Piñero y que el Hospital pudo

hacer pudo hacer la primera reforma en el periodo democrático de esta segunda etapa del Centro de Salud. Fue sobre la banda vieja del centro, que fue sobre el ala que da sobre el patio (hace señalamientos), sería del consultorio de odontología hasta el fondo. Ese era el sector primario del Centro. Y ahí hicieron la primera reforma. Nosotros nos mudamos a la escuela que estuvimos trabajando todo el verano, que fue una experiencia bárbara (sonríe) acá no teníamos lugar, y teníamos todo el verano un espacio bárbaro, hacíamos asado. La verdad que la pasamos bárbaro, y fue verano buenísimo. Porque la escuela era fresquita, tenía techos altos, y trabajamos hasta el mes de marzo y para entonces la obra ya estaba arreglada, no se complicó. Y bueno finalmente se terminó la estructura. Cuando se aparece la estructura de la primera remodelación, nosotros éramos todos instructores de los Residentes, que era la manera precarizada de estructurar al personal. Es decir se llamaba Instructores de Programas especiales. Era una cosa de título, como ahora es Suplencia de Guardia. Era una manera precaria de ingreso laboral por lo cual podés meterte al sistema de salud. Cuando el centro de salud, tenía pisos ya terminados, había ciertos equipamiento, con elementos para la camilla, que se yo, alguno equipamiento básico, mandaron del Hospital personal de limpieza. Estábamos en el año 89, finalizando la gestión radical. Era Suarez Lastra el que vino a inaugurar acá, era el intendente en ese momento. Sabes que en esa época no se elegían a los intendentes. Así que esa era la gestión, en los últimos años de la gestión radical, cuando se inaugura oficialmente el Centro y ahí aparece el director. Tuvimos todo un periodo de repliegue, esto que vos decías, como que la comunidad también se relajó y como nosotros también perdimos el leiv motiv por el cual trabajamos con la comunidad. Parecería como que la participación de la comunidad estaba vinculada a la necesidad concreta. Cuando dejó de ser la necesidad concreta, digamos, ahí, se nos acabo un modelo de trabajo en conjunto. Como que de alguna manera también se conseguido el objetivo de abrir el centro. Nosotros ya teníamos elementos básicos para trabajar y sin darnos cuenta, perdimos cierto grado de engranaje y de trabajo conjunto. Por ahí también vino el periodo en el cual ya entramos en toda la década del 90 en el cual...

Cristian: Bajó el nivel de participación?

Juan: Bajó el nivel de participación. Empezó la atención primaria a ser sabotada por el discurso más privatizador... que, que...al liberador de los primeros años. La atención primara pasaba a ser solo una manera de conservar los gastos en la década del 90. La corrupciones de lo macro se va metiendo de a poquito en lo micro, y también tenemos

algunas cuestiones de engranaje del adentro. Y empezó a venir gente que de alguna manera que no conocíamos. Que caía con cargo. Bueno... entramos en esa situación de algunos años en los cuales la dirección ya era parte del Hospital. Nosotros también nos relajamos por todos los años de mucho laburo en condiciones indignas, de mucha lucha, de mucho trabajo que tuvimos. Uno ahí, en ese periodo, el timón en algunas cosas.

Cristian: Daniel, volviendo al proceso previo a la constitución formal del CeSAC en el 86, como fue la participación y el vínculo que tenían con trabajadores de otros Centros de Salud y de otros Hospitales? Hubo solidaridad?

Juan: No más somenos. Me acuerdo. Nosotros teníamos un problema muy serio, cuando trabajamos, cuando trabajamos con los adolescentes. Era un grupo de pendejos re pesado, re pesado. A nosotros nos desbordan de todos lados. No había Psicólogo. No teníamos trayectoria y experiencia, y no teníamos abordaje, no teníamos formación para abordar una problemática tan pesada. La estructura estaba muy precaria, estaba muy matizada con el barrio, y los pendejos entraban como en su casa, y te caían entre 7 y 8. Yo me acuerdo el nombre de algunos. Alambre, Pato, El Rubio. Y venían y pedían Racheta, dame Racheta (Juan realiza gestos de cómo estos adolescentes pedían esta droga), dame estos, pedían partillas. No no teníamos le decíamos, déjenos laburar. Teníamos un cagazo. Si era una situación muy complicada. Entonces nos acercamos al Hospital Piñero y le decíamos que había un grupo de adolescentes, de pibes que se dan con todo, se dan con un caño..., denos una mano. Y nos decían que “no no ustedes derívenlo con un papelito que lo tratamos acá en el hospital”. Pero ellos no se quieren tratar, quieren drogas. “No no mandelon”. Bueno, en este caso, era como un ejemplo de desencuentro entre, entre lo que pensaba en ese momento el Hospital y las necesidades que teníamos nosotros. Igualmente el Hospital Piñero nos recibió bien, no dieron recursos. Y nosotros auto gestionábamos los recursos, y además teníamos buen canal, buen vinculo con Capacitación, y Capacitación tenían, en toda esa gestión radical, tenía cierta capacidad de incluir recursos humanos. De forma precaria como Instructores pero había. Fue apareciendo un antropólogo, un Psicólogo, y fuimos completando de alguna manera el equipo. Nosotros hicimos un trabajo interesante dentro del equipo, fuimos vinculándonos con algunos Psicólogos Sociales, para poder trabajar grupalmente todo lo que nos pasaba. Porque era bastante pesado el trabajo, por estar en condiciones tan precarias, tan desarticulados, por fuera de toda estructura. A mi lo que me pasaba era que estaba disperso en lo que necesitaba. Porque por un lado necesitaba conocimiento

epidemiológico, por otro lado necesitaba conocimiento en el trabajo entre la Institución y el trabajo comunitario. Por otro lado tenías que tener experiencia en las reuniones con la comunidad., se habrían como, como distintas brechas, y uno que estaba acostumbrando a trabajar en internación e individualmente, por lo cual, teníamos muchas necesidades de formación. Pasando de un libro a otro, de un discurso a otro, de encarar situaciones muy diversas. Por todo esto, el trabajo interdisciplinario fue una herramienta que más o menos nos permitió sobrevivir sin cosificar en estos lugares.

Cristian: Como fue ya entrando en el trabajo en Redes, el trabajo con los vecinos. Como se comunicaban entre ustedes.

Juan: De todos los años, en ese momento. Había un primer trabajo en red, lo primero que yo me acuerdo cuando empezamos a laburar y todavía no se había formado el Centro. El que lo convocaba era un cura que se llamaba Pajarito. Un flaco, un cura muy particular, con un raigambre peronista, muy peronista, muy militante.

Cristian: Que se embarraba los pies

Juan: Si el flaco era espectacular. Había tenido un aspecto así de rockero, con una melena. Había tenido una experiencia de trabajar con adictos. Pajarito armaba los viernes a la noche las reuniones con todas las organizaciones y comenzamos a participar nosotros que veníamos del Centro de Salud N° 3. Era de esta iglesia que está acá al frente del Centro. Muy piola era el flaco. Y entonces convocaba a todas las organizaciones. Entonces en ese momento estaban por un lado la comisión de demandantes, donde el prescinde era un paraguayo del Partido Comunista y esta comisión de demandantes habían demandado la propiedad de las tierras en el momento del Proceso que se las quería, se las quería sacar. Y por otro lado estaba la junta vecinal que había pactado con el proceso para quedarse en el barrio. Las broncas, las grietas que había en un momento donde se estaba repoblando el barrio, villa 20. Ahí el cura las coordinaba, llamaba y se acordaba hacer ciertas acciones, ciertas cuestiones. Me acuerdo que una de las primeras acciones de trabajo tenía que ver con la numeración y el armando de un mapa para que la gente pudiera conseguir laburo. Porque las casas eran inidentificables, muy difíciles de ubicar. Entonces se trabajo mucho en la numeración de las casas, en la identificación. Esa fue una experiencia. Después me acuerdo que otra experiencia fue el trabajo de los vecinos en el centro para inaugurarlo que fue más acotado. Esta experiencia con el cura fue antes de la inauguración del

centro. Si participamos en ese trabajo de la identificación, la numeración de las casas, de las manzanas (interrupción)

Cristian: Estábamos sobre la experiencia de trabajo en red

Juan: Y después viste, tuvimos todo este periodo de aislamiento y pasamos más hacia un periodo de trabajo hacia dentro del equipo y después hubo otro periodo que ya era, seguíamos en la época del 90, del menemismo, como intendente estaba la topadora Domínguez, un hijo de puta que quiso sacar la villa 31 y estábamos nosotros en un periodo de reemplacen del Centro y ahí armamos, en un momento político de mucha devastación de los discursos más progresistas, donde la atención primaria perdíamos sustento de cómo lo concebíamos nosotros. En medio de todo ese asunto, nosotros empezamos a vincularnos nuevamente con la comunidad. Volvimos a trabajar con el barrio y empezamos ver que nos quedaba chico el Centro, y entonces por alguna circunstancia acá en la esquina, en esta parte nueva, vivían unos vecinos que tuvieron un accidente, se les quemó la casa y bueno se fueron a otro lugar y el resto del terreno estaba libre. Estaban las organizaciones barriales y comenzamos a hablar y a estos vecinos se les ofreció una mejor casa. Y entonces eh...eh...trasladamos a estos vecinos y ese terreno quedó libre para hacer la ampliación. Y entonces bueno se consiguió una casa para estos vecinos, que se llamaba Petaca que siempre estaba en el centro y María que era la madre, la curandera del barrio y que siempre curaba el empacho. Bueno se trasladaron para allá. Petaca lamentablemente falleció (expresa nostalgia y tristeza cambiando los gestos de la cara), no vino más. Y bueno quedó la tierra libre. Y como toda concepción de clase media, se hace una nota al hospital y decís que querés ampliar el centro. Entonces el Hospital te lo gira al Ministerio. Y te dice bueno, estas tierras de quien son. No, no sé de quién son, son de una cooperativa de vivienda. Bueno entonces la cooperativa de vivienda tiene que ceder la tierra para que ustedes puedan construir. Bueno para ceder la tierra que tienen que hacer. Tienen que llevar el marco de funcionamiento de la cooperativa. Entonces lo estudia la Procuración y la Procuración dice que no, que la cooperativa no puede ceder esas tierras, y por lo cual, no se puede construir.

Cristian: Ah Bueno!!!

Juan: Entonces que hacemos?. Nos juntamos con los vecinos (expresando una picardía en su mirada). Había uno que dice: “Mire Doctor disculpe yo le voy a decir cómo

hacemos nosotros. Yo le diría que ponga un alambrado y un cartelito que diga que estas tierras son del Centro de Salud”. Y bueno así lo hicimos. Agarramos, hicimos una baquita, pusimos un alambrado y pusimos un cartelito “Ampliación del Centro de Salud”.

Cristian: Hasta el día de hoy no hubo ningún reclamo?

Juan: No..., nada. Para la ampliación del centro no teníamos guita, no teníamos nada. Pero pusimos el cartelito. Entonces en eso, en ese momento estaban el quilombo del menemismo que se aumentaban los sueldos en la legislatura. Y estaba la gente de (interrupción). Entonces en ese momento estaba el Frente Grande, Jozami, Chacho Álvarez que estaban de concejal y decidieron no aceptar el aumento del sueldo que se hacían los concejales y donaban parte de dicho aumento a distintas organizaciones y llegaron acá.

Y dijeron: “ustedes quieren ampliar el centro”? Y dijimos sí. Y bueno “queremos donarle \$2000”. Entonces vamos a un corralón e hicimos la compra de materiales. Luego teníamos que conseguir de nuevo a la gente para trabajar. Empezamos hablar con algunos vecinos y conseguimos algunos que pudieron tirarnos una mano, pero no había nadie que estuviera fijo. Volví al Hospital y un albañil que medio que estaba puteando que no estaba muy cómodo en el Hospital llamado Héctor. Y le propuse que vaya a trabajar al Centro. Y le propongo hacer un solo consultorio. Pero el albañil me dice: “no hacemos para cuatro consultorio”. Y yo..con la visión de clase media, que si tengo solo dos lucas, hacemos algo chiquitito y terminado. Y me dice “pero no seas boludo, cuantos consultorios querés hacer”. Le digo que yo quería hacer cuatro consultorios que es lo que es abajo, enfermería. Y me dice “hagamos todo, alguien va a poner la guita, quédate tranquilo” (en ese momento nos reímos los tres presentes). Luego cae el Ministro de Salud de Topadora Domínguez, y dice “a ustedes están ampliando el centro”. Y yo le digo que no tenemos plata, nos quedamos ahí. “Uh cuando plata necesitan..., yo les voy averiguar para ver si se pueden hacer acopio de materiales”. Entonces lo llevamos a otro corralón y pudimos terminar toda esta parte. Vino Topadora Domínguez e inauguró la ampliación. Pero nos quedaba parte del acopio de Jozami todavía y terminamos la parte de los consultorios y empezamos la sala de espera, y teníamos dos hileritas nada más. Quien cae? De La Rúa (nuevamente se ríe a carcajada). Entonces le decimos que estamos ampliando el centro pero no teníamos plata. Y ahí pusieron la plata, viste. Y por supuesto que también inauguró también De La Rúa.

Entonces tuvimos varias inauguraciones. La del 85 /86, la que la inaugura Suarez Lastra, después la de Topadora Domínguez y después la de De La Ruá y la última fue la de Ibarra que fue la parte de arriba. Pero lo concreto que desde la primera inauguración hasta la de Ibarra, que en la de Ibarra ya vino una empresa privatizadora. Mira esto, como se dan las paradojas, que en un momento de privatizador como el de Menem nosotros pudimos armar un trabajo comunitario desde lo local. Y en el momento progresista como el de Ibarra, se contrató una empresa y se armó todo el primer piso, Estas paradojas, estas contradicciones. Pero lo concreto que siempre se trató de tomar gente del barrio. Intentamos en la primera, todo con gente del barrio. Y eso está bueno que la misma gente valla trabajando y por supuesto que previo a esta primera inauguración, pintaba toda gente del barrio. La pintura, los arreglos, todo eso fue espectacular todo el apoyo de la gente (en ese momento lo observamos a Daniel muy emocionado). Vos venías un fin de semana y los vecinos ya habían pintando un consultorio. A veces pasaba una semana y tenías una mugre (...).

Cynthia: Más allá de que se constituyó el centro de salud como tal, este proceso coincidía con la formación del barrio. Vos nos comentabas de la numeración de las casas.

Juan: En ese periodo si. Por ahí, la otra oleada, después siempre de base tuvimos una comunicación radiada con la gente a través de los comedores. Íbamos a pesar a los pibes, íbamos a hacer talleres en las escuelas, talleres de Tuberculosis y siempre hubo una comunicación radiada. Pero los trabajos en red fueron en aquella época. Pero me quedo en esto. El momento coincidente con el menemismo y coincidente con la gestión de Topadora Domínguez y en ese periodo, se produce un hecho que es una instancia interesante del trabajo comunitario. Había un grupo de Psicólogo y una Psicopedagoga que yo no participaba en esta primera parte, que estaban haciendo un trabajo sobre fundamentalmente la problemática de violencia y los pibes en las escuelas. Nosotros no tenemos salud escolar. Todo depende del área del Santojanni. Iban a las escuelas y se planteaba que necesitaban tal pibe tratamiento. Empezaban a problematizar que cosas se podían hacer en las escuelas, en el centro de salud. Una vez por semana que el equipo salía e iba a una de las escuelas. Y en medio de esa recorrida detectan que había situaciones de violencia. Muchas situaciones de violencia institucional que habían quilombos en la escuela, que había precariedad en lo concreto (silencio). Se nos ocurre como hacer una agenda común de los problemas entre las escuelas y el centro de salud.

Y ver que se hacía con esa agenda. A esa altura ya me daban participación a mí en ese tema. Yo estaba a cargo del Centro en ese momento. En toda esta historia hubo varias direcciones desde el Hospital y después desaparecían las direcciones del Hospital, se armaba un quilombo, alguno se fue, a a una directora la echaron. Y luego estuvimos rotando como Co Directores, nos hacíamos cargo..., y esto duró hasta la época de Ibarra, fue bastante avanzado. La coordinación la veníamos rotando entre nosotros. Pero bueno en ese momento, lo de la agenda del trabajo comunitario, surge algo interesante que cuando las organizaciones comunitarias que estaban medio alejadas, la junta vecinal en esos momentos, ve que las instituciones más formales que se están juntando, están armando una agenda de problemas, ellas se quieren sumar. Y bueno se semana comedores, la junta vecinal, la Escuela Secundaria, y bueno, que hacemos con todo esto, donde cada uno expresaba las necesidades que tenían. Y también nos habíamos contactado con Jozami y armamos una junta con los referentes políticos del barrio. Vienen Pandolfi (referente del Radicalismo) y La Rosa (referente del Justicialismo). Entonces agregamos al Polo comunitario, a las Instituciones comunitarias y a las Instituciones Formales, estos referentes políticos. Se pudo trabajar bastante bien. Se armó un anteproyecto, y luego se hizo un proyecto. Se presentó y tocó los temas de salud, educación, etc., porque abarcaba muchas problemáticas. Fue una agenda social del Barrio que la metimos en el Concejo Deliberante. Salió presupuestada. A nosotros nos dio la esencia de que fue un laburo bárbaro, un laburo espectacular.

Cristian: Como que su raíz también estaba en esos primeros años de organización previa a la constitución del CeSAC y a la constitución oficial del CeSAC con Suarez Lastra?

Juan: Si había una raíz, pero esto fue separador. Porque una cosa era la participación concreta de los vecinos para abrir un centro de salud y más cuestión de ayuda. Y acá con lo del polo que se constituyó, había una cuestión superadora de plantear problemáticas comunes y vincularse con el polo político de distintos bandos. Pero cuando se metió en un año, y luego en otro año y no se ejecuto. Pero los proyectos quedan vigentes, y con el tiempo se fueron ejecutando. Por ejemplo empezamos a tener fondo para la ampliación del Centro que era una problemática planteada, la ampliación de la escuela infantil, el arreglo del techo de la escuela Del Pini, y la concreción del Polo Educativo fue la última obra que se hizo. Todo eso fue parte de ese inicio de proyecto que quedó dando vuelta. Quizá, si se había ejecutado este proyecto durante la gestión de la Topadora Domínguez, nos hubiésemos podido apropiar, pero como se ejecutó después, quedo como una cierta

desazón, porque tango esfuerzo, para hacer reuniones cada 15 días, reconvocar a las organizaciones, es un gran trabajo. Y después otra experiencia de trabajo en red más cercana es la experiencia de la organización por el tema del cementerio de autos.

Cynthia: Ya nos das unas líneas de cómo era la relación con el ejecutivo.

Cristian: En el proceso previo a la constitución formal del CeSAC de Suarez Lastra. Como fue ahí el vínculo con el Ejecutivo?

Juan: No no tuvimos un vínculo continuo. Fue como les comenté, que un integrante del Centro que conocía a un concejal, logramos que se acerque al Centro. No tuvimos más vínculo que en la inauguración formal. También con Topadora Domínguez venían, como De La Rúa, Ibarra, venían, sobre todo en épocas pre electorales.

Cynthia: Anteriormente en un momento dijiste como nosotros veíamos a la atención primaria de la Salud. Como veían a la Atención Primaria de la Salud?

Juan: Veníamos de un ámbito Hospitalario. Empezamos a tener formación en Atención Primaria de Salud. Empezamos caer en el centro. Empezamos a leer lo que en ese momento era la bibliografía más vigente. Nosotros estábamos en el ochenta y pico y en la década del 70 fue lo de Alma Data, que te hablaba de la participación comunitaria, condiciones básicas de vida, procesos liberador, viste..., toda una serie de cosas que estaban ligadas a una visión progresista, luego de una Dictadura brutal, en los primeros años de la democracia. Después cuando vienen con lo del 90, con el acuerdo de Washington, y toda la cuestión mucho más privatista, todo un periodo de que el que no progresa no sirve, donde se culpabilizaba a la víctima, y donde todo se privatizaba, donde todo tenía un discurso de eficiencia. Y donde el modelo de atención primaria estaba solamente o más vinculado al control de Gasto, tanto acá, en Inglaterra. Aparece el modelo familiar en el ámbito privado para poder comenzar a controlar más los gastos. Aparecen los discursos de la efectividad en la prestación de salud, etc. Empieza a circular dentro de la atención primaria un discurso que no solo estaba afuera del Centro, sino también adentro de los propios equipos del Centro y del propio discurso. A pesar de todo esto y de algunos años de repliegue, te cuento esto que hicimos de trabajo en red en diferentes momentos, que hace visible una concepción de salud diferente. Creo que es un modelo de trabajo a seguir, donde el rol de la organización de acción comunitaria de un CeSAC que permita vincular las organizaciones barriales y otras instituciones formales, creo que está bueno.

Cristian: Cual fue tu valoración sobre la participación de los vecinos o de Organizaciones barriales en la constitución del CeSAC, en esa inauguración del 85 y 86.

Juan: Nosotros en ese momento creo que lo pudimos valorar más tardíamente. En ese momento, ese grupo de vecinos, estaba vinculado a la entrega de las cajas PAN. Nosotros veíamos que teníamos que trabajar con los vecinos, pero no estábamos todavía muy convencidos. Y además, cuando trabajábamos con estos vecinos y algunas otras organizaciones no trabajábamos con todos los vecinos, o con todas las organizaciones. Ahora mismo tenemos distancias con algunas organizaciones, con otras no trabajamos y con otras sí. Uno no trabaja con todo el mundo. A pesar de que lo intenta, o se hace la apertura. Y a lo largo de cómo se fue dando, como se precipitó, como se fueron generando las cosas, la verdad es que fue impresionante, el apoyo y también la calidez de la gente, de los vecinos. Y fue más del vecino común que de las organizaciones de los que estuvieron muy presentes en esa primera etapa antes de la inauguración del Centro de 1986.

Me acuerdo que había la junta vecinal, la comisión de demandante, los que se vinculaban con el cura pajarito, si estaban. Pero en el trabajo más cotidiano estaban los vecinos. Y que en los arreglos, en las remodelaciones, tratábamos de que cobren los vecinos que habían pintando el centro, de que cobren un mango de los que había laburado. Había un flaco que habíamos llamado para darle si unos mangos. Además..., si era un conflicto con el Hospital cuando se producía las remodelaciones. Porque para nosotros era más que una remodelación, era recomponer los vínculos sociales y devolverle los derechos a los vecinos, a la comunidad.

Cynthia: Más allá de tu formación, vos pansas que todo este proceso te dio otro sentido a tu ser Medico?

Juan: Si, y bueno, sí. Yo después empecé a hacer una cuestión de formación de epidemiología, hice la escuela de Psicología Social, hice curso de políticas públicas, fue todo un periodo caótico de mesclar conocimientos y cosas. Y fue caótico para nosotros porque no había un recorrido para formarse en atención primaria de forma continua. Uno está atravesado por un montón de realidades y de problemas. Por eso creo que es bueno tener un poco de conocimiento de sanitarismo, de psicología grupal. Si, al salir del consultorio a la comunidad y, por lo cual, al barrio es todo un proceso que además de la actitud requiere formación. Me parece todavía que no la hay desde lo formal esta

formación, y formal no visto como lo pacato. Porque creo que faltan más dispositivos docentes para la formación. Cada uno se la agarra con lo que puede. Yo me agarré de estas cosas para tener más herramientas para saber mejor todo lo que pasaba.

Cynthia: En este contexto de 25 años del CeSAC. Que sentís que dejás vos en todo esta historia?

Juan: Hubo momentos en los que di, como momentos en los que estaba más parado. En estos 25 años vos atravesás diversas situaciones. Son períodos de tu vida que van corriendo paralelamente a tu trabajo, vas teniendo chicos, vas conformando una familia, los pibes van teniendo sus crisis, las separaciones, quilombos, es decir, hay muchos períodos en la vida. Períodos en los cuales seguramente el trabajo fue una cosa una cosa muy muy fuerte. Fue algo más que un trabajo, se mezcló con algún aspecto de la militancia, algunas cuestiones donde había un plus en lo cual... a todos los que trabajamos acá. Hubo períodos en donde poníamos un plus..., donde no estábamos ya por obligación o por el horario, sino que le poníamos pasión. Y hubo otros periodos en los cuales no, que le quitabas esa energía, esa pasión y que se cumplía con lo básico, porque tu energía y tus cosas pasan por otro parte de tu vida y por otras circunstancias. Yo puse mucho y también me dieron mucho. Acá no hay héroes, vamos haciendo y nos íbamos apoyando entre nosotros. Hubo periodos en los que te repliegas un poco y hay alguien que toma ese rol, que te apuntala y apuntala al equipo. Y bueno se van cambiando. Uno a los 25 años, viste, sería una máquina si trabajas siempre al mismo ritmo. Hubo períodos que yo estaba desenganchado, que no me sentía bien..., no me sentía identificado con el Centro de cómo era en ese momento. Y hubo otros momentos que me reencontré con eso, con los afectos. Seguramente con los períodos en que te reencontrás son con los períodos en que no trabajas solo, que trabajas con la gente del barrio, que te sentís valorado, que sentís que te valoran, que sentís que tu accionar sirve para algo, en esos períodos uno se reencuentra. Y a veces te pasas en esos períodos más de encierro, más de estar aislado donde trabajas mucho y te intoxicas y no creces como persona y como profesional.

ENTREVISTA A LUISA (Vecina del Barrio)

Previo a la entrevista, volvimos a comentarle a Loida, el objetivo de nuestra investigación, y mostrándose muy interesada en la misma, comenzó a hablar, sin mediar

preguntas. Comenzamos a grabarla porque notamos que tocó puntos interesantes del tema...

Luisa: (...) Florencia jugó un papel muy importante, lástima que ella ya falleció no? (hace una pausa). Para mí fue la que me trajo acá, ella. Estaba tejiendo, me acuerdo, y dice: “vio el cartelito ahí, señora, si usted quiere ayudar a la salita, ser voluntaria, para ayudarnos a construir, anótese acá, hable con nosotros”. José hacía esos cartelitos... y le digo yo a... estaba Florencia repartiendo las cajas (aclaración: Cajas PAN) y nos pedía un peso y me dice “este peso no es para mí”, ella explicaba. Estamos comprando material para poner, el agua, en condiciones, el baño, para la salita... era una piecita, dos piecitas nada más. Todo lo que estaba tomado, porque vivía gente ahí no? (Silencio) Entonces le digo yo, “bueno, voy a ver”, después volví, otra vez, y me dice... ya estaba José, porque ese día estaba Florencia, entonces le digo a José “qué es lo que hay que saber hacer -le digo yo- para venir como voluntaria”. Y dice “no... lo que puedas, lo que sabes -me dice- no sé, para limpiar, para anotar, para ayudar a los médicos, ayudarle a anotar...”. Le digo “Bueno... voy a ver, voy a hablar con mi familia y vengo”. Y bueno... no hablé mucho con mi familia (sonríe y nos reímos) porque no estaban de acuerdo. Mis hijos... bueno... a mis hijos les decía una mala palabra y me venía igual (se ríe). Pero con mi pareja, ex ahora, no. Él no quería, “cómo vas a dejar a los chicos solos”, “pero si es un momento, es en la mañana...”. (...) me presentó, me dice vení mañana y preséntate vos, Juan. Me presenté con el Doctor Juan y me dice: “¿vos qué sabés hacer?”. Eh, le digo, por un lado, era enfermera, hace doscientos años (bromea) y después mi especialidad... yo soy Técnica en estadística hospitalaria y Registros médicos, “Ah, bueno, mirá vos, me viene muy bien, tengo unas chicas acá, que estudiaron, que viven acá a la vuelta”, que son Teresa y María... (Sonreímos porque son conocidas) y “ellas vienen de vez en cuando”. (...) Bueno... fuimos con él y ahí empecé a venir, empecé a ver qué podíamos hacer, empezamos a hablar con el doctor Juan... a ordenar más que todo un poquito, para hacer seguimiento. Hacíamos campañas de vacunación, íbamos a alguna casa que nos prestaban, entonces había uno que iba adelante diciendo: “Vienen los vacunadores”, José, entre ellos con un altavoz, y una bocina y uno que espantaba a los perros (se ríe a carcajadas)... con un palo, eh, jaj... eran bravos. Entonces pedíamos ahí a otro vecino, de la manzana de dónde nos tocaba ir y traía el palo para el perro, entonces iba adelante, así íbamos haciendo el grupo; estaba José, María, Teresa, una señora Ramona de la manzana 17, después estaba Adriana, Elena, Teresa, había mucha gente acá, ya que se iba haciendo el grupito, ellos venían a

hacer algo siempre. Y nos hacían de guía, porque yo nunca había salido de mi casa para estos lados, entonces, y estaba bien. Vacunábamos acá y el doctor atendía; así ya vino la doctora Marta, la doctora Miriam, la doctora Mónica, después estaba la ginecóloga Mariquí...

Cristian: eso ya después del 80 y...

Luisa: en el '88. En el '87 venía el doctor Daniel Tolondia, antes de eso, dicen que venía otro médico, yo no lo conocí. Yo lo único que sé es esta breve historia que estoy contando, del '87 para adelante, para atrás yo sé pedacitos. El que más sabe es Rafael, de todo eso, y Hugo que no lo pude traer, y es una mala suerte porque él está muy informado del movimiento que hubo antes de la salita.

Cristian: ¿quién es José?

Luisa: Hugo Miranda es un muchacho, bah un muchacho, que vive acá en la manzana 6, es panadero. Estuvimos el otro día (cambia el tono de la voz) hablando con él y con Rafael, acordándonos de esto de aquello, así, de pedacitos de historia...

Cristian: y él no quiere venir...

Luisa: No, él no quiere venir. Le digo yo, por qué no nos juntamos un día y yo voy tomando nota, lo que ustedes dicen una relevancia, una pequeña historia, lo que fue!. Ustedes saben que esto fue un punto estratégico en tiempos de la Dictadura, era cuando se hizo la erradicación masiva, venían los camiones y...

Cristian: y qué te dijo Hugo, Luisa?

Luisa: Hugo me decía que yo tengo que llevar inclusive los libros que ellos anotaban, entonces es fundamental, yo tengo que ir con ustedes a la casa...

Entonces, así todo esto fue agrandándose, con pequeños pero grandes esfuerzos porque había que meterse en el barro hasta acá (hace el gesto), hacernos morder por los perros, ..., entonces qué hicimos con el doctor Juan: vamos a hacer algo que quede asentado, algo escrito, vamos a hacer un programa, un proyecto, un cronograma de tiempo, espacio y lugar para trabajar. Y lo hicimos, con él y todo el grupo que había. Estaba el doctor Borenstein, el psiquiatra (...) y ahí empecé a tomar nota de todos los pacientes, hacer un listado de pacientes, las planillas,... Lo importante de todo esto era que nosotros salíamos al barrio a vacunarles a todas las personas; hacía reuniones el doctor

José, con ginecóloga doña Mariquí, venía pediatra que está ahora en el Tornú. Concientizando a la gente de que había acá un lugar de referencia en salud, la gente estaba perdida. Gente como nosotros que venimos de afuera o también acá hay gente de otra provincia que no sabe dónde recurrir cuando se enferman... hay una salita y los médicos atienden de tal a tal hora y bueno así... En las reuniones, él hablaba sobre todo de nutrición, ¡había desnutrición! Yo tengo el listado. El otro día lo miraba, que no sé dónde lo tengo el libro, que yo hacía las curvas, las barras, en donde se veía la desnutrición, lo estipulábamos por manzanas, por edad... entonces fue naciendo, se fue organizando porque era así nomás que atendíamos, haciendo una lista, vacunábamos, hacíamos el carnet, y bueno, yo también vacunaba, porque estuve en la campaña nacional de vacunación, hice un curso de vacunación, yo vine más que todo a vacunar, ése era mi fin, yo voy a vacunar...

Cristian: cuando empezaste a participar...

Luisa: sí cuando empecé a participar, miré doctor yo tengo esto... y ante Juan, me saco el sombrero porque él jamás me dijo tráeme el currículum, a ver qué sabés hacer vos. Jamás le traje un solo papel, le dije, soy esto, esto y esto, estudié esto, lo otro... y me dice “qué rara boliviana que sos, no sos trucha vos, porque los bolivianos no hablan y a vos no hay cómo callarte” (se ríe). Y así, se fue organizando de esa manera, entonces hicimos... y hacíamos... la gente vino de una inundación, era de terror ahí abajo (señala), la gente venía con las criaturas otra vez a vacunarlas...

Cristian: ahí abajo, dónde es? Hacia Cruz?

Luisa: sí hacia Cruz, y hacia este otro lado, para Escalada, toda esta manzana (señala), a partir de la manzana que es ahora la manzana 2, la manzana que es ahora la 17, la 18, 20, todo eso, se inundaba mucho. Entonces venía la pobre gente a vacunar al bebé y no sabía cuando le hizo vacunar, entonces era empezar de nuevo con la vacunación, entonces qué vamos a hacer? Vamos a hacerle doble carnet de vacunas, uno quedaba en una maderitas, que son unas cajitas y por orden... y no era por apellido, era por el mes que vacunábamos a la persona; vacunábamos ahora este mes, le tocaba aquel mes, corríamos a hacerle el carnet. Cuando terminaba el mes, sabíamos cuántos no vinieron, entonces íbamos a las casas a vacunar, a vacunar a esos chicos que no vinieron, por qué no vinieron! Entonces les hacíamos un seguimiento y ahí ellos... ya es que se veía que los chicos eran desnutridos, entonces el doctor Juan iba a la casa a ver a los chicos, la

mamá no los traía, iba él les hacía un seguimiento. No sé si se consiguió con la caja PAN, enseñarles a usar lo que venía, la polenta, la leche, la lenteja que venía también, enseñarles a preparar la comida. Se tomó todo ese trabajo. Después vino una antropóloga, María que vivía en el Barrio de Belgrano. La antropóloga, había una asistente social, no, eso fue mucho después (aclara)... y entonces... fue algo que a mí me sentía muy satisfecha porque veía que venía más gente llegando, éramos 6.500 personas en ese momento. Ahora somos 46.000. Entonces se podía trabajar, costaba un poco más porque la gente era como que abrazadita no! Entonces habían lugares que eran muy deprimentes, sufríamos cuando íbamos a las casas; casas con 7, 8 criaturas solas, hubo incendio, había que sacar, embarrarse, sacar a los chiquitos del barro, esas cosas. Se hacía un trabajo de todo! No sólo vacunar, no solo atenderlos, sino también atenderlos en sus necesidades básicas, no? El otro ponía de su bolsillo, vamos a ser sinceros, porque no había ayuda de nada. `Doctor no hay algodón`, `bueno tomá andá a comprar`; y con el pesito que sacaba de la caja PAN, por ahí se compraba algún insumo. Todo era muy precario, pero había muchas ganas de trabajar, había muchas ganas (remarca, incluso con el tono).

Cristian: bueno, Luisa, y qué te acordás de antes del '86, a través de otros vecinos, qué me puedes contar sobre esa etapa...

Luisa: esa etapa... yo soy de escuchar mucho y de atender mucho lo que pasa a mi alrededor. No me meto. Una señora, estaba en las salita, un día dice "por qué los 25 años de la salita, eso que ustedes están festejando, si esta salita se fundó en el '65 y yo fui una de las partícipes, y a mí no me llamaron". Una señora de unos 75, 78 años...

Cristian: sigue viviendo?

Luisa: sigue viviendo. No sé quién es, ni cómo se llama, yo estaba atrás, y escuchaba la conversación de ella; estaba enojada porque no la invitaron a los 25 años. Y le decía "pero de qué 25 años me hablan, yo estuve acá, yo trabajé, yo también ayudé a limpiar, ayudé a que se haga esto, con el Padre"; hay un cura entre medio, disculpen la expresión, el Padre no sé quién y el doctor, también nombraron a un doctor que venía... se hizo tipo una posta, una posta de salud, no era un centro organizado ni nada, pero ya había algo. Y las mujeres decían. Eso por un lado. Por el otro lado, yo rescato eso de Osvaldo, lo que se acuerda, porque José no estuvo en ese momento, entonces Hugo es el que tiene mayor conocimiento acerca de lo que él vivió, estando acá ya. Dice que

cuando fue la erradicación masiva, cuando los militares tenían acá su oficina, vamos a decir su logística; tenían todos los libros, había cierto material que llegaba, había un presupuesto que les llegaba a ellos, digamos para los camiones, para la gente que se llevaban, para comprar y hacer viviendas precarias en la Provincia y los llevaban allá. Entonces resultan que ellos anotaban, tenían que llevar un listado de la gente que se llevaban, de la gente que se suponía que ellos le encontraban alguna cosa, y todo era alterado, nada era real de lo que estaba escrito. Ahora, lo que es esos libros, me parece lo que dice, es que José cree que lo debe tener él, porque dice Osvaldo que se los había dado a él, porque ellos rescataron todos esos papeles (asombros nuestros). Y bueno, era una cosa de que te decían “ustedes váyanse de acá porque acá no pueden vivir”. Se hizo un tratado; yo estaba en Bolivia, y decía por qué llegó tanta gente en tren? Dicen, porque los están mandando de Argentina. También estábamos nosotros en dictadura militar, entonces hicieron un acuerdo entre los militares, de “exportar” gente, no es la palabra, pero vamos a decir así. Entonces muchas familias llegaron allá; no tenés documento, entonces agarrá tus cosas, a Retiro, 200 familias, llenaban vagones, iban a parar a mi pueblo, a Santa Cruz, porque hasta ahí llegaba el ferrocarril. Entonces todos llegaban a Santa Cruz, y de ahí algunos se quedaban, otros iban a su pueblo, o departamento. Yo era muy joven, ya trabajaba en el Hospital de niños y me enteraba a raíz de que venía algún paciente nuevo, chiquito, son de los que llegaron en el tren, “¿y por qué llegaban en el tren?”, “porque los echaron de la Argentina”, “uy! Qué malos que son!”. Uno escucha algo, sin conocer el país, sin conocer nada, qué decía?: “uh, los gauchos son malos!”, ése es el mote de los argentinos, en donde vayas dicen “los gauchos son malos”, “ni vayas a la Argentina, son malos”. Después yo me llego a enterar que fue un acuerdo que hicieron, que se los repatriaba. Estaban los que no se querían ir, me contó una señora, una vecina que está todavía, dice: “yo me metí a mi casa con mis hijos, y les dije a los militares, metan máquinas, no me interesa. Acá voy a morir sepultada con mis hijos”. Porque ellos empezaban a meter máquina, arrasaban con todo. No les importaba si llorabas o no llorabas, les sacaban las pilchas, hablando mal y pronto, al camión, al llegar a la Provincia (...) Esos son los comentarios que yo tengo. De la gente que ha vivido eso, yo decía, cómo puede ser? Vine yo en el '82 acá, pero estuve un mes nada más, no me empapé de la situación que se vivía. Estuve un mes viviendo en Lugano 27. Otro vecino me decía, “usted no sabe lo que era (pausa). Había una gran quema, acá en el parque Roca, nosotros íbamos a cirujear con mi papá. Había de todo, tiraban de todo”, era una cosa alevosa, parece que era comida que la traían para

ser repartida y la tiraban ahí. Ellos iban a buscar comida, en fin cosas. Había de gente... a caballo, militares por esta zona, habían a pie, en helicóptero, dice que tiraban gente dónde estaba ardiendo. “Nosotros nos metíamos entre los cartones que ya habíamos amontonado”, a él lo tendría que traer, a Julio, él es el que me cuenta, y yo no lo puedo creer; me dice “yo lo viví”(…) él es mi ex yerno; “yo lo viví, doña Loida, con mis hermanos, era de terror, no se podía caminar, nos perseguían, guarda que nos encuentren en la quema, nos sacaban a tiro limpio!. Nosotros no sabíamos, nos daba lástima, pero a veces parecía que había gente medio viva todavía, aspiraban la quema de la basura”, porque eso vivía ardiendo constantemente, esa quema, dicen, no la conocí yo... porque venían los camiones a tirar la basura, entonces estaba ardiendo permanentemente. Después dicen que se hizo lo que es el CEAMSE. Me dice, “nosotros qué podíamos hacer?”, si estaban cerca, los corrían, a los caballos le tenía pánico. Yo conocí todavía la caballería cuando vengo acá, en el '86; andaban todavía por acá, cuando ya vivía acá.

Cristian: y cuántos años tenías cuando llegaste a vivir acá, en el '86, y de qué trabajabas?

Luisa: yo estaba de ama de casa en ese momento, era mi esposo, mi ex esposo (aclara con una risa) él trabajaba en Coto, era carnicero; creo que era Coto, o era otra carnicería. Y yo estaba con cinco pibes, como para que yo trabaje!; y el miedo que tenía de estar acá, no conocía a nadie acá, no tenía familia, nada. Entonces, yo era ama de casa, simplemente, cuando vine. Yo sufría por los chiquitos, cuando vine acá. Los chicos de 13 años en adelante, no había futuro, no existían; de 13 a 18. La primaria era obligatoria, a las patadas iban a la primaria. Ahora, los de 13 a 18, yo hablaba con el doctor Daniel, con Monte que era el presidente de la villa, con Pampita, que era el marido de Costi, decía, por qué no ponen un centro para enseñarles a los chicos un oficio, a estos chicos que están en la calle; empezaban recién con la bolsita, a drogarse. Hay muchos chicos en la calle, y yo lo viví eso, porque eran amigos de mis hijos, por eso yo sufría mucho. Y hablaba con uno, el doctor Juan me dice uno le habla, que la policía dice que es cuestión de salud, nosotros qué podemos hacer? No hay recursos, necesitamos centros, para que aprendan a hacer algo, insertarlos a los chicos, para que aprendan un oficio en el colegio. Eso desgraciadamente, me llegó también a mí, porque tengo un hijo preso, me afectó (pausa).

Cynthia: en ese tiempo, cuánto tenía tu hijo?

Luisa: no, mi hijo era chiquito, mi hijo creció en este medio, y el medio se fue degenerando; la población fue creciendo y no había ayuda de nada, excepto de caja PAN, no había que te den guardapolvo, que te ayuden, para los chicos, para la gente que no trabajaba, habían algunos comedores, y decía “hay gente peor que yo”, que no trabajaba ninguno de los dos, por lo menos mi marido trabajaba y yo con eso comía.

Cynthia: cuántos hijos tenías en ese momento?

Luisa: cinco. Ahora tengo cuatro, falleció una. Que también me dio la suerte, la vida (se pierde el contenido, ya que baja la voz al mencionar esto) falleció de una Hepatitis fulminante, son cosas aparte... (aumenta el tono de voz)(Se sale sola).

Cynthia: antes nos decías, manifestabas alguna preocupación tuya... (Interrumpe)

Luisa: sí, sí. Siempre, con el doctor Daniel, con el presidente de la villa, con algún referente de la villa, alguno que te diga “hola, soy el encargado de la manzana”; por qué no hay? Por qué no se gestiona? Yo pienso que debe haber un área gubernamental, el gobierno del intendente. No era como es ahora, antes, había intendente. La única autoridad que conocí era Rosas, que era de acá de Lugano 1 y 2; la Iglesia, que hagan algo, que hagan talleres, que inserten a los chicos, porque están empezando a andar la calle, y no existen. Porque van a buscar trabajo y no trabajan, no había trabajo, alguno conseguía por ahí una changuita, y de a poco caía en la droga. En el '88, '89, empieza a entrar la droga acá. Yo te puedo mostrar quiénes son, pero para qué, eso no viene al caso. Y decía yo cómo puede ser que las autoridades, la policía no hagan nada, que todo está bien, que venían los muchachos y les decían: “eh, chicos! necesitamos que nos hagan de guardia”, yo venía con otra imagen. Mi esposo me había dicho: “no, allá la policía no es corrupta, no hay coima, no hay esto...” y bueno era el cielo, el paraíso. Cuando yo me encuentro con esto, era otra realidad. Y ahí empecé a criar a mis hijos, desgraciadamente los más chicos, digo desgraciadamente, porque a los más grandes los pude formar y terminar el colegio, y todo lo demás; pero los más chicos (...) se me hizo amigo de los demás, y ahí está.

Cynthia: ... también mencionaste los peligros y los riesgos de la movilización de ustedes...

Luisa: sí, nos seguían los perros... ah inclusive, ya en el '88, como empezaba ya la droga, no había plata, los padres no los podían bancar, también los largaban, vayan a la

calle y hagan algo... y empezaron a robar a los médicos. No querían venir para acá los médicos; habían algunos que ya empezaban a venir, los residentes, y decían “no... a la 20 no...” Y entonces venía el doctor Daniel, venía el grupo, este grupo ya estaba, la doctora Marta, la doctora Miriam, Mónica, el doctor Borenstein, María, la asistente social; venían y los esperaban ahí en el puentecito (se ríe), y les sacaban las cosas. Esta gente tenía que venir, no sé en zapatillas, en pantalón de gimnasia, con una mochilita vieja o juntarse en grupito para salir. Acá vinieron varias veces a robar a la salita, había un... Evelio... era de los...emmm

Cynthia: ... el guardia?

Luisa: sí, el guardia. También hacía hasta de partero el pobre, porque no quedaba nadie a la noche, y venían, golpeaban la ventana, había tiroteos, caían algunos que los habían apuñalado, o le habían tirado un tiro, y a dónde venían a la salita, pero de noche no había nadie, entonces vos tenías que llamar por la Motorola a la ambulancia, pero fue... era mucho riesgo para los médicos...

Cynthia: y a vos, qué era lo que te motivaba a seguir participando de esta movida...

Luisa: tenía hijos. Quería un futuro mejor para ellos. Quería que cambie un poco la situación, de más decir, que la gente tenga interés; como se lo iba haciendo, con las charlas del doctor, que se iban dando, que se los incentivaba inclusive a que se haga trabajo grupal, para que la gente sepa cómo se hace un trabajo en casa, para ganar unos pesos, porque si esperas de arriba, no era mucho lo que había de ayuda, porque había una pobreza, que era pobreza, era villa, entonces había gente hambrienta (...) había una miseria muy grande, muy grande después de los militares... había dejado pobreza muy grande, había desnutrición... había tuberculosis por todos lados, se hacía el seguimiento también, con carpetas, se iba por domicilios a darle la medicación porque no querían venir, entonces se iba y se corrían los riesgos de los, perros, de los robos, de todo... y el miedo era que te roben las jeringas, que te saquen algo, porque ya entraba a haber más pibes y ya más grandes... y ellos se jugaban. A mí siempre me gustó trabajar, ser solidaria. Servir para algo. Servía en mi casa y quería poner un granito de arena en donde yo estaba; yo soy extranjera, decía, me están dando un pedazo de terreno, me estoy haciendo el rancho, para cobijar a mis hijos, me dan agua gratis, me dan las cajas que me sirven de maravilla, cómo voy a devolverle al pueblo argentino lo que está haciendo por mí y por mis hijos...

Cristian: qué tiempo le dedicabas de participar en el '86, cuando vos venías...?

Luisa: venía tres veces por semana primero y después todos los días... después ya me escapaba y tenía problemas en casa, pero seguía viniendo porque veía que la gente se iba apegando, se iba sumando a ser esto más grande... un vecino que me preguntaba, “este... la salita, atiende?”, damos remedio... y yo que hacía, agarraba los medicamentos, que daban para inyectables, entonces yo le pedía al doctor Juan unas jeringas, que necesito para tal casa, e iba y les ponía la inyección a domicilio, a costa de que me muerdan los perros, que mi marido me diga de todo,... me venían a buscar a la una de la mañana, porque yo tenía miedo a los perros, entonces me buscaban... así trabajábamos internamente, con Costi, Cristina...

Cynthia: entonces... afectó muchísimo tu vida personal...

Luisa: sí! Afectó mi vida personal, pero yo lo hacía de una manera espontánea, no lo hacía obligada, era voluntaria, y porque veía que era necesario hacerlo, que todavía no había gente, venía gente, se apegaban y decían “ustedes cuánto cobran?”, nada, esto era voluntario...

Cristian: claro, costaba creer...

Luisa: sí, cómo no vas a cobrar por tantas horas que trabajan, alguna cosa se llevan, seguramente... no?... “sí, no sabés lo que me llevo, mirá el rancho que me estoy haciendo” (mira con sarcasmo). Y bueno (interrupción), eso me afectó mucho porque venían a la madrugada, entonces me decían en casa “cómo vas a salir a esta hora?”, pero necesita esta gente, no había una farmacia Belén, como ahora, que está las 24 horas, antes no había dónde recurrir por una inyección. Entonces el médico los largaba del hospital (...) y adónde iban?, a lo de las enfermeras que estaban trabajando en la salita, Teresa y María, venían a verme a mí también... y a motivo de que peleaba mucho en casa, yo me voy de acá, a finales del '89, en el '90 estuve en una campaña, venía dejaba los medicamentos, porque estaba cansada de pelear en mi casa (se ríe). Mis hijos estudiaban, tenía que estar con la tarea, con la comida y bueno no le gustaba a mi marido que saliera de noche. Pero yo lo hacía convencida de que estaba poniendo un granito de arena, para esto, de que siga; ya venía más gente, habían más médicos, se fue armando el grupo de residentes...

Cristian: y entonces, cómo era la organización entre ustedes, como vecinos? Cómo se comunicaban?

Luisa: esto se dando... nos comunicábamos a través de los cartelitos de Rafael (risas) que dejaba en los kioscos, en los postes de luz,..., y él lo hacía a mano. Decía “señor vecino: si usted tiene tiempo, dispone, sabe, puede ayudar a colaborarnos para hacer la salita, para que funcione, para lograr que los médicos puedan venir porque corren riesgo de que les roben”, y bueno, todo eso. Yo tenía un cartelito, lo tenía... Y el doctor Daniel se jugó, y mucho. Fue el puntal principal de todo! Porque decía Loida anda a comprar... y estaba preocupado porque a mí no me pagaban, y qué... a mí traían ropa las médicas, me ayudaban con alguna ropa para mis hijos, para mí, y yo le decía no se preocupe. Y salió, en el '89, empezaron a hacer para las compañeras, Costi, Cristina, para que se les pague, y yo no pude sacar mi carta de ciudadanía, 10 años; en 10 años, no pude, me lo negaron, me lo negaron, me lo negaron.

Cristian: por eso no pudiste conseguir ese trabajo...

Luisa: no conseguí el trabajo. Y bueno, no frustró tampoco, yo lo hice y lo volvería a hacer, si lo tengo que hacer, aunque ya no me da mucho la tela. Pero estoy conforme con esto que ví, como lleva creciendo la salita, cómo hay gente con sueldo, como que ya tenían que estar sí o sí, y eso me hace sentir bien.

Cristian: que reflexión te generó cuando ya se había inaugurado de vuelta el CeSAC...

Luisa: ... yo estaba muy conforme porque veía gente que viene del campo, que es muy humilde, al menos tenía un lugar donde venir y decir “tengo a mi hijo enfermo” o el doctor vaya... y ver que la salud iba creciendo, iba dando sus frutos, que la gente se seguía cuidando. Nosotros nos pegamos de oído con los cartelitos... era el “Micro Mercosur” (risas), porque había argentinos, paraguayos, bolivianos... acá nació el Micro Mercosur! (se ríe a carcajadas) nos llevábamos muy bien!!! Nos llevábamos muy bien!!!

Cristian: cómo fueron las motivaciones en general?

Luisa: estamos conformes con lo que hacíamos. Había gente que nos ayudaba a limpiar, que lavaba las sabanitas, se las llevaban a casa para lavar las sabanitas de la camilla, las cortinitas que ya se iban haciendo, otra limpiaba, tiraba la basura, otra hacía de guía,

Cristian: mucha solidaridad...

Luisa: sí, mucha solidaridad, la verdad que fue un grupo muy bueno. Aunque algunos por ahí hablaban más guaraní que castellano, se disolvían las “eses”, las palabras cortadas, era un grupo...

Cristian: la motivación...

Luisa: que la motivación, el motor era “Don ventura”, él dice “no... yo no hice nada, fue la gente”. Él es perfil bajo, es muy humilde el doctor....

Cynthia: recién dijiste, “era un grupo, fue un grupo”... que pasó?

Luisa: (interrumpe) era un grupo, ya no es. Desgraciadamente, como le digo yo, me corté, me fui por mi familia, y me ocupé ya de mis hijos, y tenía que generar algún recurso, en mi casa no alcanzaba, la plata nos faltaba. Acá conocí a la doctora Diana Asadoni, y su esposo, que era (...) yo me alejé, porque ví que ya había gente en la limpieza, que ya les pagaban a las chicas, que ya cumplían un horario. No era que no había gente, ya estaba todo armado. Antes no. Alguno de nosotros tenía algo y faltaba, buenos me voy, total si yo voy es porque soy voluntario, ad-honorem; pero como ya había un sueldito, y había que cumplir un horario... yo les digo “ustedes se municipalizaron” (se ríe), no teníamos horario de comida para sentarnos a comer, si venía una paciente había que atenderla. Era atender todo el tiempo, era demanda espontánea permanente, no había horario.

Cristian: en un momento mencionaste, lo de los funcionarios, del intendente... cómo fue la participación de ellos, en el '86, '87?

Luisa: no había, mucho, más que nombramientos... lo que no sé es cómo vino el doctor Juan acá, eso no lo sé bien, José, estaba ahí; él se reía porque siempre decía vamos a trabajar, vamos a hacer esto, siempre, vamos, vamos, vamos. Después, Adriana, Elena, Osvaldo, todas estas personas, también volvieron a sus trabajos, a sus familias, como que ya todo estaba más armado, las primeras etapas ya estaban cumplidas.

Cynthia: eso fue lo que sentiste para irte?

Luisa: sí, a mí no, no me llevó eso, más que nada fue la presión familiar; sino yo hubiese seguido viniendo, si a mí me gustaba mi trabajo, me crié en los hospitales, hacía trabajo interno en los hospitales, es parte de mi vida. Es parte de mi vida. Cuando yo me

vine, me vine a los treinta y... (Piensa)... la mitad de mi vida. Venía con muchas expectativas, estaba con el título nuevo bajo el brazo, quería seguir haciendo esta especialidad e inclusive pregunté si había en la universidad para hacer la licenciatura en estadística hospitalaria y Registros médicos, yo quería especializarme en registros médicos. Y no había. Porque yo hice esto a través de la OMS, de la APS, fui becada y así estudié. Entonces no había eso, tenía otro proyecto pero no... a mí me pintaron todo celeste y blanco y eran lindos los colores, pero (se ríe)

Cristian: hablando de eso, del contexto social... para vos cómo influyó ese contexto para que vos empieces a participar también...?

Luisa: eh... que yo podía ayudar en algo en salud, podía aplicar una inyección, curar una herida, ver a una criatura que no tienen vacuna... Porque yo venía de trabajar, había pedido permiso para venir acá; mi intención era volver, yo no me quería quedar acá, pero claro, mi esposo es de acá, él es argentino. A mí me trajeron, no me vine (se ríe). Y entonces al ver eso, los chicos que iban a mi casa y se juntaban con mis hijos, la precariedad que tenían en cuanto conocimientos de salud, decía “no, pero cómo va a hacer eso”, “lávele la mano”, “no le dé de comer eso, le va a caer mal”, o sea que yo tenía esas inquietudes con los amiguitos de mis hijos, con las vecinas a las que les fui abriendo mi casa y conociendo algunas vecinas: “pero cómo le va a dar eso”, yo me agarraba la cabeza, porque en higiene cero, comida mala y de vez en cuando. Yo no era una persona de alto nivel adquisitivo, era una laburante cualquiera, pero gracias a dios tuve la suerte de entrar, de estudiar, yo estudié de grande el bachillerato; y empecé a estudiar a enfermería, y me dediqué sólo a papeles, porque me quebraba mucho, yo trabajaba en pediatría. Me quebraba mucho con los chicos, eso no sirve. No se puede quebrar uno trabajando en enfermería y yo me quebraba mucho. Entonces ya no estaba apta para trabajar en enfermería y ahí me dediqué a papeles; a contar pacientes, ver qué pasaba con ellos, cuáles eran los problemas de salud más puntuales, sacábamos siempre las 10 primeras causas, en qué época, qué tiempo, cuánto duraba, todo eso (...) eso me motivó a mí para apegarme a la salud. Un pequeño granito de arena para ayudar...

Cristian: vos cómo viste la participación de otros trabajadores de salud, no de Daniel, sino de otros médicos de otros centros de salud...?

Luisa: ...sí hubo, pero una vez fuimos al centro 5, que estaban trabajando, ya estaban armados cuando fui... en el '87... ya estaban armados, en comunicación, y todo eso. Tuvimos ahí una charla con epidemiólogos y estuvieron hablando...

Cristian: pero a vos te interesa la epidemiología...

Luisa: claro! Me interesaba la epidemiología. Ví el centro armado, y me gustó ese centro. Después fuimos al Hospital a otra charla con el doctor (cómo se llamaba?), en el Hospital de Niños, si no me equivoco, Manterola era el director de ese Hospital, nos dio bastante cobertura, me ofreció incluso a mí que fuera al Hospital porque llevamos un trabajo estadístico, un relevamiento que hicimos de vacunación, le mostré todos los gráficos, todo lo que habíamos hecho. Entonces le gustó ese trabajo, me dice yo le doy acceso a la doctora Gentile, en ese entonces era jefa de epidemiología, que venga usted y trabaje con ella, si usted ve que necesita un apoyo, material, me ofreció todo pero como le digo, ya (disminuye el tono de voz). (Silencio)... me frustré un poco, porque me obligaron a irme! (enfatisa) me frustré, me frustré un poco y me costó salir de ahí... pero ya está... (Interrumpe) me quedé frustrada, porque yo quería llegar al aparato, quería llegar al aparato era mi intención, llegar al Hospital, del que dependía este centro; porque yo sé que de estadística sé mucho (silencio).

Cristian: pero justo como no se te dio lo de la ciudadanía...

Luisa: claro! No pude!, yo en estadística movía el Hospital. Porque la estadística va a costo (...) pero bue... me frustré, ya pasó mi cuarto de hora (se ríe). Había mucho (...) las primeras jornadas que se hicieron de atención primaria de la salud, estuvimos ahí con José, con Florencia y otras personas de acá con las que compartimos esa jornada que fue en el Hospital de Clínicas, en el Auditorio.

Cynthia: la movilización de ustedes, como vecinos, se dio en un período democrático... como lo vivieron todo eso y cómo influía ese período...?

Luisa: era como que la gente estaba... al comienzo la gente era medio reacia a apearse a... , no llegaba mucho a la salita, pero al ver que ya empezó a venir gente, que la caja PAN..., movilizó mucho que venga acá la caja PAN, que Rafael la haga traer acá, no había donde dejar el camión, quien se haga cargo, y eso movilizó a las personas que venían y ponían sus cartelitos, “no, que la gente, los vecinos”, Rafael todavía creía en los vecinos, y sigue luchando por eso, es un luchador permanente

Cristian: ... las redes, las relaciones entre ustedes dijiste que era de solidaridad, eran muy compinches...

Luisa: éramos muy compinches, sabíamos hablar a la fulana, a la vecina, a la de acá, a la de allá, en qué podíamos venir, en qué casa se hacía la reunión, la gente se fue prestando, prestaba en su casa, su lugar precario para dar las charlas de salud, de la ginecóloga en cuanto a la procreación, en tanto a darles conocimientos acerca, de cómo cuidarse, cómo no tener hijos todos los años, era bastante bueno para las mujeres, para nosotras, me incluyo, soy mujer. Tener conocimientos de que podías acercarte al Hospital, a la salita, pedir anticonceptivos, que no tenían que quedarse cuando daban de mamar, una educación... sexual se daba a la vez, como a las mamás que ya tenían un bebé, el amamantamiento, y todo lo que concierne al bebé, la vacunación y todo eso. La gente lo aceptaba bastante bien, las mujeres; había más participación de mujeres que de hombres.

Cynthia: por qué crees?

Luisa: porque es como la mujer está más en casa, vemos el tema de la salud de los hijos, hacemos el seguimiento desde que los tenemos en la panza hasta que crecen y el marido se va a trabajar; “Qué le pasó?”, “se cortó”, “ah, bueno, se cortó”, “tiene fiebre...” “dejalo, dale algo”... como que no tiene mucha conciencia, de acuerdo al lugar, al ambiente, de acuerdo dónde estamos, no es en todos los lugares. Entonces, en este lugar, sí, hay mucha bebida, mucho alcohol, mucho dejamiento de parte de los padres.

Cynthia: y todo lo que ustedes estaban haciendo, superó tus expectativas?

Luisa: no, era del 100 %, pero llegamos, vamos a decir al 50, 30 por ciento que eso era muy positivo, en cuanto al seguimiento, en cuanto a la gente que sea responsable de su carnet de vacunas, que los que lleguen los traigan a vacunar, que vayan con la ginecóloga y se hagan atender; se fueron apegando las mujeres, a raíz de las charlas que se le daban en las casas; cuando venían a la salita, las hacían venir una hora antes, Rafael les decía “vengan una hora antes”, y él estaba ahí (se ríe). Un médico por semana, venía, y le pedía a los residentes, que dieran una charla sobre amor y nutrición, amor y puerperio y todas esas cosas, y se fue armando así, solidaridad de mujeres, y de dos o tres hombres, Rafael, Beto, algún vecino (risas)...

Cristian: Luisa, hablas mucho de talleres de salud, de la salud; ustedes, entre los vecinos, entre los que se organizaron, qué visión tenían de la salud-enfermedad?

Luisa: yo venía con una visión concreta ya. Ya había trabajado muchos años en salud, tenía conciencia de lo que era salud, de lo que era enfermedad; que la salud no era algo solamente del cuerpo, sino que es cuerpo y alma. Entonces la enfermedad no algo que dicen, “no, sólo tiene una herida”, “éste no tiene nada, sólo le agarran convulsiones de vez en cuando”... no tienen noción de lo que le pasa a sus hijos, “no sé, tiembla de vez en cuando”, por ejemplo, y digo “Dios mío, es una convulsión”. Era muy precario el conocimiento de salud que había, y de la gente que venía con nosotros, por ejemplo Adriana, la carnicera, es una chica que es paraguaya, que es muy predispuesta, habla y ayuda en lo que puede, está siempre, Elena que es de por acá, es del norte; ellas venían solidarias, a “conciencia de mamá”: “de que yo quiero que mi hijo esté bien”, “a mi hijo lo llevo al médico”, “mi hijo tiene esto”, “a mi hijo le hace tal cosa y mi hijo está bien”, está la conciencia más de mamá, que el conocimiento de libros o de formación; es un conocimiento de madre, que quiere que su hijo esté bien (interrupción), eso era lo que los movilizaba. Yo veo ahora gente que no estaba capacitada para trabajar en salud, de ninguna manera, pero gente con ganas de ver que su hijo está mejor, que tenga un mejor estado en nutrición, que ellas mismas cómo cuidarse, cómo detectar una infección. Esa era la motivación, la mamá para el bienestar de los hijos...

Cynthia: se movía muchos intereses...

Luisa: se movían muchos intereses, pero más nada eran intereses de saber, aprender, cómo cuidar a los hijos, cómo ayudar a su hermano, su primo, su tío, eso era muy bueno. Eso lo veíamos cuando íbamos a las charlas con el médico de acá. Las médicas se portaron muy bien, las clínicas, las ginecólogas, había un equipo bárbaro... Ustedes no tienen idea de lo que había de tuberculosis.

Cristian: cómo eran las discusiones, el intercambio de ideas entre ustedes, si veían a la salud como un derecho y no como una mercancía?

Luisa: no!... como un derecho. Un derecho que iba llegando de a poco (interferencia), por gestiones, cuestión administrativa, se movía el doctor Juan, María, la clínica, eso cuando ya la salita pertenecía al Piñero, entonces fueron bajando recursos, se veía como que ya existía el Centro, que ya se sintió que existía, que bajaban recursos. La charla

nuestra, en la que ya no había atención, nos quedábamos ya que no estaban los médicos, y hacíamos “la charla del mate”, era que estábamos contentos, de lo que estábamos haciendo cada uno en su lugar; gente que servía de guía, gente que servía para anotar, gente que venía a limpiar con nosotros, o preguntaba “qué hago, le traigo un cafecito?”, para armar los carteles, para preparar recetarios, sellar recetarios, cortar papeles (sonríe), le pedíamos papel a las que trabajaban en limpieza, que salían de las copadoras de los bancos, y las traían. Había que cortar, sellar, toda esa gente se prestaba para eso. Como yo digo, la conciencia era mejorar ellas como mamá y una buena salud para los hijos, era la motivación principal...

Cynthia: pero, de verdad se daban cuenta de lo que estaban haciendo, de lo que estaban logrando?

Luisa: no. No, hay un tope, no decíamos “queremos llegar a armar un Centro grande” (gestualiza); teníamos sueños por supuesto, de que haya un Centro, de que por lo menos sea más cómodo, porque habían solo dos camillas y había que hacer turnos para que vinieran los médicos, entraba uno y salía otro. Era todo muy precario. No era una cosa que venía como proyecto, “vamos a hacer esto, cómo lo hacemos...”, no había una meta, era abierto, lo que se vaya dando, se va dando. Como recién se iba haciendo todo esto, nosotros decíamos que no íbamos a ver como va a ser esto después, algún día; teníamos esperanza de estar ahí, algunos de los funcionarios se acuerde de que existía esto.

Cynthia: y después de 25 años, qué sentís al volverlo a ver?

Luisa: como te dije, me aparté mucho tiempo, estuve como diez años trabajando con otros médicos en consultorios y me aparté un poco de acá. Vine a ver cuando ya se desocupó, que pidieron (el terreno), cuando se sacó a la gente que vivía porque comenzaba la construcción, estaba contenta, esa era la primera etapa... me quería quedar... Ganaron, ganamos, digo, me incluyo un poquito así, en los '90, en un concurso se presentaron los centros de salud y ganó el 20, una computadora (se ríe), éramos millonarios, era lo más. “Por qué no tuve una computadora, cuando estuve acá“, le digo; estaba a lápiz y escuadra para hacer los gráficos (continúa riéndose). Estaban todos contentos, porque se había ganado el proyecto de la campaña de vacunación y bien eso. Después, cuando vengo acá por problemas de salud, les digo “y... no me van a mostrar el centro?” No conocía la planta alta, porque soy respetuosa, ya no nos veíamos

tan seguido. Con quién no nos perdimos, fue con Hugo, con Rafael, con Florencia, un grupito chiquito quedó, mantuvimos el vínculo como vecinos. Ya después en la salita, con Costi y Cristina, no se podía porque cumplían horarios, era otra cosa, más mecánico. Se olvidaron, “ya no son más grupo, se municipalizaron”, vengo a la una y media y no hay enfermeras, qué pasa? (Risas) cuándo se cerró la salita a esta hora?...

Cynthia: ya no lo sentís tan tuyo?

Luisa: No! Ya soy extranjera. (Hace una pausa) vine y pedí por favor que me lleven a conocer la parte de arriba, los consultorios... y ahora lo veo (por primera vez), uh! Qué lindo! Esto está bueno para poner una parrilla (risa), cuando me van a invitar a comer un asadito... ya me perdí, ya me perdí, y eso no me gustó, porque como que ya no me siento paciente (...) porque me fui yendo, me fui anulando por otros motivos, me fui quedando, tuve que trabajar y después mi marido...

Cynthia: qué sentís que le dejaste a esta historia del Centro?

Luisa: qué siento... ahora (pausa. piensa). Parte de... sentirme útil, en su momento, cuando la gente necesitaba. Dejé una partecita de mí, de lo que yo era. Cómo te decía, yo amanecía a veces en las calles, poniendo una inyección, llevando jeringas, pero habían malos entendidos, entonces no lo hice más, porque creció la gente que no me conocía y decían “ah, esta trae las jeringas y seguro las vende”, y así dije, “no, no llevo más, doctor no llevo más”. Porque yo no les cobraba nada, llevaba las jeringas y encima decían que yo las vendía... no, no... me curé. Pero siento que dejé un poquito de lo que yo sabía y compartí con los demás. Compartir y el ver que ahora está hecho esto, está organizado, el ver que ha crecido mucho, aunque hay poca atención (se ríe), perdón... mucha gente y poco trabajo... no, pero está bien... Se ha burocratizado, esa es la palabra, antes no existía eso, éramos todos uno.

Cynthia: y cómo te sentiste en esta entrevista?

Luisa: volví a aquellos momentos, momentos placenteros, vamos a decir, porque me sentí bien. Fueron momentos dentro de la lucha diaria, con el sufrimiento de ver cómo estaba, cómo vivía esta gente; era la primera vez que venía a vivir en la villa, no conocía villa y me asustaba, allá (en Bolivia) no había villas, además vivía cerca del hospital, porque hay barrios precarios pero no hay villas. Entonces, me siento satisfecha, ahora

con esto, he vuelto a esos tiempos a sentirme, no sé, compenetrada con mi vuelta al grupo de aquel entonces, y estoy contenta (risas).

Cynthia y Cristian: gracias Luisa!

ENTREVISTA A OSVALDO (Vecino del barrio)

Cristian: Hugo la primera pregunta que te queremos hacer, es, como llegaste al barrio, como conociste el barrio?

Oswaldo: Yo conocí el barrio en los años 70, pero fui a vivir al barrio por una cuestión política. El golpe militar modificó toda la situación, y bueno los militantes estábamos... como te puedo decir, disparando. Por suerte no nos encontraron a mi compañero y a mí, porque si no no estaría yo acá. Por suerte o por desgracia no lo sé, había un pariente que vivía acá, en villa 20, y al venir acá, es como estaba como camuflado, como que no existía. Había persecución política en donde yo vivía, en Berazategui, y al venir acá, estaba más reguardado. El pariente que vivía acá, era un pariente directo, pero hace mucho tiempo que no lo vivía. Y así vine por estas circunstancias. Más o menos nosotros estábamos al tanto de lo que estaba pasando durante el período militar. De apoco en el barrio nos fuimos conociendo, y siempre uno con ganas de estar participando, no sé si por costumbre o por consentimiento, pero uno siempre está ahí, haciendo cosas. Y fue así, José viene de Retiro. Toda la participación por este Centro, en realidad, comienza con la demanda que se le hizo a la Municipalidad por el tema de la erradicación de la villa. Era una erradicación compulsiva en esta situación política, o se van o nos sacaban a patadas, o al que no le prendemos fuego. Y allá, por los años 80 se hizo una demanda judicial, cuando se organizó la coordinadora de villas.

Cristian: Que año sería?, después de los militares?

Hugo: No estaban...todavía, la situación era complicada. La erradicación comenzó en el año 1978, y la coordinadora comenzó aproximadamente dos años después. Se fue organizando este grupo, la coordinadora de villas, lo que después se llamó Comisión de Demandantes. Esta comisión inició una demanda a Cachetore y a sus secuaces inmediatas como fue el Chopo. Parando la erradicación compulsiva, y ahí fue que nos conocimos con los vecinos. Y como se movían a la gente de otra villa, ahí conocí a Rafael y a su señora Florencia.

Cynthia: Que edad tenías en ese momento?

Oswaldo: Y yo tenía aproximadamente 30 años. Bueno..., ahí empezamos con varias cuestiones por el tema de la demanda de la erradicación de la gente. Ahí nos acompañaron un grupo de abogados que se animaron a pesar del contexto.

Cristian: Esa fue la primera experiencia de organización colectiva?

Hugo: Si...pero acá, en villa 20, ya había otras experiencias en otros lugares. Bueno de apoco se fue avanzando con este tema y después se pensó a reconstruir el barrio y uno de los puntos de referencia fue la necesidad de tener un centro sanitario. Porque el barrio (acá Hugo expresa gestos de dolor y de bronca por lo que sucedió que comenta) quedó devastado. Viniendo por Larrazábal, siguiendo por Chilavert, siguiendo en diagonal hasta Escalada y de esta hasta Ordoñez, fue un inmenso cuadrado de varias manzanas llamada sector 1 que estaba seleccionada para la erradicación de las familias. Yo vivía en el medio. Yo estaba viviendo ahí en el medio y al sacar toda la estructura que había por la erradicación, yo vivía en el barrio. Y nosotros firmamos la demanda y la Municipalidad no nos sacaba por la fuerza, pero venían gente diciéndonos que vivir ahí no era salubre y otros motivos y de fondo estaba el interés de seguir el desalojo. Y en los 80 judicialmente se logró parar con la erradicación de la villa. Al tener ese amparo judicial no nos podían sacar. Pero la Municipalidad contraatacó dando los famosos créditos. Créditos para que se vallan y compren una casa. Había un interés político, que era que acá, en la ciudad de buenos aires, a los negros no lo queremos. Y..., Cachetore mismo lo dijo y toda la banda que lo seguía. Y allá para el año 84, ya estábamos con el tema de la Sala. Rafael comenzó con la organización de los vecinos. Yo participé y colaboré mucho más con el arreglo de la Sala, con la estructura, porque estaba muy mal ediliciamente porque era el corral de la Caballeriza. Es decir, no todos hacíamos los mismo, las mismas actividades.

Cristian: Antes había una Sala?

Oswaldo: Si..., si había una Sala, pero era más una posta sanitaria. Después... de mucho tiempo este lugar estaba muy mal. Y ahí empezamos con el tema de reimpulsar el CeSAC.

Los que estaban más metidos eran Florencia y José, en el tema de la convocatoria. Yo participaba más de una forma en reestructurar el lugar. Y después se fue contactándose

médicos, los partidos también mandaban médicos. Y en las campañas sanitarias ahí venían diferentes médicos... y así se fueron sumando varias personas.

Cristian: Y para vos Osvaldo, cuales fueron tus motivaciones que te llevaron a aportar a la inauguración del CeSAC? Cuales fueron tus motivaciones, tus deseos que te llevaron a participar?

Osvaldo: Para mí era muy claro, yo era Padre de chicos muy chicos y..., al no tener recursos, al no tener laburo, era necesario dicho Centro de Salud. Además me acuerdo que en el barrio había criaturas que no estaban reconocidas, nunca habían tenido una vacuna.

Cristian: Decís que había muchas necesidades?

Osvaldo: Si si...había muchas necesidades. Había muchas personas que venían de los países limítrofes y había chicos que ni tenían ni documento y ni vacunas. Ahí Rafael y los demás vecinos fue importante su aporte en la convocatoria.

Cynthia: Vos nos decías antes que no todos hacíamos lo mismo. Cuales eran la tarea que hacías?

Osvaldo: Eran tarea físicas, de mejorar la estructura del lugar. Porque en dicho lugar no había baño, no tenía cloacas, no había agua. Es todo un tema, porque si estábamos hablando de salud, teníamos que tener esas cosas arregladas. Yo me dedicaba a la pintura, a la plomería, a la albañilería.

Cristian: Cuanto tiempo vos le dedicabas a la participación esta práctica?

Osvaldo: Yo estuve participando ya desde antes en la comisión de demandante. Y lo que fue del centro propiamente dicho, estuve comenzando a participar desde fines del 83, y 84 hasta el año 86 que fue cuando se inauguró. Estuvo bueno, porque pasé, por varias experiencias. Por cuestiones ideológicas siempre me gustaron participar en estas cuestiones sociales, de colaboración. A parte de la propia necesidad que también me llevaron a participar. El tema de la zoonosis que había muchos perros, muchos animales sueltos, y por lo cual, había muchos parásitos y estaba complicada la situación sanitaria. Era más que bueno y yo estaba no convencido sino estaba muy convencido de esta acción. Además le estábamos mojando la oreja a estos hipos de puta que hicieron tantas cosas mal..., no solo en villa 20, sino en todos lados. Bueno...fue un desafío político e

ideológico. Fue bastante vergonzoso de lo que hicieron los militares. Nosotros veíamos como los militares usaban libros y registraban todo, controlaban todo, y nosotros lo veíamos que también hacían curros con los camiones que movían por día. Si un camión cobraran 10, la municipalidad cobrarán 5 y se quedaban con la diferencia..., en fin..., fueron muchos actos de corrupción en todo esto que fue la erradicación de villa y luego también.

Cristian: En todo ese proceso de organización barrial para inaugurar nuevamente el CeSAC, como fue la participación del Municipio, el Ejecutivo en todo este proceso

Osvaldo: Lo que me acuerdo es que el primer intendente que hubo en democracia..., creo que era Grosso no..., no me lo acuerdo. Para traducirse en criollo, era este primer intendente un hijo de puta más pero en democracia. No tenía gineca pero tenía uniforme. Eh..., claro, viste, venían arrastrando de todo la situación de los militares. Y los militares hicieron lo de Malvinas para tapar todo ese genocidio que estaban haciendo. Más allá de la postura política de cada uno, para mí esto es bastante claro de todo lo que fue. Yo estuve en el servicio militar obligatorio en el 75/76 y esto me dio una lectura. Ya en esa época había una matanza. Yo mismo como soldado me tocó la infantería de marina y me tocó en las 11 baterías del Puerto Belgrano, donde están todos los reaccionarios de la armada están ahí. Es como la inquisición de la Iglesia. Yo mismo participé, siendo colimba haciendo los controles.

Cristian: Todas estas experiencias te dieron a vos una acumulación de experiencias.

Osvaldo: Yo ya estaba militando desde muy temprano, desde los 14 años, por lo cual me lo venía venir todo esto. Pero si no pensé que sería con tanta ferocidad. Pero esto no fue una guerra donde se enfrentan los dos bandos y cada uno con sus armas y el que gana, gana y el otro bando se la tiene que aguantar. Pero esto no fue lo que pasó en nuestro país. Esto fue muy cobarde todo lo que pasó, no tiene gollete de ningún tipo, a la luz de todo lo que hoy se está sabiendo. El plan Cóndor

Cynthia: Desde ese contexto que estas describiendo, y desde tus experiencias ya de joven con tu militancia. Desde donde te planteaste para seguir con la lucha.

Osvaldo: La lucha es eso justamente, es seguir, porque la vida pasa por la solidaridad, por el compañerismo, por ayudarse mutuamente, postulamos que lo que necesitan tienen que buscar las formas para mejorarnos. Estaría bueno mejorar con plata pero ya

sabemos que esto es imposible, ideológicamente es imposible, porque los que tienen plata no te van a facilitar las cosas. Mejores o peores uno busca siempre caminos. Esto lo que pasó, yo lo veo así militarmente, políticamente, ideológico que fue un conflicto que ellos ganaron y nosotros perdimos. Pero los que ganan son los que escriben la historia.

Cristian: Hugo, en ese contexto del 83 al 86 para reimpulsar el CeSAC, como fue la participación de los trabajadores de salud de otros Hospitales y Centros de Salud para con las actividades que estaban haciendo?

Osvaldo: Se que hubo dentro de los hospitales, dentro de los organismos municipales que se refieren a la salud, también había gente que peleaba y luchaba para mejorar las cosas. Sé que había contactos con ciertas instituciones, y con los partidos políticos que colaboraban con algún médico. Cuando se definió administrativamente el centro de Salud, que era de Santojiani y luego pasó para el Piñeiro, se logró municipalizar y ya había los contratos, y hay en ese momento un par de enfermeras que estaban participando y que lograron quedar como enfermeras con contrato en el Centro de Salud. También había médicos, como el que ahora es el Director del Centro de Salud, que es Ventura Daniel, también estaba en aquella época. Ya venían también colaborando médicos de otros hospitales.

Cristian: Como fue el proceso de discusión entre los vecinos, como eran las discusiones, como debatían las ideas, en ese proceso para inaugurar el CeSAC?

Osvaldo: Cuando a mí me propusieron participar más concretamente, se iba a evaluar de solicitar medicamentos a los laboratorios, por medio de la Cruz Roja. Y eran medicamentos para los niños. Y también había agentes sanitarios que supervisaban y daban charlas de cómo utilizar los medicamentos. Y había que saber bien de este tema y en buen criterio se permitió que gente que tenga más conocimiento de esto se encargue del tema de medicamentos. Si yo ayudaba separar los tipos de medicamentos. Y de a poco se fue estructurando el grupo. Y ya estaba las enfermeras, el médico, hasta que se logró la inauguración del CeSAC que fue en el 86. Yo no estuve en dicha inauguración, porque no estoy de acuerdo en participar en las inauguraciones, aprendido en muchos años de lucha. La participación pasa por ahí, por los hechos concretos. Según los antiguos vecinos si bien se inauguró en el 86, se dice que el centro de salud ya se

inauguró a fines de la década del 60, allá en la época de Onganía, cuando era una forma de posta sanitaria.

Cynthia: Cuando ya se hacía y era Atención Primaria?

Osvaldo: No tenía otro nombre, porque Atención Primaria se refería a lo que impulsó el documento de Ama Data. Si era una especie de Posta Sanitaria.

Cristian: Hugo, vos nos decías como fue la vinculación con el Ejecutivo antes y después de la inauguración del CeSAC.

Osvaldo: Si..., hubo varios encuentros con los funcionarios, pero yo no estuve en dichos encuentros. Seguro hay otros vecinos con más experiencias en esto de ir y peticionar a los funcionarios.

Cristian: Y después de la constitución del CeSAC, como fue el vínculo que tuvieron entre los vecinos que formaron dicho grupo que participó de la reapertura del CeSAC?

Osvaldo: Si siguió un grupo, si se siguió manteniendo un vínculo. Incluso Rafael siguió con todo el tema de los animales, la zoonosis, las campañas de vacunación. Estaba Loida que se dedicaba más a las cuestiones estadísticas y que hizo varios planos. Por ejemplo en un momento había solamente 6.000 personas. Y creo que fue en el año 85, 86, más o menos. Y este dato nos lleva a hacer un análisis político. Estas tierras no se saben bien de quien eran, se dice primero que eran de la Policía, luego del Ejecutivo municipal, o de un Privado, no se sabe bien. El problema se solucionaba bien, porque si había 6.000, se tomaban 5 o 6 manzanas, se distribuían bien y se solucionaba el problema dejando el resto de los terrenos, de las manzanas. Pero hay toda una cuestión ideológica de fondo que no se permitía y no había interés de hacer un barrio. Había otros intereses. Porque no me acuerdo que alguien dijo que si sacan a la villa ya no va ver más en la ciudad (en este momento expresa un gesto de fastidio y de enojo por esta frase discriminadora). Y los vecinos del alrededor, con mucha inmigración europea, mucha ideología de derecha, mucho racismo, y lo veo también en mi propio trabajo.

Cristian: De que trabajas vos Hugo?

Osvaldo: Yo soy panadero y trabajo en una Confitería. Y bueno..., escucho de mis patrones que dicen estos negros, estos vagos, son todos delincuentes. Y el tema, es que uno no se tiene que enojar, si no que es que tienen una mentalidad muy gringa. Y lo que

pasa es que acá los europeos vinieron a conquistar, vinieron no a civilizar como se decía sino a matar y a colonizar. Si partimos de este tronco, claramente nos damos cuenta que los prejuicios están por algo. Entonces no reacciono y estas personas repiten lo que les inculcaron. Es decir, nosotros somos los civilizados y los rubios de ojos celestes, y los otros son los negros y hay que cagarlos a patadas.

Cynthia: Antes decías que tu motivación eran tus chicos y la salud?

Osvaldo: Si la familia por supuesto. En ese tiempo es que necesitábamos un Centro de Salud. Porque cuando te preguntaban donde vivís, significaba que para vos no hay..., se entiende lo que les quiero decir?. Por lo cual, y con más razón, al tener muchas necesidades y al no tener recursos necesitábamos si o si de nuevo el Centro de de Salud.

Cynthia: Y con respecto a este, que visión tenías sobre tu visión de la Salud.

Hugo: Si bien yo no sé nada de medicina y no soy médico, mi visión es que sobre la realidad uno va aprendiendo. Y había chicos con parásitos, con tuberculosis, sin acceso a ningún lado, las condiciones malas de vida. Y si sumamos todo esto, la situación es muy mala. Y la idea es mejorar, pero no se puede mejorar de forma solo, porque te morís solo en ese lugar, en este momento político, te morís solo en una taquera, es más, si pueden te tiran querosén y te prenden fuego.

Cristian: Es que como las discusiones y las ideas que compartían ustedes como vecinos los hacía luchar juntos.

Osvaldo: Claro..., porque más o menos, teníamos vista el panorama de esta manera. Porque nosotros no éramos nadie y del otro lado estaba la burocracia, y, era..., era... la burocracia de lo peor. Era muy clarito todo..., porque para esta burocracia piensa que cuando los de la villa tenga lo menos servicios, mejor. Esto que pasa acá en villa 20, en la ciudad de Buenos Aires, no hay que ser inocentes y esto que pasa acá no es solo acá en Argentina, también pasa en otros países. Yo creo que hoy se ha avanzado un poco, un poco no lo deseable pero si algo ha mejorado pero no mucho..., porque en el fondo sigue la misma historia. Y lo digo con tristeza porque yo me voy a morir y esto va a seguir de la misma forma. Hoy este gobierno nacional reivindica la militancia y está bueno y yo lo celebro. Pero en el fondo para los que estuvimos en el contexto de los militares... sabemos que sigue la misma historia, porque el trasfondo político es terrible. Por ejemplo, de los 6.000 personas que había en villa 20 a los 50.000 que hay ahora esto

demuestra que el problema de fondo no se ha solucionado (en este momento nuevamente Hugo realiza expresiones de dolor y de indignación), y ahora hay mucho hacinamiento, hay una superpoblación. Y uno si tiene un poco de claridad política, uno se puede preguntar lo que sucede. Porque no se está con la urbanización en la villa como está en el resto del barrio de Villa Lugano, y han pasado muchos años y no se han podido abrir las calles. Y lo que digo, lamentablemente, es que hay una cuestión de fondo que no se resuelve.

Cynthia: Los otros entrevistados nos dieron una visión del grupo que fueron. Cómo describirías vos a este grupo.

Osvaldo: El grupo que estábamos participando, a veces había que llevarlo un poco de tirados de los pelos. Porque yo tenían una formación política militar de oposición, para mí hay que agarrar los fierros y se agarran los fierros. Pero bueno, luego uno va aprehendiendo a hacer una lectura de cuál es la correlación de fuerzas que hay..., no, y caes en la cuenta de que puedes caer en el peor lugar y si ninguna cuenta. Y bueno como hacemos..., es ir logrando más participación. Y la gente que participaba más allá de algunas cuestiones ideológicas, todos tirábamos para el mismo lado, y con algunas diferencias que es bueno que las halla y que está bien que así sea. Si no nos vamos a parecer a los camicaces, viste, que todos morimos por el emperador, y en cambio, el emperador no muere por algún de sus camicaces. Yo diría que era un grupo bueno, lindo, con ganas y convencido de lo que se hacía algo era para los demás, y esto es lo que más me llamó la atención, se hacían cosas no para uno sino para los demás. Tal vez por ello, yo me alejo cuando se quiere celebrar y recordar las cosas. Y yo no fui, porque no lo sentí ir capaz por pudor político. Y sin merecer a los que van, porque mi convencimiento interior me dice a mi de no participar.

Cynthia: Después de los 25 años que pasaron. Como ves vos al Barrio y al CeSAC en estos 25 años.

Osvaldo: Bueno en el barrio, para mí, se ha mejorado en parte bastante, la estructura del barrio. Y las diferentes juntas vecinales, o las comisiones, algunas mejores que otras, han hecho algún aporte al barrio. Y yo creo que lo mejor es participar no para el beneficio de uno sino para el de la comunidad. Y no ser un miserable de decir cosas y no las hace en su interior, y porque hubo muchos miserables en todos los sentidos, y esto implica ser coherentes, ser honesto y evitar ser miserables, y sé que mucha gente

piensa como yo porque es algo distinto, es bueno que seamos más lo que pensamos así. Pero sé que esto tiene que ver con un tema, que es el tema del poder. . Y todo este tema que hablamos..., tiene que ver con la cuestión de poder. Y el poder bueno, vos sabes y sabemos..., que el poder lo tiene un grupo y no lo va a dejar y no te va a facilitar las cosas. Y en este sistema esto va a seguir así toda la historia, porque el Sistema se construyó así con este poder, se mantuvo así con el poder.

Cynthia: Y al CeSAC como lo ves hoy?

Oswaldo: Y el CeSAC, por lo que me cuentan, está bien.

Cynthia: Vos no estás llendo al CeSAC?

Oswaldo: No, yo no estoy llendo. Tal vez, por un poco de esto, porque yo no querían llevar a mis chicos al CeSAC porque pensaban que capaz pensaban que yo participé para que vallan a mis hijos. Pero sé que es una idea mía, un poco extrema. Pero bueno...

Cristian: Y vos entonces, como vez al CeSAC?

Oswaldo: En qué sentido?

Cristian: En el sentido de su funcionamiento.

Oswaldo: Por lo que yo puedo ver, hay médicos que están hacen varios años, y esto me parece muy bueno que haya médicos se queden acá. Se ha logrado que sobre vieran..., como dos médicas que están, y siguen estando en el CeSAC, y que están hace mucho tiempo.

Cristian: Marta y Myriam

Oswaldo: Si las vi cuando fui al psicólogo dos veces, pero bueno, no quiero ir más porque me siento incómodo de ir por este planteo mío que les comente anteriormente, igualmente voy a saludar al Psicólogo, para no quedar mal.

Cristian: Y Hugo que nos podes decís si sentís que le dejaste al CeSAC?

Oswaldo: Yo lo que siento es que he participado de una cosa que sirvió para el conjunto. El resultando es lo que interesa, lo que si yo haya o no hecho es secundario, lo más importante es que sirva para el barrio lo que se hizo, en este caso, el Centro de Salud. Y para mi, mi opinión, el resultado fue bastante bien, y ojalá que se siga mejorando y se

siga manteniendo. Creo que hay un anexo que se piensa que se quiere abrir también acá en el barrio. Bueno..., como vecinos y el objetivo político, el resultado fue positivo; y..., como Institución Municipal que es el Centro de Salud para el tema de la salud que es un tema tan delicado, creo que es también positiva. Y después, si habría que cuestionar algo, es hacia los Hospitales y ver como se mueve la cuestión política, porque en los hospitales se mueve mucho, mucho la cuestión política.

Cristian: Hugo, la última preguntita, te sentiste cómodo con la entrevista?

Oswaldo: Si me sentí muy cómodo, me permitió hacerme recordar de varias cuestiones. Como se dice, el trabajo en estos barrios, hubo mucha gente que participó. En su momento, en aquel tiempo, también hubo muchas maestras de la zona que vinieron a participar.

Cristian: Bueno Hugo mil gracias por esta entrevista.

Oswaldo: No, por favor, gracias a ustedes.