

UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO

**MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS Y  
GOBIERNO**

**Informe Final de Tesis:**

*El rol del Hospital Público como potencial actor del desarrollo local. El caso del hospital Artémides Zatti de la ciudad de Viedma. 2011-13.*

**Tesista:** Lic. Damián Andrés Testore

**Directora:** Mg. Sandra Bertoldi

**Co-Director:** Dr. Francisco Suárez

Viedma, noviembre de 2015.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a toda la comunidad del Hospital Artémides Zatti y especialmente a aquellos trabajadores que aportaron con muy buena predisposición relatos, experiencias y reflexiones para la concreción de esta investigación. Aprovecho la oportunidad para agradecer el compromiso de esta institución y la calidad humana de sus integrantes, quienes brindan a los ciudadanos de Viedma un servicio que reivindica y fundamenta cotidianamente el carácter público de la salud.

También, agradecer a la Universidad Pública, materializada en sus dos expresiones en la ciudad. Es bueno recordar en este momento al Centro Universitario Regional Zona Atlántica (CURZA) de la Universidad Nacional del Comahue, quien me permitió cursar mis estudios de grado sin los cuales no hubiera podido desarrollarme profesionalmente. Y a la Universidad Nacional de Río Negro por propiciar el acceso a una maestría de primer nivel, con docentes con la más alta preparación académica y una organización que atendió cualquier inquietud, demanda o necesidad que se suscitara.

Asimismo, reconocer y expresar un gran agradecimiento a la Mg. Sandra Bertoldi, que en su carácter de Directora acompañó a cada instante y realizó aportes centrales para la elaboración de esta Tesis de posgrado. También al Dr. Francisco Suárez quien auspició de Co-Director y aportó su experiencia en la temática del desarrollo local.

Por último, un especial y cariñoso agradecimiento a mi familia por el ‘aguante’ incondicional y el afecto que recibo día a día.

A todos un abrazo fraternal.

Damián Testore

Viedma, noviembre de 2015.

## Índice

<b>Introducción</b> .....	pág 4
<b>Capítulo 1: Planteamiento del problema, Objetivos, Enfoque Teórico y Metodológico del objeto de estudio.</b>	
a. Planteamiento del problema.....	pág 6
b. Objetivos.....	pág 15
c. Enfoque teórico.....	pág 16
d. Enfoque metodológico.....	pág 19
<b>Capítulo 2: Hospital Público y Consejo Local de Salud: sus contribuciones y/o limitaciones para constituirse en un factor de desarrollo local.</b>	
a. Hospital Zatti: organización y funcionamiento.....	pág 25
b. Consejo Local de Salud (CLS).....	pág 27
b.1. Marco normativo.....	pág 27
b.2. La experiencia del Consejo Local de Salud. Análisis de su surgimiento y trayectoria.....	pág 29
b.3. Consejo Local de Salud. Periodo 2011-2013.....	pág 34
<b>Capítulo 3: Actores intrahospitalarios, sujetos del desarrollo y desarrollo local,</b>	
a. Actores intrahospitalarios.....	pág 42
b. Sujetos del desarrollo y desarrollo local: proceso de constitución.....	pág 47
b.1. Sujetos del desarrollo colectivos.....	pág 49
b.1.1. Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.....	pág 50
b.1.2. Unidad de Adolescencia.....	pág 58
b.1.3. Unidad de Violencia Familiar.....	pág 63
b.2. Espacios potenciales de emergencia de nuevos sujetos del desarrollo.....	pág 73
<b>Capítulo 4: Potencialidades del Hospital Zatti para constituirse en un sujeto del desarrollo a nivel institucional.</b>	
a. Potencialidades.....	pág 76
a.1. Potencialidades de los sujetos del desarrollo colectivos.....	pág 76
a.2. Potencialidades de los sujetos del desarrollo individuales.....	pág 79
b. Nuevas potencialidades.....	pág 80
<b>Conclusión</b> .....	pág 86
<b>Bibliografía</b> .....	pág 90
<b>Anexos</b> .....	pág 95

## Introducción

El presente trabajo aborda el rol del Hospital Público como actor del desarrollo local tomando como unidad de análisis al Hospital Artémides Zatti de la ciudad de Viedma y su funcionamiento en el periodo 2011-2013. Concretamente, la investigación pretendió dilucidar si esta institución puede constituirse en un actor protagónico del desarrollo local o si solo debe limitarse a la prestación de servicios básicos de salud.

En lo que respecta al **Desarrollo** como campo de conocimiento existen dos enfoques desde el cual es abordado. Uno es el denominado *enfoque economicista*, el cual se centra en las variables estrictamente económicas para obtener como resultado el crecimiento en este aspecto. A partir de los 70' y principios de los 80' emerge otro, el cual se denomina *sociopolítico*, ya que no desestima lo económico pero otorga importancia a otras dimensiones como la social, la cultural, la humana y la política. Dentro del mismo se enmarcan distintas concepciones como la del desarrollo sustentable (Gallopín: 2003) o la del desarrollo a escala humana (Neef: 1993). Este último enfoque es el que adopto para dar sustento teórico a esta investigación.

También desde los 80' hubo un cambio de mirada respecto de quién debía motorizar los procesos de desarrollo. Se dejó atrás la noción desarrollista del Estado central como su promotor y cobró relevancia una nueva orientación centrada en las capacidades locales para iniciar un proceso de construcción “desde abajo” del desarrollo (Rofman, 2003). En este contexto, es interesante investigar sobre el rol del **Hospital Público local**, visualizar que dinámicas despliega internamente, cuáles son las racionalidades y lógicas de los actores que lo componen y que inciden en las diversas intervenciones y abordajes que realiza y cuál es el modo de relacionarse con los diferentes actores sociales y estatales que tienen como campo de acción a la **sociedad local**. Es en este punto donde cobra relevancia científica profundizar en el estudio de las potencialidades, capacidades y obstáculos que presenta el Hospital Zatti para erigirse en actor protagónico de procesos de desarrollo local siendo novedoso focalizar en esta institución desde esta perspectiva, ya que a partir del buceo bibliográfico se detectó que hasta el momento había sido estudiado de modo tangencial, centrando los análisis en las implicancias de la descentralización en el sistema de salud y en el Consejo Local de Salud y, en ningún caso, desde el enfoque del desarrollo local.

La estructura de este Informe Final de Tesis consta de cuatro capítulos y las conclusiones finales.

En el primer capítulo se expone el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos, el encuadre teórico y el enfoque metodológico de la investigación.

El segundo capítulo consta de dos apartados. En el primero se describe la organización y funcionamiento del Hospital Zatti mientras que el segundo se refiere al Consejo Local de Salud (CLS), reconstruyendo las causas de su surgimiento, su marco normativo, el análisis de su trayectoria y su funcionamiento en el periodo 2011-2013.

En el tercer capítulo caracterizo a los diferentes actores intrahospitalarios que componen el Hospital Zatti, poniendo especial énfasis en los que considero **sujetos del desarrollo**. En función de la definición de Adriana Rofman, los sujetos del desarrollo son aquellos actores que componen el sistema de salud que poseen ciertas capacidades que los colocan en una posición apta para ser participantes activos de un proceso de desarrollo local; asimismo brindo una serie de ejes de análisis y dimensiones para validar empíricamente a los actores que considero enmarcados dentro de esta conceptualización y expongo los casos de articulación entre Áreas, Servicios o Unidades hospitalarias y actores estatales y sociales de la localidad. Seguidamente a identificar a los sujetos del desarrollo del Hospital Zatti realizo la descripción y el análisis de los mismos aplicando los ejes y dimensiones previamente elaborados.

El cuarto capítulo presenta los **obstáculos** que se suscitaron en el periodo 2011-2013 para la constitución del Hospital Zatti en un sujeto del desarrollo local de carácter colectivo e institucional, esbozando tanto los de carácter interno, emergentes de las relaciones reproducidas y entabladas entre los actores intrahospitalarios, y los externos provenientes del contexto en el cual está inserto. Pero asimismo, se analiza estas condicionalidades en clave de **potencialidades** de los sujetos del desarrollo colectivos e individuales y el campo fértil que se abre en caso de ser superadas.

Por último se presentan las conclusiones y resultados que son producto, y condensan, el desarrollo anterior.

## **Capítulo 1: Planteamiento del problema, Objetivos, Enfoque Teórico y Metodológico del objeto de estudio.**

### **a.- Planteamiento del problema**

Los diferentes contextos históricos por los que transitan las sociedades, y sus particulares implicancias políticas, económicas, sociales y culturales, dejan marcas a los diferentes actores que las componen, muchas veces resignificándolos, transformándolos y creándolos, si es que antes no existían.

Es decir, los procesos políticos, sociales, económicos y culturales que han operado en las distintas etapas históricas son estructurantes de las instituciones político-administrativas, socioculturales y económico-productivas de la ciudad (Álvarez, 2007). Por consiguiente el Hospital Público de la ciudad de Viedma y su configuración actual son resultado de ellos. Estos procesos se localizan tanto en el nivel local, como así también en el provincial y nacional.

Los más importantes que no se pueden dejar de enumerar son:

#### a) Los flujos migratorios

Desde 1960 hasta 1990 Viedma duplicó su población cada diez años y actualmente cuenta con 52.789 habitantes según el censo realizado en el año 2010. Este aumento constante y exponencial de población se debe a varios factores, generalmente relacionados a la condición de capital provincial.

Arranca con lo que se conoce como la provincialización, lo que hizo que Viedma deba consolidarse como centro político-administrativo de la provincia. Las personas que llegan en ese momento lo hacen para ocupar cargos políticos o bien son profesionales que lo hacen para insertarse en la estructura estatal cumpliendo funciones técnicas.

El status de capital provincial también produce que se asienten organismos dependientes del Estado nacional y universidades nacionales. Aún hoy los motivos por los que muchas personas eligen Viedma como lugar de residencia tienen que ver con las posibilidades de emplearse en el Estado o alguna actividad satélite del mismo o bien, en el caso de

estudiantes, porque vienen transitoriamente a cursar estudios terciarios o universitarios y terminan afincándose definitivamente. Hace años que se da una persistente migración de ciudadanos provenientes de localidades de la Línea Sur de la provincia; esto se debe al estancamiento de la economía, vinculada a la caída en el precio de la lana y a una serie de fenómenos climáticos (sequías, erupción del volcán Puyehue e inundaciones y aluviones) que dañaron la estructura productiva de la región. Viedma, junto con otras ciudades grandes de la Provincia, es vista como una alternativa para conseguir empleo y/o estudiar.

También persiste la llegada de profesionales que, ante el crecimiento de la población, no solo tienen como alternativa la inserción laboral en el Estado sino que ven como posibilidad el ámbito privado. Por citar un ejemplo, el caso de los profesionales médicos (sobre todo los que se especializan en alguna rama) que tienen grandes probabilidades de ser incorporados en el Hospital Zatti o en algún prestador privado de salud. El Hospital es una muestra de cómo se encadenan los hechos: ante el crecimiento de la población de Viedma y su área de influencia, el Hospital Público debe complejizarse, lo que hace que ante la falta de médicos especialistas en la región deban llegar provenientes de otras provincias del país. El Hospital Zatti se compone de un alto número de profesionales extraprovinciales.

Se deben recordar algunos hechos puntuales que causaron la llegada masiva de población.

Uno de ellos es la implementación del Programa de Desarrollo del Valle Inferior que consistió en poner bajo riego y sistematización, con fines productivos, a 18.000 hectáreas cercanas a Viedma. Este proyecto tuvo dos etapas de adjudicaciones de parcelas; la primera entre los años 1973 y 1976 donde el 40% de los adjudicatarios no provenían del Valle Inferior, registrándose un 29% de otras localidades de la provincia y un 11% extra provinciales<sup>1</sup>.

La segunda etapa se dio en la década del 80, siendo el grueso de los adjudicatarios provenientes del Alto Valle de la provincia y contándose además familias de la Línea Sur, sanjuaninas, bolivianas y chilenas. Ya en la década del 90 aparece un “nuevo sector productor” conformado por familias de origen boliviano que se integran a la actividad mediante diversas formas de asociación con los colonos (Cafferata, 1992).

---

<sup>1</sup> Informe final de Evaluación del Impacto Social del Programa de Desarrollo del Valle Inferior del Río Negro. C.F.I., Buenos Aires, 1992. Citado por Mabel Álvarez.

La apertura democrática de 1983 fue otro hecho que hizo que la ciudad de Viedma reciba una nueva oleada de migrantes (Alvarez, 2007). Primeramente arribó un grupo compuesto por personas que se habían tenido que exiliar en los años de la dictadura producto de su actividad militante; una parte mayoritaria se caracterizó por su formación profesional y vinculación política.

Posteriormente, el anuncio del traslado de la Capital Federal al ejido Viedma-Carmen de Patagones derivó en la llegada de un enorme contingente de población que presentaba características diferentes a los grupos de migrantes de años anteriores. Por lo general se trató de personas provenientes de diversos puntos del país y de la Línea Sur de la Provincia con escaso nivel de formación y capacitación (Álvarez, 2007).

#### b) Aparición de enfermedades y visualización de problemáticas sociales

La emergencia del VIH SIDA en la década del 80' produjo que distintos grupos de profesionales ligados a la salud manifiesten su preocupación, proliferando las investigaciones y los estudios de medios alternativos para su abordaje.

También lo hizo el incremento de personas con problemas de adicciones, especialmente la relacionada con el consumo de drogas.

Por otra parte, distintos cambios en los paradigmas culturales empezaron a poner de relieve y brindar importancia a problemáticas subyacentes que anteriormente eran minimizadas. Es el caso de la violencia familiar y especialmente la violencia y el maltrato de género.

A fines de la década del 80' empiezan a funcionar en el ámbito del Hospital Zatti, como comités asesores, dos grupos. Uno abordaba la problemática del VIH Sida y el restante se abocó a la prevención y atención de la violencia familiar. Además de trabajar dos temáticas "novedosas"<sup>2</sup> para la época, también era innovadora la metodología de intervención que aplicaron, de neto corte interdisciplinario y territorial. Estos comités, a diferencia de los existentes por entonces, salen a la comunidad y trabajan adentro y afuera de la institución.

---

<sup>2</sup> En ese contexto (fines de la década del 80'/principios de los 90') el VIH y la violencia familiar eran dos problemáticas poco trabajadas, sobre las que se sabía poco y además prevalecían un conjunto de preconceptos, estigmatizaciones y supuestos que las convertían en tabú.

### c) Procesos políticos y reforma del Estado

El sistema de salud en Argentina y en Río Negro no estuvo ajeno a los cambios propios de cada contexto político. En los años 40' y 50' se consolidó la centralización, pasando los hospitales a depender del estado nacional. Años más tarde (fines de los 50' y principios de los 60') comienzan los primeros intentos de descentralización de los servicios de salud, concretándose la transferencia de los hospitales nacionales a la esfera de las provincias durante los años 1978/79, bajo el gobierno de la última dictadura militar; a esta primera fase de la descentralización se la denomina federal y los argumentos que le dieron sustento tuvieron que ver la posibilidad de aumentar la racionalidad financiera y el respeto de los principios de organización administrativa, a pesar de que el punto de la discusión se relacionaba con la disponibilidad de recursos fiscales para afrontar la responsabilidad de mantener estos servicios (Bertoldi y Gomiz Gomiz, 1999).

La segunda fase se denomina de descentralización local y emerge formando parte de un conjunto de medidas asociadas con el paradigma económico y político en boga por ese entonces, el neoliberalismo. A su vez coincide con todo un clima de ideas que propugnaba, en sintonía con la apertura democrática en nuestro país, por la democratización del Estado provincial a partir de una nueva distribución del poder social. Para materializar esto se encaró un proceso de reforma del Estado que contempló entre sus variados aspectos, la institucionalización de nuevos espacios de toma de decisiones, surgiendo así en el subsector salud los Consejos Locales de Salud (Torres, 2005).

Como lo entienden Bertoldi y Gomiz Gomiz (1999), la descentralización en salud en los años 90' en Río Negro presenta dos contenidos: por un lado el democratizador, como fortalecimiento institucional-democrático que se cristaliza a través de nuevos canales de participación social; y por otro, desde la concepción neoliberal, el contenido economicista que considera a la descentralización como la medida adecuada para racionalizar el gasto y la provisión de servicios en lo que respecta a políticas de salud. En suma, las dos orientaciones del proceso de reforma del estado que se dieron a nivel macro (país) se reproducen en Río Negro y en la ciudad de Viedma. El Hospital Zatti fue uno de los

ámbitos donde se conjugan y entran en tensión la orientación neo-pública y la orientación neo-empresarial de la reforma del Estado.

La implementación de la ley provincial 2570/92 ordenó en tres niveles al subsector público de la salud: local, zonal y provincial; cada nivel contó con un consejo que pretendió convertirse en un órgano de coordinación y gestión. En Viedma se constituyó el Consejo Local de Salud (CLS) el cual se erigió en el órgano máximo de salud de la localidad, lo que implicaba que el Hospital Público debiera tener en cuenta su autoridad. Se trató de un diseño institucional que se ideó para que se encargue de “coordinar las relaciones entre los productores de los servicios de salud (hospitales y centros periféricos) y los miembros de la comunidad”, a la vez que propiciaba un ámbito de participación que incluía no sólo a los actores de salud del Hospital sino también a actores políticos del nivel municipal y actores de la ciudadanía (Torres, 2005). El plano empírico, como veremos en el transcurso de esta investigación, se relacionó pocas veces con el plano teórico que le dio nacimiento. No obstante, algunas de las acciones del CLS en ocasiones impactaron en la composición y funcionamiento del Hospital. Por citar algunas, vale mencionar las resoluciones que permitieron la conformación de la Unidad de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual “El Galpón”, la Unidad de Violencia Familiar y la Unidad de Adolescencia.

En cuanto al contenido de la descentralización ligado a la optimización de recursos, la misma ley 2570/92 conformó el Fondo de Obras Sociales (FOS), constituido con los honorarios cobrados a las obras sociales por la atención de sus afiliados en el Hospital Público. La utilidad de estos fondos debía destinarse a aumentos de sueldos de los empleados hospitalarios y a gastos de funcionamiento.

En la praxis, se trató de una descentralización aplicada desde la concepción neoliberal, en sentido de ajuste financiero y racionalización en el uso de recursos dada la crisis de los años 1994/95 (Bertoldi y Gomiz Gomiz, 1999). Aunque las investigaciones que se encargaron de estudiar la descentralización, observaron que en algunos aspectos se distanciaba de los postulados teóricos, por ejemplo en lo que respecta a la planificación, organización y coordinación, de las cuales los Centros de Salud quedaban excluidos. La descentralización fue percibida por el CLS como administrativa-presupuestaria, aumentando las tareas de la dirección del hospital y haciéndola cargo de las limitaciones.

En síntesis, en el sector salud de la ciudad de Viedma se combinaron los dos contenidos de la descentralización, prevaleciendo la variante tendiente a optimizar los recursos. De esto se desprende que el CLS se haya concebido como administrador de recursos y no como constructor de políticas de salud, convirtiendo a los jefes y al director del hospital no en formuladores de políticas sino en meros administradores (Bertoldi y Gomiz Gomiz, 1999).

Los procesos descriptos con anterioridad, complementados y articulados con otros de menor relevancia, le dieron a Viedma una singular fisonomía y configuraron la ciudad actual. Simultáneamente, moldearon al Hospital Zatti como institución; esta investigación comprende el periodo 2011-2013, pero considero que estos procesos que impactaron en el ámbito local no deben pasarse por alto ya que el Hospital actual es resultado directo de los mismos.

Los crecientes flujos migratorios incrementaron la demanda de servicios de salud, lo cual hizo que para dar cobertura deban incorporarse más servicios y más profesionales. En el mismo sentido operaron la aparición de nuevas enfermedades y la emergencia de temáticas de alta incidencia en la calidad de la salud, planteando escenarios donde era responsabilidad del Hospital estar presente. Resultado de esto es que el Hospital Zatti sea uno de los de mayor complejidad de la provincia<sup>3</sup>.

Los procesos políticos de reforma del Estado y descentralización también modificaron la fisonomía hospitalaria e incorporaron un nuevo diseño institucional (CLS) abriendo el juego a la participación en el campo de la salud a otros actores políticos y sociales.

Sin abandonar la asistencia directa a través de la prestación de servicios básicos de salud, estos procesos hicieron que progresivamente el Hospital Público en la ciudad de Viedma vaya asumiendo nuevas funciones, que si bien siempre están relacionadas con la salud, trascienden la lógica de la simple prestación de servicios. Asumir nuevas funciones implicó la emergencia de distintos actores intrahospitalarios que operan aplicando distintas modalidades de intervención en el ámbito local.

---

<sup>3</sup> Está categorizado como de complejidad 6, junto con los hospitales de General Roca, San Carlos de Bariloche y Cipolletti.

Esto se hace visible, por ejemplo, cuando se observa que cuenta con la única área hospitalaria en la provincia que aborda la problemática del VIH Sida; con la novedad de que no solo lo hace dando asistencia a los pacientes que padecen la enfermedad sino que también promueve la prevención y el trabajo territorial a los fines de brindar toda la información necesaria y concientizar acerca de la enfermedad. Para este abordaje integral necesariamente articula con otros actores que trabajan temáticas que rozan lo inherente al VIH.

Muchas veces cuando se menciona al Hospital se omite o excluye a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) como parte constitutiva del mismo. Los Centros Periféricos<sup>4</sup> son la extensión del Hospital en el territorio y sus trabajadores conocen como muy pocos la realidad del contexto barrial, identificando problemáticas, carencias y necesidades de las familias que allí viven. También promueven el abordaje integral de la política de salud áreas como la Unidad de Violencia Familiar y la de Adolescencia, que encaran un fuerte trabajo territorial y de articulación con demás actores locales.

Los diferentes procesos y sucesos rupturales en la historia local “configuran la identidad de la ciudad en la que se conjugan el pasado, el presente y el proyecto, conformando una sola realidad del desarrollo y al mismo tiempo, un modo particular de desarrollo local” (Suárez, y otros: 2007)<sup>5</sup>. La propia esencia y la naturaleza de sus funciones posicionan al Hospital Público como un actor importante inserto en este particular modo de desarrollo local. Es sumamente relevante investigar e indagar acerca del papel que juega en el desarrollo local estudiando e identificando las potencialidades y los obstáculos que se presentan en el tránsito de ser solo un actor importante a ser un actor importante con protagonismo central en el proceso de desarrollo.

Más aún en la concepción actual del desarrollo local, que entiende que el mismo debe ser propiciado “desde abajo”, es decir desde el territorio y mediante la interacción y articulación de los actores de la localidad.

Como se expresó anteriormente, la ciudad y la institución hospitalaria se configuraron y moldearon en función de los procesos y sucesos rupturales, pero en lo que a desarrollo local

---

<sup>4</sup> También así se denomina a los CAPS.

<sup>5</sup> Los autores se basan en una idea de José Arocena.

se refiere no todo es lineal. El tipo de desarrollo se debe al impacto de los procesos pero también a la lógica de acción que cada actor despliega sobre el territorio. Se da una relación dialéctica entre el contexto y los actores: los distintos contextos estructuran, moldean o dan vida a los actores pero, a su vez, estos mediante su acción transforman los diferentes contextos y dan vida a una particular forma de desarrollo local.

El Hospital Zatti debe su configuración actual a los diferentes procesos políticos, sociales, demográficos y culturales que atravesó la ciudad de Viedma en los últimos 60 años pero paralelamente, su acción institucional cotidiana (y la de algunas áreas constituidas como actores intrahospitalarios) propicia la producción de territorio y es parte del tipo de desarrollo local emergente.

Del buceo bibliográfico realizado se desprende que el abanico de estudios sobre **desarrollo local** comprende los más variados aspectos, algunos se expresan en Informes o Proyectos de Investigación, otros en artículos científicos, ponencias, etc.

A las *investigaciones* identificadas y analizadas se las puede agrupar teniendo en cuenta *el sistema de actores del desarrollo local* que propone José Arocena (1995) y que se compone de tres subsistemas: **el subsistema socio-territorial, el empresarial y el político administrativo.**

Así en lo atinente al sub-sistema *socio-territorial* se identificaron investigaciones que estudian la participación de los movimientos sociales en el desarrollo local a través de la experiencia de las redes (Poggiese, 1999); otras que pusieron énfasis en los nuevos escenarios y las nuevas estrategias de desarrollo emergentes a partir del proceso de globalización (Bervejillo, 1996; García Delgado, 1998). También encontramos investigaciones que se dedicaron a detectar y analizar casos de innovación en la gestión local (Badía, 2000; Alonso, 2005). Además fue identificado un artículo científico que analiza los procesos inmigratorios y su impacto en la constitución de actores en la ciudad de Viedma (Álvarez, 2007).

En lo relacionado al sub-sistema *económico-empresarial* se encontró una investigación que pone el acento en el rol de la microempresa (Albuquerque, 2001); otra que estudia casos de desarrollo económico local en América Latina (Llorens et. al, 2002) y una investigación

que tiene por objeto determinar qué papel juegan las grandes empresas en el desarrollo endógeno (Vázquez Barquero, 1997).

Fue mayor el número de investigaciones encontradas que podríamos ubicar en el sub-sistema *político-administrativo* y que estudian la vinculación desarrollo local y *Estado*. Entre ellas, algunas abordan la relación desarrollo local-políticas públicas (Villar, 2002; Venesia, 1998); otras refieren a la gestión municipal y su inserción en procesos de desarrollo (Tecco, 2002; Tecco y Lucca, 1999; Cabrero Mendoza, 1999; Arroyo, 1997; Massolo, 1998); asimismo fue posible visualizar investigaciones que plantean la relación entre la universidad y el desarrollo local (Coraggio, 2006; Cravacuore, 2000) y el rol del Estado y el desarrollo local desde la perspectiva de la Economía Social (Coraggio, 2005).

En relación con este sub-sistema, también encontramos artículos científicos focalizados en el Consejo Local de Salud (CLS) y localizados en la ciudad de Viedma. Entre ellos, uno analiza el CLS como potencial ámbito de planificación participativa y gestión asociada entre Estado y Sociedad (Menecozzi, 2006); otro, refiere a la relación CLS y Consejo Provincial de Salud (López y Gomiz Gomiz, 2006); un tercero, estudia al CLS como una política de descentralización (Bertoldi y Gomiz Gomiz, 2000).

Finalmente, se identificó un grupo de investigaciones que analizaron a los tres sub-sistemas en forma independiente o interrelacionados y que además están localizadas en la ciudad de Viedma (Bertoldi et al., 2007; Alonso et al., 2008).

Dentro de este agrupamiento de investigaciones y sin enfocar exclusivamente en la ciudad de Viedma, se encontró la investigación de Javier Marsiglia y Graciela Pintos (1997) que aborda diversos actores que interactúan enmarcados en los tres subsistemas y también se identificaron investigaciones localizadas en el área metropolitana de Buenos Aires (Rofman, 2003; Pérez, 2006).

Haciendo un análisis y balance de las investigaciones encontradas, no se observó al Hospital Público como un actor considerado para ser estudiado como posible potenciador del desarrollo local, y que a través de su actividad contribuya a desplegar las capacidades existentes en una sociedad local. De esta manera, se intentó poner el acento en el estudio de este actor específico, marcando una diferencia con otras investigaciones que han abordado

actores hospitalarios a partir de la función de representación que cumplían en el CLS, y brindar un aporte al campo de conocimientos científicos del desarrollo local.

Desde lo estrictamente científico resulta original focalizar una investigación en esta institución desde la perspectiva del desarrollo local, ya que las investigaciones locales que abordaron la temática lo hicieron sobre los procesos generales y los actores. En cuanto a las investigaciones relacionadas al campo de la salud, centraron el análisis en el CLS y la descentralización, estudiando de modo tangencial algunos aspectos del Hospital Público.

Entonces, por considerarlo pertinente tanto desde el plano social como científico, el problema de investigación abordó si el Hospital Público puede constituirse en actor protagónico de procesos de desarrollo local o solo limitarse a la prestación de servicios básicos de salud, tomando el caso del Hospital Artémides Zatti de la ciudad de Viedma en el periodo comprendido entre 2011 y 2013.

## **b.- Objetivos**

En pos de dar respuesta al problema de investigación planteado, se trazaron los siguientes objetivos:

### **Objetivos Generales**

- ✓ Identificar si es factible que el Hospital Público pueda constituirse en actor protagónico de procesos de desarrollo local.
- ✓ Articular los resultados de esta investigación con los resultados que arrojaron las investigaciones precedentes que tuvieron como objeto de estudio al Consejo Local de Salud de Viedma, a fin de contribuir a la generación de políticas públicas que consideren como actor articulador del desarrollo local a los hospitales públicos

## Objetivos Específicos

- ✓ Identificar y describir las instancias de articulación de actores que llevó adelante el Hospital Público en el territorio local en el periodo 2011-2013.
- ✓ Analizar si los actores hospitalarios que participaron de tales casos están constituidos como sujetos del desarrollo y cuál es su capacidad de sinergia.
- ✓ Evaluar si tales instancias de articulación fueron llevadas adelante por sujetos con capacidades para ser protagonistas de un proceso de desarrollo local.

## c.- Enfoque teórico

En lo que respecta al Desarrollo como campo de conocimiento existen dos enfoques desde el cual es abordado. Uno es el denominado enfoque economicista, el cual se centra en las variables estrictamente económicas para obtener como resultado el crecimiento en este aspecto. A partir de los 70' y principios de los 80' emerge otro enfoque que puede denominarse sociopolítico, ya que no desestima lo económico pero otorga importancia a otras dimensiones como la social, la cultural, la humana y la política. Dentro del mismo se enmarcan distintas concepciones como la del desarrollo sustentable (Gallopín, 2003) o el desarrollo a escala humana (Neef, 1993). Este último enfoque es el que adopto para dar sustento teórico a esta investigación.

También desde los 80' hubo un cambio de mirada respecto de quién debía motorizar los procesos de desarrollo. Se dejó atrás la noción desarrollista del Estado como su promotor y cobró relevancia una nueva orientación centrada en las capacidades locales para iniciar un proceso de construcción “desde abajo” del desarrollo (Rofman, 2003). Ante la importancia de lo local como marco, es necesario subrayar que de ninguna manera se determina por una jurisdicción político-administrativa sino que su definición tiene que ver con los procesos de intercambio y articulación entre actores sociales, políticos y económicos. Según José Arocena (1995), para hablar de **sociedad local** deben confluir una serie de elementos expresados en dos niveles fundamentales: el socioeconómico y el cultural; y en este sentido

la define como “un sistema de acción sobre un territorio limitado, capaz de producir valores comunes y bienes localmente gestionados”. Francisco Suárez (2007) adopta esta definición y le incorpora la capacidad de producción de identidad y un proyecto político. Así, este sistema de acción que es la sociedad local se compone de tres subsistemas: el subsistema político-administrativo, el empresarial y el socio-territorial (Arocena, 1995).

Asimismo, Poggiese define lo local desde la hipótesis que denomina **gobierno de lo local**, la cual se trata de una “combinación todavía no conocida de cogestión entre gobierno, formal local y comunidad” (Poggiese, 2000). Parte de la premisa de que en todo lo local existe:

- ✓ Una forma estatal, es decir no hay un local debajo de un nivel mínimo de gobierno descentralizado.
- ✓ Una forma social, por ende una comunidad organizada.

Ahora, estamos en condiciones de precisar la concepción de **Desarrollo Local** que se considerará en esta investigación. Este se entenderá como “un acuerdo de objetivos entre los distintos actores de una sociedad en un territorio determinado y de un proyecto común, el cual contemple el crecimiento económico, la equidad, el cambio social y cultural, la sustentabilidad ecológica, la igualdad de género, la calidad y el equilibrio espacial y territorial.” (Suárez, 2007). De modo específico, el mismo autor lo entiende como “un cambio estructural localizado en un territorio específico, asociado con un permanente incremento de la calidad de vida de cada individuo miembro de la comunidad y habitante del territorio” (Suárez, F: 2007).

El concepto de actor<sup>6</sup> proviene de la metáfora del teatro, en el cual un actor tiene un papel y tiene cierto protagonismo. Su acción se enmarca en un escenario (espacio local) y de acuerdo a como se configure la trama tendrá mayor o menor protagonismo.

Arocena define como **actor local** a “aquel cuyo sistema de acción coincide con el sistema de acción local, y cuya actividad contribuye a desplegar las potencialidades existentes en la sociedad local” (Arocena 1995). Alonso entiende que se debe incorporar a esta definición a

---

<sup>6</sup> Es un concepto de Alain Touraine que en su libro “El regreso del actor” refiere a que los individuos pueden gestionar su historia.

aquellos que obstaculizan a partir de la acción o la omisión cualquier posibilidad de desarrollo.

Así llega a la identificación de cuatro tipos de actores que se encuentran en el ámbito local:

Actores estrictamente locales: son aquellos que despliegan su acción dentro del sistema de acción local y cuya posibilidad de reproducción y continuidad dependen de las condiciones locales.

Actores parcialmente locales: aquellos que si bien son actores locales, su sistema de acción trasciende el espacio local y la posibilidad de reproducción no depende exclusivamente de lo local.

Actores no locales: son actores externos que despliegan actividades en el ámbito local. Su capacidad de reproducción no depende de las condiciones locales y sus representantes en el espacio local tienen limitado su margen de decisión. Un ejemplo de este tipo de actor son las sucursales de comercios e industrias cuyos propietarios no son de la localidad.

Actores en la localidad con dificultades para reproducir su vida cotidiana: aquellos que se encuentran imposibilitados de acceder a los bienes y servicios básicos para alcanzar una satisfactoria reproducción de la vida.

Según Arocena:

La escena local muestra una gran diversidad de actores con racionalidades propias y fuertemente específicas... El perfil de la sociedad local debe construirse a partir de un permanente esfuerzo de negociación entre las diferentes lógicas de acción, en la medida que todas ellas son necesarias para potenciar los recursos locales.

Estas racionalidades deben llegar a una concertación, que supone el mantenimiento de las diferencias a partir de la elaboración de consensos. En este punto, Poggiese propone otro enfoque; si el "acuerdo" es construido en escenarios de trabajo vinculante habrá un conocimiento elaborado colectivamente, una visión integrada de la complejidad que trascenderá un mero acuerdo. Se da entonces la emergencia de un actor colectivo con una nueva lógica o racionalidad que expresará intereses comunes descubiertos o contruidos (Poggiese, 2000).

Adriana Rofman (2003), no concibe a los procesos de Desarrollo Local como la mera articulación de actores, dando por supuesto que los mismos ya están constituidos como sujetos del desarrollo. En sintonía con esta concepción, me interesa analizar también, el proceso de constitución de actores. Esta autora considera **sujetos del desarrollo** a aquellos actores-agentes que poseen ciertas capacidades que los colocan en una posición apta para ser participantes activos de un proceso de desarrollo local (Rofman, 2003). No se trata de una secuencia desarrollada linealmente, es decir que, los actores primero se constituyen en sujetos del desarrollo y después comienzan a participar de procesos de desarrollo local, sino que los actores pueden convertirse en sujetos del desarrollo a medida participan en el proceso. Para Rofman, un proyecto de desarrollo local no solamente debe promover y consolidar las instancias de articulación de actores sino que también debe proponerse apoyar la constitución de actores-agentes como sujetos del proceso.

Dado que en este estudio se focalizó en un actor local específico, el **Hospital Público**, a éste se lo va a entender como una de las formas que adopta la administración pública, o sea como un “medio para relacionar la actividad del Estado con la sociedad” (Franco y Álvarez, 2007). Así puedo definir al Hospital Público como el medio a través del cual el Estado brinda servicios de salud a la comunidad.

#### **d.- Enfoque metodológico**

Se optó por una investigación de corte cualitativo en la cual se indagó acerca del rol del Hospital Público, en este caso el Hospital Artémides Zatti de Viedma, y la posibilidad que tiene de ser o constituirse en actor protagónico del desarrollo local de la ciudad, como es su integración con la ciudadanía y como es la interacción con el resto de actores y agentes del desarrollo local. Para esto fue necesario estudiar la trama de relaciones y el funcionamiento dado a nivel intrahospitalario.

Por el carácter cualitativo de la investigación se trató de un tipo de estudio comprensivo y transversal, dado el espacio temporal que se abordó que implicó hacer un recorte centrado en el periodo 2011-2013. Sólo se consideró el aspecto longitudinal del estudio para incluir experiencias/instancias de articulación entre actores en un tiempo más amplio al previsto

por esta investigación. También deriva del carácter cualitativo que el diseño fuera de tipo emergente (Vallés, 2000) ya que no fue cerrado sino flexible, para la inclusión de modificaciones a medida se avanzó en el proceso de investigación.

El área de localización de la investigación fue la ciudad de Viedma (Río Negro). La elección del Hospital Zatti como unidad de análisis radicó en que se trata de una institución de gran alcance e incidencia de acción sobre la ciudadanía local y extralocal por estar categorizada con el máximo nivel de complejidad (Nº 6).

Se emplearon dos tipos de fuentes de información:

*Fuentes primarias:* los datos en terreno y los registros se obtuvieron a partir de la realización de entrevistas en profundidad (Taylor y Bogdan, 1998). Por tratarse de encuentros cara a cara, permitieron indagar desde los significados de los actores, sus percepciones, posiciones, capacidades puestas en juego, experiencias e instancias de articulación con otros actores. Se administraron seis entrevistas, entre grupales y focalizadas. Entrevistas grupales se desarrollaron en dos ocasiones, con los equipos de la Unidad de Violencia Familiar y el Área de Adolescencia del Hospital Artémides Zatti; las mismas fueron muy ricas dado que se trata de dos equipos interdisciplinarios y al momento de las entrevistas dejaron bien clara la complementariedad de las capacidades y miradas de cada uno de los profesionales en el trabajo del área. La modalidad focalizada se utilizó para entrevistar a un participante externo de experiencias de articulación con actores hospitalarios y dos trabajadores hospitalarios (uno de ellos con responsabilidad en su sector) que desempeñan funciones en distintas áreas. Los instrumentos utilizados fueron la guía de entrevista y el grabador mp3.

**CUADRO N° 1: Entrevistas grupales. Áreas, participantes y composición.**

ÁREA HOSPITALARIA	N° PARTICIPANTES	COMPOSICIÓN
Unidad de Violencia Familiar	5	Coord. Unidad (psicóloga) Trabajadora Social Psicólogo Agente administrativa Médica Generalista
Área de Adolescencia	5	Coord. Área (psicopedagoga) Agente administrativa Instrumentadora Quirúrgica Técnico Bioquímico Odontólogo

Fuente: elaboración propia.

**CUADRO N°2: Entrevistas focalizadas. Entrevistados según roles.**

N° ENTREVISTA	ROL
1	Coord. Unidad de Sida y ETS
2	Participante externo de instancias de articulación
3	Agente administrativo del Hospital Zatti

Fuente: elaboración propia.

*Fuentes secundarias:* se realizó análisis documental, empleando dos formas:

**Análisis periodístico:** se efectuó un seguimiento periodístico mediante el rastreo de noticias referidas al Hospital Zatti en diarios locales, provinciales y regionales, durante el periodo 2011-2013. A partir de los diferentes artículos periodísticos fue posible identificar acciones realizadas por los actores hospitalarios, tanto dentro como fuera del hospital, casos de articulación con otros actores de la comunidad, y dificultades y problemas vinculados con el funcionamiento de la institución y del Consejo Local de Salud (Anexo 1).

**Análisis de documentos y registros en bruto generados para otros tipos de estudios:** se trabajó con informes producidos por áreas hospitalarias, boletines, folletos y publicaciones.

También se analizó leyes y normativas que regulan los distintos ámbitos sujetos al estudio. Entre los mismos se encuentran:

- ✓ Ley Provincial 2570/1992 de Reformulación Administrativa del Subsector Público de la Salud.
- ✓ Boletín sobre VIH/SIDA e ITS en Viedma, Río Negro. 2012. Elaborado por la Unidad de SIDA y ETS “El Galpón” del Hospital Artémides Zatti de la ciudad de Viedma.
- ✓ Documento “Adolescencia Hospital Zatti. Viedma, Río Negro. 2004-2013”. Elaborado por la Unidad de Adolescencia del Hospital Artémides Zatti de la ciudad de Viedma.
- ✓ Crece desde el Pié. Informe de entrevista colectiva correspondiente a un trabajo de investigación, elaborado por Cristina Cabral (23/12/2008).
- ✓ Unidad de Prevención y Atención de la Violencia Familiar. Documento elaborado por Marina Lini (16/12/2011).
- ✓ Resolución 2308/2013 del Ministerio de Educación y Derechos Humanos de la Provincia de Río Negro. “Declaración de Interés Educativo del II Encuentro de Pequeños Grandes Músicos”, organizado por el espacio de intervención comunitaria Sonoridad Andina, dependiente de la Unidad de Adolescencia del Hospital Artémides Zatti y del Programa E.C.O.S Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Río Negro.
- ✓ Ley Provincial N° 3487 de aprobación del Estatuto General y Básico para el Personal de la Administración Pública de la Provincia de Río Negro.
- ✓ Ley Provincial 3143/97 de creación del Programa de Formación de Agentes Sanitarios –ProFAS-.

Dada la temática de investigación que se escogió, se optó por una muestra de tipo no probabilística y significativa para la selección de las unidades de información, entre ellas se consideraron:

Trabajadores hospitalarios de la Unidad de Sida y ETS “El Galpón, la Unidad de Violencia Familiar y el Área de Adolescencia: el criterio de selección de estas tres áreas (constituidas como actores intrahospitalarios) tuvo que ver con que del seguimiento periodístico surge

que son las más proclives a desarrollar actividades en la comunidad y a articularse con demás actores locales. No solo se tomó en cuenta la cantidad de casos de articulación que desplegaron sino también se analizó la calidad y el contenido.

Participante externo de experiencias de articulación: se seleccionó por su doble carácter de participante de la comunidad en actividades desarrolladas por “El Galpón” y por ser un profesional que por cuestiones estrictamente laborales (técnico en el Ministerio de Desarrollo Social primero y de la Secretaría de Derechos Humanos después) ha tenido que abordar situaciones en forma coordinada con diversos servicios hospitalarios.

Trabajador hospitalario: se seleccionó un agente administrativo que ha cumplido funciones en varias áreas del hospital para que brinde su percepción general del funcionamiento de la institución, la concepción del papel que tiene el Hospital en la comunidad, como percibe el comportamiento de los distintos actores intrahospitalarios y como entiende la dinámica de las relaciones que se dan al interior.

El proceso de análisis se desarrolló simultáneamente: la obtención, análisis e interpretación de datos se realizaron en forma conjunta y se materializaron en informes escritos parciales.

El acceso al campo fue factible por mi conocimiento del ámbito hospitalario. En esta institución me desempeñé laboralmente durante cinco años, lo que me permitió establecer contactos y conocer de antemano a los actores que en el transcurso de la investigación se tornaban importantes. Para pautar las entrevistas realicé previamente un encuentro informal donde puse en conocimiento de mi estudio y acordé la modalidad y la fecha. Todas las personas que entrevisté mostraron excelente predisposición, lo que facilitó enormemente la etapa de recolección de datos. Además en algunos casos aportaron documentación, informes, folletos y boletines referidos al trabajo de sus respectivas áreas.

Sin dudas, el hecho de conocer a los actores y haberme relacionado con ellos en otros ámbitos fue determinante para garantizar no solo el acceso sino también la permanencia en el campo. Sin pretender desarrollar exhaustivamente el concepto de reflexividad, es necesario decir que estuvo siempre presente en la investigación. Partiendo del enfoque de Guber como referencia, Bertoldi, Bolletta y Mingardi Minetti (2006) señalan que la misma es una herramienta válida para “analizar y controlar los sesgos del investigador en la

práctica científica, considerando que este es el principal instrumento del trabajo de campo”; en el caso de esta investigación fue una categoría que me sirvió para objetivar la vinculación cercana que tenía con los actores sociales investigados, un trabajo de desinvolucramiento e instancia, propuesta en varias ocasiones desde la dirección de la tesis, para volver a pensar mi intervención como investigador, cuidando la incidencia en la producción de conocimiento.

A medida se obtenían los datos y la información se iban codificando. El proceso de codificación se realizó en función de los ejes de análisis preestablecidos por el estudio y derivados del enfoque teórico; la sistematización se hizo mediante la elaboración de escritos que posteriormente se integraban en informes parciales. Finalmente, se redactó y dio forma a este informe final.

## **Capítulo 2: Hospital Público y Consejo Local de Salud: sus contribuciones y/o limitaciones para constituirse en un factor de desarrollo local.**

### **a.- Hospital Zatti: organización y funcionamiento.**

El Hospital Artémides Zatti se encuentra en la ciudad de Viedma, capital de la Provincia de Río Negro. Depende de una estructura burocrática superior, el Ministerio de Salud, y por su ubicación y por la densidad poblacional del área es uno de los hospitales públicos de mayor complejidad de la Provincia<sup>7</sup>. Por esto no solamente recepciona pacientes locales sino también los derivados de otras localidades de la región, ubicadas en el Valle Inferior (General Conesa y Guardia Mitre), Zona Atlántica (San Antonio Oeste, Las Grutas y Sierra Grande) y Línea Sur (Valcheta, Ministro Ramos Mexía y Sierra Colorada).

Dada estas características, su clasificación fluctúa entre ser un ‘actor estrictamente local’, cuyo marco de acción se encuadra dentro del sistema de acción local y cuya posibilidad de reproducción y continuidad dependen de las condiciones locales, y un ‘actor parcialmente local’, el cual su sistema de acción trasciende el espacio viedmense y la posibilidad de reproducción no depende exclusivamente de lo local (Alonso, 2004).

El conocimiento de la institución, las entrevistas y el diálogo con diversos informantes permitieron visualizar el funcionamiento y reconstruir la organización. Resultó infructuoso acceder a una copia del organigrama, dado que al momento de la solicitud no había copia en existencia; esto de ninguna manera se relaciona con que no hubiera voluntad de los agentes en suministrarlo sino con una práctica que no es novedosa y está naturalizada en el ámbito de la administración pública. El organigrama es un reflejo de la configuración de las relaciones de poder al interior de la organización, de acuerdo a los espacios y posiciones que ocupan los diversos actores. En el caso del Hospital Zatti no es casual que las Unidades de SIDA Y ETS “El Galpón”, Violencia Familiar y Adolescencia no estén incluidas en el mismo ya que hacerlo implicaría, como veremos más adelante, un doble reconocimiento

---

<sup>7</sup> Posee la clasificación de complejidad 6, junto a los hospitales de Cipolletti, General Roca y San Carlos de Bariloche.

que abarca el plano material (tres actores que han acumulado capital social, con un relativo peso específico) y el plano simbólico (representan un modelo opuesto al modelo médico tradicional). Conscientes de esto, desde estas Unidades disputan el reconocimiento formal y emplean diferentes estrategias, una de ellas es el armado de organigramas en documentos propios donde se incluyen en la estructura organizativa hospitalaria.

El funcionamiento del Hospital Zatti puede resumirse de la siguiente manera:

Parte de una Dirección de la cual dependen diferentes Departamentos, Servicios y Áreas.

El Departamento de Actividades Programadas para el Área (D.A.P.A) tiene a su cargo los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS o Centros de Salud) y los servicios de Nutrición, Odontología, Vacunatorio, Rehabilitación y Servicio Social. Es significativo el rol de los Centros de Salud, los cuales pueden definirse como la extensión del hospital en el barrio. El trabajo desarrollado es sumamente relevante por el contacto con la realidad social de los barrios populares de la ciudad; allí desempeñan funciones enfermeros y enfermeras, personal administrativo, médicos y agentes sanitarios<sup>8</sup>. Estos últimos realizan un trabajo neurálgico en lo que respecta a la prevención y detección de problemas sanitarios en el contexto barrial ya que se encargan de recorrerlo y entablar relación cara a cara con la gente en su ámbito de vida cotidiana.

El Departamento de Atención Médica (D.A.M) es la instancia jerárquica que tiene bajo su ala el Servicio de Admisión, los diversos Servicios Médicos<sup>9</sup>, los Servicios de Internación (Materno, Cuidados Progresivos, Terapia Intensiva y Neonatología), Cuidados Paliativos, Quirófano y Guardia de Emergencia. A la importancia de los Servicios Médicos y de Internación debe sumarse la del Servicio de Admisión, estratégico en lo relativo a la atención al público dado que es el primer contacto que tiene el paciente con el hospital; este servicio está compuesto por los sectores de Mesa de Entrada y Archivo y se encarga de la atención al público en la Guardia de Emergencia, Consultorios Externos y los sectores de Internación.

---

<sup>8</sup> Del Hospital Zatti dependen once Centros de Salud, nueve de ellos distribuidos en barrios del ejido urbano viedmense (Guido, 20 de Junio, San Martín, IPPV, Mi Bandera, Parque Independencia, Santa Clara, Sargento Cabral y Zatti), uno en el Balneario El Cóndor y el restante en la Comisión de Fomento de San Javier.

<sup>9</sup> Dichos servicios son: Clínica Médica, Urología, Ginecología, Salud Mental, Pediatría, Gastroenterología, Traumatología, Nefrología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, Neurocirugía, Oncología, Cardiología, Cirugía, Flebología y Neurología.

Por su parte, el Área de Administración tiene a su cargo al personal del Fondo de Obras Sociales (FOS), Lavadero, Esterilización, Despacho, Tesorería, Compras, Cocina, Depósito, Mantenimiento, Porteros y Servicios Generales, mientras que Servicios Técnicos Auxiliares (S.T.A) administra y dirige las Áreas de Informática, Estadísticas, Rayos, Laboratorio y Farmacia.

## **b.- Consejo Local de Salud (CLS)**

### **b.1. Marco normativo**

En 1992 se sancionó la ley provincial 2570 de Reformulación Administrativa del Sub Sector público de Salud. Los ejes de esta nueva estructuración son la descentralización y la participación de diferentes actores de la comunidad en materia de salud. Con esta ley se organiza al subsector de salud en tres niveles: Consejo Local de Salud, Consejo Zonal de Salud y Consejo Provincial de Salud Pública.

La composición del CLS es la siguiente:

- ✓ Director del Área Programa en carácter de Presidente (Director del hospital local).
- ✓ Un asesor técnico-administrativo del hospital local.
- ✓ Dos representantes de la municipalidad (uno por el Poder ejecutivo y otro por el Consejo Deliberante).
- ✓ Un representante de los vecinos elegido por las Juntas Vecinales de la localidad.
- ✓ Un representante de los trabajadores de la salud de esa Área Programa.

El Consejo dicta su propio reglamento interno que debe ser aprobado por el Consejo Zonal de Salud, el mecanismo de decisión es a simple mayoría de votos, en caso de empate decide el Presidente.

La Ley 2570 establece para el CLS las funciones de<sup>10</sup>:

- a) *Supervisar y evaluar las acciones de salud desarrolladas en el Área Programa correspondiente y disponer sobre los responsables de su ejecución las modificaciones que fueran necesarias.*
- b) *Garantizar las políticas y aplicar las normativas emanadas del Consejo Zonal de Salud y del Consejo Provincial de Salud Pública.*

---

<sup>10</sup> Se transcriben textualmente.

- c) *Elaborar el proyecto de programación de actividades para el Área Programa, elevarlo al Consejo Zonal de Salud y supervisar y evaluar su ejecución una vez aprobado.*
- d) *Elaborar el proyecto de presupuesto anual para el área Programa y elevarlo al Consejo Zonal correspondiente.*
- e) *Supervisar y controlar la gestión técnico administrativa del hospital, definiendo las modificaciones necesarias en lo referente a equipamiento, infraestructura, recursos humanos y financieros.*
- f) *Asumir la responsabilidad patrimonial de los bienes bajo su jurisdicción administrativa y organizar un registro patrimonial en el que constará en forma analítica y actualizada el detalle de los bienes asignados a la respectiva jurisdicción y los movimientos que se produzcan.*
- g) *Administrar los fondos destinados al Área Programa y los recaudados por el propio hospital en función de la programación realizada y con arreglo a lo establecido en los artículos 18 y 19 de la presente, sujeto a posterior auditoría por parte del Consejo Zonal o el Consejo Provincial.*
- h) *Establecer convenios con Obras Sociales u otras instituciones para la atención de personas con cobertura, según la modalidad prestacional que se acuerde entre las partes, ad referendum del Consejo Provincial de Salud Pública.*
- i) *Establecer convenios con prestadores privados o de la seguridad social con objeto de utilizar la capacidad instalada disponible en el hospital a fin de lograr su máximo aprovechamiento, recaudando los fondos y/o recibiendo las contraprestaciones que resulten más convenientes a las necesidades de la institución, ad referendum del Consejo Provincial de Salud Pública.*
- j) *Asegurar la atención gratuita y oportuna a las personas sin cobertura de la seguridad social ni medios para afrontar el costo de las prestaciones en forma acorde a los principios establecidos en artículo 1 de la presente.*
- k) *Brindar el respaldo necesario al reforzamiento de los niveles técnicos de la conducción del Área Programa en lo atinente a la capacitación y al desarrollo de las actividades pertinentes en los mismos.*
- l) *Intervenir, en forma debidamente justificada y con el voto favorable de los dos tercios (2/3) de sus miembros, los departamentos, divisiones o unidades cuyo funcionamiento no responda a las directivas o lineamientos de acción establecidos.*
- m) *Evaluar y recomendar la iniciación de sumario administrativo sobre el personal, en consideración a la gravedad de la falta anteponiendo a toda otra consideración la necesidad de sostener y jerarquizar el servicio público.*
- n) *Establecer con instituciones o prestadores los convenios de complementación técnica, asistencial, educativa, de gestión administrativa o investigación que juzgue necesarios a fin de proveer a la mejor atención de la salud en el Área y en el cumplimiento delo establecido en el inciso k) del presente artículo.*
- o) *Determinar en forma continua las demandas y necesidades locales respecto a salud; definir los grupos comunitarios, en riesgo, establecer las acciones prioritarias, sus requerimientos presupuestarios y de otros recursos y la modalidad de ejecución de las mismas.*
- p) *Establecer su propio Reglamento Interno, el que deberá ser elevado al Consejo Zonal correspondiente para su aprobación.*
- q) *Solicitar a la institución correspondiente la remoción de alguno de los miembros comprendidos en los incisos b), c) y e) del artículo 4º de la presente ley, con la debida fundamentación y el voto favorable de los dos tercios (2/3) de los integrantes.*

De acuerdo a las funciones y responsabilidades, el Consejo Local de Salud (CLS) se erige en el órgano máximo de salud en la localidad, lo que determina que el hospital general deba

ajustar sus acciones y actividades a las decisiones que sean tomadas en este ámbito; también deberá coordinar acciones con otros sectores como el privado y las obras sociales.

Su competencia abarca lo atinente a las acciones y políticas de salud, la gestión técnico-administrativa hospitalaria, la gestión de recursos humanos y el fortalecimiento institucional.

Queda a cargo de la planificación, diseño e implementación de políticas de salud para el Área Programa bajo su jurisdicción, lo que conlleva que también deba monitorear y supervisar durante el momento de la ejecución de las políticas y evaluar el impacto.

La función de planificador deriva en que sea también el que proyecte el presupuesto, ya que en el momento de la planificación se plasman los objetivos a alcanzar; una vez definidos estos se esbozan las actividades y acciones necesarias para cumplir con los mismos y por lo tanto cada una de ellas debe exponerse con la estimación de recursos necesarios que demanda.

Como veremos a continuación, lo expresado normativamente cobra otro sentido en la realidad según los actores y sus intereses, quedando supeditada la praxis a distintas mediaciones.

## **b.2. La experiencia del Consejo Local de Salud. Análisis de su surgimiento y trayectoria.**

Para comprender el papel y el funcionamiento del CLS en el periodo que abarca mi investigación (2011-2013) necesariamente debemos remontarnos al análisis de su surgimiento y la trayectoria del funcionamiento en los años anteriores.

Desde 1983 con el retorno de la democracia asistimos a un nuevo contexto resultado de dos procesos; por un lado la *reformulación de la teoría democrática* consistente en la necesidad de profundizar cambios en la concepción del sistema democrático, lo cual llevó a una resignificación del concepto de ciudadanía.

La participación ciudadana adquiere un papel central para la materialización de la democracia. Cuando hablamos de ciudadanía nos referimos a tres dimensiones: la civil

relacionada a la protección de los derechos y garantías individuales, la política vinculada a los derechos participativos, y la social que refiere a las condiciones para la reproducción de la vida.

Se pretende un sujeto activo en cuanto a la participación, la cual debe trascender la instancia electoral y efectivizarse en diferentes ámbitos que aborden desde las cuestiones cotidianas a los lineamientos más generales. El principio de condición para la participación de un sujeto es que las tres dimensiones de la ciudadanía puedan cumplirse y articularse porque generará así una situación de autonomía propicia para la actividad participativa<sup>11</sup>.

El otro proceso tiene que ver con los *procesos de descentralización* que empiezan a colocar al nivel local como el principal espacio para la generación de políticas fundamentado esto como una profundización de la democracia misma, por el contacto directo con el medio, y por la optimización de los recursos presupuestarios y administrativos.

Sin embargo, en Río Negro, la estrategia descentralizadora no resultó algo nuevo dado que institucionalmente estaba contemplada desde la provincialización de este territorio nacional; en materia de salud, por ejemplo, en 1959 se constituyó el Consejo Provincial de Salud que se estructuró como el organismo responsable de las decisiones de política del sector.

Torres y Cuervo (2010) definen a los Consejos Locales como “herramientas institucionales destinadas a ampliar la participación social, sobre un determinado tema de interés público, en un ámbito descentralizado de gestión”. En la práctica deberían ser ámbitos que reúnan en torno a una temática a los actores (en sus tres variantes: necesarios, interesados, e involucrados) vinculados al tema para que, en base a la interacción y el intercambio, dicho espacio pueda ser fuente de análisis situacional, planificación participativa, implementación de políticas y gestión asociada.

También son espacios propicios para la rendición de cuentas de parte de los funcionarios del Estado hacia la ciudadanía o sea espacios de control social, lo que se entiende como accountability social (Peruzzotti y Smulovitz, 2001).

---

<sup>11</sup> Esta idea es tomada del texto de Anselmo Torres y Roberto Cuervo que citan a Guillermo O'Donnell.

En palabras de Anselmo Torres (2005):

(...) los Consejos Locales de Salud fueron pensados para aumentar el control de las decisiones y el uso de métodos más efectivos en la planificación y gestión en función de las necesidades de las comunidades, estos Consejos son quienes se encargan de coordinar las relaciones entre los productores de los servicios de salud (Hospital y Centros Periféricos) y los miembros de la comunidad.

(...) lo que buscan definir es un modelo de servicios de salud que apunte a un hospital gestionado localmente, con participación de los usuarios en la conducción, y capacidad de decisión local en los temas de programación y gestión, incluyendo la administración de personal.

El Consejo Local de Salud es un dispositivo institucional que funcionando correctamente puede ser fuente de planificación y gestión participativa y de control de los funcionarios y burócratas públicos, sin embargo – como intentaré demostrar con el presente desarrollo en base a las investigaciones precedentes - desde su origen hasta la actualidad ha sido un espacio donde la participación de la comunidad es restringida, limitada a la mera transmisión de inquietudes hacia los actores estatales, que predominan en número y son los que deciden la acción u omisión, de acuerdo a sus intereses, percepciones, y recursos de poder.

El desarrollo ha sido muy similar a lo largo de los años. En una primera investigación sobre el tema, Bertoldi y Gomiz Gomiz (1999) caracterizaron los distintos actores que se estructuraron en torno al CLS y su área de intervención. Es así que identifican como agentes institucionales políticos (AIP) a los integrantes de este ámbito institucional; como agentes institucionales técnicos (AIT) a aquellos que conformaban los equipos de trabajo en el hospital y los centros de salud; y en tercer lugar a la comunidad (Bertoldi y Gomiz Gomiz, 1999).

Ya en esa primera etapa de funcionamiento del CLS (años 90') prefiguraban los contenidos y el alcance que tendría en etapas posteriores. Los AIP “de adentro”<sup>12</sup> (representantes del

---

<sup>12</sup> Estos autores distinguen entre los agentes institucionales políticos dos tipos, de acuerdo a la caracterización que proponen unos de otros. Así emergen “los de adentro”, aquellos que representaban la oferta, y “los de afuera”, integrados por los que representaban la demanda. El Director del Hospital y el asesor técnico-administrativo conformaban “los de adentro” y los representantes del municipio (ejecutivo y legislativo) y el representante de las juntas vecinales (comunidad) “los de afuera”. Singular era el papel del representante de los trabajadores hospitalarios cuya posición en el sistema hacía que se preocupara por la producción de los servicios de salud, lo que lo acercaba a “los de afuera”, pero por otro lado jugaba su relación de dependencia

sistema de salud) hegemonizaron la dirección desdibujando el papel del CLS y centrando toda la capacidad decisoria en el Hospital. Los centros de salud quedaban marginados de la atención y, a las necesidades de la comunidad que eran canalizadas por esta unidad productora de servicios, el CLS las derivaba a las juntas vecinales o el municipio.

En el mismo sentido, pero centrado en la investigación de otra etapa del CLS (mediados de los años 2000), se esgrime la tesis de “la cooptación burocrática de estos nuevos espacios de gestión participativa” (Torres, 2005). Es decir, se subestimó a la burocracia sin tener en cuenta que además de ser una forma de organización también es una forma de dominación<sup>13</sup>.

Dicha hipótesis surge de la visualización de distintas estrategias desplegadas por el Director del Hospital (en su carácter de Presidente del CLS) y de los demás actores burocráticos para detentar el control de las decisiones (Torres, 2005). Entre las mismas menciona:

- ✓ La no existencia de reglamentación interna para encuadrar el funcionamiento del Consejo. No se fijaba un temario a tratar y la periodicidad de las reuniones (más allá de las establecidas normativamente por la ley).
- ✓ La asimetría en la relación de poder entre los distintos actores que componen el CLS. Lo que se observó es que no es el conocimiento el aspecto más importante de la desigual distribución del poder, sino que incide determinantemente el volumen de información manejado por los representantes burocráticos y el tiempo que disponen para dedicarle a la actividad, dado que para los representantes hospitalarios, e incluso para los representantes políticos del nivel municipal (ejecutivo y legislativo), las reuniones se desarrollan durante su horario de trabajo mientras que el representante de la comunidad debe ausentarse del mismo para asistir. Por lo tanto, para los representantes intrahospitalarios y los representantes políticos del poder ejecutivo y legislativo municipal habrá retribución económica, ya que el trabajo realizado en el CLS se enmarca en sus funciones cotidianas, y para el representante comunitario no.

---

de la estructura de salud, por lo cual ahí se acercaba a los de adentro; los investigadores identificaron que sus posturas oscilaban entre el acatamiento y el enfrentamiento con los distintos bloques en tensión.

<sup>13</sup> El autor remite a Max Weber, quien identifica a la burocrática como un tipo de dominación junto con la dominación tradicional y la dominación carismática.

- ✓ Otro punto es el grado de representatividad del CLS. La mayoría de los integrantes pertenecen al Estado, la comunidad se encuentra representada por un solo integrante que surge de un acuerdo entre las diferentes Juntas Vecinales de la ciudad<sup>14</sup>, lo que pone en desventaja, desde lo cuantitativo, la representación comunitaria. Al acotarse la representación social, los sujetos de derecho que encuentran deficiente el servicio prestado por el hospital y los centros periféricos canalizan la demanda a través de otras vías, como pueden ser reclamar directamente en el Ministerio de Salud o recurrir a los medios de comunicación.
- ✓ La elección del espacio físico donde se realizan las reuniones también formó parte de la estrategia de cooptación burocrática y de control de las decisiones. No es ingenuo que las reuniones se realizaran en el hospital. Esto operó como elemento de presión sobre los integrantes no hospitalarios del CLS, los cuales debían formular, en ciertas ocasiones, críticas acerca del funcionamiento y las tareas desarrolladas en el nosocomio. También observó que se generaban permanentes interrupciones que paraban y desvirtuaban el debate.
- ✓ Se identificó un claro manejo y dominio del debate por parte del director del hospital, en su rol de presidente del Consejo, en cuanto a la discrecionalidad en la inclusión de los temas abordados y al manejo de la información, debido a que cuenta en el lugar con todo su equipo técnico. En una entrevista realizada a este actor, el mismo manifestó emplear distintas estrategias de negociación que le permitieran tener el apoyo de quienes en su consideración eran los actores claves (representante de las juntas vecinales); entre ellas menciona mantener reuniones previas para acordar sobre ciertos temas, atendiendo demandas en forma individual y particularizada. Esto evitaba la deliberación y la toma de decisiones en el interior del Consejo.
- ✓ Los temas que se abordaban en el CLS independientemente de la propuesta del presidente no eran iniciativa de los otros miembros sino que habían sido

---

<sup>14</sup> Los Barrios que tienen conformada Junta Vecinal son los siguientes: Santa Clara, Balneario El Cándor, Lavalle, Mi Bandera, Sargento Cabral, 30 de Marzo, Parque Independencia, Ceferino, Zatti, Las Flores, Jardín, Los Fresnos, Guido, Inalauquen, Belgrano, Fátima, Mitre, Don Bosco, 915 Viviendas, Castello, Currú Leuvú, San Roque y San Martín.

problematizados previamente por la comunidad a través de los medios de comunicación.

- ✓ Los mismos integrantes del CLS reconocían que los temas les venían impuestos desde los órganos políticos y burocráticos.

En suma, muchas de estas estrategias de cooptación burocrática fueron visualizadas por la investigación que estudió los primeros años de funcionamiento del CLS. Las mismas se consolidaron con el devenir de los años y fueron complementadas por otras que son propias de otro contexto temporal.

Al analizar el funcionamiento del CLS en el periodo que abarca mi investigación (2011-2013) se observa que estas estrategias, como así también las prácticas y la dinámica de las relaciones de poder entre los actores persistieron aunque se expresaron con matices diferenciados.

### **b.3. Consejo Local de Salud. Periodo 2011-2013.**

En el periodo 2011-2013 pueden diferenciarse dos momentos del CLS. Situándolos temporalmente, uno comprende todo el año 2011 y el otro nuclea los años 2012 y 2013. Si bien el papel y la incidencia del CLS fue irrelevante en todo el periodo, en 2011 sesionó en algunas pocas ocasiones. Posteriormente al triunfo del Frente para la Victoria (Peronismo y Frente Grande) sobre la Alianza Concertación para el Desarrollo (Radicalismo y partidos aliados) en las elecciones provinciales de septiembre de 2011, que implicó el cambio de autoridades en la provincia y por decantación en el Hospital Zatti, se abrió un momento de marcada inactividad.

El análisis de los distintos sucesos y situaciones en torno al Hospital Zatti y el CLS en 2011-2013 se realizó utilizando fuentes documentales basadas en artículos periodísticos que permitieron reconstruir como fue la dinámica de esos años. El empleo de este tipo de fuente de información obliga a esbozar un panorama, aunque sea general, del abordaje de los diarios locales y su línea editorial, asumiendo que los medios de comunicación no son actores neutrales que se limitan solo a observar y relatar los acontecimientos, sino que son portadores de intereses, posiciones e ideología que les otorgan diferentes improntas, sentidos e interpretaciones. Como dice Rosa María Alfaro (1993)

Los medios hacen parte de la vida cotidiana de las personas involucrando diversos aspectos (afectivo, conocimiento, estético, social) por lo que se convierten en mediadores y el sujeto legítima social y políticamente lo que sale por ellos... son de importancia social ya que se construyen espacios y legitiman agendas políticas formando opinión pública y definiendo procesos culturales.

A grandes rasgos se observa que los diarios locales y regionales no tienen una línea editorial marcada sino que oscila en función de la coyuntura, donde juegan aspectos tales como la relación que puedan articular con el gobierno provincial y municipal y la pauta oficial (publicidad) que estos les asignen. En una comarca (Viedma y Patagones) donde no existen grandes empresas privadas, el Estado se torna en un canal fundamental para garantizar el financiamiento de un conjunto de medios gráficos y digitales. La excepción a la regla, solo parcial y en algunos aspectos, es el diario Noticias de la Costa.

Noticias de la Costa es el diario de Viedma de mayor tirada. Es propiedad de un ex gobernador radical (en lo formal figura su esposa como dueña) por lo que su línea siempre se vinculó a las posiciones de distintos espacios internos enmarcados dentro de ese partido político. Respecto del abordaje de las noticias vinculadas al Hospital Zatti, el análisis muestra que en 2011 (año en que gobernaba el radicalismo en la Provincia y además electoral) el tratamiento era moderado, ponía en superficie las deficiencias del sistema de salud pero no las magnificaba. Después de las elecciones que implicaron el cambio de gobierno (2012-2013), el tratamiento dejó de ser indulgente y se pusieron de manifiesto muchas de las problemáticas atravesadas por el sector.

Por su parte, el tratamiento realizado por los medios gráficos y digitales de menor escala (diarios Al Día y La Palabra entre otros) evidencia un análisis más objetivo de los acontecimientos, que expone cuestiones positivas y negativas del sistema de salud. Esta tendencia persistió durante todo el periodo 2011-2013 y no tiene que ver con una independencia de criterios sino con que sectores políticos se relacionaban por entonces.

Ya introduciéndome en el análisis del periodo, en términos generales, el año 2011 no mostró un CLS operativo, el análisis documental realizado da prueba de ello.

Para el mes de julio de ese año solamente se había reunido en cuatro oportunidades, de acuerdo a lo manifestado por una de las representantes – del poder legislativo municipal -:

*Este año 2011, nos hemos reunido por el Consejo Local de Salud 4 veces de las cuales pude asistir a 3 de éstas, para dichas reuniones esta gestión (o sea el director quien preside dicho consejo y es quien llama a las reuniones) decidió enviar las notas al Consejo Deliberante (anotadas en mesa de entrada) con el día y horario correspondiente de cada encuentro (por lo general el primer miércoles de cada mes). De las últimas 2 reuniones nunca recibí ninguna nota o llamado, por ende, daba por entendido que no había reunión. Por el tema de las "cenizas" solo se llamó al concejal Luis Nievas, entiendo que por su condición de profesional de la salud, porque tampoco me llamaron a esa reunión de la cual me enteré con el informe de comisiones en la última sesión... espero se aclare el tema y busquemos otras vías de comunicación, o se siga aplicando la que ya estaba desde el principio para los próximos encuentros<sup>15</sup>*

Esto que se transcribe textualmente es un derecho a réplica que surge de una nota publicada unos días antes, que da cuenta de lo esporádico de las reuniones. En esa nota otro integrante del CLS afirma "*Desconozco las razones por las cuales esta mañana no se hizo la reunión; solo me informaron que no había quórum*"<sup>16</sup>. También expresó que hasta ese momento se habían reunido en tres ocasiones y en todas se abordaron temas vinculados expresamente al Hospital, a excepción de un encuentro en el que se dio tratamiento al tema de la presencia de cenizas volcánicas en el aire.

Estas dos notas del Diario La Palabra permiten identificar algunas de las estrategias de cooptación burocrática descritas por Anselmo Torres. En primer lugar denotan la inexistencia de reglamentación interna, ya que no quedan claros los medios de comunicación y coordinación para la convocatoria de reuniones y para el funcionamiento del Consejo. Asimismo da la pauta que en 2011 continuaba siendo el Hospital Zatti el espacio donde se reunía: "*Sin embargo, en el hospital local-donde se desarrollan esas deliberaciones-le comunicaron al edil que no había quórum*" (Diario La Palabra, 07/07/2011).

También permite visibilizar que la inclusión de temas a tratar corre por cuenta de los representantes hospitalarios y que los representantes extrahospitalarios no tienen injerencia en la selección de la agenda. Como sostiene Torres (2005), las cuestiones ligadas al hospital seguían dominando la agenda y no había lugar a incorporar cuestiones vinculadas a la planificación, formulación e implementación de proyectos y políticas.

---

<sup>15</sup> Derecho a réplica de la concejal Agustina Kehler, publicado por Diario La Palabra el 07/07/11. Fuente: diario digital La Palabra/www.diariolapalabra.com.ar.

<sup>16</sup> Se extrae de una nota publicada por el diario la Palabra el 06/07/2011. Fuente: diario digital "La Palabra"/www.diariolapalabra.com.ar.

La estrategia de atender demandas en forma particularizada, por fuera del CLS, también se visualiza en dos notas publicadas ese año (Diario Noticias de la Costa, 11/05/2011 y Diario la Palabra, 14/07/2011). La primera tiene que ver con una serie de temas entre los que se cuentan la situación generada en el Balneario El Cóndor, donde los vecinos habían manifestado preocupación por la partida de la médica<sup>17</sup>. El director manifestó que *“la doctora Emilce Portugal se queda en su puesto. Si bien tuvo en un momento dado la intención de irse por cuestiones personales, el tema fue superado y hoy en día está descartado que la doctora se vaya de El Cóndor”*. Otra de las cuestiones abordada se vincula con obras de construcción y mejoramiento de centros de salud: *“Recuperamos el Centro de Salud (se refiere al de El Cóndor), mejoramos los que se había destruido, pero sigue pendiente la ampliación de la sala”*; luego de reconocer que la obra estaba aprobada por la Ministra de Salud continuó diciendo que *“está a la espera, al igual que la construcción del Centro de Salud del Loteo Silva y la ampliación del Barrio Lavalle, no tenemos conocimiento de la fecha de inicio”* (Diario Noticias de la Costa, 11/05/2011).

La otra nota hace alusión a un acuerdo entre el director e integrantes de la junta vecinal del Barrio Zatti. Ese acuerdo surge de una serie de reclamos efectuados por vecinos del barrio respecto del funcionamiento del centro de salud. Los referentes barriales y vecinos vehiculizaron la demanda haciéndola visible en los medios de comunicación, para posteriormente pasar a una fase de negociación entre los dirigentes vecinales y el director. En ningún momento tuvieron en cuenta la posibilidad de canalizar la necesidad a través del Consejo, lo que da respaldo empírico a lo mencionado por Torres cuando describe estrategias que adoptan los sujetos de derechos con demandas insatisfechas en salud para que las mismas recobren visibilidad.

Los dirigentes vecinales obtuvieron el compromiso de parte del director de incorporar un médico generalista, un médico pediatra y auxiliares de farmacia para aliviar la tareas del médico. El director del hospital sostuvo: *“fue una reunión que nació de una serie de reclamos, que en el transcurso de ella se transformó en una serie de acuerdos, en una suma de voluntades, tanto de la junta vecinal como del hospital y que no es más ni menos*

---

<sup>17</sup> Fuente: diario Noticias de la Costa/www.noticiasnet.com.ar.

*que redundar en el beneficio de la comunidad, en este caso del barrio*"<sup>18</sup>. En la misma nota se sostiene que el director *"remarcó que su modalidad de gestión hospitalaria reside en el contacto con la gente y en el trabajo conjunto con las juntas vecinales, ya que es la única manera de mejorar y romper las grandes desigualdades sociales"* (Diario La Palabra, 14/07/11). Esto evidencia que desde la dirección del nosocomio no se tenía en cuenta al CLS como ámbito de debate y trabajo conjunto con representantes políticos y comunitarios.

Ratifican esta afirmación otros artículos periodísticos ligados a problemáticas acaecidas en los Centros de Salud (falta de médicos, inexistencia de guardias, problemas de infraestructura, falta de equipamiento, etc.), en lo inherente a la formación, gestión y administración de recursos humanos y lo relativo al sistema de turnos<sup>19</sup>. En ninguna circunstancia se dio tratamiento a estas falencias en el seno del CLS.

El otro momento abarca los años 2012 y 2013; el cambio de gestión gubernamental podría haber significado un punto de inflexión para dar otra impronta al CLS, sin embargo esto no sucedió sino que por el contrario la parálisis se agudizó.

En la institución hospitalaria el Dr. Alberto Lucio reemplazó al Dr. Bufano como director; la Dra. Liliana Fedorco asumió en el DAM y el Dr. Marcelo Cuenya se hizo cargo del DAPA. Por su parte, los representantes en el CLS (tanto hospitalarios como municipales) cumplieron su mandato.

Para el mes de junio de 2012 todavía no se había establecido la nueva conformación, que tenía que surgir del cambio de autoridades, ante lo cual la representante titular del Consejo Deliberante manifestó su preocupación a un medio local. En dicha nota contó que ella y el concejal que oficiaba de representante suplente habían mantenido una reunión hacia un tiempo con el director pero que posteriormente no se había vuelto a comunicar: *"No nos volvieron a llamar. Yo pedí dos veces una nueva reunión, pero no pasa nada"*. *"Es un espacio muy importante. A seis meses de haber asumido la nueva conducción del hospital*

---

<sup>18</sup> Entrevista al Director del Hospital Zatti publicada en el diario digital La Palabra/www.lapalabra.com.ar (14/07/2011).

<sup>19</sup> Entre los artículos periodísticos se pueden enumerar una nota referida a las quejas de los vecinos por el deficitario funcionamiento del Centro de Salud del Barrio Lavalle (Diario Noticias de la Costa, 13/07/11); otra sobre la falta de médicos en el Centro de Salud del Barrio Sargento Cabral (Diario Al Día, 21/07/11). En otra nota el Director refiere sobre diversos cambios en el sistema de turnos y la necesidad de mejorar la distribución de médicos en los periféricos (Diario Noticias de la Costa, 21/11/11).

*ya es tiempo para conformar el Consejo Local*".<sup>20</sup> Adelantó que iban a gestionar, por medio de una nota formal dirigida al director, la urgente puesta en funcionamiento del órgano institucional.

Como respuesta al reclamo, el director concurrió al Consejo Deliberante y se reunió con el presidente del cuerpo y el concejal integrante suplente del CLS. El argumento que esgrimió para justificar la no conformación fue que se estaba aún en proceso de selección y formalización de representantes hospitalarios, aclarando que el nombramiento del representante de los trabajadores se hace mediante elección.<sup>21</sup>

Esta situación permite identificar una estrategia de cooptación burocrática desplegada por el director que aportaría a las identificadas por Torres. Se trata de la dilatación en la conformación del Consejo. Para desarrollar la misma se apoyó en un elemento que le resultó útil: la pérdida de legitimidad del CLS como ámbito de representación y solución de problemas.

La deslegitimación del Consejo es una realidad, y da sustento a esta afirmación el concepto que varios de los actores hospitalarios entrevistados tienen de él. Refiriéndose al CLS en el periodo 2011-2013, en las entrevistas, decían:

...para los trabajadores era importante estar, cuando empezaron a ver que esto era charlatanería o que no se cruzaban las cosas como en el principio se podían llegar a cruzar, con un eje político de la salud en la comunidad, pasaron a ser cosas, chispazos del momento y ni siquiera había gente que se postulaba para ser representantes de los trabajadores en el Consejo Local...

El Consejo Local de Salud no se reúne y creo que no puede reunir a todos los actores, tiene que tener para reunirse la mitad más uno y muchas veces no llegan al quórum (Ent. Coordinadora El Galpón)

Por ahí se reunían más en el Hospital y por ahí se tomaban algunas políticas. Pero no sé hasta donde tenía incidencia...No es visible al común de los Trabajadores Hospitalarios

Nunca hubo información precisa y abierta al común de los agentes. Es algo que siempre está por arriba de nosotros. No tenemos información (Ent. Trabajador Hospitalario)

---

<sup>20</sup> Nota a Nancy Andaloro publicada en el diario digital La Palabra/www.lapalabra.com.ar (16/06/12).

<sup>21</sup> Fuente: Prensa del Consejo Deliberante de la Municipalidad de Viedma. Nota publicada en el diario digital ADN/www.adn.com.ar (28/06/12).

El último Trabajador Hospitalario citado admitió desconocer quién fue el representante de los trabajadores en el CLS durante el periodo y sostuvo que en ningún momento se acercó ningún integrante del Consejo a las distintas Áreas en la que prestó servicio.

El director se apoyó en el escaso nivel de representatividad que los trabajadores hospitalarios y los referentes vecinales le otorgan para dilatar la conformación del cuerpo, así se perdieron varios meses de la gestión entrante. Recién activó cuando la concejal integrante titular del CLS acudió a los medios.

Un ejemplo concreto en donde esta instancia debería convertirse operativa es en la actualización y reestructuración del organigrama hospitalario (anteriormente mencionada), reconociendo a las Unidades de VIH SIDA y ETS “El Galpón”, Violencia Familiar y Adolescencia. Obturada esta posibilidad, los equipos de estas unidades intentan canalizar la necesidad de reconocimiento interpelando a otros actores<sup>22</sup>. Lo contradictorio y paradójico del caso es que las tres Unidades fueron conformadas a partir de la presentación de un proyecto y la posterior resolución del CLS<sup>23</sup>.

Resumiendo, el funcionamiento del periodo 2011-2013 del CLS no se diferenció del andar de años anteriores. La persistente cooptación burocrática ejercida durante años llevó a que pierda legitimidad como ámbito de representación y toma de decisiones.

La sanción de la ley 2570 en el año 1992 tuvo más que ver con cuestiones del contexto histórico y político, donde primaba un clima de ideas que concebía a la descentralización como una de las herramientas que permitiría la reforma del Estado, imprimiendo racionalización en los gastos y ampliación de los canales democráticos, que con un cambio y transformación de las pautas culturales y las prácticas políticas.

Por ley, el CLS es el órgano máximo de salud en la localidad y es el que debe encargarse de la planificación, formulación e implementación de políticas para el sector.

---

<sup>22</sup> El diario digital ADN publicó una nota donde informaba de la reunión mantenida por los responsables de las Unidades de VIH SIDA y ETS “El Galpón”, Adolescencia y Violencia Familiar con los legisladores Pedro Pesatti y Susana Diéguez, ambos del Frente para la Victoria. En la misma, los representantes políticos se comprometieron a dar curso a las acciones pertinentes para que estas Unidades obtengan reconocimiento en el organigrama hospitalario. Fuente: ADN/www.adn.com.ar (13/06/13). En las entrevistas realizadas a los integrantes de estas áreas, manifestaron que el organigrama actual data del año 1986.

<sup>23</sup> La resolución del CLS que da origen a las Unidades de VIH SIDA “El Galpón” y Violencia Familiar data de 1997 y la que crea el Área de Adolescencia de 2004.

En la práctica, a lo largo de su derrotero, no ha sido así. Ante la dificultad de esta instancia de definir las políticas de salud, cada uno de los actores intrahospitalarios despliega sus propias estrategias, las cuales responden a diferentes concepciones, posiciones y enfoques que tienen respecto del campo de intervención.

## **Capítulo 3: Actores intrahospitalarios, sujetos del desarrollo y desarrollo local.**

En éste capítulo presentaré, en primera instancia, a los diferentes actores que son protagonistas del Hospital local.

Luego, pondré especial énfasis en los actores intrahospitalarios que considero sujetos del desarrollo. Para ello presento los casos de articulación efectivizados para luego analizarlos teniendo en cuenta la calidad y el contenido de cada intervención así como el nivel de participación y la capacidad de articulación de sus actores.

Finalmente, presentaré otros casos que, a nuestro entender, si los actores pueden dar continuidad a las tareas iniciadas pueden constituirse en nuevos sujetos de desarrollo para la comunidad de Viedma.

### **a.- Actores intrahospitalarios**

El Hospital Público en Viedma es una institución compuesta por diversas Áreas (Servicios, Departamentos y Unidades) que a su vez están compuestas por distintos actores. Como se trata de actores internos, los llamo “**intrahospitalarios**”.

A los actores intrahospitalarios no los voy a caracterizar basándome exclusivamente en los agrupamientos establecidos en las leyes que regulan a los agentes de salud<sup>24</sup>, sino que lo hago considerando otros criterios, a saber:

- ✓ La función y las tareas: según las leyes que regulan los agrupamientos (1844, 1904 y 3487).
- ✓ La posición detentada en el sistema: el sistema de salud no funciona igualitariamente, hay actores que ostentan mayores recursos de poder que otros. Estos recursos se vinculan con el capital social y simbólico propio de la tarea que

---

<sup>24</sup> Estas leyes provinciales son la 1844, 1904 y 3487, las cuales definen el escalafón provincial general.

desempeñan, la percepción que tiene el resto de los actores respecto de ellos y su propia percepción.

- ✓ Las acciones y/o prácticas desplegadas: tanto en el sistema de salud como en la sociedad, teniendo en cuenta los actores con los que se relacionan y las temáticas de intervención.
- ✓ La filosofía y la modalidad de intervención de las áreas que integran: es decir, con que cosmovisión y contenido impregnan a las distintas estrategias de intervención.
- ✓ La concepción sobre lo social y sobre el rol del Hospital en la sociedad: en términos de compromiso con la sociedad local y del rol del Hospital Zatti en la misma.

Así, identifico **seis tipos de actores** intrahospitalarios:

#### **Actor: Médicos y profesionales afines**

Considerando el Estatuto General y Básico para el Personal de la Administración Pública de la Provincia de Río Negro (Ley N° 3487) se incluye dentro de este tipo de actor a agentes públicos que revisten en el Agrupamiento Profesional y el Sub-agrupamiento Profesional Asistencial:

*El Agrupamiento Profesional* comprende al personal abocado a funciones que exigen para su ejercicio, la posesión de título universitario o estudios superiores, con rango de licenciatura, que respondan a planes de estudio no inferiores a cuatro (4) años.

*El Sub-agrupamiento Profesional Asistencial* comprende al personal que ejerza funciones en establecimientos dependientes del Consejo Provincial de Salud Pública destinadas a la atención integral de salud, por medio de la práctica médica y de profesiones conexas que exijan la posesión de título habilitante universitario de carreras no inferiores a cuatro (4) años de duración y el cumplimiento de normas legales y reglamentarias que rijan los respectivos ejercicios profesionales. (Anexo II, Cap. III, Art. 13)

En el sistema de salud se trata, principalmente, de profesionales médicos y otros afines como bioquímicos, farmacéuticos, obstetras, kinesiólogos, psicólogos, auxiliares, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y nutricionistas, incluidos en el sub-agrupamiento Profesional Asistencial.

Los médicos son el actor colectivo más fuerte en el contexto hospitalario. Presentan un rasgo distintivo: pueden existir diferencias pero tienen una gran capacidad de cohesión que los hace actuar como una verdadera corporación.

El poder que detenta la corporación médica se manifiesta de varias formas; la propia función que ocupan los médicos en el sistema ya los sitúa de por sí en una posición de poder. También son ellos los encargados de ocupar los cargos jerárquicos para la gestión y administración de la institución.

El título profesional implica, para la mayoría, acumulación de capital simbólico, el cual es común al conjunto y deriva en capital social y, algunas veces, también en político.

El capital simbólico<sup>25</sup> otorga un status social que hace que una porción importante se autoperciba como una “élite”. También son concebidos de esta manera por buena parte de la ciudadanía que le otorga un rol y un status superior en el sistema social

Si bien son las modificaciones en las condiciones de salubridad colectiva (agua potable, drenajes, sistemas de limpieza urbanos, etc.) y personal (abaratamiento del jabón y de la vestimenta) y mejoramiento de las condiciones de alimentación los factores que inciden en el descenso de la tasa de mortalidad de las clases subalternas, es sin embargo la atención médica la que aparece ante los conjuntos sociales como el agente fundamental de estas transformaciones. El Modelo Médico se impone no solo a las clases dominantes sino también a los trabajadores urbanos. Estos no solo pasan a ser uno de los principales consumidores, sino que operan como propagandistas de dicho tipo de práctica médica. Para sus principales problemas de salud, los trabajadores urbanos no demandan medicina de tipo “tradicional”, sino la denominada medicina científica. (Menéndez, 2005)

Por estas cuestiones, estos profesionales conciben al resto de los actores del sistema no como compañeros sino como personal de menor jerarquía que debe subordinarse.

### **Actores complementarios de la función médica**

Incluyo básicamente en este tipo de actor a técnicos (en cardiología, radiólogos, etc.) y enfermeros. Los criterios que empleo para definirlos como complementarios de los profesionales médicos se vinculan con lo establecido en el Agrupamiento Técnico y el Agrupamiento Auxiliar Asistencial de la Ley 3487:

El *Agrupamiento Técnico Especializado* comprende al personal que desarrolla funciones propias del ejercicio de especialidades que requieren título técnico terciario o universitario habilitante. (Anexo II, Cap. III, Art. 14)

El *Agrupamiento Auxiliar Asistencial* comprende al personal que cumple funciones de ejecución o supervisión, complementarias o elementales, en establecimientos dependientes del Consejo Provincial de Salud Pública, para las que se requiere

---

<sup>25</sup> Según Bourdieu (1988) es “capital de reconocimiento o de consagración, institucionalizado o no, que los diferentes agentes o instituciones pudieran acumular” (p. 144).

acreditar escolaridad básica obligatoria y título habilitante, expedido por autoridad competente. (Anexo II, Cap. III, Art. 16)

En estos actores, por su permanente interacción con los profesionales médicos, fue posible identificar una posición dual. Algunos de ellos son críticos del papel de la corporación médica y de las relaciones que recrea y otros adhieren al modelo impulsado por estos.

### **Actor: Administrativos**

También este tipo de actor lo defino en relación a lo establecido normativamente, abarcando como *Agrupamiento Administrativo* a aquel que comprende al personal destinado a funciones relacionadas con el apoyo administrativo en general, sean estas principales, complementarias o auxiliares y que requieren posesión de al menos título secundario (Ley 3487, Anexo II, Cap. III, Art. 15)

Este personal es numeroso y se encuentra distribuido por las distintas áreas. Dentro del conjunto de los agentes administrativos se pueden distinguir tres tipos.

Lo que se percibe es un encuentro generacional que implica distintas concepciones, pautas y diferencias en el nivel de calificación.

Los *administrativos de mayor antigüedad* funcionan con la lógica de la administración pública que se corresponde a otro contexto social. Los *agentes administrativos de ingreso reciente* se caracterizan en general por ser más jóvenes, tienen mayor capacitación, determinada por los requisitos actuales de ingreso, y tienen un mejor manejo de la tecnología que los posiciona a la vanguardia en cuanto a la organización del trabajo cotidiano.

Las diferencias en el nivel de capacitación se explican por dos motivos. A partir de la crisis económica atravesada por la Provincia en los años 1995-96 (que se extendió a años posteriores correspondiéndose con el contexto nacional), ante la restricción al ingreso de personal se optó por rotar al existente hacia diferentes servicios. En un momento faltaba personal administrativo y la alternativa fue cambiar de funciones a personas que se venían desempeñando en otras áreas. Así es que se incorporan como administrativos agentes que cumplían funciones en el área de Servicios Generales.

El otro motivo se liga con la inexistencia en el tiempo de una política de recursos humanos; no han existido instancias de capacitación y una política que tienda a valorizar a este personal, integrarlo y hacerlo sentir parte importante de la institución.

Estos dos tipos caracterizaron al personal administrativo hasta el año 2012. Con el cambio de gestión en el gobierno provincial se implementaron modificaciones en la estructura de algunos ministerios. En la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia se le dio de baja al programa Comer en Familia. La implementación de esta política implicó la afectación de mucho recurso humano, tanto administrativos como operadores, que cuando dejó de ejecutarse no mantuvieron el mismo volumen de trabajo que habían tenido hasta entonces. Las autoridades decidieron reforzar con este personal sobrante distintas áreas de la administración pública en las cuales faltaba recurso humano, así llegan al Hospital Zatti un nuevo grupo de agentes que pasan a desempeñarse como administrativos. En mayor número provenían del ex Ministerio de Familia (Desarrollo Social) pero también llegaron del Ministerio de Gobierno y de Salud.

En la entrevista mantenida con un trabajador hospitalario identificó a estos agentes como otro tipo de personal administrativo

Con el cambio de gobierno se dio la llegada de personal al Hospital. Venían de otros organismos y a algunos de ellos les costó adaptarse al trabajo hospitalario ya que no funciona como el resto de las oficinas de la administración pública sino que se diferencia enormemente (Ent. Trabajador Hospitalario)

Esta caracterización tiene que ver con que traen consigo pautas, hábitos de trabajo y rasgos de otro tipo de cultura organizacional. La administración pública es un bloque heterogéneo, pero estas heterogeneidades son mucho más evidentes en un hospital. El Hospital Público conlleva una racionalidad diferente producto de la mayor diversidad de actores que lo componen, una lógica distinta de funcionamiento y una configuración particular de las relaciones internas y con los usuarios. La adaptación de los agentes que llegaron en 2012 no fue automática y demandó un proceso de aprendizaje y familiarización con el nuevo entorno.

### **Actores: Servicios de Apoyo**

Se incluye entre estos actores a los agentes que se desempeñan en áreas que dependen de la Administración del Hospital. Es el personal que forma parte de servicios generales, choferes, mantenimiento, depósito, lavadero, esterilización, portería, compras, tesorería y despacho. Según la Ley 3487 se los considera encuadrados dentro del Agrupamiento Servicios de Apoyo que

... comprende al personal que satisface funciones complementarias a la gestión de las restantes áreas tales como conducción de vehículos, vigilancia, limpieza, mantenimiento de inmuebles y máquinas u otras de naturaleza similar o equivalente, para las que se requiere acreditar como mínimo escolaridad básica obligatoria y pericias laborales acordes (Anexo II, Cap. III, Art. 17)

A veces su tarea pasa desapercibida por tener poca visibilidad pero cumplen un rol vital para el funcionamiento del andamiaje hospitalario y los Centros de Salud.

### **Actor: Agentes Sanitarios**

El criterio que me baso para definir este tipo de actor está vinculado con las actividades y acciones que despliegan sobre el territorio local y los actores con que se vinculan. Mediante Ley N° 3143/97 se creó el Programa de Formación del Agente Sanitario (ProFAS) y se determinó que todos aquellos agentes que accedieran al título de acreditación serían encuadrados en el escalafón equivalente al de Auxiliar de Enfermería.

Si bien la función de los agentes sanitarios se desarrolla íntegramente en los barrios y son los encargados de trabajar en territorio, donde se manifiestan las problemáticas, cumpliendo un rol estratégico en términos de detección de enfermedades, prevención y promoción, este actor ocupa un lugar marginal en el sistema de salud sin ser visibilizada su importancia.

### **b.- Sujetos del desarrollo y desarrollo local: proceso de constitución.**

Ahora bien, debemos advertir al lector que no es lo mismo ser **actor**, que ser un actor convertido en **sujeto del desarrollo**.

En esta investigación, como ya mencioné en el enfoque teórico, se entenderá por **sujetos del desarrollo** sólo a aquellos actores que poseen cierta capacidad que los coloca en una

posición apta para ser *participantes activos* de un proceso de desarrollo local (Rofman, 2003). Esta autora no concibe a los procesos de desarrollo local como una mera articulación de actores, dando por supuesto que los mismos ya están constituidos como sujetos del desarrollo. Tampoco se trata de una secuencia desarrollada linealmente, es decir que los actores deben constituirse previamente en sujetos del desarrollo para después comenzar a participar en los procesos, sino que pueden hacerlo a medida que intervienen en el mismo. Rofman considera que un proyecto de desarrollo local debe direccionarse en dos sentidos: promover y consolidar las instancias de articulación de actores y apoyar la constitución de actores como sujetos del desarrollo.

En este estudio, hemos podido identificar *sujetos del desarrollo individuales* como lo son los trabajadores hospitalarios que, independientemente del área en que se desempeñan y del agrupamiento en que se encuentren enmarcados, participan y promueven actividades tendientes a contribuir con fines comunitarios y sociales. Así como *sujetos del desarrollo colectivos*: se trata de unidades, áreas y/o servicios que promueven la intervención desde un enfoque social integral estrechamente vinculado al ámbito local, el cual es inmanente a sus misiones y funciones. Cabe aclarar que, entre los criterios empleados para establecer esta clasificación se consideraron, además de las consideraciones de Rofman, las acciones y prácticas desplegadas, la filosofía y la modalidad de intervención, la concepción acerca del rol del Hospital Público en la sociedad.

Para analizar los *alcances de la participación* de los sujetos del desarrollo, individuales y colectivos, se considerarán básicamente tres ejes de análisis: las *instancias de articulación propiciadas*, es decir, los casos, espacios, acciones, actividades, prestaciones concretas en que los actores intrahospitalarios participan y/o realizan conjuntamente con actores externos (gubernamentales o de la sociedad civil) independientemente de quien sea la iniciativa; los *actores partícipes*, sus trayectorias, concepciones y pertenencia local; y su *capacidad de articulación*, la que se vincula con los niveles de sinergia que se generan entre los actores (intra-hospitalarios, externos, población objetivo)

**CUADRO N°3: Sujetos del desarrollo. Tabla de ejes de análisis y dimensiones.**

EJES DE ANÁLISIS	DIMENSIONES
<b>Instancias de articulación</b>	Espacios, acciones, actividades, prestaciones Calidad y contenido Alcance territorial Actores convocados Población Objetivo Difusión Orientación: cambio social y cultural, igualdad de género, equidad social, calidad y equilibrio espacial y territorial
<b>Actores partícipes</b>	Experiencia/trayectoria Ideología Concepción de los social Sentido de pertenencia a la comunidad
<b>Capacidad de articulación</b>	Apertura al diálogo Niveles de participación Capacidad de negociación Acuerdos y consensos Capacidades técnicas Tolerancia al disenso/integración de puntos de vista

### **b.1. Sujetos del desarrollo colectivos**

Entre los años 2011, 2012 y 2013 se identificaron 38 casos de articulación<sup>26</sup> entre los que se incluyen aquellos que se venían desarrollando con anterioridad y mantenían continuidad en el tiempo.

Se partió, para su identificación, del seguimiento periodístico en diarios locales y regionales, el que además de localizar los casos propició la visibilización de actores intrahospitalarios potenciales sujetos del desarrollo. Posteriormente, esta información se ratificó y profundizó con los entrevistados en la investigación, los que además proporcionaron nuevos casos.

El análisis del trabajo de campo arroja que las Unidades de SIDA y ETS, Adolescencia y Violencia Familiar son los actores intrahospitalarios que operan como sujetos del desarrollo local (colectivos) dada las capacidades, la trayectoria, las intervenciones y el trabajo cotidiano que desarrollan estos equipos.

<sup>26</sup> Es pertinente aclarar que pudieron existir otros que no hayan sido mencionados debido a causas originadas en la difusión o la involuntaria omisión al momento de efectuar el trabajo de visibilización.

### **b.1.1. Unidad de SIDA y ETS ‘El Galpón’**

A partir del año 1989 comienza a trabajar en la órbita hospitalaria el Comité Asesor que abordaba una enfermedad de reciente aparición, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Este Comité, a diferencia de otros que funcionaban en ese momento, sale a la comunidad y comienza con una dinámica de trabajo adentro y afuera de la institución. El inicio no resultó nada sencillo. Los integrantes tenían asignadas pocas horas al trabajo, no tenían espacio físico en el Hospital (que hacía que los enfermos no tuvieran privacidad y ante esto se los atendía en la casa) y las actividades muchas veces demandaban horas extras que no eran reconocidas.

A esto debía sumarse la resistencia ideológica de autoridades y compañeros hospitalarios que ante la aparición de una nueva enfermedad optaban por estigmatizar a los enfermos y a los trabajadores que abordaban la temática: *“como al principio éramos todas mujeres nos llamaban las locas del SIDA”* (Ent. Coordinadora de la Unidad de SIDA y ETS). Además comenta que un director solo les daba tres horas semanales para dedicarse a las tareas del Comité. Como afirma la entrevistada, *“en un principio no solo era trabajar sobre el VIH sino instalar el tema”*.

A medida que transcurre el tiempo empiezan a demandar más vehementemente por un espacio físico y por un sistema de organización distinto ya que la demanda de los enfermos y público en general era muy activa y las horas seguían siendo voluntarias.

En 1994 comienzan a trabajar con la unidad penal en capacitaciones sobre sexo y una campaña de vacunación contra la hepatitis b y antitetánica, esto hace que cobren visibilidad y se empiecen a abrir puertas.

En 1997, mediante la presentación de un proyecto, el Consejo Local de Salud dispuso aprobar la carga horaria del equipo interdisciplinario que se desempeñaba y que a su vez dependa en el organigrama hospitalario del DAPA. Es así como nace la Unidad de SIDA y ETS ‘El Galpón’. Es pertinente aclarar que el Ministerio de Salud aún no ha refrendado la resolución emitida por el CLS hace 17 años atrás, por lo tanto El Galpón y Violencia Familiar funcionan ‘de hecho’ pero no hay formalización en el organigrama hospitalario.

El sobrenombre 'El Galpón' simboliza para los actores la lucha, el compromiso y el gran trabajo desplegado por este grupo a lo largo de estos años. Decir en Viedma El Galpón es hablar sobre una marca registrada, referirse a la voz institucional más autorizada para hablar sobre el VIH y las enfermedades de transmisión sexual. Denota de por sí una identidad muy fuerte y con connotaciones altamente positivas. El gran logro de este grupo fue subvertir, a través de la lucha que aún hoy siguen llevando adelante, buena parte de los prejuicios y resistencias ideológicas de actores sociales e institucionales e instalar y hacer entendible a los ciudadanos los pormenores de las enfermedades de transmisión sexual y las distintas formas de prevenirlas. Cuando les concedieron un espacio físico les dieron un galpón semiabandonado situado fuera del Hospital, ese galpón se convirtió con el tiempo no solo en el lugar de atención sino también en un lugar donde referenciarse y en un componente identitario inescindible de la Unidad. En estos 25 años este grupo ha tenido la capacidad de partir de situaciones hostiles y adversas, subvertirlas y convertir lo complejo y difícil en positivo y favorable a la comunidad local. Las 'locas del Sida' hoy son la voz autorizada y legítima para hablar de la temática en Viedma y la zona, referencia para escuelas, universidades, sindicatos y organismos gubernamentales. Esto se traslada a la cuestión del espacio físico, se pasó de un galpón precario y abandonado a un lugar con oficinas y consultorios donde concurre todo paciente o persona que quiera interiorizarse en el tema. En el 'reciclado' del lugar participaron no solo los agentes de la Unidad también recibieron ayuda de personas de la comunidad y de internos de las unidades penitenciarias. Una diferencia con otros servicios y áreas hospitalarias es que 'El Galpón' no es considerado un consultorio u oficina más del Hospital sino un lugar que la comunidad local se apropió porque la acción de los integrantes la hicieron sentir como propia.

En la Unidad se desempeña un equipo interdisciplinario compuesto por una psicóloga, una psicóloga social, una auxiliar de enfermería, una trabajadora social, dos agentes sanitarios, dos médicas generalistas y una médica infectóloga. Todas ellas coordinadas por una médica odontóloga. Se trata de un equipo que viene trabajando hace años e incluso, algunos están desde sus inicios, cuando era Comité.

En el periodo 2011-2013 ‘El Galpón’ intervino en 19 casos de articulación con actores sociales, institucionales y políticos de orden local. Es la unidad que registra más casos de articulación, a saber:

### **Caso 1: Curso de Consejería como prestación de Servicio en Salud Sexual Integral**

**Año:** 2011/2012/2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** Es un curso que tiene por objeto brindar herramientas a personas que puedan actuar como consejeros en temas inherentes a salud sexual. En esta instancia, los consejeros ayudan a las personas a tomar decisiones informadas para el cambio de comportamiento de acuerdo a sus circunstancias particulares.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Artículo periodístico).

### **Caso 2: Distribución de Preservativos**

**Año:** 2011/ 2012/2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** Año tras año la Unidad de SIDA y ETS realiza distribución de preservativos a diferentes instituciones, ONG’s y Centros de Salud con dispenser. Sólo en 2012 se entregaron 76.320 preservativos masculinos y 250 femeninos.

También fueron entregados en mano en diferentes eventos culturales y sociales.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Boletín sobre VIH/SIDA e ITS en Viedma, Río Negro. 2012).

### **Caso 3: Capacitación a trabajadores e internos de las Unidades Penales**

**Año:** 2011/2012/2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** Además de las capacitaciones se hicieron análisis bioquímicos y vacunación tanto a internos como personal penitenciario. Este trabajo se desarrolló en la Unidad Penal Federal y en la Provincial.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Boletín sobre VIH/SIDA e ITS en Viedma, Río Negro. 2012).

### **Caso 4: Charlas sobre Adicciones, Discriminación y Adolescencia**

**Año:** 2011.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón” y Unidad de Adolescencia.

**Descripción:** En el marco del Curso de Consejería como prestación de Servicio en Salud Sexual Integral se identificaron dos actividades en 2011; una consistió en una charla abierta sobre adicciones y discriminación. Los encargados de brindar la charla fueron integrantes de la Fundación Creando Futuro.

La otra actividad fue una charla-debate sobre Adolescencia. La misma se dividió en dos partes: la primera exposición se denominó “Adolescencia. Enfoque histórico/social” y estuvo a cargo de la Dra. Mirta Maldonado; en tanto la segunda exposición estuvo a cargo de la Unidad de Adolescencia y se tituló “Abordaje

del adolescente en consejería”. Esta actividad fue abierta a los trabajadores hospitalarios y a estudiantes de la rama salud.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Folleto de difusión).

### **Caso 5: Taller Interdisciplinario de Educación Sexual**

**Año:** 2011.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** Fue un taller interdisciplinario de educación sexual destinado a alumnos adolescentes de nivel medio del Colegio Tierras del Sur. La organización estuvo a cargo de las autoridades de dicha institución y de “El Galpón”, y se desarrolló en varias jornadas intensivas, teniendo por objeto que los alumnos canalicen miedos, dudas y preguntas sobre sexualidad.

En el marco de este taller, los alumnos realizaron una visita a El Galpón los días 29 de abril y 6 de mayo de ese año.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Artículo periodístico).

### **Caso 6: Talleres con Trabajadoras Sexuales**

**Año:** 2011.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** En articulación con el sindicato de trabajadoras sexuales AMMAR (Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina) se realizaron distintos talleres inherentes a la temática. El abordaje se dio de forma diferencial ya que abarcó trabajadoras sexuales y travestis que prestaban servicio en rutas, whiskerías y barrios. En 2012, a partir de la sanción de la ley que prohíbe el funcionamiento de whiskerías, se dejó de articular con estos actores.

**Fuente:** Entrevista en profundidad.

### **Caso 7: Acciones de sensibilización en el marco del Día Mundial de Lucha contra el SIDA**

**Año:** 2011.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** En ocasión de la conmemoración del 1 de diciembre como el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, el Ministerio de Salud de Río Negro desarrolló un cronograma de acciones de sensibilización en la vía pública bajo el lema “SIDA, Voces distintas, acción conjunta”. Del mismo participaron, además de integrantes de El Galpón, referentes del Programa Provincial de SIDA y ETS y voluntarios y personal del Cuerpo de Seguridad Vial de la Policía de Río Negro y entre las actividades se realizaron la colocación de moños rojos que simbolizan la lucha contra el SIDA en el boulevard de los naranjos (entre el centro comercial y la costanera), entrega de material informativo y preservativos en puestos policiales y puesta en escena de la obra de teatro “Entre Amigas” en la Escuela de Adultos CEM 17.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Boletín sobre VIH/SIDA e ITS en Viedma, Río Negro. 2012).

### **Caso 8: Pintura de murales**

**Año:** 2011.

**Área hospitalaria/actor involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** Con motivo de la conmemoración del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, El Galpón convocó a artistas locales para que realicen pintura de murales en distintos puntos de la ciudad, como acciones de impacto en la sensibilización, prevención y concientización de la enfermedad.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Boletín sobre VIH/SIDA e ITS en Viedma, Río Negro. 2012).

### **Caso 9: Calendario 2012**

**Año:** 2012.

**Área hospitalaria/actor involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** La Unidad de SIDA y ETS diseñó e imprimió un Calendario 2012 donde se reflejaron los murales pintados por artistas locales con motivo de la conmemoración del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Boletín sobre VIH/SIDA e ITS en Viedma, Río Negro. 2012).

### **Caso 10: Proyecto “Si nos Cuidamos...Disfrutamos!”**

**Año:** 2012.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** Fue un proyecto que se orientó a trabajar con todos los actores de la comunidad educativa, es decir docentes, padres/madres y alumnos/as de tercer año de nivel medio.

La modalidad implementada fue la realización de talleres (2 para los jóvenes y uno para los adultos) y la puesta en escena de la obra de teatro “Entre Amigas. Un Teatro de Radio”, inherente a la temática del uso correcto del preservativo.

El Proyecto se llevó a cabo en 5 escuelas (cuatro urbanas y una rural) y abarcó una población de 298 adolescentes (151 mujeres y 147 varones) y 94 adultos (entre docentes, padres y madres).

Fue declarado de Interés Educativo por el Ministerio de Educación de la Provincia de Río Negro.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Boletín sobre VIH/SIDA e ITS en Viedma, Río Negro. 2012).

### **Caso 11: Proyecto “Hacer Visible lo Invisible”**

**Año:** 2012.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** Consistió en la presentación en la Secretaría de Cultura de la Provincia, para su aval y financiamiento, de un proyecto de arte elaborado en articulación con artistas locales.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Folleto de difusión).

### **Caso 12: Trabajo en articulación con la Universidad Nacional del Comahue (CURZA)**

**Año:** 2012.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** Se realizaron un conjunto de actividades que incluyeron dos charlas destinadas a diferentes carreras, colaboración en estudios de investigación y testeo con consejería llevado a cabo por consejeros capacitados años anteriores y médicos generalistas residentes. Tanto el testeo como la entrega de análisis se realizaron en las instalaciones de la Universidad y se hicieron tareas de difusión de forma oral por las aulas y por medio de afiches con la participación de personal universitario.

**Fuente:** Entrevista en profundidad.

### **Caso 13: Obra de teatro ¿Quién hace la diferencia...?**

**Año:** 2012.

**Área hospitalaria/actores hospitalarios involucrados:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”

**Descripción:** Esta obra se estrenó en el marco de los quince años de “El Galpón”; para su puesta en escena la Unidad contrató a una directora de teatro y participan en carácter de actores siete trabajadores y trabajadoras del hospital que se desempeñan cumpliendo diferentes funciones (trabajadores sociales, administrativa, farmacéuticas, etc.) y un integrante externo (trabajador social de la Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia). La obra gira en torno a la temática de la discriminación, sufrida a diario por distintos sectores de la sociedad (personas con VIH, prostitutas, personas en situación de calle y adictas al alcohol, adictos, travestis, etc.); a través de profundas reflexiones despierta cuestionamientos y tiene como objetivo el empoderamiento de la comunidad para el establecimiento de nuevas relaciones y la planificación y ejecución de políticas públicas de inclusión. Ha sido difundida en diversos ámbitos, contando entre ellos escuelas secundarias, sedes barriales y el Centro Cultural de la ciudad de Viedma.

**Fuente:** Entrevista en profundidad y análisis documental (Documento: Artículo periodístico).

### **Caso 14: Diseño, elaboración, impresión y distribución de volantes**

**Año:** 2012.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** Se distribuyeron volantes referido a los Derechos del Niño (5000 ejemplares impresos), un volante y tríptico sobre ITS (25000 ejemplares impresos) y uno donde se difunden los espacios de entrega gratuita de preservativos. Los mismos fueron distribuidos en eventos sociales o casa por casa.

**Fuente:** Entrevista en profundidad y análisis documental (Documento: folleto de difusión).

### **Caso 15: Capacitación “Nuevas formas de Comunicación y Visibilización de Género”**

**Año:** 2012.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”

**Descripción:** Esta capacitación fue dirigida a instituciones públicas y privadas de la comarca Viedma-Carmen de Patagones.

**Fuente:** Entrevista en profundidad.

### **Caso 16: Charla debate en escuelas secundarias**

**Año:** 2012.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** Se realizaron en dos escuelas secundarias de la ciudad de Viedma.

**Fuente:** Entrevista en profundidad.

**Caso 17: Articulación con el Ministerio de Gobierno de la Provincia de Río Negro**

**Año:** 2012.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”

**Descripción:** Se trabajó conjuntamente con el Ministerio de Gobierno de la Provincia en el dictado de una disposición interna para anular el requisito de test de VIH para el ingreso a la Policía de Río Negro. Así se evitan situaciones de discriminación como casos en que no se permitió el ingreso a personas que eran reactivas.

**Fuente:** Entrevista en profundidad.

**Caso 18: Prestación alimentaria a personas con VIH y/o enfermedades de transmisión sexual**

**Año:** 2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.

**Descripción:** Desde la Unidad se presentó un proyecto de alimentación al Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia, el cual suministró tickets por un valor de \$400 por sujeto de derecho destinatario. Se dio cobertura a pacientes con y sin obra social de Viedma, Valcheta y General Conesa.

Por su parte, desde la esfera nacional se provee medicamentos.

**Fuente:** Entrevista en profundidad.

**Caso 19: Espacio de Consejería en el Centro Universitario Regional Zona Atlántica (CURZA)**

**Año:** 2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”

**Descripción:** Este espacio se generó a instancias de una persona, integrante de la comunidad universitaria, que se capacitó en el Curso de Consejería y posteriormente lo puso en práctica en el CURZA. Entre las acciones que realiza brinda folletería, preservativos y, en diferentes situaciones, deriva consultas al ámbito de consejería que funciona en “El Galpón”.

**Fuente:** Entrevista en profundidad.

Las *instancias de articulación* muestran que articulan con una amplia gama de actores locales, ya sean institucionales (escuelas, universidades, policía, ministerios, Municipalidad de Viedma) o sociales (AMMAR, Fundación Creando Futuro, Fundación Alternativa Popular). El Galpón no se limita a la atención por consultorio de personas con

enfermedades de transmisión sexual sino que también considera a la prevención y promoción como líneas iguales en importancia. De esto emana el trabajo en territorio desplegado, trascendiendo el ámbito del hospital, y que su población objetivo incluya a todo el público en general, desde adolescentes a internos penales, policías, alumnos universitarios, trabajadoras sexuales, travestis, trabajadores hospitalarios, etc. Además, al abordar la temática desde un enfoque social no se focaliza únicamente en cuestiones propias a las enfermedades de transmisión sexual sino que se aplica una metodología integral que trabaja problemáticas tales como: discriminación, igualdad de género, adicciones, sexualidad, anticoncepción, violencia, hacinamiento, entre otras.

El Galpón demuestra capacidad de articulación y entendimiento con los distintos actores locales. Esto se observa en las instancias cuando se visibiliza que hace años vienen trabajando en las unidades penales, con áreas del Ministerio de Desarrollo Social, con las escuelas, etc. También se observa apertura e inclusión, por ejemplo cuando se incorporan actores como el sindicato AMMAR o cuando amplía el alcance territorial trabajando con actores de Carmen de Patagones y de otras localidades de la región. Se observa, además, en la continuidad en la participación en distintas instancias como la Red de Adolescencia, las Redes Barriales, el trabajo en las cárceles, el Curso de Consejería, los talleres y las charlas en las instituciones educativas, etc. Y además de varias instancias de articulación desarrolladas han surgido otras, por mencionar ejemplos: del Curso de Consejería nace el Espacio de Consejería en el CURZA, las obras de teatro son un disparador para que diferentes actores convoquen a la Unidad para realizar alguna actividad o se acerquen; como sostiene la trabajadora que coordina la Unidad *“siempre, después de las actividades de prevención y promoción, aumenta la demanda”*.

Es importante resaltar que en la entrevista la Coordinadora destacó la colaboración que reciben de los medios de comunicación en la difusión de las actividades y acciones que desarrollan. Esto es resultado directo de la visibilidad que logró la Unidad de SIDA y ETS a lo largo de estos años.

### **b.1.2. Unidad de Adolescencia**

Esta Unidad nace entre los años 2003 y 2004 cuando fue presentado un proyecto que postuló un nuevo paradigma de prevención y promoción de la salud integral del adolescente. Es así como en enero de 2004 comienza a funcionar en un espacio cedido por la Unidad de SIDA y ETS, cuyos integrantes apoyaron e incentivaron la creación de esta nueva área.

El germen de la Unidad fue el equipo interdisciplinario de Atención al Adolescente del Hospital Zatti que funcionó en la década del 90' y estuvo integrado por varios de los miembros del grupo actual. Este equipo, si bien se centró en el primer nivel de atención que funciona dentro del esquema tradicional de consultorios, fue innovador en cuanto creó un espacio de accesibilidad de los y las adolescentes al sistema de salud otorgándoles visibilidad.

La conformación del equipo de la Unidad muestra una singularidad respecto de equipos de otras Áreas. Es interdisciplinario, con un núcleo de seis trabajadores con dedicación exclusiva entre los que se encuentran una psicopedagoga, una psicóloga social, un odontólogo, un técnico bioquímico, una instrumentadora quirúrgica y un maestro en bellas artes. La ley 1904 no reconoce como profesionales de la salud psicólogos sociales y maestros en bellas artes, por lo que los integrantes que tienen estas titulaciones revisten en el escalafón administrativo. Sin embargo, éstos no cumplen exclusivamente esa función ya que están capacitados para desempeñar otras tareas; en algunos casos la decisión de estudiar estas disciplinas se dio en función del rol asumido en la Unidad. La Unidad de Adolescencia tiene a la prevención y promoción como ejes de su metodología de intervención. Ya no se espera que los y las adolescentes concurren al consultorio sino que salen a buscarlos. Este salir a buscarlos implica un abordaje territorial que concibe a la salud como una construcción social que debe encararse bajo un modelo horizontal que no subordine a la persona como 'paciente' sino que la entienda como un 'actor social par': *"el otro, el 'paciente', para nosotros es un actor atravesado por diferentes problemáticas, ahí es donde se entra en conflicto con el modelo médico hegemónico"* (Ent. Trabajadores de la Unidad de Adolescencia).

Desde el año 2006 tiene como sede de funcionamiento un espacio situado en el Barrio Parque Independencia de Viedma, alejado del edificio del Hospital que se encuentra situado en el radio céntrico. Esta singularidad tiene su correlato con la metodología de intervención territorial aplicada. Aunque también presenta dificultades asociadas con la gestión, derivadas del hecho de no tener presencia en el lugar donde funcionan las áreas administrativas.

En ésta Unidad se identificaron 7 casos de articulación. Si sumamos los casos en que participó en forma complementaria el total asciende a 10. Los mismos son:

### **Caso 1: Proyecto Sonoridad Andina**

**Año:** 2011/2012/2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Adolescencia.

**Descripción:** Es un proyecto de intervención comunitaria destinado a niños, niñas y adolescentes implementado desde 2007 en forma articulada entre la Unidad de Adolescencia del Hospital Zatti y la Dirección de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Social de Río Negro. Consiste en generar espacios de socialización y referencia teniendo en cuenta el concepto amplio de salud integral, utilizando la música como herramienta. Desarrolla acciones mediante grupos distribuidos entre los barrios Parque Independencia, Lavalle, Guido e Inalauquen.

Este proyecto ha sido declarado de interés Social y Cultural por la Legislatura de Río Negro.

Más allá de las muy importantes actividades diarias de Sonoridad Andina, se destaca la organización del II Encuentro de Pequeños Grandes Músicos realizado en el Centro Cultural de la ciudad en el año 2013, que congregó a agrupaciones musicales de diversos puntos del país.

**Fuente:** Entrevista en profundidad y análisis documental (Documento: Artículo periodístico).

### **Caso 2: Actividades Preventivas y Promocionales**

**Año:** 2011/2012/2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Adolescencia.

**Descripción:** Desde la Unidad de Adolescencia se han desarrollado distintas actividades de prevención y promoción con eje en la salud integral, bucal y comunitaria. La población objetivo han sido jóvenes de distintos barrios de Viedma.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Adolescencia Hospital Zatti. Viedma, Río Negro. 2004-2013).

### **Caso 3: Espacios de Capacitación y Reflexión con Instituciones Educativas**

**Año:** 2011/2012/2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Adolescencia.

**Descripción:** Mediante la utilización como metodología de la planificación estratégica participativa, la Unidad de Adolescencia trabaja en escuelas con todos los actores de la comunidad educativa (docentes, padres, alumnos, preceptores, etc.) en función de distintas temáticas.

**Fuente:** Entrevista en profundidad

#### **Caso 4: Espacios de Coordinación Estratégica**

**Año:** 2011/2012/2013

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Adolescencia.

**Descripción:** La Unidad de Adolescencia lleva adelante espacios de coordinación estratégica, identificándose dos modalidades: una con actores intrahospitalarios y otra con actores interinstitucionales.

La coordinación estratégica con actores intrahospitalarios es la que se ha dado en el marco de la participación en la Red de Adolescencia, las redes barriales y otras actividades y acciones ejecutadas en conjunto. En cuanto a la modalidad con actores interinstitucionales han existido distintas líneas entre las que se destacan asesorías a instituciones gubernamentales, ONG's, partidos políticos y organizaciones de la sociedad civil y acuerdos institucionales enmarcados en convenios interministeriales e interinstitucionales.

**Fuente:** Entrevista en profundidad.

#### **Caso 5: Grupo “Crece desde el Pié”**

**Año:** 2011/2012/2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Adolescencia.

**Descripción:** Es un grupo de jóvenes que se formó en 2008 a partir del asesinato de Atahualpa Martínez Vinaya, un adolescente que cursaba estudios secundarios en el CEM N° 18 de la ciudad. Surge de las reflexiones iniciales de sus compañeros de estudios que posteriormente, con el acompañamiento de actores de la Unidad de Adolescencia del Hospital y de la Red de Adolescencia de Viedma, convocaron a estudiantes de otras escuelas y dieron forma al grupo. El tema abordado en esos primeros tiempos fue la inseguridad en la noche.

Desde ese entonces, la Unidad de Adolescencia como área hospitalaria o como integrante de la Red de Adolescencia acompañó y estimuló en cada una de las actividades y acciones en que los jóvenes del grupo solicitaron su presencia.

**Fuente:** Entrevista en profundidad y análisis documental (Documento: Adolescencia Hospital Zatti. Viedma, Río Negro. 2004-2013).

#### **Caso 6: Actividades por el Día Internacional de la Mujer**

**Año:** 2012.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Adolescencia (Sonoridad Andina).

**Descripción:** Las actividades se enmarcaron en la organización de una jornada sociocultural de trabajo y concientización social. Entre los actores participantes se encontraban (además de la Unidad de Adolescencia) el Centro de Referencia de Viedma (CDR), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de Nación, la Oficina de la Mujer (Poder Judicial de Río Negro), la Oficina Tutelar (Policía de Río Negro) y el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Artículo periodístico).

### **Caso 7: Actividades por el Día de la Memoria, la Verdad y la Justicia**

**Año:** 2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Adolescencia.

**Descripción:** En el marco de la conmemoración del 24 de marzo como Día de la Memoria, Verdad y Justicia, la Secretaría de Derechos Humanos organizó una serie de actividades que consistieron en presentación de libros, puesta en escena de una obra de teatro, realización de una muestra fotográfica y charlas-debates. A la organización de las mismas se sumaron diversos organismos públicos (Ministerio de Gobierno y Ministerio de Desarrollo Social), ONG's y organizaciones sociales. Por el Hospital Zatti participó la Unidad de Adolescencia.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Artículo periodístico).

### **Caso 8: Red de Adolescencia de Viedma**

**Año:** 2011/2012/2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Adolescencia, Unidad de VIH SIDA "El Galpón", Unidad de Violencia Familiar y Servicio de Salud Mental.

**Descripción:** Este ámbito nace en el año 2003 y emerge como una nueva estrategia de abordaje de la problemática de la adolescencia basada en el enfoque de la coordinación social mediante redes. Se constituye en

un espacio interinstitucional, interdisciplinario y comunitario que permite analizar, diagnosticar y planificar estrategias preventivas y promocionales orientadas a facilitar y fortalecer los factores protectores sociales, familiares e individuales en el que crecen y se desarrollan nuestros adolescentes<sup>27</sup>

Está integrado por diversos actores gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil. Entre los gubernamentales encontramos a las Áreas de Adolescencia, Salud Mental y "El Galpón", pertenecientes al Hospital Zatti, el Municipio de Viedma y el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Río Negro (estos últimos mediante las áreas específicas que los representan). Entre las ONG's ubicamos a Fundación Alternativa Popular en Comunicación Social, el Obispado de Viedma a través del Centro para la Adolescente Embarazada y Madre (CADEM) y la Fundación Creando Futuro.

La Red de Adolescencia ha desarrollado y promovido numerosas actividades a lo largo de estos años, lo cual ha sido un desencadenante para su continuidad y para el reconocimiento de la sociedad local.

**Fuente:** Entrevista en profundidad y análisis documental (Documentos: Adolescencia Hospital Zatti. Viedma, Río Negro. 2004-2013; Red de Adolescencia. Documento fundacional)

### **Caso 9: Redes Barriales**

**Año:** 2011/2012/2013.

**Áreas hospitalarias/actores hospitalarios involucrados:** Unidad de Adolescencia, Unidad de SIDA y ETS "El Galpón" y Unidad de Violencia Familiar.

**Descripción:** Las Redes son espacios conformados en distintos barrios de la ciudad donde convergen vecinos, instituciones, organizaciones de la sociedad civil, entre otros actores. Se crean con la finalidad de que sean ámbitos de discusión y participación social que aborden las problemáticas suscitadas en el entorno barrial.

<sup>27</sup> Se extrae del documento de creación de la Red de Adolescencia de Viedma, citado por Cristina Cabral.

Entre las diferentes articulaciones llevadas adelante en el marco de las Redes barriales se identificó la organización de encuentros de las redes promovidos por la Red de Adolescencia, con una activa participación de la Unidad de Adolescencia. Esta última integró en 2013 la Red del Barrio Ceferino.

Por su parte “El Galpón” durante el mismo año trabajó mancomunadamente con la Red del Barrio Lavalle en la difusión de la obra de teatro “¿Quién hace la diferencia...?”.

**Fuente:** Entrevista en profundidad y Análisis documental (Documento: Adolescencia Hospital Zatti. Viedma, Río Negro. 2004-2013).

### **Caso 10: Espacio para Adolescentes**

**Año:** 2011/2012.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Adolescencia y Servicio de Salud Mental del Hospital Artémides Zatti.

**Descripción:** Fue un espacio para adolescentes de 14 a 21 años, desarrollado en la Unidad de Adolescencia del Hospital Artémides Zatti. Se articularon las áreas pertenecientes al hospital con áreas de la Subsecretaría de Protección Integral del Ministerio de Desarrollo Social.

Para acceder a este espacio los jóvenes realizaron una entrevista de admisión y posteriormente concurren dos horas, dos veces por semana.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Folleto de difusión)

En las *instancias de articulación* de la Unidad confluyen una variada gama de actores institucionales y comunitarios con trayectoria y experiencia que han llevado un trabajo sostenido a lo largo de una década (el periodo de esta investigación comprende los años 2011, 2012 y 2013). Es fuente de numerosas actividades y acciones y pone de manifiesto la capacidad de la Unidad de Adolescencia para articular con otros actores, consensuar, crear equipos de trabajo y lograr sostenibilidad temporal.

Los actores que la integran muestran capacidad técnica y de esta instancia de articulación se han originado otras experiencias de importancia. Por caso, la Red integró en el periodo 2011-2013 el Consejo de Niñez y Adolescencia Local de Viedma (CONIAL), siendo su representante un integrante de la Unidad. También se facilitó la creación del grupo de jóvenes ‘Perdidos o Encontrados’, un ámbito donde se desarrolló el ejercicio de ciudadanía.

‘Sonoridad Andina’ es la prueba empírica de la capacidad de articulación que tiene el equipo de la Unidad de Adolescencia con actores institucionales (surgió como una iniciativa conjunta con el por entonces Ministerio de Familia) y el hábil desempeño en el trabajo territorial. En el periodo 2011-2013 el proyecto se desarrolló en grupos

conformados en los barrios Lavalle, Guido, Parque Independencia e Inalauquen. La consolidación del proyecto permitió evolucionar y ampliar la población objetivo, ya que en los últimos años no solo se trabaja con los jóvenes sino también con las familias, implementando una estrategia de intervención integral.

Al igual que El Galpón y la Unidad de Violencia Familiar –como veremos a continuación-, la Unidad de Adolescencia es un actor que ha acumulado con el transcurso de los años un significativo capital social. Esto la convierte en una referencia para otros actores cuyas actividades están ligadas a los jóvenes, quienes convocan frecuentemente al equipo para realizar actividades y trabajos inherentes a la temática. Generalmente son las escuelas de nivel medio las que recurren a la Unidad para que les brinde asesoramiento.

### **b.1.3. Unidad de Violencia Familiar**

En 1989, paralelamente con el Comité que abordaba el VIH, comienza a funcionar otro que tuvo como temática la violencia contra la mujer. Estaba compuesto por un grupo de mujeres cuya metodología de intervención era territorial.

En 1996 este grupo asesora para la sanción de la ley 3040. Al año siguiente el CLS emite la resolución que deja constituida a la Unidad de Violencia Familiar, pero al igual que lo que sucede con la Unidad de SIDA y ETS, aún no ha sido refrendada por el Ministerio de Salud de la Provincia.

Actualmente, está integrada por un equipo interdisciplinario compuesto por un médico generalista, psicólogos, trabajadores sociales, una asesora legal, agentes administrativo y agente sanitarios.

Con el paso de los años, a medida que fue desarrollando su intervención en la comunidad, la Unidad modificó su eje temático que dejó de ser únicamente la violencia contra la mujer y abarcó la violencia familiar en su conjunto, es así como en el año 2000 comienza a funcionar el trabajo con grupos de hombres. Actualmente funcionan 4 grupos:

- Grupo de mujeres: asisten mujeres víctimas de violencia conyugal. Es coordinado por dos profesionales de la Unidad.

- Grupo de hombres: asisten varones que han maltratado a su cónyuge o bien han sido víctimas de violencia. También coordinado por dos profesionales de la Unidad
- Grupo de crianza: asisten madres, padres y abuelas que son acompañados en el proceso de crianza de hijos o nietos que han sido maltratados y/o abusados por personas del entorno familiar. Coordinan dos profesionales de la Unidad.
- Grupo de jóvenes: asisten jóvenes derivados de programas proteccionales y de fortalecimiento familiar del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia para brindarles asistencia. Coordinan profesionales de la Unidad.

La Unidad reconoce a la violencia familiar como un problema de salud pública que, por lo tanto, excede el ámbito privado y afecta a la sociedad en su totalidad. En este marco se atiende a las familias en las que ocurren las situaciones de violencia en pos de mejorar la calidad de vida de sus integrantes.

A lo largo de los años ha acumulado trayectoria y formado parte de experiencias y trabajos de notable trascendencia. A la ya mencionada asesoría para la creación de la Ley Provincial 3040 se suma la elaboración de protocolos de intervención en el área de salud a fin de determinar criterios y factores de diagnóstico presuntivo y diferencial de personas que requieren atención, participación en la presentación del programa para hombres violentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), diseño e implementación de guías de vigilancia epidemiológica que permiten valorar la magnitud de los problemas, causas y factores de riesgo en cuanto al maltrato físico, emocional, económico y sexual en las mujeres.

En ésta Unidad se identificaron 6 casos de articulación entre los organizados e implementados exclusivamente (4) y los organizados con otras Áreas del Hospital (2).

Se presentarán sólo los primeros de éstos:

### **Caso 1: Red Interinstitucional de Prevención de Violencia de Género**

Año: 2011/2012/2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Violencia Familiar.

**Descripción:** La Red está integrada por organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y civiles y tiene como misión la prevención y concientización sobre la violencia, además de la articulación entre sus

actores para el abordaje de problemáticas causantes de los conflictos. Por el Hospital participa la Unidad de Violencia Familiar que interactúa, entre otros, con el Consejo Provincial de la Mujer, la Policía de Río Negro, el Centro de Atención a la Adolescente Embarazada (CADEM), la Oficina de la Mujer del Poder Judicial, la Defensoría del Pueblo, la Delegación del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y demás fundaciones y ONG's.

La Red llevó adelante numerosas acciones y actividades comunitarias en el periodo estudiado.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Familiar. Documento elaborado por Marina Lini (16/12/2011)).

### **Caso 2: Articulación con la Escuela de Cadetes de la Policía de Río Negro**

**Año:** 2011.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Violencia Familiar.

**Descripción:** La Unidad de Violencia Familiar aportó a la formación de los agentes de seguridad. Esto fue importante desde la mirada de los trabajadores del área porque consideran que en algunos casos la mujer recibe la segunda victimización cuando va a denunciar el maltrato de su pareja.

**Fuente:** Entrevista en profundidad.

### **Caso 3: Proyecto de Extensión Abordaje de la Violencia Familiar en la comunidad**

**Año:** 2011/2012/2013.

**Áreas hospitalarias/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Violencia Familiar.

**Descripción:** En el marco del proyecto de extensión desarrollado en el Centro Universitario Regional Zona Atlántica (CURZA), dependiente de la Universidad Nacional del Comahue, el equipo de la Unidad de Violencia Familiar dio una charla sobre la temática, destinada a operadores comunitarios del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Río Negro.

**Fuente:** Entrevista en profundidad.

### **Caso 4: Pasantías para estudiantes terciarios y universitarios**

**Año:** 2011/2012/2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Unidad de Violencia Familiar.

**Descripción:** La Unidad de Violencia Familiar del Hospital Zatti propició la realización de pasantías en el área de estudiantes de la tecnicatura en Minoridad, Adolescencia y Familia dictada en el Instituto Séneca, de la licenciatura en psicopedagogía del CURZA y de la licenciatura en trabajo social de la Universidad Nacional de Río Negro (UNRN).

**Fuente:** Entrevista en profundidad.

La Unidad de Violencia Familiar ha construido a lo largo de su historia una duradera red de relaciones institucionales y sociales que se mantuvieron en el periodo 2011-2013. De esta red emanaron las *instancias de articulación* desarrolladas. La calidad y contenido de éstas

últimas se basan en la capacidad técnica, la experiencia en la materia del equipo de la Unidad y los actores que constituyen su trama de relaciones.

Entre los institucionales se identificaron al Poder Judicial, los Ministerios de Desarrollo Social de la Provincia y de la Nación, las escuelas, las Universidades, la Policía y los mismos actores hospitalarios que actúan como sujetos del desarrollo. Por su parte, los actores sociales con los que se vincula son los que componen la Red de Adolescencia y las Redes Barriales; participar en este tipo de instancias de articulación le permitió entablar relaciones con demás ONG's y actores comunitarios.

La Unidad de Violencia Familiar parte de la concepción de que la violencia es una problemática que si bien tiene implicancias en el deterioro de la salud, la trasciende. Es una problemática asociada con la cultura, que se materializa en los modelos de crianza y en las relaciones de poder entabladas. Identifican cuatro tipos de violencia: emocional, física, sexual y económica.

En relación a los *actores partícipes* de las *instancias de articulación* - experiencia y trayectoria, ideología, concepción de lo social, sentido de pertenencia a la comunidad- se observó que las tres **Unidades** marcan diferencias respecto de otras áreas en cuanto a los recursos humanos que se desempeñan en las mismas. Esto se vincula con las misiones y funciones que tiene cada una de ellas y, en relación a estas, el perfil de profesionales que se deben desempeñar, los cuales deben contar con formación de corte social.

La praxis de estos equipos está atravesada por una ideología. La característica principal de esta ideología es la concepción de la salud como una construcción social y cultural con un modelo de intervención antitético al propugnado por el **Modelo Médico Hegemónico**. Por caso, en la entrevista grupal con los integrantes de la Unidad de Adolescencia se definieron como “militantes sociales”.

Estos actores hospitalarios aplican un modelo de intervención relacionado con el **Modelo Social**, el cual se propone como alternativo al Modelo Médico Hegemónico (imperante en el sistema de salud local), y se sustenta en un marco teórico que pone el acento en las

relaciones sociales que se reproducen en una comunidad empleando una estrategia que interpela permanentemente al modelo dominante.

Eduardo Menéndez (2005) define como Modelo Médico Hegemónico al

conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Según el autor, este modelo se instituye en los países capitalistas centrales, y posteriormente los periféricos, como un emergente del proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía en una sociedad estructurada por las relaciones de clase burguesía-proletariado. La práctica médica que se corresponde con este modelo es de corte reparativo, centrandó su análisis en el individuo o la suma de individuos sin referir sus políticas de salud a los factores económicos, políticos e ideológicos determinantes de la enfermedad, pues ello supondría afectar el proceso dominante. En este contexto *“implica ser pensada como una medicina del trabajador enfermo y no de la enfermedad sobredeterminada por el proceso laboral”* (Menéndez, 2005); el eje está puesto en la enfermedad en sí, desconociendo la red de relaciones sociales, productivas e ideológicas.

El Modelo Médico Hegemónico está compuesto por tres submodelos: modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público y modelo corporativo privado (Menéndez, 1984).

Hay una serie de rasgos estructurales que son compartidos por los tres submodelos, entre ellos el biologismo, la concepción teórica evolucionista positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo con el paciente, participación subordinada y pasiva de los consumidores en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, medicalización de nuevas áreas problemáticas, tendencia a inducir al consumismo médico, control social e ideológico.

Identifica como rasgos propios de los submodelos corporativos (público y privado) la estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas en la organización de la

atención médica, el burocratismo y la consecuente disminución de responsabilidad. A su vez observa que el modelo médico corporativo público presenta características singulares: tendencia al enfoque preventivista, tendencia a actuar sobre el medio, tendencia a constituir subprofesionales controlados y liderar las legitimaciones políticas e ideológicas en el sector salud (Menéndez, 1985).

Las tendencias al enfoque preventivista y a actuar sobre el medio del modelo corporativo público abonan sin pretenderlo un campo fértil para la emergencia de actores que comulgan con otras ideas y praxis de intervención, basadas en lo social.

El Modelo Social se caracteriza por la concepción holística, histórica y totalizadora del hombre y la sociedad, el enfermo es una persona en un momento vital e histórico peculiar; la salud es el resultado de vínculos, comunicación e inserción social de las personas. La práctica es de corte preventivo, abordando las enfermedades por medios técnicos y humanos; la relación no es con un paciente o consumidor sino con personas, incluyendo lo emocional como parte primordial de las transferencias (Menéndez, 2005).

A partir de las entrevistas y observaciones realizadas y el análisis de bibliografía, esbozo el siguiente cuadro comparativo a los fines que queden expuestas las diferencias estructurales entre ambos modelos en pugna.

**CUADRO N° 4: Modelo Social vs Modelo Médico Hegemónico**

<b>MODELO SOCIAL</b>	<b>MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO</b>
Actores sociales	Profesionales de la salud
Opera sobre causas	Opera sobre efectos
Sujeto como actor participativo	Sujeto como paciente pasivo o consumidor
Relaciones horizontales	Relaciones verticales
Concepción social de la salud	Concepción mercantil de la salud
Intervención territorial	Intervención por consultorio

- ✓ Concebirse como actores sociales denota que hay una ideología que pondera lo social y por decantación lo local como marco de acción. Existe conciencia de las implicancias de los procesos políticos y económicos que operan en el orden local para configurar diversas coyunturas y escenarios sociales.

- ✓ El Modelo Social al hacer eje en las relaciones sociales tiene como estrategias a la prevención y la promoción, lo cual lleva a que opere sobre las causas y no sobre los efectos; operar sobre los efectos implica trabajar sobre un sujeto que ya contrajo la enfermedad. No reniega de la atención por consultorio (El Galpón y Violencia Familiar la practican) pero no es el centro de la intervención, sino una etapa más y no precisamente la de mayor importancia.
- ✓ Las relaciones entabladas con las personas en el Modelo Social son horizontales, por lo tanto el sujeto que está enfrente es un actor con el cual se va a interactuar y va a participar del proceso, no un paciente al cual se lo va a subordinar trazando una relación de tipo lineal, exclusivamente medicalizada.
- ✓ Sin generalizar, en algunos sectores concentrados enrolados en el Modelo Hegemónico prevalece la concepción de la salud como mercancía, un bien individual de cada persona que nada tiene que ver con el contexto social donde está inserto. El acceso a ese “bien” es directamente proporcional a la capacidad de pago que el “paciente” tenga.
- ✓ Las estrategias de prevención y promoción de la salud necesariamente deben desplegarse en el territorio. De ninguna manera se puede esperar a que el actor concurra al consultorio sino que se debe salir a buscarlo, no solo para involucrarlo en la acción que se está llevando a cabo sino también para que esa estrategia se corresponda con el entorno y el contexto social sobre el que se actúa.

El sustento empírico de reconocer a los trabajadores de las Unidades como ‘militantes sociales’ deviene de varios aspectos. Uno de ellos es que todos los integrantes se han capacitado en las temáticas que aborda la Unidad a la que pertenecen. Como mencioné cuando caractericé el recurso humano de la Unidad de Adolescencia, lo han hecho mediante la asistencia a capacitaciones, jornadas, charlas e incluso a través del estudio de alguna carrera terciaria o universitaria. También denota una actitud militante que muchas de las instancias de articulación se llevaron adelante a contraturno del horario laboral, sin reconocimiento de horas extras. Eventualmente, ante la falta de recursos para comprar

insumos y elementos aportaron de su propio bolsillo o hicieron algún trabajo extra para realizar alguna acción o actividad.

De varios de los integrantes de los equipos, el compromiso por las temáticas de las Unidades no son recientes ya que han sido parte de las experiencias que las antecedieron: el Comité Asesor sobre VIH, el Comité de Violencia de Género y el equipo interdisciplinario de Atención al Adolescente.

El sentido de pertenencia de estos actores hospitalarios a la comunidad local es pleno. Es visible en la importancia que le dan a los barrios y la estrategia de intervención territorial que despliegan. Para mencionar algunas muestras reitero que la Unidad de Adolescencia tiene sede en el barrio Parque Independencia y en el periodo 2011-2013 desarrolló actividades en 4 barrios más. La idea original del proyecto insignia de esta Unidad, Sonoridad Andina, trabajaba la conformación de la identidad local a partir de las diferentes culturas que convergen en Viedma. Tal es así que inicialmente se llamó Identidad y Cultura y analizaba la presencia de los pueblos originarios y las corrientes inmigratorias del noroeste, la Línea Sur de la Provincia y los países limítrofes.

La presencia de las tres Unidades en distintas Redes Barriales es otra muestra de sentido de pertenencia y trabajo por el equilibrio espacial y territorial. Un ejemplo es la obra de teatro ¿Quién hace la diferencia? (del equipo de El Galpón) que ha sido puesta en escena en distintos barrios y escuelas y en articulación con la Red del Barrio Lavalle se gestionó el transporte para que niños y niñas puedan concurrir al Centro Cultural en ocasión de una función en esa sala.

Finalmente, en relación a la *capacidad de articulación* - apertura al diálogo, nivel de participación, capacidad de negociación para establecer acuerdos y consensos, capacidad técnica, tolerancia al disenso e integración de puntos de vista- las tres **Unidades-Sujetos del desarrollo** han sido desde su aparición disruptivas de pautas, hábitos y prácticas de la institución hospitalaria. La opción por el modelo social y la crítica al modelo tradicional, la instalación de temáticas de las que poco se hablaba y mucho se condenaba (por ejemplo el VIH) y la inclusión de colectivos marginados en la sociedad (mujeres que padecen

violencia de género, chicos de los barrios con problemas de adicciones, gays, travestis y lesbianas) además de conllevar una actitud de militancia social fija una posición política. No es política en el sentido partidario o electoral (aunque algunos integrantes militen en organizaciones políticas o sindicales) sino en la militancia por causas en las que una comunidad no puede hacerse la distraída y mirar para otro lado

...porque esto de visualizarse como militantes sociales trae, conlleva sus problemitas y bueno una fue, una primer discusión que tuvimos, fue con X, que él entendía que decir que uno era un militante social tenía que tener una cuestión partidaria, no necesariamente nosotros podemos ser de cualquier partido, sin embargo el perfil y el trabajo con las familias, con los niños y adolescentes, tener una clara visión de defensa del estado y de garantía de derechos a partir de las responsabilidades de ese estado y nosotros somos parte de ese estado, la doble responsabilidad, estar en permanente contacto con la gente y por otro lado esta confrontación permanente con las políticas públicas que intentamos incidir en ellas y que no responden a veces a esas necesidades, entonces estamos con esa doble responsabilidad. Por eso, conlleva sus dificultades en el entendimiento de la tarea, a veces. (Ent. Trabajadores de la Unidad de Adolescencia)

Toda relación política tiene dos aristas, el conflicto y el consenso. El conflicto es inmanente a estos actores dado que poner en superficie temas sobre los que existen prejuicios, segregaciones y exclusión implica un trabajo que no está exento de tensiones. Y mucho más si se adopta una actitud crítica respecto del modelo imperante en el sistema de salud. Pero si se pretende realizar construcciones que deriven en políticas que integren a los colectivos excluidos y que a su vez sirvan para la acumulación del capital social necesario que postule a un determinado actor como representativo y visible, también es un principio básico elaborar consensos.

La experiencia de tantos años hizo que las Unidades se desenvuelvan políticamente y logren el equilibrio necesario entre el conflicto y el consenso. Nunca perdieron la posición crítica sobre el modelo de salud hegemónico (que es resultado de la estructura de relaciones políticas dominante) pero también han sabido dialogar, negociar y establecer acuerdos con actores políticos, sociales y del sistema de salud que se encuentran en las antípodas de su posición ideológica.

Esta capacidad les permitió ejecutar acciones, actividades y políticas que apuntaron mejorar la calidad de vida de la población objetivo y a su vez significaron acumulación de capital social para las Unidades, las cuales en la actualidad gozan del reconocimiento de la

sociedad. El capital social es un elemento que sirve y mucho para negociar con los diferentes actores políticos del sistema.

El Galpón, Violencia Familiar y Adolescencia han sido críticos de instituciones estatales como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Familia, la Municipalidad de Viedma, la Policía y otros tantos, al mismo tiempo intentaron mantener una actitud alejada de los sectarismos o aislamientos. Este factor abrió las puertas a que muchas instancias de articulación se lleven adelante y que resulten, pese a las diferencias, acciones de mucha calidad, contenido e inclusión social.

Para mencionar ejemplos donde se cristalizaron las capacidades de establecer acuerdos y consensos voy a citar:

- ✓ El trabajo conjunto entre El Galpón y el Ministerio de Gobierno para lograr un acuerdo por el cual deja de ser obligatorio el test de VIH para el ingreso de personas a la Policía. Esto surgió a partir de una situación de discriminación donde no se permitió el ingreso de una persona que era reactiva.
- ✓ La gestión de la Unidad ante el Ministerio de Desarrollo Social para que personas con VIH accedan a una prestación alimentaria. Asimismo, esta cartera aporta recurso humano a la Unidad de Adolescencia.
- ✓ La capacidad para lograr acuerdos no solo se manifiesta en el orden externo, a nivel intrahospitalario han sabido articular acciones con distintos actores. La Coordinadora de El Galpón menciona que existe un fuerte acompañamiento por parte del servicio de laboratorio; lo mismo manifiestan los integrantes de Violencia Familiar respecto de Servicio Social e integrantes de la Guardia de Emergencia. La Unidad de SIDA y ETS logró el reconocimiento de horas extras para la realización de actividades de prevención.

Las instancias del periodo 2011-2013 reflejan las capacidades de trabajo articulado de las Unidades. Para determinar el nivel de participación si voy a recurrir a lo cuantitativo y desde esta perspectiva el saldo es que tomando las tres Unidades en conjunto participaron de un total de 33 instancias, lo que representa un 86,8% sobre la totalidad de instancias en

las que participaron actores hospitalarios. El análisis de acuerdo a los ejes y dimensiones formuladas revela la pertinencia de concebir a estos actores hospitalarios como **Sujetos del Desarrollo**.

## **b.2. Espacios potenciales de emergencia de nuevos sujetos del desarrollo**

Se identificaron también otros casos de articulación desarrollados por Áreas y/o Servicios intrahospitalarios que potencialmente representan, a mi entender, un germen para que emerjan nuevos actores sujetos del desarrollo.

### **Caso 1: Charla informativa abierta a la comunidad “Cuidados Paliativos”**

Año: 2011.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Servicio de Internación Domiciliaria y Cuidados Paliativos del Hospital Artémides Zatti.

**Descripción:** Fue una charla informativa sobre cuidados paliativos llevada a cabo en el Centro Municipal de Cultura de Viedma, auspiciada por el Hospital Zatti y el Municipio, y abierta a toda la comunidad.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Folleto de difusión).

### **Caso 2: Proyecto Sonrisas de Mujer**

Año: 2011/2012.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Servicio de Odontología.

**Descripción:** Sonrisas de Mujer fue un proyecto enmarcado en el Programa Mujer y Salud dependiente del Consejo Provincial de la Mujer (CPM). A diferencia de otras experiencias de articulación identificadas, ninguna área del Hospital Zatti actuó como organizadora ya que, este proyecto surge de un convenio firmado entre el Ministerio de Familia y el Ministerio de Salud.

Dicha prestación consistía en la colocación de prótesis o sustitución de piezas dentales a pacientes mujeres en situación de vulnerabilidad social, y la modalidad de ejecución radicaba en un proceso de articulación entre el CPM y los hospitales públicos de distintas ciudades de la Provincia.

El CPM mediante el Programa de Alfabetización Rionegrino detectaba a las potenciales mujeres destinatarias de la prestación y las coordinadoras del proyecto gestionaban los turnos para el servicio de odontología de los correspondientes hospitales.

Sonrisas de Mujer previa en su primera etapa dar cobertura a unas 300 mujeres de distintos puntos de la provincia, pero se ejecutó unos pocos meses entre 2011 y 2012 debido a que las nuevas autoridades del CPM, que asumieron con el cambio de gestión gubernamental, decidieron dejar de implementarlo.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Artículo periodístico).

### **Caso 3: Chacra-Empresa Social “La Unión”**

**Año:** 2012.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Servicio de Salud Mental.

**Descripción:** Se trata de una iniciativa surgida dentro de un proyecto de voluntariado que realizan docentes y alumnos de la carrera de Ingeniería Agronómica de la Universidad Nacional de Río Negro. Esta iniciativa persigue múltiples objetivos: generar un emprendimiento productivo, vínculos para la inserción social y laboral, adicionales a la currícula educativa, y en una segunda etapa incorporar personas desempleadas de la localidad de San Javier.

La primera etapa fue desarrollada por alumnos y pacientes del Servicio de Salud Mental del Hospital Zatti quienes produjeron y comercializaron hongos en una chacra ubicada en la zona del Valle Inferior del Río Negro.

En abril de 2012, la empresa social, los alumnos y profesores y la organización no gubernamental “Manos Abiertas y Solidarias” abrieron un puesto en la Feria Municipal de Viedma donde organizaron una degustación venta y promoción de los productos con la participación de un chef.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Artículo periodístico).

### **Caso 4: Unidad Móvil Odontológica**

**Año:** 2013.

**Área hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Servicio de Odontología.

**Descripción:** Se puso en funcionamiento una unidad móvil odontológica para realizar sellado de muelas en escuelas primarias como acción de prevención. La casilla fue adquirida con fondos aportados por la Cooperadora del Hospital Zatti.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Artículo periodístico).

### **Caso 5: Actividades comunitarias de promoción de la salud y los derechos de Niños, Niñas y Adolescentes**

**Año:** 2013.

**Área Hospitalaria/actor hospitalario involucrado:** Servicio de Nutrición, Servicio de Odontología, CAPS.

**Descripción:** Fueron un conjunto de acciones de promoción de hábitos saludables realizadas por diferentes áreas del Hospital.

En el marco de la campaña organizada por el Ministerio de Salud de la Nación “100 mil Corazones para un cambio Solidario” el Servicio de Nutrición y el CAPS del Barrio 20 de Junio participaron en la realización de actividades conjuntas con alumnos de cuarto grado de la Escuela 296 de Viedma y el grupo comunitario “Las Pastillas del Abuelo”.

En otro orden, el Servicio de Odontología participó de “La Kermés de Viedma”, dicha participación se materializó mediante el armado de un stand en la Feria Municipal donde se entregó material informativo sobre salud bucal al público.

**Fuente:** Análisis documental (Documento: Artículo periodístico).

Estos casos de articulación descritos con anterioridad fueron organizados por algunos Servicios intrahospitalarios que de continuar realizando intervenciones en este sentido, podrían constituirse en *nuevos sujetos de desarrollo local*. Me refiero concretamente a los Servicios de Salud Mental y Odontología.

El Servicio de Salud Mental además de participar en la experiencia de la Chacra-Empresa Social “La Unión” en el periodo 2011-2013, también lo hace de la Red de Adolescencia y el Espacio para Adolescentes. El trabajo en los dos últimos casos se ha consolidado en el tiempo y ha logrado tener una función clara, haciendo que deba articular con instituciones estatales y de la sociedad pero básicamente con las Unidades de Adolescencia y SIDA y ETS. Tener contacto frecuente con los sujetos del desarrollo puede ser un factor de influencia y un estímulo para que los integrantes de Salud Mental decidan profundizar en la implementación de intervenciones de sentido social con alcance local. Además, existen antecedentes que abonan la posibilidad de que se pueda avanzar en esta dirección, uno de los impulsores del proyecto y la posterior creación de la Unidad de Adolescencia (año 2004) integró el equipo de Salud Mental hasta el año 2011.

El Servicio de Odontología organizó y participó de tres instancias de articulación en el periodo 2011-2013. Esto denota una incipiente intención de dar impronta social al área, basada en acciones vinculadas a lo preventivo y territorial. Lo que la observación y el análisis periodístico y documental permitieron inferir es que este giro gradual no se debió a la confluencia en el equipo de profesionales consustanciados con un modelo social de intervención sino específicamente a la existencia de uno en particular que entre los años 2009, 2010 y principios de 2011 ejerció la función de jefe de servicio. Durante este lapso organizó espacios de interacción y actividades con diversos actores sociales (sobre todo escuelas) y fue el que propició la participación en el Proyecto Sonrisas de Mujer. Posteriormente al dejar la jefatura era visible su colaboración con la nueva conducción del área y su influencia y trabajo para llevar adelante distintas instancias de articulación, especialmente la de la Unidad Móvil Odontológica. Este profesional se constituye en un sujeto del desarrollo individual que opera dentro de un servicio que no lo es, pero que, bajo su influjo, podría llegar a serlo.

## **Capítulo 4: Potencialidades del Hospital Zatti para constituirse en un sujeto del desarrollo a nivel institucional.**

En este Capítulo voy a exponer las potencialidades que cuenta el Hospital Artémides Zatti para constituirse en un actor central del desarrollo local. Si bien en el periodo estudiado se observó que no existe una política planificada en el marco de una estrategia de desarrollo local, el estudio da cuenta de que existen sujetos intrahospitalarios (individuales y colectivos) constituidos como sujetos del desarrollo.

Ante el planteo si puede constituirse el Hospital Zatti en un actor protagónico de procesos de desarrollo local o si solo puede limitarse a la prestación servicios básicos de salud, la respuesta es que **puede convertirse en un actor preponderante del desarrollo local** ya que cuenta con **potencialidades y capacidades** para serlo. De por sí, por la esencia misma de los servicios que presta, es un actor importante y principal del desarrollo local; el Hospital Público siempre va a ser relevante, su propia ontología hace que esto sea así: es determinante que la población más vulnerable o de escasos recursos pueda acceder a la asistencia médica en diversas especialidades, medicamentos, cirugías, entre otras prestaciones, amén de las limitaciones que cuente el sector.

A pesar de todas estas funciones esenciales que el Hospital cumple, podría tener mayor protagonismo en procesos tendientes a intensificar el desarrollo local. Es una institución importante para la comunidad viedmense pero no llega a ser un pleno sujeto del desarrollo a nivel integral. No obstante, cuenta con capacidades y potencialidades para serlo.

### **a.- Potencialidades**

Voy a distinguir entre las potencialidades de los sujetos del desarrollo, colectivos e individuales.

#### **a.1. Potencialidades de los sujetos del desarrollo colectivos**

- Al enumerar las potencialidades y facilitadores surgen las propias **Unidades** consideradas en este trabajo **sujetos del desarrollo** (Unidades de SIDA y ETS, Adolescencia y Violencia Familiar). La instalación y el reconocimiento ‘social’ que han logrado en el territorio local, la trayectoria y los alcances de las prácticas hacen

que pasen desapercibidas las tensiones latentes al interior del sistema de salud y que las mismas sean vistas como representantes y parte inescindible del hospital. Cada actividad que realizan la hacen en nombre de la institución y marcan presencia; para el público en general está la institución hospitalaria no un área aislada.

Como hemos visto, estos sujetos del desarrollo tienen la **capacidad de generar sinergia y empatía** con actores tanto *intrahospitalarios* como *extrahospitalarios*.

*Intrahospitalarios*: Este elemento permite que actores internos, aunque sea de modo individual, se sumen o interioricen del trabajo contribuyendo a la formación de una identidad hospitalaria y convirtiéndose en potenciales sujetos del desarrollo.

Con los agentes sanitarios también, primero como que la entrada siempre ha sido personal y después de lo personal se hace como institucional, esto ya sea también quizás con los menos son con los enfermería, pero de invitarlos a la actividad de promoción, a ser parte de la promoción, a sentir la promoción, después a la capacitación y después esta trama se va contagiando de otros en esta cuestión pero siempre desde el comienzo de lo no formal no de estrategia formada si no lo que ha venido sucediendo en el tiempo (Ent. Coord. El Galpón)

Por ejemplo la diferencia, al proyecto anterior, era no tener un ginecólogo, no tener pediatra, sería muy bienvenido, pero no necesariamente porque nosotros tenemos los centros de salud, la gente vive en los barrios y acude, a esos centros, los tienen como un lugar referencial, por lo tanto no es necesario que abarquemos justamente de la parte más médica o de la enfermedad, nosotros abarcamos a la adolescencia en su crisis vital... (Ent. Unidad de Adolescencia)

Trabajamos también con el servicio de salud mental, con el servicio de pediatría por las problemáticas del maltrato infantil, con las guardias, con los médicos generalistas, ¡bueno! con algunos médicos de consultorios externos, con la parte que tiene que ver con medicina en general, bueno como dice X, con los centros de salud constantemente, pero con los centros de salud el referente es el agente sanitario generalmente, porque es el actor que va a los domicilios, con el que podemos trabajar más articuladamente el abordaje con el paciente y en el grupo familiar. (Ent. Unidad de Violencia Familiar)

*Extrahospitalarios*: Respecto de los actores externos, muchos visualizan en estas áreas cualidades de liderazgo para planificar y llevar adelante acciones con impacto en el plano local.

Fuimos a ver al Ministro, al de Políticas nutricionales, a la nutricionista, a la parte de X, que no me acuerdo que área es. Hicimos como una especie de aterrizaje en Desarrollo porque hay que golpear muchas puertas y se consiguió, primero nos ofrecieron \$200, y con esto dijimos veremos que hacemos para que alcance para el mes y nos subieron a \$400 en tickets. Septiembre, octubre, noviembre y diciembre y un doble en diciembre fue. Así que nosotros tocábamos el cielo con las manos. Nosotros

hablamos de la necesidad, más allá de que la gente tenga obra social, no entraban todos, nosotros tenemos más o menos, más de 150 pacientes y les pedíamos el respeto al criterio de nuestra lista, se cruzaba el tema de la confidencialidad, porque ese es un gran tema, ellos hacían resistencia también ahí. Pero, bueno lo logramos y este año supuestamente arrancábamos con tarjeta, cosa que todavía no logramos ni tarjeta ni tickets (Ent. Coord. El Galpón)

Las asesorías se hacen acá, son nuestras, hacemos asesorías a instituciones... Las instituciones generalmente son las educativas. Nos ha tocado grupo de jóvenes que están en partidos políticos, digamos, mirá: queremos intervenir en tal barrio, no sabemos, de qué lugar, los jóvenes... Esto se ha hecho en varias oportunidades. A otras instituciones o ONGs. Y háganme acordar. ¡Bueno! después por supuesto en todo lo que tienen que ver con lo cultural y eso siempre hay alguna asesoría. Después lo que hay intervenciones en situaciones, en redes de intervención estratégicas en situaciones más complejas, por darte una situación, alguien que concurre acá o que concurre a un jardín o al Globito Azul, que es lo más cercano que tenemos, tiene alguna conflictiva familiar, a veces nosotros no aparecemos, no aparecemos directamente con la familia, pero sí intervenimos en el grupo de gente que está reunida para abordar la problemática, esto es algo también que nos atribuimos nosotros como algo innovador, porque hasta el momento, lo que venía sucediendo es que intervenían todos por separados, nosotros fuimos uno de los primeros que hemos convocados a todas las instituciones intervinientes, sea un jardín. Ah bueno! también nos han convocado de las iglesias, las evangélicas, las... bueno no! Como para.... (Ent. Unidad de Adolescencia)

Se planteó la posibilidad de poder dictar desde la unidad talleres de promoción, prevención, en el trabajo con adolescentes para la tolerancia de violencia y todo lo que tienen que ver con la violencia familiar. Y a partir de ahí cada escuela, cada institución educativa fue tomando la demanda y en cuestión de eso se fue organizando a lo largo de todo el año 2013 diferentes talleres pero en forma más sistemática y organizada con los tres niveles, inclusive con la escuela de Patagones. (Ent. Unidad de Violencia Familiar)

- La **convivencia** en la institución de dos **modelos de intervención** (social y médico hegemónico) apareja conflictividades pero también encierra la potencialidad de que de esos conflictos emerjan nuevas construcciones que combinen elementos de ambos, sobre todo a partir de actores con tolerancia al disenso y con capacidades de asimilar o modificar sus prácticas y ponerlas a disposición de un proyecto.
- La **apertura de nuevos espacios/instancias** de articulación con actores extrahospitalarios: se trata de casos en los que se sumaron otras áreas en carácter de organizadoras. Son los casos de los Servicios de Internación Domiciliaria y Cuidados Paliativos, Nutrición, Salud Mental, Odontología y CAPS.

Como vimos en el capítulo anterior, Salud Mental y Odontología dan cuenta tanto desde el análisis documental como desde la observación, de que han iniciado un camino hacia la constitución en sujetos del desarrollo.

Respecto a los otros espacios (Cuidados Paliativos, Internación Domiciliaria y Nutrición) se observó que cuentan con condiciones y aptitudes para constituirse en sujetos del desarrollo en la medida que estas acciones en el territorio salgan del estatuto de esporádicas y se mantengan y profundicen.

## **a.2.- Potencialidades de los sujetos del desarrollo individuales**

En los distintos Servicios y Áreas hospitalarias se desempeñan agentes que a modo individual tienen una visión o ideología que se vincula con un enfoque social de la salud. Entre las potencialidades se visualiza:

- **Compromiso/identificación:** con una propuesta/ideología relacionada con lo social y con anclaje en el ámbito local.

...los consejeros son trabajadores hospitalarios que quisieron formarse algunos pudimos capacitarnos afuera y auto capacitación y revisión constante porque es necesario, íntimamente necesario... Porque no hacía a la profesión o sea que podía ser, se le hacía una entrevista anterior, hubieron administrativos, hubieron médicos/a , agentes sanitarios, enfermeras vinieron a la capacitación. Porque también la consejería uno la puede ver que se puede hacer en el espacio como consejería, como organización o también la puede hacer al lado de una cama en internación o en el centro de salud ya sea por el agente sanitario o en la casa de una persona, la consejería es el medio o la herramienta (Coord. El Galpón)

- **Condiciones personales:** Entre las condiciones personales considero dos características relevantes: la apertura al diálogo y la capacidad técnica de estos sujetos del desarrollo individuales.

... articulamos con personas... a nivel individual, por ejemplo con algunos de los trabajadores sociales, con nutrición... (Ent. Unidad de Adolescencia)

La cuestión es que pudimos empezar a fantasear a soñar en poder hacer algo que no sea esto de ya sea ponerme enfrente o hacer un juego en un taller si no algo que nos atraviese, para nosotros siempre el teatro fue una herramienta de comunicación. Ya teníamos una obra de teatro donde nosotros mismos somos actores que es la enseñanza del preservativo desde lo cómico y esto no podía ser lejos porque la discriminación es drástica entonces hay que poner la cuestión de lo cómico porque si no es imposible deglutirla y bueno empezamos a encontrarnos con otras personas de otros servicios que dijo a bueno yo voy, ah necesitamos a alguien fuimos a buscarlos y dijo a bueno!! (Coord. El Galpón)

Y el agente sanitario, por ahí estas concepciones que tiene son piola... son más amplias, son más llanos, puede estar cargado de ciertos prejuicios, pero como está la cosa esta llana... rescatan cosas muy valiosas... y además a veces son ellos los que

detectan situaciones que nosotros a veces le mandamos, ellos también nos demandan a nosotros, nos derivan pacientes... (Ent. Unidad de Violencia Familiar)

## **b.- Nuevas potencialidades**

Los elementos que voy a presentar, de acuerdo a la lectura que uno les haga, pueden constituirse en un obstáculo o en un nuevo potenciador; voy a analizarlos en este último sentido ya que en primera instancia representan problemas y limitaciones para el funcionamiento óptimo del Hospital y de los actores sujetos del desarrollo, pero su superación significa el avance a un estadio con un escenario muy favorable para la integración y articulación de los distintos actores hospitalarios con la sociedad.

**b.1.** El primero de estos obstáculos/nuevo potenciador se relaciona con la *injerencia de actores externos al sistema de salud en algunos aspectos inherentes a su funcionamiento*.

Estar emplazado en la ciudad capital de la Provincia hace que coexista en el mismo espacio con el Ministerio de Salud, políticos provinciales y sedes gremiales. En diversas coyunturas, algunos de estos actores tienen capacidad de presión y recursos de poder para articular relaciones paternalistas y clientelares al interior de la institución (materializadas en el reparto de horas extras, distribución de cargos jerárquicos y nombramiento en puestos de trabajo) e incidir en decisiones sobre aspectos que hacen al desarrollo de las tareas. Entrevistado para un trabajo anterior, el por entonces Jefe del Departamento de Atención Médica decía: *“vos tomás una decisión conflictiva acá y muy probablemente al rato recibís un llamado para dar explicaciones”*<sup>28</sup>.

Sobre el gremio UPCN uno de los trabajadores hospitalarios entrevistado sostenía:

Negocia ciertas ventajas para el gremio en la cual se pierde de vista al trabajador que se representa... como gremio negocio algún beneficio para mí a costa de que cuando voy a pedir aumento me digan “te damos 18 en vez del 20 porque te estamos ayudando a sostener el gremio”... La entidad se ve en la necesidad de sostener una estructura que termina perjudicando al trabajador... entra en un juego que tiene que ceder cosas para mantener beneficios que tiene y en contrapartida termina afectando el funcionamiento del gremio y a los empleados (Ent. Trabajador Hospitalario)

---

<sup>28</sup> Entrevista a un ex jefe de Departamento del Hospital, realizada en el marco de la elaboración del trabajo final para la materia Introducción al Desarrollo Local de la Maestría en Políticas Públicas y Gobierno de la Universidad Nacional de Río Negro.

No obstante esto, debo señalar que en ocasiones la presencia de actores políticos externos puede canalizarse positivamente. Para ejemplificar con situaciones concretas menciono la reunión mantenida entre los referentes de las Unidades de SIDA y ETS, Violencia Familiar y Adolescencia con legisladores provinciales para analizar cursos de acción que permitieran el reconocimiento de esas Áreas en el organigrama hospitalario (amén de que dicho reconocimiento haya prosperado)<sup>29</sup>.

En otra oportunidad, legisladores del bloque Alianza Concertación para el Desarrollo presentaron un proyecto legislativo para destacar la obra de teatro puesta en escena por la Unidad de SIDA y ETS “¿Quién hace la diferencia...?; aunque simbólicamente, este hecho fue importante para dar visibilidad a las acciones desarrolladas por El Galpón y concientizar sobre la importancia de la Unidad y del Hospital a diferentes actores políticos.

Por su parte, la cercanía con los organismos burocráticos de los cuales depende el Hospital y por ende con los funcionarios encargados de tomar las decisiones, también es un aspecto que contribuye a estimular la participación. La posibilidad de demandar y reclamar cara a cara ante los decisores públicos sumada a la pérdida de niveles de representatividad de los gremios y del CLS, aparejó la emergencia de organizaciones colectivas que, aunque sectorizadamente, interpelan al poder político. Esto se reflejó cuando la Asociación de Profesionales y Técnicos del Hospital Zatti y el grupo “Enfermeros Autoconvocados del Hospital Artémides Zatti” realizaron medidas de fuerza por reclamos salariales<sup>30</sup>.

**b.2. El predominio de la corporación médica**, a través del **Modelo Médico Hegemónico**, expresado en la ocupación de los cargos de conducción y con mayoría de representantes en la mayoría de las áreas, dificulta la *participación y/o involucramiento institucional del Hospital Zatti en un proceso de desarrollo local*. El Hospital no escapa a la lógica organizacional imperante en la administración pública, existe una cultura burocrática y sustentada en la verticalidad que le impregna el actor dominante mediante las prácticas, los hábitos y comportamientos que se corresponden con el modelo tradicional o hegemónico descrito en el Capítulo 3. El supuesto principal es que en lo atinente al sistema de salud

---

<sup>29</sup> Fuente: ADN/www.adn.com.ar (13/06/13).

<sup>30</sup> Fuentes: diario digital La Palabra/www.lapalabra.com.ar (11/04/2012) y diario Noticias de la Costa/www.noticiasnet.com.ar (14/04/2012).

todo debe quedar en manos de los médicos ya que es el que posee los saberes científicos y técnicos y la información sustancial; incluso aquellos aspectos que no son estrictamente médicos (como por ejemplo la organización del sistema de turnos, la planificación de políticas territoriales, las estrategias de comunicación y suministro de información a la sociedad, etc.) Denota un profesionalismo excluyente que no considera legítimo el aporte y la posición detentadas por otros actores del sistema a los cuales, desde esta perspectiva, solo les queda subordinarse a sus designios.

La primacía del Modelo Médico Hegemónico cuenta con el aval de la clase política que, por desconocimiento o por evitar la confrontación con la corporación médica, no establece políticas o líneas de acción direccionadas a romper con el statu quo. Sobre esto debe reconocerse que salud es una temática muy sensible al sentido común de la ciudadanía y que los médicos en su conjunto tienen una notable capacidad de presión. Esta relación de poder favorable se materializa en cuestiones como la falta de profesionales de la salud en Río Negro, que hace que en determinadas especialidades existan muy pocos especialistas, y los altos valores que el “bien” salud implica en el ámbito privado y como negocio en sí mismo. Muestra de esto es que el Hospital Zatti tiene un componente de profesionales que son en su mayoría extraprovinciales y que cuando no se sienten a gusto con las condiciones del sector público encuentran oferta suficiente para migrar al sector privado.

El *carácter hegemónico de la corporación médica* no solo representa un *obstáculo* para la *constitución del Hospital en un sujeto del desarrollo integral* sino que también *condiciona a los actores intrahospitalarios que lo son*. Existe una **tensión latente entre el modelo tradicional y el modelo social** que afecta el desenvolvimiento de los sujetos del desarrollo hospitalarios y los tiende a aislar y no incluir en las líneas generales de las políticas de salud. Desde la perspectiva de los mismos es deliberadamente intencional y tiene basamento desde lo político- ideológico: *“El accionar de la Unidad es político, tenemos una posición política que interpela”* (Trabajadora Unidad de Adolescencia).

La diferenciación de fondo entre los dos modelos es que uno prioriza la enfermedad y otro la prevención

La prevención siempre es una cuestión no reconocida. Verbalmente dicha pero en los hechos, en los papeles, no reconocida...dentro del sistema tradicional se prioriza la

enfermedad en sí. Ante la necesidad de un trabajador social, vital para las tareas de prevención y promoción, se prioriza la incorporación de un médico y un enfermero, es decir de la enfermedad. Se espera la enfermedad y no la causa... no se tiene en cuenta que las enfermedades de transmisión sexual están atravesadas por situaciones sociales, situaciones de violencia, de hambre, de hacinamiento, adicciones... (Coordinadora Unidad de SIDA y ETS)

Los cargos políticos y jerárquicos tanto en el Hospital como en el Ministerio de Salud usualmente son ocupados por representantes del modelo médico hegemónico. Desde esos puestos claves desarrollan una batería de estrategias que tienen por objeto limitar y neutralizar a los actores enrolados en el modelo social; los integrantes de las Unidades de SIDA y ETS, Violencia Familiar y Adolescencia se encargaron de describirlas al momento de las entrevistas.

La más significativa de estas estrategias es el no reconocimiento de estas áreas en el organigrama hospitalario. El Galpón y Violencia hace diecisiete años que fueron constituidas como Unidades en el marco del CLS y esa resolución todavía no ha sido refrendada por el Ministerio. Por su parte la Unidad de Adolescencia funciona desde 2004. Esto imposibilita la asignación de recursos, la selección de recursos humanos con los perfiles adecuados y el acceso a horas extras para los trabajadores que por la especificidad de las tareas eventualmente deben realizarlas a contraturno.

Los integrantes de las Unidades han venido movilizándose desde hace años para lograr la regularización pero desde los sectores de decisión política han empleado la omisión o argumentos poco válidos para justificar la persistencia de la situación. Uno de ellos ha sido sostener que si son reconocidas estas Unidades en Viedma se sientan precedentes para la conformación de áreas similares en otros hospitales de la provincia, lo que aparejaría dificultades de índole financiera, de recursos y funcionamiento. Además cuando argumentan que es por cuestiones presupuestarias, este justificativo se rebate con el hecho de que ningún servicio o área hospitalaria tiene presupuesto. Los trabajadores descreen estos fundamentos y lo vinculan directamente al choque ideológico entre el paradigma social y el paradigma tradicional.

Poder convertirse en Servicio y estar incluidas en el organigrama daría a las Unidades el reconocimiento institucional que vendría a sumarse al reconocimiento social que ya

obtuvieron. El reconocimiento institucional es una potencialidad y abre un escenario positivo que implicaría un *incentivo* para los integrantes de los equipos, la llegada de *más recursos para volcar a actividades* y una *jerarquización de las áreas* que se correspondería con el prestigio y el capital social que han sabido construir.

Otra estrategia de los funcionarios ha sido desconocer el trabajo realizado en las Unidades: “*Constantemente tenemos la necesidad de explicar que estamos haciendo*” (Trabajadora Unidad de Adolescencia)

Un funcionario público no puede terminar pensando después que le explicamos todo esto que somos una ONG... nos han llegado a plantear desde salud si no convenía que pasemos a desarrollo social o cultura (Ent. Unidad de Adolescencia)

Los profesionales de la Unidad de Violencia Familiar consideran que ante la complejidad y gravedad de los casos que tratan diariamente la metodología de abordaje debe ser sometida a constante revisión. Para eso utilizan como herramienta la supervisión externa, pero a menudo suelen tener dificultades en la predisposición de las autoridades para costearlas ya que se podría inferir que sería por el presunto desconocimiento de las implicancias del trabajo en la temática de violencia: “*El Estado paga insumos médicos pero no una supervisión porque el padecimiento es “conjetural”... si puede ir a la farmacia dale ribotril y listo*” (Ent. Unidad de Violencia Familiar).

**b.3.** Otra estrategia identificada es el *aislamiento*. Cuando algún actor interpela al sistema no siempre la disputa frontal es la forma que la corporación médica y la clase política emplean para neutralizarlo; para evitar el desgaste que una confrontación acarrea se deja que los actores contestatarios “hagan” siempre que no traspasen los límites de lo que el sistema está dispuesto a tolerar. Se deja hacer para que concentren sus energías en cuestiones que no obstaculicen el normal desenvolvimiento de las relaciones de poder y no presionen a las autoridades y a la corporación. Así se los aísla considerando que los tienen entretenidos en aspectos y tareas a las cuales consideran secundarias. Un ejemplo se da cuando los trabajadores de la Unidad de Adolescencia se refieren a la creación del área: “*No sé si nos aprobaron el proyecto, nos dejaron hacer*” (Ent. Unidad de Adolescencia).

El “dejar hacer” y el aislamiento pueden significar oportunidades favorables para la concreción de acciones tendientes a vincular el Hospital con la comunidad; a pesar de

existir una situación adversa, dependerá en gran medida de los actores “aislados” si optan por permanecer de modo pasivo en la crítica o aprovechar esos intersticios para trabajar, generar relaciones y prepararse para cuando llegue un contexto mucho más propicio. El hecho está a la vista: de algo negativo como la estrategia de aislamiento devino la aparición de la Unidad de Adolescencia y con ella se abrieron nuevos espacios de interrelación del Hospital con la sociedad.

**b.4.** Asimismo, dentro de estos obstáculos/potenciadores, el **Consejo Local de Salud** (CLS) representa en sí mismo una posibilidad para la planificación e implementación de una política de salud integral con enfoque local. Como ya se planteó en el capítulo 2 , desde su origen hasta la actualidad ha sido un espacio donde la participación de la comunidad es restringida, limitada a la mera transmisión de inquietudes hacia los actores estatales, que predominan en número y son los que deciden la acción u omisión, de acuerdo a sus intereses, percepciones, y recursos de poder. Esto no varió en el periodo 2011-2013, donde se observó que estas estrategias, como así también las prácticas y la dinámica de las relaciones de poder entre los actores persistieron; la cooptación burocrática ejercida durante años llevó a que pierda legitimidad como ámbito de representación y toma de decisiones. Sin embargo este diseño institucional es el único que prevé una puerta de entrada a la participación y el involucramiento tanto de actores hospitalarios, políticos y de la ciudadanía en el sistema de salud, lo cual hace que siempre esté latente como una potencialidad para ser aprovechada por actores que logren desarrollar una estrategia que rompa con su dinámica de funcionamiento tradicional. Estos actores podrían ser cualquiera de los **sujetos del desarrollo individual o colectivo** que sean capaces de interpelar al resto, articular las diferentes demandas dispersas, saldarlas y conducir un proceso de resignificación de este espacio.

## Conclusión

La configuración del Hospital Público en Viedma en el **periodo 2011-2013** es resultado de una **construcción histórica** fruto de los procesos sociales, culturales, políticos y económicos que han atravesado a la ciudad a partir de la provincialización.

El crecimiento demográfico derivado de la condición de capital de Viedma y de localidades intermedias de la región lo elevaron a la categoría de ser uno de los hospitales de mayor complejidad de la provincia y, en el ámbito local, una de las instituciones más importantes. Esto lo catapultó a ocupar un rol trascendental en los diversos procesos de desarrollo local que pretendían encararse.

Ante el **problema de investigación** planteado, es decir *si el Hospital Público en Viedma puede constituirse en actor protagónico de procesos de desarrollo local o si sólo debe limitarse a la prestación de servicios básicos de salud*, se presenta como principal conclusión que el Hospital Zatti, en el periodo 2011-2013, ha sido un actor importante del desarrollo local dada la esencia, el tipo y la calidad de servicios que presta, aunque no actuó en el territorio mediante una estrategia integral de intervención sino que lo hace a través de áreas y actores intrahospitalarios específicos, algunas de ellas constituidas como sujetos del desarrollo individual o colectivo.

Para arribar a la misma se debió estudiar e investigar acerca del CLS e identificar casos de articulación llevados adelante por actores intrahospitalarios conjuntamente con otros actores sociales y estatales que intervienen en el ámbito local.

La Ley 2570/92, cuyos propósitos fueron la descentralización de funciones y la apertura de instancias de participación a diferentes actores de la comunidad, constituyó al CLS como el órgano máximo de salud en la localidad, responsable de la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las políticas de salud, de la gestión técnico administrativa y de recursos humanos; normativamente, el hospital general debe ajustar sus acciones y actividades a las decisiones que sean tomadas en el ámbito de este cuerpo. En el plano real el derrotero del CLS a lo largo de los años ha mostrado, como arrojaron investigaciones precedentes, que ha sido un espacio donde la participación fue restringida y limitada a la

sola transmisión de inquietudes hacia los actores estatales que predominan en número y son los que deciden la acción u omisión, de acuerdo a sus intereses, percepciones y recursos de poder. El periodo 2011-2013 no fue la excepción y persistió la misma lógica de funcionamiento, profundizada por la particular coyuntura derivada del proceso electoral de 2011 y el consecuente cambio de gestión, lo que llevó a la parálisis total de este espacio.

La imposibilidad del CLS de constituirse en ámbito de participación, administración y planificación de políticas del sector salud llevó a la pérdida de legitimidad de este diseño institucional. Esto se corroboró en las entrevistas sostenidas con los trabajadores hospitalarios, quienes no lo reconocieron como un canalizador de demandas y exhibieron total desinterés en su conformación, y mediante el seguimiento periodístico, el cual puso en relieve como diferentes actores, tanto comunitarios como del sistema de salud, a la hora de manifestar necesidades escogieron otros medios y como la Dirección del Hospital atendió cada una de forma particularizada sin trasladar la problemática al ámbito del Consejo.

Tampoco desde otras áreas y organismos de conducción tales como el Ministerio de Salud y la Dirección del Hospital se articuló una estrategia de política de salud integral, que, de existir, impactaría indefectiblemente sobre el desarrollo local. Los que desplegaron políticas y acciones tendientes a la integración con actores sociales y gubernamentales con incidencia en lo local fueron los actores colectivos e individuales convertidos en sujetos del desarrollo; esta es la mayor capacidad ostentada por este grupo: ser **productores de políticas públicas**, más allá del acompañamiento que cuentan de parte de la estructura estatal a la cual pertenecen.

En ocasiones, desde los niveles de conducción se les niega reconocimiento o apoyo que a la luz de la investigación se justifica en variables como la económica (falta de presupuesto) o la ideológica (a veces el argumento del condicionamiento presupuestario es solo un pretexto donde lo que subyace es la diferencia ideológica respecto del modo intervención), sin embargo los sujetos del desarrollo se las arreglan para desarrollar acciones y políticas con impacto en el territorio y que por algo gozan del reconocimiento de la sociedad.

Que el capital social no derive en reconocimiento institucional (recordemos que las Unidades de SIDA y ETS, Adolescencia y Violencia Familiar no forman parte del

organigrama), no es impedimento para producir políticas de impronta social, orientadas a la prevención y que hacen a la calidad de vida y al desarrollo local. Aunque más allá de los obstáculos y las limitaciones que se enfrentan estos actores considero que la investigación nos puede hacer reflexionar profundamente, mucho más lejos de una habitual tensión entre partes del Estado con ideologías, intereses y posiciones contrapuestas. Nos puede hacer reflexionar acerca de la **Democracia** misma y de su vínculo estrecho con el desarrollo local.

Es sano y bueno en una sociedad que actores que forman parte del sistema de salud, comprometidos socialmente con la realidad de colectivos marginados o en riesgo social, a pesar de la negación de algunos grupos de poder que manejan los resortes del Estado, puedan producir políticas públicas que atiendan las demandas de esos sectores; esto funciona de indicador positivo para valorar el sistema democrático que configuramos en el plano local. Las políticas que producen contribuyen al desarrollo local de la sociedad viedmense, mostrando un tipo de desarrollo que se condice con el paradigma que lo considera una construcción “desde abajo”, fruto de la interacción en un espacio social de individuos, grupos o fuerzas sociales y políticas con intereses, aspiraciones, iniciativas, propuestas diversas las cuales conforman a su vez, identidades disímiles, dando cuenta de la calidad democrática.

Una muestra de lo sostenido puede ser la comparación del CLS con cualquiera de las tres Unidades. Debo partir de la base que si bien tanto el CLS como las Unidades son productores de políticas, su creación y continuidad es asimismo fruto de una **política**. Sin embargo el CLS aunque fue una política implementada con el objetivo de abrir a la democratización el sistema local de salud, a tono con un determinado contexto histórico, se delineó verticalmente, de arriba hacia abajo. El diseño y los actores que debían participar del mismo fueron decididos por personas que ocupaban los cargos de conducción y por ende espacios de poder. Tal vez de este origen derive que el CLS no haya resultado un ámbito de participación activo y productor de políticas sustentables y que buena parte de lo discutido haya girado en torno a lo presupuestario, impregnando un cariz economicista. Este funcionamiento llevó a que sea deslegitimado por los actores involucrados y que por tanto no sea reconocido como diseño institucional valedero a la hora de discutir

problemáticas y planificar e implementar políticas. Si esto es resultado de su origen como política vertical es un interrogante que dejo abierto para futuras investigaciones.

Las Unidades de SIDA y ETS, Adolescencia y Violencia Familiar son construcciones “de abajo”, por iniciativa propia de trabajadores del Hospital, por lo tanto del Estado, pero que no detentaban espacios de poder. Representan en sí mismas una política trazada por actores marginales del sistema pero con capacidad para convocar y articular con colectivos sociales para abordar problemáticas emergentes y a su vez interpelar al Estado y sus estamentos dominantes. Son productoras de políticas porque más allá de la línea que reciben del Ministerio de Salud y de la Dirección del Hospital, planifican, implementan y gestionan actividades, acciones y prestaciones por iniciativa propia. El **Modelo Médico Social** en el que enmarcan sus prácticas es de por sí un impulsor del desarrollo local.

Comparativamente, en el periodo 2011-2013 no se visualizaron políticas o acciones que hayan partido del CLS, si en cambio, como se demostró en la investigación, existieron en número generoso de parte de las Unidades. Amén de esta comparación, no es mi intención desacreditar al CLS y de ninguna manera contraponerlo a las Unidades sujetos del desarrollo. No se trata de uno u otro sino que son perfectamente complementarios. El CLS más allá de su historia y derrotero es un ámbito valioso que representa una potencialidad para que actores individuales o colectivos sujetos del desarrollo puedan resignificar su contenido y alcances y convertirlo en un diseño proclive a la ejecución de políticas de desarrollo local.

En suma, el Hospital Público en la ciudad de Viedma cuenta con amplias potencialidades y capacidades (técnicas, humanas, diversidad de actores, reconocimiento social, etc.) que lo pueden llevar a constituirse en un actor con protagonismo central en futuros procesos de desarrollo que se pretendan encarar. La potencialidad principal es que el Hospital Zatti goza de reconocimiento en la sociedad viedmense. Es una de las pocas instituciones en la que todavía se referencian la mayoría de los ciudadanos sin distinción de clase social, convirtiéndolo en un potencial articulador de actores y propuestas orientadas al desarrollo local y por decantación al desarrollo humano.

## Bibliografía

- Albuquerque, Francisco. (2001). *Microempresa, pequeña empresa y desarrollo local*. Buenos Aires: Centro Superior de Investigaciones Científicas.
- Alfaro Moreno, Rosa María. (1993). La comunicación como relación para el desarrollo. En Alfaro Moreno, Rosa María (comp.), *Una Comunicación para otro desarrollo* (pp.27-39). Lima: Asociación de Comunicadores Sociales Calandria.
- Alonso, Osvaldo. (2004). La lógica de los actores y el desarrollo local. *Revista Pilquén N°6*.
- Alonso, O., Andrés, J., Ciarlo, F., Coniglio, C., Figueroa, E., Gerarduzzi, M., Mennecozzi, C., Miranda, D., Reyes, M. y Spigariol, M. (2008). *Viedma la construcción de un proyecto colectivo. Actores y desarrollo local*. Neuquén: Educo.
- Álvarez, Mabel. (2007). Mi lugar en el mundo. En F. Suárez, M. Álvarez, E. Martínez, S. Guerrero, M. Fiorito & S. Bertoldi (Eds.), *Más allá de las rupturas. Desarrollo Local en una capital patagónica* (pp 45-63). Neuquén: EDUCO.
- Arocena, José. (1995). *Desarrollo local. Un desafío contemporáneo*. Caracas: Nueva Visión.
- Arroyo, Daniel. (1997). Estilos de Gestión y Políticas Sociales Municipales en Argentina. En García Delgado, Daniel (comp.), *Hacia un nuevo modelo de gestión local*. Buenos Aires: Compilador.
- Badía, Gustavo. (2000). Sobre la innovación en la gestión local. En Cravacuore, Daniel y Badía, Gustavo (comp), *Experiencias positivas en gestión local*. Buenos Aires: UNQ-UNGS.
- Bertoldi, Sandra y Boletta, Viviana. (2005). *Caminos alternativos de producción de conocimiento científico en las ciencias sociales: sus supuestos epistemológicos y metodológicos*. Documento de trabajo. Cátedra: Métodos y Técnicas de Investigación. CURZA-UNCo. Viedma: Mimeo.

Bertoldi, Sandra y Boletta, Viviana. (2006). *Las técnicas de recolección de información: supuestos epistemológicos y procedimientos operativos*. Documento de trabajo. Cátedra: Métodos y Técnicas de Investigación. CURZA-UNCo. Viedma: Mimeo.

Bertoldi, Sandra; Boletta, Viviana y Mingardi Minetti, Milka. (2006). *Operaciones de desplazamiento del "concepto reflexividad" en el campo de las ciencias sociales*. Documento de Trabajo. Cátedra: Métodos y Técnicas de Investigación. CURZA-UNCo. Viedma: Mimeo.

Bertoldi, Sandra y Gomiz Gomiz, José. (1999). Salud y Descentralización en los tiempos del neoliberalismo. *Revista Administración Pública y Sociedad*.

Bertoldi, Sandra y Gomiz Gomiz, José. (2000). Los Consejos Locales de Salud: ¿un nuevo espacio de juego en el campo de la salud?. El caso de Viedma-Río Negro. *Revista Pilquén N° 3*.

Bervejillo, Federico. (1996). Territorios en la globalización, cambio global y estrategias de desarrollo territorial. *Revista Prisma N° 4*.

Bourdieu, Pierre (1988). *Cosas dichas*. Buenos Aires: Gedisa.

Cabrero Mendoza, Enrique. (1999). Acción Pública y desarrollo local. *Revista Región y Sociedad Vol XIX N° 38*.

Cafferata, A. (1992). Evaluación del impacto del programa social de desarrollo del Valle Inferior del Río Negro. En Consejo Federal de Inversiones (Ed.), Informe Final de Evaluación del Impacto Social del Programa de Desarrollo del Valle Inferior del Río Negro. Buenos Aires: Editor.

Consejo Federal de Inversiones. (1992). Informe Final de Evaluación del Impacto Social del Programa de Desarrollo del Valle Inferior del Río Negro. Buenos Aires: Autor.

Coraggio, José Luis (2004, octubre). *¿Es posible otra economía sin (otra) política?*. Ponencia presentada en el Congreso Nacional de Sociología, VI Jornadas de Sociología de la UBA, Buenos Aires, Argentina.

Coraggio, José Luis. (2006). Conferencia brindada en el marco de la Jornada “Universidad y Desarrollo Local: aprendizajes y desafíos”. En Rofman, Adriana (comp), *Universidad y Desarrollo Local: aprendizajes y desafíos*. Buenos Aires: UNGS-Prometeo Libros.

Cravacuore, Gustavo. (2000). El Banco de Experiencias Locales. Un instrumento para la multiplicación de experiencias positivas en la gestión local. En Cravacuore, Daniel y Badía, Gustavo (comp), *Experiencias positivas en gestión local*. Buenos Aires: UNQ-UNGS.

Franco, Miguel y Álvarez, Mabel. (2007, agosto). *Diseños institucionales de participación ciudadana en la gestión pública. Un abordaje normativo en la provincia de Río Negro y sus municipios*. Ponencia presentada en el Cuarto Congreso Argentino de Administración Pública, organizado por AAEP y AG, Buenos Aires, Argentina.

Gallopín, Gilberto. (2003). *Sostenibilidad y desarrollo sostenible*. Santiago de Chile: Cepal.

García Delgado, Daniel. (1998). Nuevos escenarios locales. El cambio de modelo de gestión, en Venecia, Juan Carlos (Comp), *Políticas públicas y desarrollo local*. Rosario: Fundación Instituto de Desarrollo Regional.

Guber, Rosana. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.

Llorens, Juan Luis; Albuquerque, Francisco y Del Castillo, Jaime. (2002). *Estudios de casos de desarrollo económico local en América Latina*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

López, Susana y Gomiz Gomiz, José. (2006). *Los Consejos Locales de Salud ¿un espacio de participación ciudadana?*. Viedma: CURZA.

Marsiglia, Javier y Pintos, Graciela. (1997). La construcción del desarrollo local y regional. Actores, estrategias y nuevas modalidades de intervención. *Cuadernos del CLAEH N° 78 y 79*.

Massolo, Alejandra. (1998). *Municipio y Desarrollo Local en la región del Comahue*. Neuquén: EDUCO.

Menecozzi, Claudio. *El Consejo Local de Salud*. Informe presentado en el marco del proyecto de investigación “Nuevos modos de gestión en el desarrollo local. El caso del municipio de Viedma y el Partido de Patagones”. CURZA-UNCo Río Negro.

Menéndez, Eduardo. (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata.

Menéndez, Eduardo. (2005). El Modelo Médico y la salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.

Neef, Max. (1993). *Desarrollo a Escala Humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad.

Peruzzotti, Enrique y Smulovitz, Catalina. (2001). *Controlando la política*. Buenos Aires: Ed. Temas.

Pérez, Pedro. (2006). Desarrollo local y ciudad metropolitana. En Rofman, Adriana (comp), *Desarrollo local. Una revisión crítica del debate*. Buenos Aires: UNGS.

Poggiere, Héctor. (2000). *Desarrollo Local y planificación intersectorial, participativa y estratégica: breve revisión de conceptos, métodos y prácticas*. Buenos Aires: FLACSO.

Poggiere, Héctor; Redín María Elena y Alí, Patricia. (1999). *El papel de las redes en el desarrollo local como prácticas asociadas entre Estado y Sociedad*. Buenos Aires: FLACSO Sede Argentina.

Rofman, Adriana. (2003). *Los actores sociales del desarrollo local en el área metropolitana de Buenos Aires*. Buenos Aires: s/ datos editorial.

Samaja, Juan. (2008). *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba.

Suárez, Francisco. (2007) Un aporte teórico-conceptual para el estudio sobre el Desarrollo Local. En F. Suárez, M. Álvarez, E. Martínez, S. Guerrero, M. Fiorito & S. Bertoldi (Eds.), *Más allá de las rupturas. Desarrollo Local en una capital patagónica* (pp 23-44). Neuquén: EDUCO.

Taylor, S y Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos*. Madrid: Paidós Básica.

Tecco, C y Lucca, C. (1999). Fortalecimiento institucional y desarrollo local. La asistencia técnica a los municipios en un contexto de crisis y cambios. *Revista Administración Pública y Sociedad, IIFAP – UNC N° 10*.

Tecco, Claudio. (2002). Innovaciones en la gestión municipal y desarrollo local. En Cravacuore, Daniel (Comp), *Innovación en la gestión municipal*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes-Federación Argentina de Municipios.

Testore, D. (2011). *El rol del Hospital Zatti de la ciudad de Viedma como potencial actor del desarrollo local* (Manuscrito no publicado). Viedma. Argentina.

Torres, A. (2005, junio). *La cooptación burocrática de los procesos participativos*. Ponencia presentada en el Tercer Congreso Argentino en Administración Pública, San Miguel de Tucumán, Argentina.

Torres, Anselmo y Cuervo, Roberto (2010). Límites y obstáculos a la participación ciudadana. Un estudio de caso. En AAVV, *Instituciones, organizaciones y prácticas de la participación ciudadana*. Neuquén: Educo.

Vallés, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

Vázquez Barquero, Antonio. (1997). Gran empresa y desarrollo endógeno. La convergencia estratégica de la empresa y territorio ante el desafío de la competencia. *Revista Eure* vol 23 número 70.

Venecia, Juan Carlos. (1998). *Políticas públicas y desarrollo local*. Rosario: Fundación Instituto de Desarrollo Regional de Rosario.

Villar, Alejandro. (2002, noviembre). *La incorporación de actores en programas con articulación*. Ponencia presentada en el IV Seminario Nacional de la Red de Centros Académicos para el estudio de Gobiernos Locales, Rosario, Argentina.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### Seguimiento periodístico

TÍTULO	FECHA	DIARIO	REFERENCIA	ACTORES HOSPITALARIOS INVOLUCRADOS	ACTORES EXTERNOS
“El más oculto de todos, el maltrato a los niños”	20/02/2011	Río Negro	Artículo referido a la violencia infantil en el ámbito familiar y acerca de la intervención de la Unidad de Violencia Familiar del Hospital Zatti.	Unidad de Violencia Familiar	
“Taller interdisciplinario de educación sexual”	06/04/2011	Noticias de la Costa	Taller interdisciplinario sobre educación sexual destinado a alumnos de nivel medio.	Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”	Colegio Tierras del Sur

“La doctora Emilce Portugal se queda en su puesto”	11/05/2011	Diario Noticias de la Costa	Entrevista al director del Hospital acerca de la continuidad de la profesional del Centro de salud de “El Cóndor” y de charlas sobre enfermedades crónicas.	Centro de Salud del Balneario “El Cóndor”	
“Acuerdo, propuestas y anuncios”	14/05/2011	Diario Al Día	Reunión con dirigentes barriales para articular trabajo preventivo asistencial.	Director	Junta Vecinal Barrio Zatti
“Al límite de sus capacidades”	17/05/2011	Diario Noticias de la Costa	Panorama de situación ante conflicto entre prestadores privados y el IPROSS	Director	
“Estamos trabajando a cama caliente”	19/05/2011	Diario Noticias de la Costa	Panorama ante el corte de servicio de PAMI e IPROSS. También refiere al aumento de la demanda en el Hospital.	Subdirector	
“Ferreira y parte del gabinete visitaron el Hospital Zatti”	23/05/2011	Diario Noticias de la Costa	Reunión del Intendente y funcionarios municipales con	Director	

			el director del hospital.		
“Solo tres veces en el año se reunió el Consejo Local de Salud”	06/07/2011	Diario digital La Palabra	Dificultades en el funcionamiento del CLS.		Concejal de Viedma
“La concejal Kehler se refiere a las reuniones del Consejo Local de Salud”	07/07/2011	Diario digital La Palabra	Dificultades en el funcionamiento del CLS.		Concejal de Viedma
“Obras sociales y el Hospital Zatti”	16/07/2011	Diario Digital La Palabra	Agradecimiento a la atención hospitalaria.		Familiar de paciente hospitalario
“El centro de salud del barrio Sargento Cabral estuvo cerrado por falta de médicos	22/07/2011	Diario Al Día	Dificultades de funcionamiento en centro de salud barrial.	Subdirector	
“Acciones en Viedma para luchar contra el Sida”	29/11/2011	Diario digital Actualidad RN.com.ar	Acciones de sensibilización en el marco del Día Mundial de Lucha contra el Sida.	Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”	Voluntarios Seguridad Vial de la Provincia de Río Negro
“Un mes sin luz en el Centro de Salud del Guido”	28/02/2012	Diario Noticias de la Costa	Dificultades de funcionamiento en centro de salud barrial	Trabajadores del Centro de Salud del Barrio Guido	
“Actividades por el día internacional de la mujer”	04/03/2012	Diario digital estoquepasa	Organización de jornada sociocultural de trabajo y concientización social.	Unidad de Violencia Familiar Área de Adolescencia (Grupo Sonoridad Andina)	Centro de Referencia Viedma Oficina de la Mujer (Poder Judicial) Oficina

					Tutelar (Policía) Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia
“Alarmante situación en hospitales de Viedma y San Antonio”	29/03/2012	Diario Al Día	Dificultades edilicias y de funcionamiento de algunos servicios hospitalarios.		
“Profesionales y técnicos del hospital de Viedma harán medidas de fuerza”	11/04/2012	Diario digital La Palabra	Realización de retención de servicios de médicos y técnicos por reclamo salarial.	Asociación de Profesionales y Técnicos del Hospital Zatti	
“Profesionales y Técnicos realizarán retención de servicios”	12/04/2012	Diario Al Día	Realización de retención de servicios de médicos y técnicos por reclamo salarial.	Asociación de Profesionales y Técnicos del Hospital Zatti	
“Enfermeros del Zatti en estado de alerta”	14/04/2012	Diario Noticias de la Costa	Reclamo salarial de enfermeros.	Enfermeros Autoconvocados del Hospital Artémides Zatti	
“Una salida laboral alternativa y sin barreras”	07/05/2012	Diario Rio Negro	Proyecto productivo y social llevado adelante conjuntamente por actores locales	Servicio de Salud Mental	Docentes y alumnos de agronomía de la UNRN ONG Manos abiertas y Solidarias
“Sigue siendo problemático el	16/06/2012	Diario digital La	Dificultades en la conformación		Concejal de Viedma

funcionamiento del Consejo Local de Salud"		Palabra	y funcionamiento del CLS.		
"Por la conformación del Consejo Local de Salud"	28/06/2012	Agencia Digital de Noticias (ADN)	Reunión por la conformación del CLS.	Director	Intendente de Viedma Concejal de Viedma
"Destacar obra de teatro de "El Galpón"	03/05/2013	Diario digital RN24 Noticias de Río Negro	Presentación de proyecto legislativo para destacar la obra de teatro "¿Quién hace la diferencia...?"	Unidad de SIDA y ETS "El Galpón"	Legisladores de la Provincia de Río Negro (bloque Alianza Concertación para el Desarrollo)
"Harán sellado de muelas gratuito a alumnos de escuelas primarias"	06/05/2013	Diario digital La Palabra	Puesta en funcionamiento de consultorio móvil odontológico para realizar sellado de muelas a alumnos de nivel primario.	Cooperadora Hospital Zatti Servicio de Odontología	Escuelas de nivel primario
"La casilla odontológica recorre escuelas en Viedma"	08/05/2013	Diario Río Negro	Puesta en funcionamiento de consultorio móvil odontológico para realizar sellado de muelas y promover el cuidado bucal en alumnos de	Servicio de Odontología Cooperadora del Hospital Zatti	Escuelas de nivel primario

			nivel primario.		
“Reunión con los referentes de equipos interdisciplinarios del Hospital Zatti”	13/06/2013	Agencia Digital de Noticias (ADN)	Reunión para analizar cursos de acción que permitieran reconocer a las áreas en el organigrama hospitalario.	Unidad de SIDA y ETS “El Galpón” Unidad de Violencia Familiar Área de Adolescencia	Legisladores de la Provincia de Río Negro (bloque Frente para la Victoria)
“Cerró a toda orquesta el II Encuentro de Pequeños Grandes Músicos”	08/08/2013	Diario digital La Voz de los Andes”	Encuentro musical organizado por el Grupo Sonoridad Andina, dependiente del Área de Adolescencia.	Área de Adolescencia (Grupo Sonoridad Andina)	Ministerio de Desarrollo Social (Río Negro) Municipalidad de Viedma
“Promueven hábitos saludables desde el Hospital Zatti”	22/11/2013	Diario Al Día	Organización de actividades comunitarias de promoción de la salud y de los derechos de niños, niñas y adolescentes.	Servicio de Nutrición Servicio de Odontología CAPS Área de Adolescencia	Docentes de la Escuela 296 de Viedma Grupo Comunitario Las Pastillas del Abuelo

## **Anexo 2**

### **Entrevista al equipo de la Unidad de Violencia Familiar del Hospital Artémides Zatti.**

**Fecha: 06/03/2014.**

**Voz 1:** Lo de la historia, más o menos en el año 89 hay equipos profesionales de distintas que venían de municipios, de desarrollo social, en realidad eran mujeres profesionales que empezaron a hablar del tema de la violencia, yo la recuerdo a X en el Lavalle que empezó a dar charlas, desde el centro de salud que estaba X también empezaron con charlas sobre el tema de la violencia en los barrios y después empezaron a conformar más organizadamente con otras instituciones que estaban X, X, de distintas instituciones. Y dentro del hospital, estaba X, X y X, que empezaron al principio, ellas siempre contaban con la Puertita Azul, que era un lugar donde las mujeres podían acudir y poder hablar del tema. Y así ya estaban como, digamos, no estaban muy organizadas pero ya eran como el referente hacia las mujeres y dentro del hospital empezaron a abordar la temática de la violencia contra la mujer. Y ya después, X, con X y X organizan esta unidad y empiezan más organizadamente.

**Voz 2:** Y ya sale la ley 30/40 a partir del 96 que esto ayuda a la conformación de ...

**E:** AH! ¿la ley 30/40 es del 96?

**Voz 2:** Sí del 96. Trabajaron en la gestión de la ley.

**E:** En éste resumen que te decía figuraba el asesoramiento para la sanción de la ley 30 / 40, pero no sabía de cuando era la ley.

**Voz 3:** La ley fue promulgada en el 96.

**Voz 1:** En ese momento la que también intervenía era la Doctora Graciela Campano. Y a partir de ahí la Unidad empieza a abordar específicamente la problemática de la mujer, víctima de violencia.

Se empieza más organizadamente a hacer un registro, una entrevista de admisión, y se empiezan a conformar los grupos.

**E:** Los grupos serían las actividades que desarrollan cotidianamente, ¿no?

**Voz 1:** En ese momento se abordaba solo la temática de la mujer, víctima de violencia, además eran tres personas...

**Voz 4:** Además pensaba que nace desde lo multisectorial, porque esa es una particularidad que tiene el abordaje de la atención a la violencia, que requiere profesiones diversas, todos son absolutamente necesarios, y no es que, de hecho lo que vos decías con el modelo médico, no es que se requiere específicamente especialidades, si en cuanto a las profesiones, sí que hay algo que se va construyendo, como un saber hacer, como un oficio.

**E:** ¿Cómo se forman los grupos?

**Voz 1:** Bueno se fue organizando más la Unidad, se fue incorporando más gente, se empezó a atender la temática de los hombres...

**Voz 4:** ¿En el 2000? En el año 2000 se atiende el primer hombre.

**Voz 1:** Claro. Consta de una dupla, porque en todos los casos, coordinan una dupla, o sea dos personas.

**E:** ¿Y en la actualidad?

**Voz 4:** Creo que está bastante equilibrado porque además tenemos lo que es asistencia, digamos, por un lado la asistencia propiamente a las situaciones de violencia que preponderadamente están los dispositivos de grupo, y después hay mucho que tiene que ver con lo que es prevención, es algo que se ha venido trabajando desde distintos lugares, y además tenemos la admisión de mujeres que es copiosa y de todos los días. La admisión de hombres se hace una vez a la semana, esta X en la parte de admisión y X.

**Voz 1:** Hoy por hoy, somos 8 personas.

**E:** Como decíamos es un grupo interdisciplinario, ¿qué profesiones se cuentan?

**Voz 4:** Médico generalista, psicopedagogo, psicólogo, asistente social, profesor de educación física, una administrativa, la asesora legal que viene ad honorem, en forma gratuita, y habitualmente recibimos todos los años pasantes de distintas instituciones, enfermería, ¡bueno enfermería ahora no tanto!..., en un momento se realizaron las tareas de...

**E:** Ahí articulan con la Universidad del Comahue,

**Voz 2:** Con el Séneca, con los institutos técnicos.

**Voz 4:** Siempre conseguimos todo

**Voz 2:** Y adolescencia y Familia

**Voz 3:** Y también con la gente de la Universidad de Río Negro, con la parte del plan trabajo social

**E:** Y en estos dos años, yo tomo el periodo 2011 – 2013, más allá del trabajo cotidiano, tienen un registro, se acuerdan de cantidades de actividades que hicieron, de capacitaciones, bueno, en las cuestiones de prevención, viste bastante fuerte el laburo de las actividades, por ejemplo yo cuando veía, en esto de las instancias de articulación, están en la Red de Adolescencia, en la Red Institucional de Violencia de Género, y después veía también que ahí en un momento habían planteado participar en el programa provincial contra la violencia de género, que habían sido convocados. En el marco de esas articulaciones, ¿qué actividades que vienen haciendo?

**Voz 2:** Sí el año pasado, 2013, ¿incluye? Fue que se hizo en las escuelas, ¿se acuerdan? Se mandó un proyecto a los tres niveles y en función de las escuelas que solicitaban nosotros íbamos. Nivel inicial, primario y nivel medio.

**Voz 3:** Se planteó la posibilidad de poder dictar desde la Unidad talleres de promoción, prevención, en el trabajo con adolescentes para la tolerancia de violencia y todo lo que tiene que ver con la violencia familiar. Y a partir de ahí cada institución educativa fue tomando la demanda y en cuestión de eso se fueron organizando a lo largo de todo el año 2013 diferentes talleres, pero en forma más sistemática y organizada con los tres niveles, inclusive con escuelas de Patagones.

**Voz 2:** Sí porque los papás a fin de año pedían la capacitación en las escuelas, por eso en el 2013 se decidió ordenar y hacerlo en el inicio del año.

**Voz 5:** En especial con la no violencia ahí empezó la demanda. Pero también hubo un aporte anterior a esos años de la Unidad en la promoción de las agencias de seguridad, de la policía.

(Hablan todos)

**Voz 5:** Eso también, pero tiene mucho que ver la fuerza de seguridad en lo que es el abordaje en la violencia porque la mujer sigue recibiendo a veces la segunda victimización, ¿no? Cuando va ante una autoridad policial o ante una autoridad judicial, le pasa eso a veces, que se reitera, el vínculo violento, porque, o no le toman bien la denuncia o las medidas que se toman no son suficientes, bueno, hay distintas, ¿no?. Así como hay casos que está bien contenida y a veces no. Entonces en ese momento yo recuerdo, yo no estaba en la Unidad porque hace bastante....

**Voz 3:** Todos los años.

**Voz 5:** Se hacía una capacitación en la escuela de cadetes.

**Voz 3:** Con los que estaban a punto de egresar.

**Voz 5:** Claro. Como dándole un estímulo especial, porque era un tema que se suponía que en terreno iban a tener que abordar.

**Voz 1:** Nos juntábamos más seguidos otros años, ahora...

**Voz 5:** ¿Cuántos años hace que no van a la escuela?

**Voz 3:** El año pasado ya no se fue.

**Voz 4:** ¿Y el en 2012?

**Voz 2:** En el 2011 no fueron porque ahí fue donde estaba yo, yo estaba y en el 2012 no estuvieron.

(Hablan todos juntos sobre la fecha)

**Voz 3:** 2011 fue el último.

**Voz 4:** Porque hubo algunas serie de modificaciones también en lo que la escuela de cadetes de la policía, incorporaron en la matrícula estas cuestiones sobre violencia...

**Voz 5:** Sobre derechos humanos, que ahí creo, dentro del aspecto de derechos humanos ellos tenían, había un...

**Voz 4:** Yo sé que había gente..., incluso habían invitado gente de afuera para la temática de la violencia.

**Voz 1:** Después nos invitó la Universidad y trabajamos un proyecto, fuimos a dar una charla también para operadores comunitarios, de Desarrollo Social, es gente del hospital, de la universidad, de desarrollo social y nosotros pudimos contar...

**Voz 3:** Nos sumamos, perdón! En este caso, nos sumamos a un proyecto de extensión universitaria en el CURZA, que venía trabajando diferentes problemáticas en la comunidad y uno de ellos era el abordaje de la problemática de violencia familiar.

**Voz 4:** Y con la Unidad de SIDA y ETS también. Con ellos también hemos hecho capacitaciones...

**Voz 2:** Ah!! Sí, tenés razón.

**Voz 1:** Cuando ellos formaron las consejerías del VIH, que también hicieron una serie de capacitaciones y también participamos.

**Voz 4:** Después nosotros habíamos hecho un proceso de trabajo en equipo, de búsqueda de supervisión externa, hemos conseguido, hasta el año pasado, fue el tercer año, en el cual hubo dos supervisiones de distintas modalidades incluso, una que sale en dos años continuado y otra fue el año siguiente, o sea el año pasado, porque, bueno, es absolutamente necesario. La Unidad el número de profesionales que tiene es acotado para la problemática y en realidad dentro de lo que es la comarca, es la única institución que está haciendo atención prácticamente, la atención requiere de otra cuestión, es un proceso de otro tránsito, hoy, cuando hablábamos de atención y prevención, porque en realidad, la idea también, es que, por ejemplo en el grupo de hombres, después que los sujetos logran ir, los que se hacen cargo, porque muchos pasan, pero no se hacen cargo nunca, de la violencia, lo que se hacen cargo, es que esto, sea como un tope a la posibilidad de repetición. Lo que acá se empieza a discutir es el modelo cultural, cual es el modelo imperante para que la violencia tenga lugar y el sistema la apañe, la oculte. Entonces, bueno, si logramos que los hombres, a su vez, empiecen a reflexionar, que estos actos, que en realidad son actos que dañan al prójimo, al otro, a nivel social, a la pareja, a los hijos, también es preventivo a futuro. Parece como utópico, pero en algunos casos no han podido ver, el grupo de mujeres también, es un trabajo de transformación.

Es un trabajo muy denso, en el sentido de que, y esto lo hemos podido ver gracias a la supervisión, sino tal vez, no nos dábamos cuenta en la que estábamos metidos, todos los casos son graves, el 90% de los casos, son graves, puede que haya alguien, con un único episodio, y la mujer se haya rápidamente animado a denunciar, pero en realidad, la mayoría de los casos, estamos hablando de violencia a veces de vieja data, de 40 años. Y son casos muy graves, porque el daño provocado a la persona, subjetivamente es muy fuerte, lograr

que la persona rectifique eso, es un trabajo.... Entonces, esto también para nosotros es un tema, porque acá, es un tema que nos tiene a nosotros en discusión y hemos llegado a la conclusión de que muchas veces, nos tenemos que cuidar nosotros, porque el sistema, no te cuida. El tipo de atención que vos estas teniendo, la gravedad que estas escuchando, el sistema no te cuida, hoy por hoy nosotros necesitamos la supervisión, porque el estado sí paga los insumos médicos, pero no paga, esto, que se supone que es pura conjetura, viste? Y conjetural, el padecimiento parece conjetural, viste? Si sufre, y bueno, sí puede pasar por la farmacia dale Ribotril y ya está.

**Voz 1:** Y la otra cuestión, es que queda, en el compromiso y la voluntad de las personas, que creemos que se debe trabajar en estos temas, porque hoy por hoy, la Unidad de Violencia no está reconocida como Unidad, o sea que si nosotros dijéramos, bueno, no trabajamos más el tema, es como que no interesa. Es remar...

**E:** No está reconocida en el organigrama

**Voz 1:** Claro, no está reconocida en el organigrama y a veces esta invisibilizada la problemática.

**Voz 4:** Es parte de lo mismo

**Voz 2:** Mas allá de la estadística...

**Voz 1:** Mucho de compromiso descompromiso ideológico.

**E:** Tal cual. Yo lo que veo..., porque, yo empecé con una idea de tesis, empecé con una idea del hospital, más, que había laburado acá 5 años, cuando empecé a laburar, cuando decidí que iba a trabajar como tema de tesis al hospital, yo estaba trabajando acá, y ¡claro!, sola fue derivando hacia otras cuestiones, a medida que fui viendo el funcionamiento de la institución, me llevó a reformular el problema, y por ahí, es cierto, ustedes, yo me imagino, esto de la objetividad o la neutralidad, ustedes, no son sujetos neutrales, trabajando acá, la subjetividad de cada uno juega y que tomes posición, por ahí, que te afecte, por supuesto que te va a afectar el trabajo y más el laburo que hacen acá. Y por ahí, no encontrar contención, y además otro... me fui por las ramas. Vos ves la problemática, lo que es, VIH y enfermedades de transmisión sexual, El Galpón es el único referente en la comarca, vos ves violencia familiar y ustedes son los únicos referentes, no hay otra...

**Voz 6:** ...Porque nosotras con X hemos ido al Congreso Internacional, y por ahí, todo el mundo estaba como muy asombrado de que se atiende también a hombres, entonces explicábamos que abordábamos desde una mirada familiar y que por ahí no solo alcanzaba con abordar a la mujer sino también al hombre, porque por ahí, las mujeres no se separan de esta persona, no hacen el corte, entonces ese hombre también tiene que tener un tratamiento.

**Voz 3:** O sea, el abordaje es integral.

**E:** Y esto que hablábamos nosotros, en la concepción de lo social, ¿ustedes conciben a la violencia familiar o las situaciones de violencia como una problemática de salud o algo que la trasciende?

**Voz 1:** Trasciende pero tiene implicancias y consecuencias en la salud, termina teniendo consecuencias para la salud, porque, digamos, tiene que ver, la violencia con una cuestión cultural, de modelos, de modelos para vincularse, de modelos ideológicos, respecto a cómo tienen que ser los vínculos, como tiene que ser la mujer, como tiene que ser el hombre, que se van transmitiendo, de generaciones en generaciones, o modelos de crianzas basados en la violencia o basado en el autoritarismo, aparece mucho el tema del poder, donde hay algunos que tienen el poder y la verdad de las cosas, y a toda costa la tiene que imponer sobre el que consideran que es el más débil, que en nuestra sociedad la más débil es la mujer, los discapacitados y los niños.

Pero esto trae consecuencias después en la salud, consecuencias psíquicas, emocionales, personas con estrés crónico, con problemáticas en lo laboral, físicas... Hay muchas mujeres, que llegan con trastornos psíquicos, producto de su estrés.

**Voz 6:** Genera tensión. Vivir en un clima violento genera tensión y generalmente las mujeres aparecen con estrés crónico de la tensión que se vive, ¿no?

**E:** Además repercute en la salud y en la dinámica social. Me imagino, yo sin entender mucho de la problemática, vos decís, un chiquito que vive en una familia atravesada por la violencia, va a la escuela, y por ahí, el chico va y descarga en la escuela lo que mama en la casa.

**Voz 3:** Y en esto, digamos, sería la violencia familiar, también es un problema de salud pública, atravesado por, lo que dice Sandra, por la cuestión, más macro, a nivel social, pero digamos que directamente afecta a la salud integral de una persona.

**Voz 4:** Lamentablemente como se miden algunas cosas, en términos de costo, este, bueno, la persona o deja de trabajar, o no va a trabajar porque no hay ganas, porque genera depresión, genera cuestiones de daño, de autoestima. Es interesante, nosotros hemos revisado, en un momento, había una paciente, con una violencia, que se denomina crónica, entre comillas, y además ya tenían hijos adolescente y había empezado a afectar, tenían 5/6 hijos, y en los 6 viste, tenían intentos de autoagresión, o sea, se había transmitido... Y la señora, tenía una historia clínica que era una carpeta de enfermedades en el orden de lo psicosomático, era provocado, entre otras cosas, por esto, digamos, esto provoca ulcera, provoca un montón de cosas. Además acá hay una cuestión muy sutil, entre comillas, pero la violencia psicológica o emotiva, es bastante más sustancial de lo que se cree, es una violencia muy difícil de comprobar, en los estrados judiciales y...

**Voz 6:** Viste cuando vas a hacer la denuncia... ¿Le pegó? No! Duele. Entonces no, no! Pero... Tiene que explicar lo que le sucedió a ella.

**Voz 4:** Y para la propia mujer advertir que está bajo ese estatuto de violencia. Porque lo que generalmente aparece es la culpa, yo debo estar haciendo algo para que él me pegue ¿no?. El convencimiento de....

(Hablan todos)

**Voz 1:** Además como son modelos aprendidos, muchas veces está en la naturaleza, porque, bueno, lo han vivido en la casa, de esa manera como que sobreviven a las relaciones y lo

naturalizan. Entonces les parece que la otra persona va a cambiar, o que es normal, que así se relacionan las personas.

**E:** A mí el año pasado me tocaba laburar mucho en la Línea Sur y vos veías ahí, nosotros hacíamos los relevamientos y por ahí teníamos..., y vos veías, acá el cuadro debe ser éste, no lo manifestaban ahí, pero vos, ya te imaginabas todo el cuadro.

**Voz 1:** Ahora que decís de la Línea Sur, hoy hablábamos también, que también hay un prejuicio, que solo en las clases sociales bajas. Existe la violencia en todas las clases sociales. Por eso nosotros hablamos de la violencia emocional, de la violencia física, la sexual y la económica.

**E:** Claro, porque en los núcleos urbanos se manifiesta a lo mejor un tipo de violencia y en el núcleo rural otra.

**Voz 1:** En la emocional, lo que pasa es que, aparece una... Siempre hablamos nosotros del patriarcado, de la cuestión de poder, donde el hombre, es más hombre, digamos, si es el que tiene el poder de todo, ¿no? El que decide todo, entonces bueno, una manera de tener ese poder es descalificando a la mujer, poniéndola en un lugar de solo de ama de casa, de objeto, y... bueno, donde maneja absolutamente todo y también el dinero, sobre todo el dinero. También vemos la forma de ejercer violencia, porque la mujer es como que se va despersonalizando, la autoestima es muy baja y eso le va afectando también en el desarrollo social, porque le cuesta ir a trabajar, educar a los hijos, es desautorizada constantemente.

**Voz 3:** Y ahí hablamos de violencia sexual dentro de la pareja

**E:** Ahora, ustedes, ¿Cuál es la respuesta, por ahí de Salud, del Ministerio, para no incluirlos? ¿Cuál es el argumento que tienen ellos para no incluirlos en el organigrama?

**Voz 4:** Uno de los argumentos que yo escuche es que si se reconoce esto acá, lo tienen que reconocer en todos los hospitales de la provincia. Lo tienen que reconocer, lo cual implicaría que cada hospital de la provincia pudiera armar una Unidad.

**Voz 3:** Por lo menos los de complejidad 6, eso quedaría como precedente, entonces, todos los hospitales de complejidad 6, verían este antecedente, entonces, pedirían con argumentos legítimos que se reconozca la Unidad del organigrama. Y también, otra fundamentación es, bueno, ¡pero ya tienen el reconocimiento de la comunidad!, digamos, ¿eso es lo más importante?, ¿no? Como que de alguna manera, no hay una cuestión formal... ¡ya está! Si la comunidad lo reconoce... ¡ya está, es lo más importante!

¡No, no!, eso es importante, pero también lo formal.

**E:** Porque además, no estar reconocido en el organigrama, ¿Qué te imposibilita?

**Voz 3:** Adquirir recursos humanos directamente, tener un presupuesto.

**E:** En el organigrama actual, yo el otro día lo pedí, pero no...

**Voz 1:** Sin reconocimiento.

**Voz 4:** Reconocimiento institucional.

**Voz 6:** A algunos les entró preocupación cuando vino todo este tema de la Ley de Disponibilidad, esa en la que podías quedar prescindible, ahí si no aparecías en el organigrama, como que no existías. Entonces ahí nos entró a todos la preocupación. Pero te desgasta con ese tipo de respuestas, te desgastás, porque estuvimos como muy eufóricos un tiempo y después nos aplacamos. Pero no es algo que nos deje de preocupar.

**Voz 3:** Lo planteamos directamente a nivel ministerial, porque a ver..., esto también está reconocido en la misma constitución nacional, en el 94 fue incorporado, uno, en el artículo setenta y pico estuvo incorporado eso de erradicar la violencia de género, o sea, constitucional, a nivel de la constitución nacional, a nivel provincial, digamos, estamos reconocidos desde lo legal, digamos desde las leyes, tenemos el marco jurídico, si se quiere, pero faltaría lo otro, ¿no? Desde lo político.

**Voz 1:** Y tiene que ver también con lo que hoy vos decías, el modelo médico hegemónico, ¿viste? porque no te valorizan... Hoy me entero, de que parece ser, que no te reconocen más por ejemplo las licencias por cuestiones emocionales, como que están descalificando, cuestionando que pueda haber enfermedades mentales, que pueda haber...

**Voz 2:** No es que no se reconozcan, sino que te despiden, si presentaste un certificado médico por estrés laboral, sos despedida, porque ya tenemos casos de compañeros de trabajo que fueron despedidos por presentar certificado por esas cuestiones.

**Voz 1:** Claro, todo lo que no pase por lo médico hegemónico, como que no es reconocido.

**Voz 4:** Vemos un retroceso, digamos, estamos viendo un retroceso, porque, se vuelve al ocultamiento en algún aspecto y a posiciones viejas, arcaicas, se vuelve patriarcal, al ver los valores del patriarca.

**E:** Y yo laburando acá, en algunos sectores del hospital, no generalizo, pero había algunos sectores en que además de éste modelo médico hegemónico estaba marcada esta concepción de la salud como mercancía. Es decir, muchos casos, vos veías que, bueno, venían al hospital por una cuestión de experiencia, que te va a marcar currículum, te va a ser sacar chapa, pero la idea es, estoy acá, pero después, en el privado es donde facturo.

Me pareció... a mí... acá, 5 años laburando acá, y vos los veías...

Pero claro, a reducir esta cuestión de la salud, yo médico, abro la puerta, te diagnóstico, te doy algo y chau, te fuiste, es reducir al consultorio la salud por ahí, no tiene mucho sentido.

Y esto también, ustedes, como actores, ya sean sociales, estatales, acá de Viedma, que articulan, que trabajan, por ahí, ¿Hay una rotación de actores o por ahí son siempre los mismos? Son los que siempre han laburado en la temática...

**Voz 1:** Un supervisor decía que éramos los LMS, que éramos “Los Mismos de Siempre”

Sí, generalmente somos los mismos de siempre, que nos encontrábamos de años a años, ¿viste? por ahí se incorpora gente nueva, pero...

**Voz 6:** Cuando haces un encuentro, siempre están los mismos...

**Voz 3:** Pero vos como..., No entendí muy bien la pregunta, digamos, la articulación, decís con...

**E:** Claro, es decir si por ser los mismos de siempre facilita planificar actividades, acciones, conocimiento de actores locales...

**Voz 6:** ¿Vos decís para hacer un abordaje interdisciplinario?

**E:** Claro

**Voz 3:** Siempre, es como, no digo, volver a comenzar, pero hoy Sandra lo traía, la articulación es con referentes del poder judicial, con referentes de la UEL, con referentes de los centros de salud, con referentes de derechos humanos, la comisaría, las escuelas, supervisión, el ETAP, siempre hay que encuadrar cual es el marco de trabajo, cual es el marco ideológico, siempre, como dice X, ir trabajando en contra de los prejuicios que se tienen instalados.

**Voz 6:** Por ejemplo en el caso de la justicia, el juez o la jueza que estaba antes, ya conocía la forma en que trabajábamos y no había que explicarle, no había que entrar en detalles, cambia la jueza y hace como todo un retroceso al trabajo, entonces tenemos que explicar que hacemos que no hacemos, que tipo de abordaje se hace acá.

**Voz 3:** Esto a nivel extra hospitalario, pero a nivel intrahospitalario también ocurre lo mismo, porque compañeros que son nuevos, compañeros que van rotando, compañeros que de repente hace muchos años que están acá y no conocen cual es el abordaje o el trabajo de la Unidad, ni siquiera el espacio físico, Ah ¿no sabía que acá? ... y hace 25 años que trabaja en la institución hospitalaria. Digamos, UH!! no sabía que funcionaba esto acá, digamos, ¿no? Esto también, uno dice, bueno, el abordaje extra hospitalario, pero también intrahospitalario, ¿no? Digamos, algunas cuestiones que nosotros creemos que están super aceptadas, por ejemplo el protocolo de intervención en situaciones de abuso en la guardia, de repente compañeros que ni lo firman, ni saben cómo funciona y eso hace años que está. ¡Ah! no sabía que tenía que firmar a ver... está a nivel provincial instalada, pero bueno, es como que siempre hay que reforzar.

**Voz 5:** De alguna manera es una temática que tiene tantos componentes socioculturales que por más que existan los marcos legales, las normativas internacionales, porque si fueran por las normativas internacionales debería ser un tema que ya tendría que estar altamente superado, pero en realidad como los componentes del abordaje de la violencia son componentes absolutamente socioculturales del sistema de creencias, desde lo particular hasta lo general, particular de cada uno de las personas hasta lo general de toda una cultura de un país o una cultura de un continente o una cultura mundial. Entonces es un trabajo de hormiga, porque la transformación cultural es la más lenta y la más engorrosa de poder realizar, entonces cada componente que se suma nuevo, aunque, no nuevo... porque la justicia no es nueva porque incorpora el tema de la violencia, lo que es nuevo, es tal vez quien representa la justicia, por ejemplo un nuevo juez o una nueva jueza, tenés que empezar nuevamente a tantear desde que lugar del sistema de creencias, desde que posturas socioculturales, desde postura ideológica trabaja ella el tema de la violencia, entonces, por

eso pareciera ser como un empezar nuevamente por que vos tenés que lidiar con lo ideológico que tiene esa persona en relación a la temática porque ella tiene la ley en la mano, la justicia tiene la ley en la mano, está clarita la ley, la Ley 3040, es muy clarita, pero la justicia, como la medicina, como la educación, esta impartida por hombres y mujeres que tienen sistemas de creencias y lo hacen desde ese lugar. Todo lo dicho, es dicho por alguien, todo lo hecho, es hecho por alguien, dice Maturana, entonces creo que es esto, la gran pelea que tiene una Unidad de estas características que no es gastroenterología. Que sabe que cuando en el estómago aparece esa sustancia, le ponemos ese químico y se acabó, ¡ya está!. ¡Acá no!, acá tenés que trabajar con todos estos indicadores que tienen que ver desde la subjetividad de cada uno de los que estamos involucrados, de la subjetividad del otro que viene y aporta, o aporta para transformar o aporta para seguir reforzando un modelo, que no ayuda...o sea, éste es el gran, me parece, a mí criterio, ¿no?, la gran cosa que tiene la temática del abordaje a la violencia, el gran componente sociocultural, porque en esta sociedad, sea de Viedma, de Río Negro, sea de la Argentina, todavía, faltará muchos años más, a mi criterio, porque esto tiene que ver, con falta de políticas de estados sistemáticas y sostenidas en el tiempo que no hubo en esta Argentina. Recién en esta gestión de hace de 10 años, a nivel nacional, tenemos una ley nacional de la lucha contra la erradicación de la violencia de género contra la mujer, ¿es nuevita, cuánto tiene? 5, 4 años, sin embargo, que tenés eso, es una ley que no tiene recursos financieros. ¡Fijate vos! Se llena la boca de que tenemos una ley, por cuestiones publicitarias, hay denuncias y que se yo... pero no tiene recursos financieros. No tiene financiamiento para formar equipos, para instalar equipos en lugares...

**Voz 4:** Ni lo prevén. El órgano de aplicación en Río Negro es Desarrollo Social. Y lo habían empezado a hacer, X lo había posicionado bien, pero cuando se fue él se olvidó todo.

**Voz 5:** Yo escuché un comentario muy pensante, cruel, pero muy pensante, “el tema de la violencia de género no convoca votos”, es muy cruel. Políticamente no convoca votos, el que asume que va a hacer campaña le importa tres cominos.

**Voz 1:** Lo que decías vos hoy, que charlábamos en el equipo, es que la violencia nos atraviesa a todos, en nuestra propia historia, si vos no te formás en abordar específicamente la problemática desde lo profesional, partís de tus propios prejuicios, de tu propia historia, entonces, también tenés leyes pero no tenés jueces formados ni equipos formados en el tema, lo hacen desde el prejuicio. ¿viste? Están muy lindas las leyes pero falta la formación.

**E:** En líneas generales, el sistema de acción de ustedes en Viedma, ¿no? Sé que abarca algunas localidades de la provincia, pero lo que es Viedma, en este sistema de acción y éste sistema de actores que hay, ustedes, en líneas generales, ¿cómo evalúan? hay apertura al disenso, a la negociación, a poder articular... son permeables... O te toca una jueza que no, esto no, o al principio capaz que los jueces no, pero hay otros actores que por ahí si... ¿son permeables a articular, trabajar conjuntamente y aceptar propuestas, sugerencias, etc.?

**Voz 5:** Yo creo que hay de todo, lo que pasa que depende como te posicionas vos también, frente a la autoridad de la justicia, por ejemplo, yo, esto es un criterio muy personal, si la justicia es la que está allá arriba o la justicia está a mi par y es un elemento más, de contención ante el delito que se comete cuando se ejerce acto de violencia, ahora, si vos te

posicionas, de que ellos, son “La Justicia” y yo soy Salud, ¿no? Esto no va aparecer textualmente en la grabación, pero en esta situación, de asimetría porque esto es lo que creo que durante años se construyó, esta hegemonía y esta superioridad del poder judicial y sus integrantes. Y yo creo que un juez es una persona que está prestando una función con una preparación distinta a la mía. Yo estoy prestando una función, acá en la Unidad de Violencia, todo el equipo, no es ni más ni menos, es distinta, lo que pasa es que generalmente el halo de la justicia se ha ido sosteniendo como el gran poder que tiene, bueno, fijate vos lo que está pasando a nivel nacional, esto también es, digamos no es una característica de Río Negro, la justicia está empezando a ser cuestionada a nivel nacional, por todas las malas praxis que ha ido realizando históricamente. Creo que tiene que ver con el posicionamiento que vos tenés. A ver, sos mi par, no sos más que yo, porque sos jueza o sos juez, o integras el superior tribunal, a mí que me importa que..., estamos cumpliendo funciones diferentes, ni mejores ni peores, ni más ni menos.

**E:** Ahora, por ahí, esto que voy a preguntar ahora, me lleva a esto y no sé si, después veo como lo puedo encajar dentro del trabajo mío, lo que estoy pensando, con algo, que decían ustedes, esto, ustedes para tener una línea de trabajo que ha sido coherente a lo largo de estos años y que por ahí, ustedes, en una palabra, me parece que no, siento que no le han bajado línea, que no tienen línea política, ahora vos ves que otros organismos, que por ejemplo el consejo de la mujer, lo que decíamos, X tenía una impronta, vino otra gestión y borró de un plumazo. ¿Cómo han podido surfear esto, la cuestión política?

**Voz 3:** ¿Política partidaria, decís vos?

**E:** Si que se yo..., me imagino, por ahí, te llega un director con determinada concepción, determinada ideología...

**Voz 5:** ¡No, no, no!, esto no es un espacio político, esto es un espacio de asistencia. De contención, de prevención y de asistencia. Acá lo político, y yo te hablo de la experiencia de haber vivido porque estuve 14 años en el Consejo de la Mujer a cargo de un programa, entonces sé lo que es trabajar en un espacio político y ahora estoy acá, hace dos años, entonces, acá no me mueve, ¡sí!, las decisiones políticas, que tomen de bajadas políticas de estado en salud en educación en relación al tema, pueden beneficiarte como funcionamiento de la unidad, para la prevención de la violencia, o pueden perjudicarte.

**Voz 4:** Si hay un recorte... te perjudica.

**Voz 5:** Claro. Salvo que sí, por ejemplo, en decisión política, como en este caso, como hubo un ajuste en la provincia, desde la dirección del hospital se cortó la supervisión. Porque se van a priorizar los recursos que tienen que ver con medicamentos, esto es bajada del gobierno de la provincia, ese tipo de... pero no tiene que ver con lo ideológico.

(Hablan todos)

**Voz 5:** Desde lo ideológico una bajada que pueda ser la dirección del hospital no te incide y...

**Voz 1:** Cuando uno habla ideológico no habla partidario, el problema que vos tenés en los otros ministerios, muchas veces, es partidario, que van cambiando las piezas, las políticas

pero, porque están en los partidos políticos, y dentro del partido cambian y eso te influye, pero por suerte en el hospital los equipos son estables, los equipos técnicos son estables no dependen del director viste, que vayan caminando...

**Voz 3:** Por lo menos a la vista...

**Voz 4:** Hay cierta autonomía, pasa con El Galpón también...

(Hablan todos)

**Voz 3:** Lo que decía X, las decisiones, aún desde la dirección del hospital, hay determinadas decisiones que pueden incidir en la dinámica de la Unidad, ejemplo, digamos, que pretendan, porque ha pasado, que pretendan ampliar la parte del laboratorio, por ejemplo, implicaría reducir espacio físico a nivel estructural de El Galpón o de la Unidad. Y estas decisiones, que pueden afectar en lo cotidiano o en la dinámica de trabajo de la unidad, ¿no? reducir un espacio físico, algo que uno dice, ¡Ah bueno! pero... van a extender el laboratorio, esto también es una cuestión ideológica...

(Hablan todos)

**Voz 1:** ¿Sabés también como nos sostenemos? con mucho trabajo, porque a diferencia de otros lugares que hacen la plancha, porque ellos están acá por el compromiso que hay, siempre se ha brindado muchas cosas, muchas ofertas de tratamiento, de... hacemos por ejemplo, vamos a los colegios, vamos a otros lugares, no nos pagan horas extras, no nos pagan... todo lo que ponemos, ponemos el cuerpo, ponemos el auto de X, de todas, y no nos pagan horas extras, no nos paga jefatura, nada, entonces, bueno es como que sostenemos nosotros el laburo, y además eso lo ven las otras instituciones, por ejemplo justicia nos pide constantemente informes, nos mandan oficios para cada pacientes y bueno, todo eso se ve en el Hospital .

**Voz 4:** El año pasado cuando decidimos... se acuerdan cuando mandamos las notas que no íbamos a atender en enero, por ejemplo, que se suspendió el grupo de hombres, nosotros ya habíamos avisado que no funcionaba en enero. Y se informó a la justicia y la justicia que nunca lo había percibido, le mandó un fax directamente al ministro. El juez dijo: o me ponen una guardia que atiendan hombres... O sea ni sabía que había un grupo de hombres...

(Hablan todos)

**Voz 4:** Sabes lo que pasa, al no tener vos un entramado por ejemplo, dentro de la organización, del organigrama, quedas como... digamos, eso, eso es un reconocimiento, aunque sea de modo negativo, pero es un reconocimiento, de que si no está eso, el juez patatea, ¿cómo no va a estar?

**Voz 6:** Por ejemplo, el no aparecer en el organigrama, no tener presupuestos y estas cosas, la obtención de los recursos es todo a pulmón, lo que hacemos, porque hacemos una nota para acá, una nota para allá, por ejemplo, en la época que venían los chicos, iba la secretaria de acá, X, con una nota a todas las jugueterías de Viedma, pidiendo material didáctico para los chicos, o bien traían nuestras compañeras, era necesario, viste, para el diagnóstico...

**E:** No, yo cuando decía de lo político, que jamás... que se ve, esta autonomía que hay, por ahí, también lo relacionaba con esto que hablábamos del organigrama, porque vos decís, un ejemplo brutal, que no creo que se anime ningún director, más, que esta es una Unidad reconocida, si tiene un mínimo de tacto, no se le va a cruzar por la cabeza, pero vos decís, me reconocen en el organigrama, entonces yo puedo seleccionar el recurso humano que va a trabajar en la Unidad, lógicamente va a ser un recurso humano que tiene que tener ciertas características específicas, y vos decís, te cae un director, y te dijo: tengo llegada al ministro y te bajo..., no, tengo tres profesionales acá, van a la Unidad de Violencia, y vos decís, ¡no! me están metiendo en la Unidad tres tipos que nada que ver, lo que menos están es imbuidos en la temática, no tienen ni idea, por ahí a eso, es un ejemplo, esto no está en el organigrama, por ahí, te dejan, o no tenés presupuesto, son estas cuestiones que no...

**Voz 3:** O esto que decíamos, hablando que ojala que nunca pase. Pero si dice, de la dirección, ¡bueno, no!, no quiero la existencia de la Unidad de Violencia, ¡bueno! desde lo formal, digamos, lo podría ser, porque no estamos reconocidos en el organigrama formal, entonces, digamos, esto también tiene que ver con las decisiones políticas.

**Voz 6:** Y la incertidumbre que genera también en nosotros, esto.

**E:** Igual hay un hecho, me parece a mí ¿no? viéndolo desde afuera, tienen suficiente capital social y espalda como para condicionar a un director entrante si tomara una decisión así.

**Voz 5:** Fijate vos lo claro que está, digamos el lugar que ocupa como política de estado el tema de la violencia, porque acá en Viedma tienen a la Unidad de Violencia para recurrir a los tratamientos para las mujeres, para los papás y las mamás, o para los hombres, pero en toda la provincia, ¡no hay!, tenés, a veces, en Roca hay una ONG, en Cipolletti solo para hombres, en Bariloche... o sea, como funciona acá, el abordaje de..., acá digo en Viedma, el abordaje de la temática de violencia, que puede, la persona que denuncia, la persona denunciada, puede, asistir a un abordaje de tratamiento terapéutico, ¡pasa en Viedma!, o sea que esto, te está hablando de qué lugar ocupa, en la intencionalidad de un proyecto político para la provincia, que la violencia sea un tema instalado para ser tratado. En ningún lugar de la provincia se repite este modelo. Yo no sé qué hacen los jueces de Bariloche, no sé qué hacen los jueces y las juezas de Choele, cuando eligieron...

**Voz 1:** Dicen que la UEL resolvió un montón de situaciones. Hoy por hoy no... en algunas localidades... digo, el abordaje...

**Voz 5:** Pero el tratamiento con esta modalidad, ¡No! Podrá ser escuchada por buena mujer, porque está desbordada, o recién la terminaron de reventar a palos, viene y alguien la va a escuchar, de salud mental, pero que después hagan un proceso de sostener un espacio terapéutico, que le permita correrse de ese lugar y realmente sostener la denuncia, y empoderarla, bueno esas cosas en ninguna lugar de la provincia. Entonces la respuesta que nos dio a nosotros el directivo del hospital, en ese momento, porque si no se crearía en otro lugar de la provincia, ¡bueno acá cierra, no interesa!, políticamente, no es un tema que pueda interesar, por lo menos, por ahora, a un proyecto político de gobierno, por lo menos por ahora, porque si les interesara... y no tenían un argumento no, porque si no en otros hospitales lo tienen que reconocer... es un argumento absolutamente infantil.

**Voz 6:** En un momento le hicimos una nota al gobernador que queríamos hablar sobre estos temas, y nos derivó a X...

**E:** En este rastreo de noticias, el año pasado se juntan X y X, con los referentes de la Unidad y dice textual, está el compromiso de antes de fin de año de reconocer el...

**Voz 5:** De fin del año pasado. ¡Ojo! que no es esta gestión solamente...

**E:** No, no, viene de atrás...

(Hablan todos)

**Voz 5:** Después con esta gestión, desde algún lugar se apostó a..., porque se veía sobre todo a nivel de legislaciones, de personalidades que tenían bastante que ver con la temática, estaban con la idea de que esto, por eso se hizo la tentativa el año pasado del observatorio de género, que quedó en la nada, se asumió o pusieron en el Consejo de la Mujer una persona, no en la primera gestión sino en la segunda que tenía como una trayectoria de trabajo en el tema de género de su localidad, había como una perspectiva, que podía, bueno, pero la inestabilidad y la irregularidad de estas gestiones en cuanto a lo social hizo que bueno, se siguiera con la misma sensación de incertidumbre, de...

**E:** Sí, porque después rastreando de más atrás está una reunión con X y X, no me acuerdo... un par más de legisladores en 2008/2009 que querían ir en el mismo sentido y no...

**Voz 5:** Siempre quedó en intención...

**E:** Ahora, lo que tomo como hipótesis, lo que tomo es que... vieron que yo laburo el tema del hospital público en el desarrollo local, y ahí bueno, todo lo que es el marco teórico, habla de actores del desarrollo local y de sujetos del desarrollo. Los actores son... bueno, un actor es el hospital, es un actor ya de por sí, La Anónima es un actor también, otra cosa es un sujeto de desarrollo, alguien que labura y promociona acciones, entonces yo lo que digo ahí, es que el hospital es un actor muy importante del desarrollo por su esencia misma, ¿no? brindar servicios de salud. Ahora, es un actor mismo por esencia pero no es porque tenga una estrategia, una política centrada, un modelo de intervención homogéneo, sino que está constituido por distintas áreas que ahí es donde empiezan a jugar ustedes, áreas específicas que sí están constituidas como sujetos de desarrollo. Es decir, el Hospital no tiene una estrategia homogénea de intervención en la sociedad, lo hace a través de distintas áreas, por ejemplo, en Unidad de Violencia, dice, bueno vamos para acá y nosotros laburamos así, y bueno, que el hospital es un actor, los sujetos de desarrollo están, por ahí, son actores intrahospitalarios. Lo que entra a jugar también es el Consejo Local de Salud, por normativa es el órgano máximo de salud en la localidad y es el que debería plantear la política central e integral de salud. Bueno ¿el Consejo local de salud como funciona en relación a la Unidad?

**Voz 4:** ¿Pero no tiene que ver con el poder político? ¿O sí?

**E:** Normativamente sí, vos sabés que por ley, por ley...

**Voz 3:** La cuestión es que no está constituido...

**E:** La cuestión es que, Ah! ¿Ahora no está constituido?

**Voz 3:** ... desde la legal sí, pero desde lo práctico no, porque tendría que haber un referente...

**Voz 1:** preguntemos al ministerio... a ver qué dicen de la salud...

**Voz 4:** por eso pero no claro político... a esto voy...

**E:** Por ejemplo, la cuestión del organigrama se tendría que discutir en el Consejo Local de Salud porque es inherente a recursos humanos, a infraestructura...

**Voz 6:** Sí, hay hechas presentaciones.

**E:** Y en realidad el Consejo Local... lo que marcan todas las investigaciones que se han hecho, es que en realidad el Consejo Local nunca funcionó en ese sentido como marca la ley, sino que por ahí iban y se juntaban y discutían cuestiones de acá del hospital domésticas, así, pero no se definían las grandes líneas de la política de salud local

**Voz 4:** Hay una cuestión también, que yo creo que hay un déficit muy grande de la autoridad a nivel general, nosotros hasta hemos visto determinados movimientos, donde nosotros requeríamos de decisiones de autoridad y no estuvo, pero eso no pasa acá pasa en general, hay un déficit respecto a la autoridad que en definitiva terminan resolviendo los servicios, terminan resolviendo y vos en la paridad terminas resolviendo con el otro, a veces convenio de por medio. Y las políticas, terminan siendo políticas..., son políticas que se toman en función de salvar otras..., no hay un proyecto, el director del hospital tiene un cargo que va por concurso, yo no recuerdo cuanto hace que no se concursó director acá, entonces el director de un hospital, es alguien que se pone desde algún lugar, bueno, partí de esa base porque el director del hospital debe venir con un programa, cual es la política, cual es la concepción de salud que tiene, ¿me entendés? Entonces partir de esa base, vienen para gestionar lo que políticamente baja de otro lugar y dice bueno..., no tengamos lío con esto, que no se nos muera un paciente en la guardia... entonces, bueno, me parece que es eso. Lo que vos decís es muy interesante, porque la institución, ha ido perdiendo el lugar que tenía, que ha ido teniendo históricamente, no sé si por los 90, por varias cosas que perdió, antes por ejemplo, viste en la época en que nosotros éramos chicos, íbamos a la escuela, nos mandábamos una... temblábamos para volver a casa, ¿Y cómo hacemos? ¡estuve en penitencia, si se entera mi vieja!..., Hoy, un docente, vamos a decir entre comillas, en penitencia, porque no debe existir en las escuelas, no creo, no creo... va el padre y hace un lío en el consejo escolar, allá y acá y terminan echando a los directivos. Tanta tergiversación de las cuestiones, es demasiado, es mucho,

**E:** Porque esto del Consejo Local lo tomo por la ley, por las normas, pero en realidad sabemos que además... el Consejo Local es la ley de los 90, del año 92, que estaba de moda en ese contexto histórico, era la descentralización y el tema era la participación ciudadana. Más allá de las limitaciones que hay ahí para la participación, decimos... bueno, habilitamos esto porque políticamente nos va a sumar algo, nos va a... porque el contexto te marca que tenés que ir por este lado, pero lo ponemos por eso, después o por la ley, o lo que decíamos lo de la ley anteriormente, sí, ponemos la ley, porque... que se yo, es políticamente piola, me va a instalar, me deja como un tipo..., pero después el contenido de

eso, sea lo que sea. Y por ahí, esto es una posición personal, yo no sé si estaban dadas las condiciones para que un Consejo Local con ese diseño sea el órgano máximo de salud de una localidad, de hecho, nunca fue ¿viste? Porque vos decís, ¡sí! está bien, pero esto del modelo médico hegemónico, vos ponías un representante de las 23 juntas vecinales lo sentaban ahí, después gente del municipio, pero los que por ahí terminaban cortando la torta eran siempre el personal médico que es el que tiene toda la información, el que tiene el conocimiento, si bien hay cuestiones me parece de salud que trascienden lo médico porque vos decís, el sistema de turno, que yo labore ahí cinco años, y que vos decís, ¡bueno! también, ahí el Consejo Local puede marcar una línea. Yo me acuerdo el sistema de turnos, nosotros con X, estábamos en la ventanilla entonces vos decías, no me acuerdo quien era el director...creo que X era en ese momento, había problemas y cambia la modalidad, que lo decide él, de arriba, no sé con quien más, y ¡bueno! después el problema era que la gente, ¡claro!, tenía que venir a las dos de la mañana hacer la fila ¡claro!, a esa hora vos no tenés colectivos, por ahí esas cuestiones no la tenían en cuenta..., en pleno invierno un viejito que por ahí no tiene plata para venirse en taxi, a esa hora, muerto de frío. Reconozco que el tema turnos es complejo, en la mayoría de los hospitales pasa esto de las filas, pero si vas a cambiar la modalidad fijate las distintas variables.

(Hablan todos)

**E:** Por ahí vos decís, consultá con nosotros que éramos los que estábamos abajo, que sabíamos más o menos como es la mecánica y por ahí ponelo a consideración también de la gente que es la que viene.

**Voz 3:** De última, ustedes ponían la cara, el cuerpo..

**E:** ¡Claro! porque además la gente venía y te decía, ¡che! yo a esta hora no tengo colectivos, y vos decís, bueno... por ahí nosotros no era que le íbamos a decir a él que modalidad tenía que... pero por ahí le podíamos sugerir. ¿En estos dos años el Consejo Local de Salud funcionó?

**Voz 3:** El año pasado estaba en proceso de formación y plantearon que, de hecho ampliaron la convocatoria a quienes querían participar, pero bueno estaba todo en veremos, y en realidad no se terminó.

**Voz 6:** ¿X no hizo un estudio sobre eso?

**E:** Sí X...

**Voz 6:** De por qué no funcionó el Consejo Local, eso que vos decís...

**E:** Sí, X, X, X y X, son los que investigaron y trabajaron sobre el Consejo Local de Salud.

**Voz 5:** ¿Que hicieron qué?

**Voz 6:** Un estudio para la maestría... porque no funcionaba el Consejo local de Salud, es un poco lo que relata el.

**E:** Yo lo tengo al trabajo, si quieren por ahí se los paso, por ahora me voy a sentar a escribir esto, cuando tenga el trabajo se los paso también.

Sí, tengo el de X, el de X... Esta bueno lo que hicieron...

**Voz 6:** Sí, sería interesante conocer lo que sucedía...

**Voz 3:** Si, y más una mirada desde afuera, ¿no?

**E:** Y para terminar, volviendo a esto que hablábamos hoy de los actores hospitalarios, te iba a preguntar y después salimos para otro lado. Más allá de El Galpón, de Adolescencia ¿hay algún otro actor hospitalario, algún área o algo que ustedes articulen, que por ahí digan, trasciende lo que es el servicio médico tradicional?

**Voz 3:** Con servicio social, es un servicio con el que constantemente estamos trabajando, porque ¡bueno! los pacientes generalmente son los mismos...

**Voz 6:** Con los centros de salud también, más que nada con los agentes de sanitarios...

**Voz 3:** Trabajamos también con el servicio de salud mental, con el servicio de pediatría por las problemáticas del maltrato infantil, con las guardia, con los médicos generalistas, ¡bueno! con algunos médicos de consultorios externos, con la parte que tiene que ver con medicina en general, bueno como dice X, con los centros de salud constantemente, pero con los centros de salud el referente es el agente sanitario generalmente, porque es el actor que va a los domicilios, con el que podemos trabajar más articuladamente el abordaje con el paciente y en el grupo familiar.

**E:** Y el agente sanitario, por ahí estas concepciones que tienen son piolas...

(Hablan todos)

**Voz 5:** son más amplias, son más llanos, puede estar cargado de ciertos prejuicios, pero como está la cosa esta llana, me parece a mí de lo par, cuando van a la búsqueda de una persona, porque necesita ser convocada o para saber cómo esta, rescatan cosas muy valiosas, para lo que puede llegar a ser...

**Voz 6:** ... si tuviesen información que por ahí te conceden... y además a veces son ellos los que detectan situaciones que nosotros a veces le solicitamos, ellos también en determinadas situaciones nos demandan a nosotros, nos derivan pacientes...

(Hablan todos)

**Voz 5:** Yo creo que tienen códigos en común con la población, que abarcan un código de lenguaje, un código de presencia, un código de un montón de cosas, son muy valiosos para la información y que tienen una entrada que, de repente, vos como profesional no la tenés, más allá de que puedas estar cargada de prejuicios, de creencias, de tabúes, de mitos, lo que fuere, pero es mucho más saludable la intervención a veces, lo que puede rescatar un agente sanitario, ¡lo que rescata!, la información que tenés, al profesional de la salud, que la persona va por una gastritis y resulta que la gastritis, sí indagara un poco ese profesional de la salud, se origina en una situación de maltrato que atraviesa muchos años, pero cómo el profesional le miró el estómago y le miró la úlcera... la vesícula o le miró nada más que el riñón, ¡es un riñón! y tiene que ver con ese modelo que vos decís, eso lamentablemente

sigue instalado, ¿no?, digamos, la ideología de un abordaje de la salud, como con una cuestión mercantilista como una cuestión hegemónica, ¿eso así!

### **ANEXO 3**

#### **Entrevista a Coordinadora de Unidad de SIDA y ETS “El Galpón” del Hospital Artémides Zatti.**

**Fecha: 07/03/2014.**

**E:** Bueno X, si querés arrancamos

**C:** Bueno dale

**E:** ¿Cuándo se conforma la Unidad? Años 96/97 ¿no?

**C:** Si

**E:** Y ustedes ya previamente venían laburando. ¿Cómo nace la idea de formar la unidad?

**C:** En realidad nosotros comenzamos como Comité desde el año 89, como Comité que es Comité Asesor y la función del Comité de los hospitales es asesorar a la dirección. Ante la situación siempre había Comité de Capacitación, Comité de Inspección , o sea dentro de la institución y ante la aparición de una nueva enfermedad que era el tema del sida, en ese momento así se llamaba, entonces era la necesidad de armar un equipo de armar personas para que se capacitara, no había internet ni nada de eso por lo tanto había que remar para encontrarse con información y bueno y empezaron los primeros pacientes, eso llevo muchos años y de acuerdo a la dirección eso era también la necesidad de la comunidad por lo tanto un Comité que sale a la comunidad cosa que los otros comités que habían dentro de la institución no salían, por la misma necesidad de la comunidad de pedir información. Entonces empezamos con esa dinámica de trabajar en el adentro de la institución y en el afuera. Todo esto lleva más trabajo más horas más tiempo y a no tener disponibilidad horaria dentro de la institución así que ocupábamos muchas veces nuestros horarios como también ocupábamos nuestras casas para la reunión con los pacientes y también el Hospital era más chico y también era muchísimo el miedo por el tema de la visibilización de las personas, entonces las personas estábamos como señaladas las personas que trabajábamos con el tema sida dentro de la institución, más todas mujeres, pero también para la población era difícil andar pescándonos en los pasillos porque tenía que manifestar públicamente su interés, porque si entra a una oficina uooo..!. Entonces entramos a pensar que era necesario un espacio físico y un sistema de organización diferente porque también dependía del director o del jefe de turno para que nos de más horas o menos horas no... Por supuesto que la demanda de la comunidad seguía siendo activa, por lo tanto seguían siendo horas voluntarias, horas voluntarias que a veces eran fuera de horario de trabajo, bueno , eso suscito a que...

**E:** ¿Y había resistencia dentro de la misma institución?

**C:** ¡Por supuesto!

E: ¿De los directivos?

C: ¡Totalmente! Los directivos, hubo un director que nos daba 3 horas por ejemplo, nada más para trabajar en la temática.

E: ¿Y el argumento cual era?

C: No había argumento, era el no sin argumentos.

E: Por ahí el tabú, no se...

C: El tabú

E: El tabú de esto de que como es una enfermedad ligada con lo sexual...

C: Con lo sexual, con las drogas...por algo será (risas)..

E: A lo mejor con la concepción de que son todos herejes (risas)

C: (Risas) o homosexuales...

E: Claro!

C: Claro esta cuestión de la elección sexual, si si, y a además también por la impronta de los compañeros también , porque nosotros empezamos con la norma de bioseguridad y la norma de bioseguridad existía desde antes porque la hepatitis existía desde antes por lo tanto los guantes tenían que existir de antes y esto significaba que viene el tema de los lugares por el tema de que tenemos que acostumbrarnos a trabajar diferente, desde cómo se embolsaba el tema de la basura o como se tiraba el patológico hasta la colocación del guante para colocar un inyectable, o sea éramos bastante...en un momento nos decían las locas del sida porque nosotros al tener que permanentemente que estar ejecutando capacitaciones o trayendo gente de afuera porque a veces la palabra de uno no es solamente suficiente entonces veíamos que teníamos que reforzar y bueno eso nos sirvió como también tema de organización, así que un eje para nosotros además de trabajar adentro, era trabajar afuera el tema de la capacitación. Esto suscito años y ya también empezamos a trabajar con la unidad penal, a la unidad penal entramos por las vacunas, las vacunas de la hepatitis b, la vacuna de la antitetánica y también por cursos de capacitación sobre sexualidad, ahí empezamos a trabajar más fuertemente con la unidad penal y que los directivos de la unidad penal pudieran sumarse a las capacitaciones eso también nos hizo abrir más puertas para llegar a los pacientes por qué bueno la unidad penal pasaron a ser, en ese entonces no estaba la nuestra, estaba la federal, como un barrio, entonces era un barrio más con algunas características pero era un barrio más que nos implicaba trabajar a la unidad penal, entonces eran muchos condicionantes o sea entraban, venían, siempre el Comité trataba de que fuera interdisciplinario a veces teníamos más colas, más gente al principio del año y menos gente al final pero la constancia y la continuidad de las actividades hacia que nuestra presencia cada vez tomara más cuerpo, paralelamente a esto había gente de violencia que trabajaba la temática de violencia

E: ¿En el comité estaba la gente que trabajaba el VIH y violencia o había otro Comité aparte?

**C:** Aparte

**E:** ¿Violencia tenía un comité aparte que también se creó en el 89?

**C:** ¡Exactamente! éramos como equipos o grupos interdisciplinarios que caminaban a la par pero que bueno, va creo que ni en ese entonces relacionábamos la violencia con el VIH o el VIH con la violencia, pero si en esta dinámica de trabajar porque a Violencia también le pedían la cuestión de trabajar en la comunidad y era colocar un tema no mirado dentro de la institución, porque ni la violencia, ni el VIH o sea la situación sexual o la situación de infección de transmisión sexual quizá no era visto así pero era sobre el sida, no era un tema y había que hacer muchas cosas para poder ponerlo sobre la mesa entonces nos aunábamos en la necesidad de trabajar juntos sexualidad para uno y para el otro entonces los esfuerzos. Nos juntábamos para generar capacitaciones o traer gente o propiciar cosas entre nosotros, todo esto llevo a que los dos equipos necesitábamos organización de lugar, físico, entonces también las relaciones personales porque bueno esta cuestión también siempre es importante es que nunca aparece en los libros (risas) pero bueno esto que empezamos a escribir, creo que comenzamos a escribir y a generar un proyecto, decir: “bueno ¿por qué no lo presentamos al Consejo Local?”. En ese entonces yo también estaba en el Consejo Local y empecé a entender esta ley de descentralización que significaba y la riqueza que significaba si esto fuera apropiado

**E:** Bien usado

**C:** Sí apropiado para el beneficio de la población, porque habían actores de la municipalidad, habían actores de la vecindad, habían actores también trabajadores del Hospital, más los políticos que propiciaban el momento del Hospital, que era un jefe de departamento y la dirección, entonces bueno eran cosas importantes porque eran las cómo es decir, de esto también no solo hay que instalarlo en la institución sino también en la comunidad

**E:** Que además es lo que decíamos, esto está normado, es el órgano máximo que tiene que definir la política de salud en la localidad....

**C:** ¡Tal cual!

**E:** Que mejor que tener, por ahí que estés vos ahí en el Consejo Local para yo...escuchándote ahora lo que vos decís y vinculando esto con la cuestión del organigrama veo el proceso de desarrollo de El Galpón como algo paulatino, gradual, o sea arrancaron laburando con horas voluntarias, voluntariamente, gracias al laburo que vinieron haciendo llegan a constituirse como Unidad, que te den el espacio físico o sea eso fue un logro pero para todo eso tuvieron que acumular capital social, hacerse visible.....

**C:** ¡Exactamente!

**E:** Y ahora faltaría el reconocimiento en el organigrama que para mí va a llegar, va a llegar

**C:** (Risas) todavía no se pierde la esperanza!

**E:** Tiene que llegar!

**C:** Y han pasado muchos ministros para eso (risas) si tal cual...bueno...

**E:** Coincido con vos que es ideológico, hay una cuestión ideológica, porque vos decís hablando así en el tema guita, si está bien pero yo creo que en el presupuesto es insignificante, es insignificante, me parece yo tocando ahí de oído porque de afuera..Un argumento que comentaban en otra entrevista era que “mirá los reconocemos a ustedes, tenemos que reconocer a las unidades en el resto de los hospitales de la provincia” pero si es una cuestión de guita, no creo que impacte o que requiera una erogación de plata, es más me parece a mí que hasta políticamente sería “lindo”, ¿no?

**C:** Sí hay algunos directores que se subieron a la ola digo yo y hay otros.. (interrupción)

Si hemos pasado por muchas circunstancias por ejemplo una de las excusas es esta que decís vos “no los reconozco porque si tengo que reconocer a toda la Provincia...” entonces porque, la otra pregunta es esta, ¿porque la otra parte de la Provincia no se pudieron organizar como se organizaron ustedes?, entonces uno no puede andar contestando las preguntas, las respuestas por otro no la cuestión es que nosotros nos constituimos somos legítimamente reconocidos y sostenidos por la comunidad quizás más que la institución misma, si , este.. vos donde vayas si vas a la escuela, vas al barrio, vas hacia las otras instituciones que trabajan o han trabajado con nosotros reconocen la fortaleza que significa un lugar de esta naturaleza y la propia institución que vendría a ser Salud Pública, también nos reconoce al sentido de que el trabajo está, la organización, los datos, las palmeaditas provinciales, nacionales, internacionales porque nosotros hemos hecho hasta cosas internacionalmente y vos decís que pasa que somos flojitos de papeles, una vez fuimos con la gente de Violencia a un abogado para ver qué podemos hacer, que podemos generar nosotros para no llegar un juicio y dice están como los ‘autos de gitanos.. bonitos pero flojito de papeles (risas). Eso nos quedó (risas).

**E:** A ver si vos me podes explicar esto, ¿cómo encaja la Unidad en el organigrama actual del Hospital?

**C:** El organigrama vigente es del año 86.

**E:** ¿Y hoy en día la unidad en el organigrama?

**C:** Pertenece al DAPA

**E:** Pertenece al DAPA

**C:** Que es el Departamento de Actividades Programadas para el Área.

**E:** ¿Lo que se necesita sería la autonomía respecto del DAPA?

**C:** No!

**E:** ¿O el reconocimiento de la Unidad? Tanto de violencia como...ayer se me paso esto que estaba y nos fuimos yendo de tema.

**C:** ¡Que exista verdaderamente! porque nosotros somos virtuales

**E:** En el organigrama final no existe, en realidad yo no voy a encontrar El Galpón, ni Violencia, ni Adolescencia, o sea si yo tuviera que armar el organigrama del Hospital yo agarro y digo cuando quiero buscar, porque ayer salió el tema de la famosa ley de disponibilidad que había que armar el organigrama entonces si yo vengo con esa y digo a ver a X El Galpón no existe, entonces te tengo que meter en otro servicio del Hospital o a los trabajadores de acá los tengo que ir enganchando, a vos te tengo que poner en odontología a un trabajador social en servicio social, un psicólogo en salud mental y así sucesivamente

**C:** Nosotros no existimos formalmente, nuestro raviol siempre fue... o sea nuestro requerimiento siempre fue al DAPA. Porque no DAM. Eso también me preguntaron porque nosotros además de trabajar con los pacientes que bueno podría ser una atención secundaria, trabajamos en prevención entonces siempre elegimos la atención primaria que es el eje del DAPA para la acción no el DAM que es el Departamento de Atención Médica o el otro departamento que es el SAT que es el Servicio técnicos por eso el DAPA entonces nos constituimos como Unidades y ¿por qué Unidades? y creo que la palabra que le encontramos a que éramos una unidad de fuerza, porque estaban los servicios, estaban los departamentos y las únicas unidades existentes en esa época eran algunas de enfermería como alguna cuestión orgánica, entonces le ponemos Unidad.

**E:** No por una cuestión de que tenga más jerarquía en el raviol.

**C:** No, no, era para ponerle un nombre.

**E:** Reconocido El Galpón, si yo tuviera que armar el organigrama lo pongo en la misma jerarquía que el DAM, si vos me preguntas a mí, no sé si coincidís conmigo...

**C:** Mirá en realidad con la gestión esta, esta última gestión hemos sido... con mucha incidencia en la cuestión de que nosotros nos manejamos como una organización no gubernamental y nos han dado así como con un caño, nosotros no nos manejamos como los servicios comunes de esta institución y vos te preguntás ¿Por qué?, que es lo malo de la historia porque siempre hemos respetado a la institución y a las cuestiones jerárquicas siempre hay un jefe arriba de uno la nota va, el proyecto va, van los si, vuelven los no, el Ministerio siempre existente pero bueno nosotros por ejemplo generamos folletería tratamos de generar o pensar cómo comunicarnos con nuestra población en los diferentes lugares, eso la hace una ONG no lo hace una OG, pero ¿es problema nuestro?

**E:** Yo estoy hablando de la autonomía en el sentido de autonomía cuando vos hacés la folletería o la política de acá de El Galpón o el modelo de intervención lo definen ustedes, no es que lo define el jefe DAPA O el director mismo por ahí.

**C:** ¡Sí! Siempre con lineamientos generales pero a mí me parece recontra importante porque la planificación local, la planificación estratégica local es de acuerdo a que esa política por ejemplo 'trabajar en el ofrecimiento del análisis' y no es lo mismo ofrecer el análisis en un lugar donde no hubo intervenciones. Que mejor es que planificar nuestras cosas abajo y no que venga desde arriba, que me digan ``ah tiene que ponerlo en el obelisco, lo tiene que poner en la estatua de Viedma''.

Siempre nuestra cuestión, que a muchos jefes les ha molestado, es esto de la identidad que a nosotros nos provocó el habernos generado, yo creo que también la cuestión ideológica también va y nosotros cuando como con Violencia, y después se sumó Adolescencia a formar el equipo también, vamos formando nuestra estructura de pensamiento y de acción. El constituir el espacio físico no fue solamente hacer la cascara es haber construido también nuestras bases de tarea que los actores pueden cambiar o las personas los pueden cambiar pero la estructura continua nosotros por ejemplo a diferencia de las otras Unidades nosotros le pusimos mucho énfasis en la constitución de nuestro espacio físico, por eso El Galpón, porque nos dieron un galpón al final de la institución donde se guardaban cosas que no servían, entonces nosotros lo reciclamos, esta cuestión de volver a creer en un espacio y eso fue colaboración de internos de la cárcel, gente de la comunidad con esfuerzo propio porque la institución no tiraba un tornillo, un clavo entonces había que manguear a Dios y María Santísima y bueno eso también constituyó fortaleza, fortaleza a que éramos reconocidos también como movimiento interno y respetado dentro de la institución y el afuera

**E:** Por ahí... bueno lo hablamos pero para que quede el registro, esta cuestión del organigrama tiene que ver por ahí lo que sosteníamos una cuestión no solamente presupuestaria si no también con una cuestión ideológica diríamos esto que te decía que por ahí vos adherís a esto de decir ``creo que acá en el Hospital hay una paradigma de atención que se corresponde con el modelo hegemónico y existe otro modelo que, como no entiendo cuestiones específicas de salud, le digo modelo social, hay un modelo social de la salud que entiende a la salud como sistema que más allá de la prestación en un consultorio tiene que ver con las relaciones sociales, con la dinámica social”.

**C:** ¡Sí! Se cae el tema presupuesto y para mí es una cuestión ideológica porque nosotros miramos diferente, es una cuestión más horizontal ante una cuestión de diferenciar la cuestión hegemónica y el que nosotros vamos a buscar a las personas, tratamos de buscarlas de encontrarlas, atravesar los lugares donde las personas transitan. Que es una gran diferencia, no esperamos que vengan.

**E:** Y bueno... ¿Y con el Consejo Local de Salud como ha sido en estos dos años?

**C:** Mira cómo será que hasta para los trabajadores a lo largo de los años era importante estar. Cuando los trabajadores, es una señal o un síntoma, cuando los trabajadores empezaron a ver que esto era charlatanería o que no se cruzaban las cosas como al principio se podían llegar a cruzar, con el tema de un eje político de la salud en la comunidad pasaron a ser cosas de chispazos del momento y ni siquiera había gente que se postulaba a ser, que era por elección, representante de los trabajadores dentro del consejo local, no estaba el representante de los vecinos que decís bueno el representante de los vecinos es el más importante de todos porque es la vos cantora de lo que le pasa al pueblo , tampoco estaba.

El consejo local no se reúne y creo que todos los actores no se reúnen, tienen que tener la mitad más uno y creo que en muchas reuniones no llegan a eso.

**E:** Y respecto a las relaciones intrahospitalarias ¿Está esta tensión de los dos paradigmas? ¿Se manifiesta en las relaciones entre áreas?

**C:** Si bueno el laboratorio siempre fue nuestro escolta o sea trabajamos a la par y muchas veces el laboratorio no aparece como un gran socio, pero en realidad lo es en el sentido de que facilitó desde el comienzo y tiene que ver también con la historia porque las primeras consejerías que es una cuestión que se instaura ante la situación de la creación de la Unidad, un espacio de consejería que no existía, ni existía en las instituciones y que solamente era una cuestión mirada o realizada en Europa, acá en la Argentina había muy pocos espacios donde esto se pudiera hacer, nosotros lo pudimos constituir y también gracias al tema de ver esta situación de la relación al entregar un análisis, la necesidad de ver al otro más cercanamente y poder trabajar el tema de entregar un análisis positivo o no positivo o sea reactivo o no y con el laboratorio fue al principio con las consejerías no formales si vos doblabas a la izquierda estabas en el horno porque estaban los positivos y si doblabas a la derecha estaban los no reactivos entonces entre esta situación los que palpaban esto era el laboratorio fueron los primeros que manifestaron que había que andar cuidando estas situaciones para dar garantía a esa persona que venía a la atención.

Entonces desde ahí se empezaron a sumar mas allá de la gente que integraba el laboratorio, ya sea la jefatura o los que hacían los análisis, eran parte del Comité al principio y después de la Unidad, el vínculo , el vínculo de la facilitación del hacer si nosotros lo veíamos o el decir vamos a buscar afuera y hacer testeo afuera o en una fiesta, salir de la estructura técnica y prolija de un laboratorio ante una unidad penal , ante una fiesta, la municipalidad o sea los diferentes lugares que vamos a buscar y a ofrecer el testeo más cercano a la población, para nosotros el laboratorio es de primera línea donde se entre más allá de los otros sociales, después internamente, esto no formal la cuestión de algunas personas hacen la guardia, algunas personas hacen en gineco o en la misma administración. El de poder invitar a otros a hacer una actividad de promoción y pelear en la institución, pelear en el arriba o en la jefatura para que faciliten ese recurso humano para que pueda salir y el año pasado después de haber logrado una farmacéutica incorporada al equipo porque el equipo es interdisciplinario, pero interdisciplinario con mucha necesidad y además con peleas porque cada actor es sumamente necesario pero no es que sea facilitado por la institución.

**E:** ¿Al final la farmacéutica llegó?

**C:** Si, la farmacéutica viene a trabajar una vez por semana, entonces para nosotros, nosotros manejábamos los medicamentos desde el comienzo de esta historia, y bueno tener una compañera que es farmacéutica contribuye a mejorar la cuestión porque cada vez se iba complejizando más la cantidad de medicamentos.

**E:** ¿Y con los agentes sanitarios?

**C:** Con los agentes sanitarios también, primero como que la entrada siempre ha sido personal y después de lo personal se hace como institucional, esto ya sea también quizás con los menos son con los enfermería, pero de invitarlos a la actividad de promoción, a ser parte de la promoción, a sentir la promoción, después a la capacitación y después esta trama se va contagiando de otros en esta cuestión pero siempre desde el comienzo de lo no formal no de estrategia formada si no lo que ha venido sucediendo en el tiempo.

**E:** Y ya pasando a instancias de articulación que ustedes hicieron...

**C:** Trabajamos en tres pilares: promoción, prevención y atención. En el adentro y el afuera, está como instituido en nuestra tarea y dentro de eso hay épocas como en estos datos que tenés atrás tuyo siempre son marcadores para decir bueno ¿adónde vamos?. Que mayormente tenemos que trabajar, Y hay épocas donde todo el énfasis se lo ponemos a los jóvenes de acuerdo a los datos y a las posibilidades que tenemos.

**E:** Una de las instancias de articulación es la Red de Adolescencia.

**C:** Integramos la Red de Adolescencia y la Red de Violencia

**E:** La Red de Violencia, ¿es la red de violencia inter-institucional?

**C:** Si si que ambas eh se hacen también diferentes tipos de trabajo y diferentes tipos de dinámica tanto una como la otra y también capacitación de recursos humanos que tenemos porque implica también acciones y muchas veces tenemos semana corta por qué, que se yo si se jubila un médico o una enfermera o se enferma o se va es fácil encontrar un remplazo porque está el perfil marcado es decir el pediatra o viene un pediatra y lo reemplaza, en nosotros es complejo ¿por qué?. Porque los perfiles no están marcados o sea nosotros el año pasado dejamos de tener al trabajador social y es re contra necesario tener un trabajador social, entonces años peleando por un trabajador social, seguimos peleando por un trabajador social y depende del gobierno es la respuesta. Ah ustedes no tienen vacante porque no existen, pero atendemos casi 3000 personas (interrupción del entrevistador: ahí aparece la necesidad del organigrama) claro ahí viene la necesidad del organigrama después otro dice “no, no porque la prioridad son los médicos y los enfermeros”, siendo que hoy hay mucha enfermedad social esto de la necesidad de actores sociales son sumamente necesarios pero no priorizamos a la enfermedad en sí, al médico que no discuto que sea necesario ni al enfermero tampoco pero también necesitamos actores si las enfermedades de transmisión sexual están atravesadas totalmente por las situaciones sociales, situaciones de violencia , situaciones de hambre , de hacinamiento, de adicción, de comportamiento, esto de cómo se mueve nuestra urbanidad y no nombramos actores sociales.

Imaginate tenemos casi 70 mil habitantes y tenemos 12 agentes sanitarios, o sea que ni rifándolos..., antes era como la visita cotidiana y ahora visitan al de más alto riesgo si estuviera categorizado en el alto riesgo cosa que dentro de la política, dentro de las acciones de la atención primaria eso ya no existe, es ver bueno, en el paso cotidiano depende el sistema de cada centro de salud es como señalan a las situaciones de complejidad máxima porque complejidad existe y parece que tiene que ser ultra máxima para llegar a esa población.

**E:** ¡Claro! Y además vos decís el agente sanitario, claro tenemos 24/25 barrios en Viedma, 14 mil habitantes tenés en el Barrio Lavalle

**C:** Tenés 14 mil personas en el Lavalle y tenés dos agentes sanitarios, si vos haces pata y pata 7 mil para cada uno, ¿cómo llegás?

**E:** Y además por ahí dotarlo de recursos, por lo menos darle una moto para que se mueva...

**C:** No, bueno que se yo a ver, hay épocas que ligaron zapatos y era tocar el cielo con la mano, para que los acompañemos con la actividad es pateándola (risas).

**E:** Pasando ya las instancias puntuales de articulación, ¿el curso de consejería se hace todos los años?

**C:** El curso de consejería también nació, te voy a contar los entretelones porque eso es importante, nosotros dos compañeros, dos compañeras se van de acá a ejercer otra actividad, se van a Adolescencia que no es muy lejano y claro entramos en debilidad total porque en esto de incorporar a personas, la constitución de las Unidades siempre fue desvestir un santo para vestir otro o sea nosotros no hubo nombramiento para constituirnos como equipo, no hubo nombramiento externo, debilitamos otro servicio para formarnos, eso así desde el principio, entonces después que vamos caminando, ampliando horizontes, ampliando el trabajo, desarrollando cosas, nos quedamos, o sea recursos son sumamente necesario además un ejercicio son cosas fuertes que trabajamos por lo tanto una cosa que tiene que ser que la persona que venga a trabajar venga convencida de querer trabajar estas cosas porque si vos tenés prejuicio por la sexualidad, tenés que trabajar tu propia sexualidad, o sea hay cosas que en otros lugares creo no se evalúan, cosas que si evaluamos acá para poder desarrollar confianza con el otro porque si nosotros vamos a trabajar con estas cosas que son tan íntimas y de percepción fina no podemos estar poniendo personas que están con el tema de la discriminación, la sexualidad, el tema de las adicciones.

**E:** ¿Los consejeros no son trabajadores hospitalarios?

**C:** Los consejeros son trabajadores hospitalarios que quisieron formarse, algunos pudimos capacitarnos afuera, y autocapacitación y revisión constante porque es necesario, íntimamente necesario

**E:** Pero en el marco de los cursos de consejería ¿hacen capacitaciones, charlas, salen hacia la sociedad, hacia el afuera?

**C:** Bueno cuando nosotros nos vimos en esa situación dijimos hay que generar una capacitación de consejeros además porque gente de la propia Provincia quiere rotar porque esta es la consejería más grande que hay acá, de mayor asistencia y trabajo y de más tiempo. Y bueno veíamos que nosotros no llegábamos a cubrir nuestras propias necesidades entonces también de poder generar de hacer Patagones o en otros lugares otros consejeros, se ha abierto a la comunidad, a las instituciones y a la institución nuestra como Hospital, bueno de ahí empezamos a generar la capacitación, la capacitación duraba dos años y buscamos efectores de docente que pertenecieran a nuestra población y trajimos otra gente de afuera porque son 2 años de capacitación y de trabajos prácticos y finales, y en el hecho de que cuando vos abriste una consejería sobre todo en salud sexual porque ya lo vamos ampliando porque antes era solamente para los análisis de VIH y veíamos que eso nos quedaba corto porque venía más gente y que no solo era el VIH si no las otras infecciones de transmisión sexual y que no solo eran infecciones de transmisión sexual la gente venía a preguntar sobre sexualidad entonces se fueron generando en estos 18 años estándar de la Unidad más apertura por lo tanto nos exige trabajar la parte legal como te decía antes con el tema del aborto o el tema del lugar de la consejería, fortalecerlo aunque sea para derivación. En los hechos de violencia uno está con la persona, sabe lo que significa pero los especialistas están al lado que son las chicas de la Unidad, entonces eso hay que fortalecerlo en recursos humanos, bueno generamos la capacitación vino gente de Patagones, se inscribieron varias personas de acá de la institución

**E:** Gente de acá del Hospital..ah mirá!

**C:** ...porque no hacía a la profesión o sea que podía ser, se le hacía una entrevista anterior, hubieron administrativos, hubieron médicos y médicas, agentes sanitarios, enfermeras vinieron a la capacitación. Porque también la consejería uno la puede ver que se puede hacer en el espacio como consejería, como organización o también la puede hacer al lado de una cama en internación o en el centro de salud ya sea por el agente sanitario o en la casa de una persona, la consejería es el medio o la herramienta.

**E:** ¿Y cuándo empiezan a laborar estos consejeros ¿Con que resultados? ¿Cómo ha sido el impacto?

**C:** El impacto sigue siendo el enriquecimiento individual, no ha generado institucionalmente nuevas consejerías.

**E:** No son multiplicadores...

**C:** Ha contribuido! Por ejemplo las chicas de Patagones han podido generar cosas con los jóvenes, han podido generar cosas internas dentro de la institución pero no se ha constituido un espacio de consejería que deba decir los lunes y los martes concurren las personas como puerta abierta, pero si ha podido generar cosas, nos han pedido ayuda y hemos colaborado se ha brindado recursos de acá para contribuir, también propició mayor entrada a la Universidad porque en la Universidad tenemos una consejera.

**E:** ¿Está actualmente la consejera? ¿Es de acá de la unidad?

**C:** No, es de la Universidad y trabaja en nexos con nosotros

**E:** Ah mira eso lo tengo que incluir también, ¿abarca la carrera de enfermería o abarca toda la...?

**C:** No, no, ella es psicopedagoga, X, y ella viene acá por el tema de la provisión de los preservativos o el tema de la folletería o nos manda personas a la consejería de acá para la atención.

**E:** Mira!

**C:** Y eso para nosotros es un resultado óptimo después de la consejería. En los centros de salud los agentes sanitarios constituyeron más fortaleza también; además de sumarse a las actividades de promoción y prevención hacen actividades dentro de su propio lugar y también ayudo no solamente a los alumnos o las alumnas que concurrían sino también a la parte docente porque en la parte docente integramos un montón de personas que siempre trabajamos en conjunto a encontrarnos a visualizarnos a fortalecernos en las cuestiones, por ejemplo también participó gente que nunca había sido incluida o nunca había estado incluida en las actividades, estaba X que era el jefe de servicio de ginecólogos, con las obstétricas que vos decís tendríamos que tener una relación íntima, de lo laboral y muchas veces esta tensión que vos nombrabas y bueno fueron participes también de la construcción, y se ve diferente, ojo mirá como piensa (risas) claro porque X decía respecto al aborto porque llevaba el aborto, una derivación precisa hace a un resultado preciso, nunca antes habíamos hablado de aborto con X entonces vos decís mira que buena importancia porque

nosotros le dimos la opción de que temas quería compartírnos o que temas son más fuertes para ellos para compartírnos dentro de la consejería para que nosotros busquemos otros actores entonces así podamos unir baldosas, ¿no?

Y bueno esta la demanda de volverlo a hacer

E: ¿Esta capacitación en qué año se hizo?

C: Se hizo 2010, 2011

E: ¿2011?

C: Son dos años 2010, 2011 y este año no, el año pasado...

E: Y el resultado de eso fue la chica de la Universidad, los agentes sanitarios...

C: La gente de Patagones

E: Esto que te decía de lo que surge después de la actividad, de la continuidad bajo distintas acciones o formatos.

C: Siempre después de las actividades de promoción y prevención aumenta la demanda y no solo aumenta la demanda de pacientes sino también de actores sociales para decir “che porque no podemos hacer una charla en la escuela”, “porque no podemos juntarnos en el ECOS”, ahora tenemos la demanda del Galpón Amarillo porque el otro día, el año pasado nos juntamos en la kermes porque a los del Galpón Amarillo y nosotros muchas veces nos confunden, entonces digo la primera vez que estamos juntos, justo nos pusieron juntos en la kermes y dicen ustedes son unos roba nombres, no, nosotros fuimos los primeros, ¿y cuánto hace que están ustedes? Y hace diez años, entonces nosotros les ganamos (risas) pero bueno esta cuestión de socializar, pusimos un dispenser de preservativos

E: ¿Tienen charlas en los colegios constantemente? Yo sé de Tierras del Sur que salió en el diario pero calculo que ha habido más y que por ahí no han tenido difusión.

C: ¡Totalmente! también el eje de la comunicación para nosotros siempre ha sido importante y los medios de comunicación siempre han colaborado con nosotros, hasta en el 2009 hice una conferencia de prensa acá en este lugar porque no nos nombraban gente y estábamos re ahogados, así de no poder desarrollar tareas. Para mí es tan importante hacer promoción como hacer atención o sea porque pareciera que el mismo sistema se fuera encerrando que de las actividades que hay la prioridad son de atención, la prioridad es atender los pacientes y siempre es una lucha interna institucional, porque si nosotros no trabajamos lo preventivo esta bolsa o esta cantidad cada vez va a ser mayor y hay que destinar los tiempos como también hay que destinar recursos entonces es una puja permanente ,mas también con el cansancio de que siempre a las cosas hay que pelearlas porque muchas veces las gestiones nos llevan el 90 por ciento del 100 por ciento de la energía, porque hay que buscar los recursos, porque hay que contactarnos con la Legislatura o ir a buscar los recursos donde no los hay para poder encontrar la forma para llegar al otro, entonces esas cosas desgastan mucho porque pareciera que la prevención siempre es una cuestión no reconocida, verbalmente dicha pero en los hechos, en los papeles no reconocida, si uno analiza lo que invierte la institución en prevención o en

promoción es corto si es en recursos humanos; por ejemplo para nosotros fue un logro re grande, más aun de las dos Unidades, el tema del reconocimiento de las horas extras para la prevención. Por qué nosotros trabajamos en la noche, si por ejemplo tenemos que trabajar con las trabajadoras sexuales convocarlas a las 8 de la mañana no es hora de eso, entonces uno tiene que ir amoldándose a las situaciones, entonces reuniones con las trabajadoras sexuales eran a las 9 de la noche había que juntarse y eso significa salir de tu casa, salir con tu auto entonces y que más de una persona...

**E:** ¿Y con las trabajadoras sexuales actualmente siguen trabajando?

**C:** Con las trabajadoras sexuales se cortó un montón.

**E:** Entonces hubo. Fue..

**C:** Hubo una ley, creo en el 2012, la ley del cierre, que es el cierre de los boliches, las whiskerías, nosotros teníamos la dinámica que venían todos los meses, una oportunidad de encontrarnos, trajimos gente de AMMAR. nosotros como habíamos hecho unos talleres con trabajadoras sexuales, que eran talleres pagados o dentro de un proyecto internacional, eso también nos vehiculizó diferente, tenemos folletería dirigida a las trabajadoras sexuales que ellas mismas lo hicieron, incluimos a las travestis que también aumentamos en la cantidad y como un lugar de reconocimiento y de concurrencia empezaron a concurrir porque diferenciábamos las trabajadoras que estaban en los boliches, las trabajadoras de la ruta y las trabajadoras de los barrios, porque no pueden negar de la que existe y la más difícil de erradicar son la de los barrios, pero contactarlas, que haya vinculo para nosotros era totalmente importante, bueno cortado el tema cuando pasa a ser no legal la cuestión de las whiskerías también nos puso en una situación, yo estoy en contra de esa situación, porque el Estado no nos provee posibilidad de actuar salvo con la represión, porque hay lugares, que por suerte, vienen a buscar preservativos hay lugares de trabajo de esta naturaleza y no se puede tapar eso. Por suerte ha continuado el vínculo con algunas trabajadoras, con algunos travestis y muchas veces estos nos traen algunos nuevos, no se ve la misma rotación que había antes porque venían de Bahía Blanca, San Antonio, Conesa, ese era el circuito que hacían las trabajadoras y eso se rompió ante esa situación pero por lo que se por algunas que todavía están adentro de las localidades, nos han traído más, nos consideran como lugar de confianza. Al igual que la provisión de preservativos que también la hacemos.

**E:** ¿Y AMMAR en la actualidad..?

**C:** AMMAR local se desarticulo totalmente, tenemos vínculo con AMMAR nacional. AMMAR nacional colaboró mucho con la cuestión de la capacitación, la formación de muchas trabajadoras, de acá viajaron varias, viajaron a algunas provincias y algunas viajaron internacionalmente, pero se desarticuló.

Bueno... después otra actividad es el día internacional del VIH, el primero es siempre, digo yo, siempre tiene que ser el primero de marzo es como la legislatura ya porque es primero de marzo es mucho trabajo (risas) final de año uno ya llega reventado. Si el primero de diciembre siempre lo conectamos con el 18 de noviembre, el 18 de noviembre cumplimos años, entonces para nosotros es simbólico celebrar los años que tenemos porque también institucionalmente es todo un logro haber generado el propio lugar de trabajo y el poder

encontrarnos con la continuidad y así que siempre conectamos el 18 de noviembre con el 1 de diciembre así que siempre hay actividades hasta el primero, a veces cerramos el primero y otras sobrepasa el primero que tiene también con otros grupos o actores sociales que contribuyen con nosotros en el año lo que creo que a lo largo de los años no lo hemos visto o sea como actores en otro espacio, acá no hay ONG, en la Provincia hay una sola que atraviesa esta temática que es en Bariloche, entonces organizaciones de otro lado que nos inviten, sí, siempre como ser propulsores quizá sea por la cantidad de años que llevamos en la temática pero en la sociedad misma en esta localidad no hay un grupo aparte.

E: ¡No! la temática la trabajan ustedes solamente.

C: En un momento hubo un grupo de pacientes que integraban una red de pacientes, pero con nosotros no tenían ningún tipo de vínculo es más había contradicciones, que tampoco pudieron permanecer duraron muy poco tiempo.

A nivel zonal atendemos todo lo que es la zona sanitaria y aún tenemos algunos de valle medio, no solamente en pacientes sino también acciones, el año pasado, no en el 2011 nosotros cumplimos los 15 años y estrenamos una obra de teatro que, tenemos varias obras de teatro en la cantidad de años que llevamos, esta obra de teatro aborda la temática de la discriminación.

E: ¿"Quien hace la diferencia..." desde el 2012 al 2013?

C: Es del 2012

E: 2012 esa es la obra a la que vos te referís

C: Si, ¿Quién hace la diferencia? Que es una obra de teatro que aborda el tema de la discriminación y la discriminación siempre es la cuarta epidemia que tenemos con el VIH es una pata más de la epidemia entonces a lo largo de los años uno ve como se fue modificando pero no que se fue modificando para mejorar o para reducir la discriminación sino para aumentar o a veces en la cuestión de la sutileza de la discriminación y también uno va modificando los ojos quizás y que no solamente se discrimina a las personas con VIH sino a...¡somos un pueblo discriminador! Esencialmente y desgraciadamente naturalizamos la discriminación como parte de nosotros y eso como afecta al ser humano y como esto circunscribe después o se puede traducir una enfermedad porque en vez de acercar aleja, entonces si eso sucede o sea como nos encontramos con la salud entendiendo que es el concepto de la salud. La cuestión es que pudimos empezar a fantasear a soñar en poder hacer algo que no sea esto de ya sea ponerme enfrente o hacer un juego en un taller si no algo que nos atravesara, para nosotros siempre el teatro fue una herramienta de comunicación. Ya teníamos una obra de teatro donde nosotros mismos somos actores que es la enseñanza del preservativo desde lo cómico y esto no podía ser lejos porque la discriminación es drástica entonces hay que poner la cuestión de lo cómico porque si no es imposible deglutirla y bueno empezamos a encontrarnos con otras personas de otros servicios que dijo a bueno yo voy, ah necesitamos a alguien fuimos a buscarlos y dijo a bueno! Se prendió y la suma de ese querer hacer y bueno también hubo una directora de la obra que es una persona que sabe de teatro que también había hecho una obra con nosotros, nosotros aportábamos al dialogo y se llenó de jóvenes esta obra. Entonces esta cuestión de los vínculos de la relaciones no formales, bueno la cuestión que pudimos generarlo y

poderla estrenar y bueno tuvimos el año pasado una gran dinámica de viajes y puestas en escena y de puestas sobre el tema de la discriminación, de visualizar que no solamente es el VIH sino también el viejo, el adolescente, el borracho, la travesti, estos estereotipos sociales que nos llevan al pensamiento ; entonces surgió construir un espacio de reflexión porque soluciones no las podemos dar, solamente promover un espacio para que pensemos a ver como re pensamos este pensamiento que tenemos como sociedad.

**E:** En las instancias, en el ámbito de laburo ustedes, externo para afuera los actores viste que ya mencionamos algunos (Consejo de la Mujer, la UEL) esos por ahí son los actores institucionales, los estatales, bueno los ECOS, la Municipalidad, la Universidad...

**C:** Las unidades penales porque tenemos dos tipos de lugares penales, uno federal y otro provincial.

**E:** ¿Que hacen capacitación, charlan en las unidades? ¿se mantiene todos los años?

**C:** Sí, se mantiene todos los años, por ejemplo el año pasado hicimos capacitación para los internos, capacitación para los trabajadores, análisis para los internos y vacunación y análisis para los trabajadores en la unidad 12; hacemos siempre un año una y otro año otra. Además de que todos los internos que necesiten que sugieran o quieran hacerse los análisis los traen a la Unidad acá para hacérselos y eso también fue un logro porque es sacarlos de las unidades para venir a la consejería a hacerse los análisis que eso tiene que ver con los años de trabajo que también tenemos, porque en otras cárceles en otras unidades penales eso no se hace.

**E:** ¿Cómo era la recepción de los internos?

**C:** Muy bien, con muchísimo respeto, hicimos una investigación de una encuesta que tengo que sacar ahora para el boletín del año pasado y siempre así con buena participación. Una vez llevamos una obra de teatro adentro de la unidad, nos pidieron el año pasado que fuéramos con la unidad e íbamos a ir a la unidad 1 con la obra de teatro pero no nos dan los tiempos, en realidad pasa eso

**E:** Es que generalmente se estigmatiza a los internos como si fueran viste....

**C:** No, no! Además la población fue el tema, la población joven que hay muchísima, la verdad que la mayoría de la población que está en la cárcel es joven o altamente grande o sea los dos extremos y bueno para nosotros la participación siempre ha sido.., yo voy a la unidad penal 12 desde el 94 o sea que ya llevo 20 años y siempre con una cuestión muy correcta, que se yo a veces nos enojamos por la desarticulación de los tiempos, que se yo vamos, quedamos de ir a las 8,30 y recién nos abren a las 9 pero bueno son ruidos de lo cotidiano, que se yo a veces nosotros mismos tenemos interferencia en la comunicación y en las otras instituciones también las hay.

**E:** ¿Y con los actores policiales?

**C:** Y con los actores...no, no también, también traen a los internos que tienen VIH cotidianamente, a veces nos cuesta la cuestión de cuando ellos tienen que hacer los pedidos o ellos tienen que hacer las planillas para nación, para la provisión de medicamentos o para

la provisión de análisis complicados, nosotros no los podemos hacer los tienen que hacer ellos, entonces los tiempos de ellos no son los mismos que los nuestros, entonces ahí se entran a ver algunos choques pero bueno entre una llamada de teléfono o una insistencia se consigue.

**E:** Siempre son los mismos actores que están interesados, que ya se conocen y el vínculo es otro.

**C:** ¡Y eso que los cambien eh! Pero no cambian a la tercera línea creo que es la que mantiene la relación, la historia. Cambian al director, hablo de la federal, pero los médicos que atienden son conocidos de la infectóloga nuestra o sea que...

**E:** ¿Hay algún otro, de estos dos años, algún otro actor estatal que se sumó, que antes no se sumaba o empezó a laborar o por ahí siempre son los mismos?

**C:** Y bueno las escuelas tuvimos la participación no igual en todas las escuelas, en las escuelas nosotros presentamos un proyecto que se declaró de interés educativo y bueno todas estas condecoraciones que tienen que tener estas cosas para que nos faciliten el lugar para entrar y lleva tiempo, lleva tiempo para determinar el día, para llevar la idea y que se junten las máximas autoridades y estas circunstancias que es más fácil quizás juntarse con los del terreno para no encontrarnos con situaciones de que no está reconocido por la supervisión, que no se puede, porque nuestra apuesta era a docentes, padres y alumnos, no alumnos solo, porque en esto necesitás el compromiso de todos. De los padres en la única que tuvimos mayor presencia fue en el Zatti, porque en las otras escuelas llegamos a dos madres, en una llegamos a cero, los juntamos padres y docentes y bueno había veces que los docentes se olvidaban de convocar a los padres, entonces entra a jugarse otro tipo de cosas y bueno... otros actores del tema son los ECOS, el tema de las situaciones de las redes...

**E:** ¿El trabajo con las redes cómo es?

**C:** Y no constante, cuesta y que se yo con la Red de Adolescencia ya es más vieja es más instituida entonces hay fechas como que no se negocian y que se yo la fecha de la primavera es una fecha de actividad, la fecha de los derechos de los niños es otra actividad y cuestan bastantes porque también reciben los cimbronazos de cómo estamos institucionalmente, porque la gran mayoría pertenecen a instituciones, difiere por ser ONG, por las fundaciones, por la radio que pertenecen a la Red de Adolescencia un poquito de diferencia pero la impronta del desorden o de los cambios políticos, impacta, indiscutiblemente impacta porque bueno estamos atravesados, ciudadanos y además trabajadores y entonces en esta cuestión de los recursos, bueno en mayor o menor medida pertenece a la Municipalidad que se incluye muy poco en las actividades, entonces también hay que andar persiguiendo a la Municipalidad para ver qué puede aportar o que podemos hacer, pero con recursos humanos decir "bueno yo municipalidad mando una persona", hace varios años que no lo hace y si hablamos de las juntas vecinales y también las juntas vecinales les cuesta un montón, se desintegraron también algunas redes de los barrios que estaban conformadas como las redes del Guido, las redes del...

**E:** Y actores sociales, ONGs, ¿con cuales ustedes articulan o tienen más años de trabajo?

**C:** Y con la Fundación de Radio Encuentro trabajamos juntos en proyectos internacionales por qué bueno la asociación...

**E:** ¿En qué año fue eso?

**C:** Y eso fue en el 2005, 2006 donde estaban mayormente los programas del Fondo Monetario Internacional o del Banco Mundial depende como nos llamáramos en esa época y que solicitaban que las ONG se juntaran con OG y nosotros como organización gubernamental aunque tuviéramos toda las cosas para poder actuar necesitábamos una ONG por el tema de financiamiento, el tema de todas esas cosas

**E:** ¿Ahí el tema del organigrama no repercutía, no?

**C:** No el organigrama no, porque nos autorizaban a trabajar en conjunto, ellos con la parte económica y nosotros éramos los técnicos, era técnica nosotros trabajamos con los jóvenes o trabajamos en diferentes espacios y.....

**E:** ¿La Fundación Creando Futuro?

**C:** La Fundación Creando Futuro también es parte de las actividades y de las redes, no solamente de la Red de Adolescencia, sino también de las redes barriales. A nosotros no nos da el cuero para ser parte de las barriales no nos dan los recursos pero si hacer la articulación.

**E:** ¿Y ahora ustedes las redes no las integran?

**C:** Las integramos, digo que las actividades son constantes, por ejemplo integramos la de violencia, la de violencia se junta todos los jueves, yo hace 3 jueves que no puedo concurrir.

**E:** ¿Con las redes barriales en estos 2 años acordaron actividades puntuales?

**C:** Con las redes barriales no no, directamente no, con la red del Lavalle si, invitamos a través de la red a la gente para que viniera a la obra de teatro y en la escuela estuvimos reunidos para que los chicos se puedan transportar porque la idea era de que además de ver una obra de teatro lo hicieran en un lugar cómodo, por que al principio pensábamos lo vamos a hacer en el barrio y porque en el barrio si también se merecen la obra de teatro en el teatro, en el Centro Cultural, entonces porque no propiciar el colectivo para que vengan y si nosotros servimos como nexo para poder buscar este recurso del transporte.

**E:** ¿Y más o menos el año 2012?

**C:** No eso fue el año pasado, el 2013, porque las actividades tratamos de que sean programadas y convocamos siempre gente... que se yo por ejemplo los ECOS siempre son convocados o la gente de Adolescencia, la gente del CADEM.

**E:** ¿Y la Dirección de Juventud de Desarrollo Social colabora en la de Red de Adolescencia?

**C:** No, la Dirección de Juventud no le he visto jamás, y bueno con Desarrollo Social una cosa importante que hicimos el año pasado, que estuvimos todo el año peleándolo, que lo logramos, fue la generación de tickets para la alimentación de pacientes. Este proyecto viene de hace varios años.

**E:** ¿Lo difundieron en los medios? No lo ví, mirá que goglee y no lo ví

**C:** No, es que no fue difundido. Yo me voy por las ramas por el eje comunicación. Pusimos un facebook primero, antes de ir a Desarrollo Social, generamos una página web, para instituciones eran \$300 hace 5 años. Muy bien, fuimos reconocidos por la Legislatura, por el Concejo Deliberante, lo propicio que significaba tener una página, la primera página en un Hospital, que sirviera para los adolescentes, para los docentes y para los médicos. Entonces era todo un desafío y esfuerzo porque una página no se llena porque sí. Y necesitábamos personas que le pagábamos \$300, y más ante mi gestión y a los fines del proyecto, logamos que también Adolescencia tenga su propia página. Bueno la primera página que se pierde es la de Adolescencia y después la nuestra porque el Director se negaba a pagar los \$300. Más allá de que había sido reconocida por la Legislatura, Concejo Deliberante y la cantidad de personas que entraban a la página. Salvado el bajón que esto significaba para nosotros, porque para nosotros era una puerta, empezamos con el tema del facebook, entonces hicimos una entrada gratis pero qué implica 'trabajo en mi casa', porque acá en la institución no tenemos entrada, por lo tanto todas las respuestas se hacen en casa. Cuesta tenerlo, porque depende de dos personas, de la psicóloga y de mí, que entremos, contestemos, tenerlo presente, activo. El tema de la comunicación para nosotros es un eje recontra importante

**E:** Retomando esto de los medios, vos decís que en el balance la respuesta de los medios en general ha sido buena, más allá de Radio Encuentro...

**C:** No, no... las radios permanentemente, ofrecimiento si es por las radios tendríamos para todas las semanas, las circunstancias son los tiempos. Cuanto tiempo uno le da... en la cantidad de trabajo, tenés que tener mucha fortaleza tanto para hacer lo extra-horario (a la tarde, a la mañana, los sábados). Es muy importante y siempre lo hemos mantenido, pero también evaluando en los años uno ha hecho un paso atrás por la implicancia de los tiempos, de cuanto uno extra le pone. Y el no reconocimiento, porque también se juega esto. El año pasado redujeron, cuando entró X, lo que para nosotros fue un éxito, un logro el tema del pago de las horas extras, nos quitó las horas extras. Más allá de las fundamentaciones, hicimos horas extras porque teníamos actividades programadas y nunca jamás nos pagó, siendo el servicio de Adolescencia y el nuestro los más damnificados, ellas las de Violencia tienen otra dinámica. Bueno, volviendo a Desarrollo Social, presentamos un proyecto de alimentación. Porque nosotros vemos que Nación cubre medicamentos, los medicamentos en promedio por paciente son 10 mil pesos, como bajo. Circunstancia que, para nosotros que la persona esté en condiciones para tomarlo eso es sumamente importante. Trabajar en adherencia con un paciente es también trabajar en prevención. ¿Qué significa? Trabajar la parte integral, en esta cuestión social donde está, psicológica, familiar, notábamos que nuestros pacientes no comen bien. Cuando hace la inversión grosa, nuestro Estado provincial, cuando los pacientes están internados, los pacientes internados nuestros son caros, son de mayor inversión. Por lo tanto, necesitamos una de media, que el Estado nuestro invierta en la provisión de alimentos. Muy bien, fuimos, fuimos, fuimos,

como una cuestión local, por una cuestión de convencimiento local, no así provincial. Por eso también se enojan. Fuimos y fuimos y logramos. Primero nos querían dar \$200 por persona.

**E:** ¿Fueron al área de Políticas Nutricionales?

**C:** Fuimos a ver al Ministro, al de Políticas Nutricionales, a la nutricionista, a la parte de X, que no me acuerdo que área es. Hicimos como una especie de aterrizaje en Desarrollo porque hay que golpear muchas puertas y se consiguió, primero nos ofrecieron \$200, y con esto dijimos veremos que hacemos para que alcance para el mes y nos subieron a \$400 en tickets. Septiembre, octubre, noviembre y diciembre y un doble en diciembre fue. Así que nosotros tocábamos el cielo con las manos. Nosotros hablamos de la necesidad, más allá de que la gente tenga obra social, no entraban todos, nosotros tenemos más o menos, 'más de 150 pacientes y les pedíamos el respeto al criterio de nuestra lista, se cruzaba el tema de la confidencialidad, porque ese es un gran tema, ellos hacían resistencia también ahí. Pero bueno lo logramos y este año supuestamente arrancábamos con tarjeta, cosa que todavía no logramos ni tarjeta ni tickets,

**E:** ¿Lo encuadraron dentro de algún programa del Ministerio?

**C:** Lo iban a encuadrar en el 2014 la gestión anterior, dentro de un Programa de Salud.

También una cosa importante que hicimos en el 2012 es que le dejaran de pedir obligatoriamente los análisis a la policía, eso sí salió en los diarios...porque ya nos había pasado antes...tuvimos eco, fue a través de X cuando era jefe. Fue pedirle que sea opcional el análisis de VIH a los ingresantes de la policía, porque tuvimos una situación de que no lo dejaban ingresar porque tenía VIH.

**E:** ¿Eso cómo se resolvió?

**C:** Ellos, por una disposición interna. Esa fue una intervención. Otra intervención también fue con Justicia, ante una situación, ante un caso de pacientes con infección oculta, o sea infección oculta y transmisión a una menor. Entonces nos reunimos acá diferentes actores, uno de los actores principales fue justicia y hoy está trabajándose esta situación. Si ves el panorama y como nos incluimos o como llevamos el tema, porque para justicia fue esto... como situación VIH, como transmisión, como compulsión, es como nos atraviesa, no. O el tema de alimentación en desarrollo, como la injerencia en lo laboral en la policía y a su vez trabajando en las organizaciones de base.

**E:** ¿Con la Secretaría de Trabajo? El aspecto laboral.

**C:** Con la Secretaría de Trabajo en algún momento tuvimos una intención, como también con la gente de ANSES....no, no... con los que hacen el DNI...

**E:** ¿Con el Registro Civil?

**C:** Con el Registro Civil. Con X, que tenemos acá en el Hospital, ella provee a las parejas que van a anotar preservativos

**E:** ¿Es una consejería?

**C:** No, ella pertenece a otra institución. Además del DNI del niño se lleva el forro (risas)

**E:** Podríamos haber tenido nosotros en ventanilla y nada...

**C:** Bueno, en Desarrollo Social ahora tenemos un dispenser. La cantidad de veces que fuimos para allá, vimos la cantidad de personas que pasan por allí, entonces dijimos porqué no llevamos un dispenser ....porque en la Delegación sí tenemos un dispenser. Entonces les propuse, hasta que eligieron el lugar de los baños, donde creo que se hacen las reuniones, sala de reuniones o... abajo... y ahí pusieron en los baños el dispenser de los preservativos. Yo lo hubiera puesto en un descanso en la escalera. Porque yo tengo la mirada esa... pero bueno si hay un dispenser más, vamos a poner otro.

**E:** Esos baños son utilizados por los trabajadores de esa zona... yo estoy en la zona donde estaba el Casino, yo laburo ahí... nosotros en los baños de arriba... no hay...

**C:** Bueno, el año pasado no pudimos trabajar con la Universidad de Río Negro, ya hemos hecho intentos...

**E:** Te iba a preguntar esto de la chica que venía q era del CURZA... ustedes ¿han tenido pasantes?

**C:** Pasantes de la Universidad... hace muchos años...de psicopedagogía

**E:** ¿Y con la de Río Negro?

**C:** Con la de Río Negro quisimos hacer un testeo, que siempre fue como la puerta, unos estaban en un lado, otros en el otro, hable con el Decano... con X... y les dijimos que te parece si lo hacemos el año que viene ya que van a tener casa nueva. Cuando estuvieron en la casa nueva, nosotros no teníamos recursos de laboratorio para hacerlo. Nosotros tenemos que salir, salimos 12 o 14 cuando salimos porque armamos muchas conserjerías a la vez, y el laboratorista y él vacunador, nosotros propiciamos el tema de la vacuna... o sea que es un equipo groso, por lo tanto tenemos que tener lugar para trabajar y previamente siempre hacemos charlas o previamente hacemos acciones o volanteamos para que las personas se den cuenta de la actividad. Nos pasaba en el Comahue, con los docentes, que decían a 'no yo no, yo soy docente' como si ser docente no implicara preservarse. Como diría Kant...que es el de la Fundación Huésped... que si los médicos se cuidaran no tendrían tantos pacientes. Bueno, entonces no lo pudimos hacer... cosa que está previsto para este año, pero mirá con lo que nos encontramos, nos encontramos ahora sin test... nunca, nunca a lo largo de los años nos hemos quedado sin reactivos, estamos en plena campaña "Elegí Saber" y no tenemos reactivos.

**E:** La campaña "Elegí Saber" ¿la llevan adelante todos los años?

**C:** Siempre el inicio de la campaña es el primero de diciembre, entonces todo el año trabajamos y arrancamos con "Elegí Saber" en esa instancia, nosotros a diferencia del resto de la Provincia, de muchos lugares del país, los pacientes son recientes, ¿qué significa esto? Que no vienen tarde, porque los pacientes que vienen tarde o con sintomatología o con enfermedad cuesta más... en cambio nosotros tenemos pacientes tempranos, captación temprana. Y eso principalmente se debe al tema de la continuidad de la prevención, que ha

sido barata, porque en cierto sentido los recursos son cortos, siempre, a veces tenemos preservativos y a veces viene el bajón y no tenemos...o los recursos de personas o en este mismo sistema que muchas veces si no se paga es difícil que se trabaje. Por ejemplo, en campaña de verano es sumamente necesario, nosotros tenemos que trabajar con el turista y en la playa. La cuestión es que no hay recurso para eso. Entonces es como cuando vos convocás a un artista, al artista siempre le tenés que pedir que venga a trabajar gratis.

E: En verano... es lo que vos decís, se requiere algo más intensivo... pero han salido por ejemplo... a la costanera

C: Este año no. Concurrir a los recitales, movidas en la playa, eso siempre, con los autos nuestros...

E: Y el Hospital no colabora...

C: Muy pocas veces. Necesitamos mucha gestión para lograrlo.

E: ¿Y por ejemplo ante un evento, como la Fiesta de la Capitalidad?

C: En la Fiesta de la Capitalidad también costó, ahí perdimos una mesa, pero bueno fuimos con la obra de teatro, con la obra de teatro chica, pero sí, en las actividades como éstas de ir a la playa, a caminar la playa, hicimos acciones, años de trabajo con voluntarios, con jóvenes, hay que patear con cartones o con preservativos en la playa, en nuestra playas tenés kilómetros, igual que en el río. Para nosotros fue de gran instancia, al principio la gente rechazaba cuando vos entregabas un preservativo, estamos hablando de más de 15 años. Al principio hicimos una vaca para comprar preservativos, la primera vez que tuvimos 5 mil preservativos nosotros mismos, hicimos casi una fiesta, hicimos una montaña de preservativos y nadábamos en ellos. Era toda una cuestión, el preservativo como herramienta es indiscutible. Y esto a la población también. Nosotros acá proveer preservativos a algunos profesionales, jugar con algunos profesionales en algunas capacitaciones, profesionales que jamás se han colocado un preservativo. Y esta cuestión de abrir el cajón y darle el preservativo a la persona, también requiere que vos rompas con algunas cuestiones tuyas. Las resistencias. Nosotros tenemos dispenser gratuito desde hace varios años, el otro día viene... y me dice mire doctora viene un montón de gente y se llevan un montón.... Y qué problema hay? Si se lleva 20 y usa 10, vamos por la felicidad de esa persona, vamos porque está usando forro.

E: En Bahía, te estoy hablando de hace 10 años atrás, estaban distribuyendo preservativos, un amigo dice... esto para más que prevenir, es una traba...

C: Cuando las personas te dicen 'me ajusta el aro', le digo: pero es una maravilla. Hay unos juguetes sexuales que son unos aros y eso mantiene y dura más la eyaculación o sea dura más el orgasmo, por lo tanto les aumenta el placer. Si usted lo usa y no ve al preservativo como negativo esto le va a producir más placer

E: Bueno, ¡para mí genial!

## **ANEXO 4**

### **Entrevista a Participante Externo de actividades y acciones de la Unidad de SIDA y ETS “El Galpón”.**

**Fecha: 25/03/2014.**

**E:** ¿Cómo llegas vos a El Galpón?

**P:** Bueno mira, yo empecé a trabajar en El Galpón más o menos a principios de 1995, si en el 95 principios del 96. Yo tenía en ese momento 16 años y yo llego a El Galpón porque se hace una capacitación para jóvenes porque en ese momento El Galpón estaba convocando en el marco de un programa/actividad que se llama Sol y Vida, estaba convocando a capacitar a jóvenes para que sean después difusores de las cuestiones de prevención del VIH. Yo participé de esa capacitación que duró varios encuentros y después de eso formamos una murga, que en realidad, la murga era una excusa, no, era una actividad de prevención por las calles de Viedma y a partir de ahí quede vinculado a El Galpón como voluntario. Fue una actividad inicial a la cual se invitó a un montón de jóvenes de la comarca de manera abierta. Yo en ese entonces participaba de un grupo de teatro que funcionaba en El Tubo, el grupo participo en la experiencia esta de conformar una murga para hacer actividades de prevención y la actividad era como una especie de desfile, donde se hacía tarea de prevención, repartir información, repartir preservativos que se yo, y terminaba con una pequeña obra de teatro callejera que hablaba del tema de los prejuicios y del tema de la importancia de cuidarse en el contagio de las enfermedades de transmisión sexual. Así que bueno, fue una actividad puntual la que me tocó a mí en El Galpón y después bueno, fui y me quede ya, una actividad llevo a la otra, primero fue esta, después diferentes campañas y actividades que hemos tenido en el galpón todos estos años, yo he participado en algunas no en todas, pero bueno así fue el ingreso en El Galpón.

**E:** Y además después tuvo continuidad hasta por tus mismas promociones...

**P:** Exacto, sí. Yo después, eso fue en el año '95, '96, yo soy trabajador social, estudié en La Plata en la Universidad Nacional de La Plata entre el año '99 y 2004. En esos momentos estuve viviendo allá pero no deje de ser voluntario de El Galpón porque cada vez que venía digamos a Viedma yo participaba de las actividades de promoción y prevención de El galpón; de actividades más puntuales, ¿no? Qué sé yo, ponele en la fiesta del 7 de marzo, en las campañas de verano que siempre se hacen, bueno, en acciones así puntuales que fui participando.

**E:** Si el tiempo te lo permitía vos participabas.

**P:** Claro. En ese momento El Galpón estaba comenzando como Unidad, eran momentos de mucho trabajo porque se estaba constituyendo como una necesidad y yo digo siempre, no..., instalando una problemática, porque decir que uno trabajaba en la cuestión del HIV en el 96 no es lo mismo que trabajar ahora, realmente digo, había, sigue habiendo no, pero había en ese momento un montón de prejuicios, un montón de tabúes, sobre el tema del

sexo, sobre el tema del contagio, y en ese momento la campaña fuerte era por el uso del preservativo, después las consignas fueron cambiando en el tiempo, pero en ese momento lo que se hacía era repartir información muy básica de lo que era la enfermedad, de lo que eran en general las enfermedades de transmisión sexual y se insistía mucho con el tema del uso de preservativo,

**E:** Y las reflexiones en ese momento ¿cómo eran?

**P:** Difícil. Más difícil que ahora porque no todos, no toda la gente estaba dispuesta a hablar de esto, hasta el día de hoy hay gente que se incomoda si le entregás un preservativo en la calle por más de que el preservativo venga en un paquete que diga que es de El Galpón, que es una actividad de promoción, o sea que es obvio que no lo tienen que usar y es que no lo usan, pero inclusive ahí sigue siendo todavía un...

**E:** ¿Un tabú?

**P:** Sí, es un tema que bueno, obviamente la cosa ha cambiado bastante, ¿no? los pibes ya se animan mucho más a hablar de esto, es mucho más fácil llegar a ellos por el tema de los preservativos y todo esto, pero bueno también surgen otras cosas.

**E:** y además yo tuve una entrevista con la Coordinadora de El Galpón y contaba que dentro del mismo hospital también.

**P:** Porque la sexualidad es un tema tabú para todos.

**E:** Además con concepciones ideológicas

**P:** Es un tema tabú para todos

**E:** Y, puntualmente, en estos dos años 2011 2013, ¿en qué experiencias has participado?

**P:** Bueno, hace mucho años antes del 2013. Te cuento algo para atrás así lo puedes enlazar con lo que pasó en esos años. Justamente, por la larga trayectoria de El Galpón, la Unidad tiene un proceso de revisión de sus prácticas que es uno, yo creo, uno de los logros más grandes que tiene la Unidad como equipo de trabajo, es una Unidad que siempre fue supervisada por diferentes profesionales y tienen una práctica muy revisada desde lo teórico y lo técnico, ¿viste? Que sean una Unidad y no un Servicio del hospital no quiere decir que sean por esto menos profesionales, al contrario, hay como un esfuerzo permanente de capacitación y revisión de la práctica que para mí es inédito en un equipo técnico de la Provincia. Yo conozco muy pocos equipos que durante tantos años han sostenido procesos de supervisión externa como lo ha hecho El Galpón o como lo han hecho diferentes, algunos pocos equipos en Viedma. Porque esto supone un mostrarse ante los ojos de un supervisor, que es bueno una tarea difícil de asumir. En este camino de revisar y además como la problemática va cambiando, el equipo fue cambiando sus formas de comunicar y de informar. Sobre todo lo que tiene que ver con lo preventivo promocional digamos, si vos pensás la práctica de El Galpón el cual tiene como una línea de trabajo en lo asistencial que es la recepción de pacientes, acompañamiento en el tratamiento médico y después tiene una línea de trabajo muy fuerte que es todo lo que tiene que ver con la accesibilidad de la gente al Hospital y al servicio de El Galpón con las consejerías que es donde se recibe toda la

demanda y se va evaluando cada una de las situaciones, y la parte preventiva promocional que acompaña la consejería que son todas las tareas de prevención. En la unidad nosotros tenemos muy claro que el trabajo tiene que ser muy preventivo. Que cuando ya llega el paciente con el virus...digo, no es tarde, porque los medicamentos han avanzado mucho y hoy en día un paciente con un tratamiento acorde a la enfermedad que presente es un paciente que puede tener una vida normal como cualquier otro. Pero bueno, tenemos que lograr que no se infecte la persona. Prevenir justamente. En ese plano han ido cambiando mucho las propuestas de trabajo, algunas se han mantenido a lo largo del tiempo. El Galpón empezó haciendo actividades de promoción en las escuelas con chicos de 15, 16 años y lo que se hacían eran talleres de sexualidad, sobre sexualidad y cuidados en las escuelas. Pero en ese sentido la unidad también fue pionera en Viedma en darse cuenta de que había que salir a la calle y dejar que las cosas sean en el ámbito privado pequeño de un curso sino que las cosas tenían que ser más masivas. Desde ese momento El Galpón tiene la línea de trabajo que es muy sistemática en lo pequeño de la consejería. Ellos hacen cientos de consejerías por año. Muy sistemática en lo que es los espacios de promoción más pequeños por ejemplo los talleres en las escuelas, ellos hacen pilas de talleres en todas las escuelas de Viedma por año, en las cárceles. Y después las actividades que son más esporádicas o más grandes que son participar en eventos por ejemplo, El Galpón es un clásico del día de la primavera, es un clásico en la fiesta del 7 de marzo, es un clásico cuando hay un recital de rock de una banda que convoque muchos pibes generalmente está El Galpón repartiendo preservativos y esas cosas son programadas pero no son establecidas porque bueno, van en función de lo que va apareciendo en el año. Yo he participado desde que empecé en las actividades de calle de El Galpón, que es como el trabajo más fuerte que hace el voluntario: es salir a la calle, primero tener una capacitación para poder si alguien te pregunta explicar de qué se trata la enfermedad, por qué hay que prevenirla, de qué se tratan las enfermedades de transmisión sexual, y sobre todo y esto es una vuelta de rosca que le hemos dado nosotros con el tiempo, la importancia de cuidarnos. No poner todo en el problema del VIH, todo en el problema de una sífilis todo en el problema de una enfermedad puntual sino en la importancia de cuidarnos en nuestro camino de vida en general, con el otro y cuidarnos a nosotros para cuidar al otro, y eso supone, no solo supone no contagiarse de la enfermedad, como dice la calle. Supone cuidarse en las relaciones sexuales para evitar otras enfermedades, supone saber que nadie te puede obligar a tener relaciones sexuales, supone saber que las relaciones sexuales son tal, que está bueno tener relaciones sexuales. Entonces, las consignas a lo largo del año, a lo largo de todos esos años fueron cambiando, girando, como diferentes aspectos. De la tradicional consigna “usa forro” a la consigna “por un deseo libre hay un camino de ida y de experimentar diferentes cosas”. Entonces, la metodología siempre es bastante similar.

**E:** Y esto que te preguntaba al principio, cómo la recepción en los primeros años y en este cambio de contexto que también es un cambio de un contexto histórico, ¿cómo ha venido evolucionando?

**P:** Yo creo que han sucedido cosas que a El Galpón lo han modificado mucho en su tarea que es el tema de que en estos últimos años el Estado Nacional ha asumido un lugar mucho más activo en relación a las enfermedades de transmisión sexual que viene de la mano de otras cosas que también son muy importantes, la distribución de preservativos, las campañas masivas que se han hecho desde nación con el tema de la prevención para VIH

ponele, en lo sexual. Siempre falta, no es que esté todo bárbaro pero si al menos yo noto un incremento importante de este tipo de política que antes faltaban, en la época de los 90 cuando nosotros empezamos la pelea era conseguir forros para repartir, no se conseguían forros, venían de nación los forros, hoy esto está mucho más abierto. Hay un dispenser de preservativos gratis en un montón de lugares de Viedma, hay mucha más folletería dando vuelta, bueno, esos son avances que vienen de la mano de otros trabajos y legislaciones que afecta a algunas partes de la población pero que es población activa en la Unidad del Galpón, por ejemplo la comunidad trans o el gremio de las mujeres que trabajan en la prostitución. Estos grupos que han participado de muchas actividades de El Galpón, porque digo las enfermedades de transmisión sexual por la calidad que desarrollan es algo que a ellas les preocupa muchísimo, y además son militantes de este tema (del cuidado) acá han ido modificando bastante el contexto. La recepción ha cambiado, yo creo que hoy hay mayor recepción. Lo que no quiere decir que estemos mejor con la cifra. Porque que una persona reciba una información en la calle o que sea más masiva la importancia del uso de preservativo no quiere decir que el pibe necesariamente lo use. El tremendo incremento de sífilis que ha habido en Viedma los últimos años. Eso es una alerta roja de que los pibes se están cuidando, la gente se está cuidando menos. Si hay sífilis, que es una enfermedad antiquísima que se creía erradicada y de repente hay un rebrote de tal magnitud, es porque hay menos cuidado. Pasan estas cosas. Y bueno, cuando uno sale a la calle a trabajar pasa de todo. Hay gente que te recibe bien, hay gente que se ríe, hay gente que le da vergüenza, otras que no reciben información. Eso también se trata del trabajo. No es lo mismo cuando salíamos en el 96, 97, 98 que poca gente conocía El Galpón que salir ahora, vos hoy salís con una remera de El Galpón y la gran mayoría de Viedma sabe lo que le estas dando, por ahí ellos pueden estar de acuerdo, pueden no estar de acuerdo. Bien, una tarea muy importante que hace el voluntario dentro de El Galpón es participar de todas estas actividades callejeras generales, las repartidas de preservativos en los recitales, en las fiestas públicas, los eventos como el primero de diciembre contra el SIDA. Esas actividades que generalmente son actividades de promoción. Los trabajadores salen a la calle a esto, a informar. Después hay otras actividades más puntuales que eso lo hace El Galpón por una cuestión de continuidad que son los talleres que yo he participado de algunos talleres, participando de los espacios de debate dando mi opinión, dando mi testimonio como voluntario de El Galpón, en la escuela, espacios comunitarios, junta vecinal. El galpón ha sido requerido de cuanta institución se te ocurra, de lo más diverso. En ese sentido es bien abierto. Y en el año si yo no me acuerdo mal, 2000 y algo, el galpón empezó a ver, el equipo de trabajo empezó a notar, de que había que cambiar algunas formas. Que había que llegar a los pibes de otras maneras, que ya no era tan efectivo ir con la prótesis y poner el forro como que el modelo de clase ya no funcionaba más que los pibes no prestaban atención, que no era efectivo. Entonces empezó a experimentar con algo que ya había probado con el tema este de la murga que era utilizar herramientas artísticas mezclándolas, mixturándolas con la actividad de promoción, es decir, la actividad artística como un canal, como un medio, disparador de un debate, un taller, una actividad o simplemente eso, la aparición. Y bueno, así empezamos a indagar en ese sentido de diferentes maneras, hubo una primer obra que la hicieron unos actores acá de Viedma y El Galpón hizo toda la logística alrededor, la protagonista fue X, una actriz grande acá de la comarca. Y después se hizo la experiencia esta de teatro en calle con los jóvenes de El Tubo, y luego empezaron a descubrir que se necesitaba algo más cotidiano. Algo que empezaba a llevarse a las escuelas y que no esté atado a los tiempos y las formas de otra gente que no era de El

Galpón. Entonces, entre 2008 o 2009, nace “Entre Amigas Un Programa de Radio” que es una obra de teatro que cuenta básicamente la historia de dos mujeres que son conductoras de un programa de radio que reciben a un médico que va a dar una entrevista acerca de cómo es la correcta colocación del preservativo y entonces bueno, hay una mujer que es muy recatada, muy religiosa que se sorprende ante todo lo que dice este médico y otra que no es tan así entonces todo lo que pasa entre esos tres personajes que son como muy acartonados y después terminan casi sin ropa, y esa obra se hizo con gente de la Unidad, y con algunos voluntarios que se sumaban a actuar, es decir, se pusieron el saco de actores, nos pusimos el saco de actores, para empezar a comunicar distinto lo que queríamos decir, y después de eso nos sacamos las pelucas los trajes y hacemos el espacio de reflexión. Nunca El Galpón hace una acción artística o educativa que no tenga después un espacio de debate ni con jóvenes ni con nadie. Siempre es un hecho artístico, por ejemplo esta obra que dura 30 minutos y después los debates que siempre duran mucho más de 40 minutos porque la obra intencionalmente está cargada de sugerencias, de cosas picaras, de cosas que pinchan a la gente para generar la pregunta. Y a partir de ahí se lleva el debate. Esta obra, Entre Amigas..., es una obra que se viene haciendo hace bastantes años y que nosotros utilizamos como cierre de los talleres. Entonces el chico que ve la obra ya viene con dos o tres encuentros. Yo actúo en esa obra, soy uno de los actores de esa obra. Y después de dos o tres talleres con compañeros de acá de El Galpón, la actividad de cierre es la organización de esta obra y el debate con esta obra, por ejemplo.

**E:** Y “¿Quién hace la diferencia?” también es otra obra de El Galpón ¿no?

**P:** Sí, “¿Quién hace la diferencia?” es otro espectáculo que nació después. Todo tiene que ver con los procesos del trabajo del grupo. Después de varios años de hacer Entre Amigas..., a nosotros nos parecía que teníamos que hablar de otra cosa, no tanto ya del HIV sino el tema de los prejuicios que nosotros creemos que es uno de los grandes temas que nos habita hoy socialmente. Entonces empezó este otro proyecto que convoqué a X como directora, a diferentes trabajadores de salud, de desarrollo social, de ministerios y hacemos esta obra que es una obra grande, mucho más grande, de otros actores involucrados de otros ámbitos. Porque además eso supone una articulación digamos entre las diferentes instituciones. Es una propuesta de trabajo, tiene una fundamentación metodológica, sobre todo metodológica e ideológica muy clara. Que es el esfuerzo, el trabajo comunitario, la actividad de prevención sean el tema que se trata lo tiene que hacer el estado en su totalidad y es un esfuerzo de todos. Eso está clarísimo. Y eso supone por ejemplo, que a mí me dejen salir de mi trabajo para hacer cosas de la obra, que la obra fue declarada de interés por esta Secretaría de Derechos Humanos y que la Secretaría acompañó. Fuimos a Bariloche yo viajé trabajando para la Secretaría dentro de la obra que es parte del trabajo de ellos, y los compañeros de desarrollo social. Entonces esto es un trabajo invisible para la pancarta, no es noticia, no es tapa de diario, pero es un trabajo de hormiga que se hace día a día y con mucho esfuerzo porque si bien hay una oficialización de esto, el Estado es una vieja estructura que todavía no está acostumbrada y que cuestiona este tipo de cosas. Mas en un Ministerio como Salud en donde el modelo médico hegemónico es muy fuerte entonces todo lo que no es clínicamente probable es cuestionado si es o no un problema de salud.

**E:** Relacionado con esto, está bueno, una de las preguntas que te iba a hacer. Este modelo, a diferencia del médico hegemónico o una de las grandes diferencias que tiene es que por ahí los resultados no necesariamente tienen que ser cuantificables.

**P:** no son cuantificables ni son a corto plazo

**E:** Vos, como evaluás , en estas experiencias, las obras de teatro, las distintas experiencias, las distintas instancias de articulación de El Galpón ¿qué resultados crees que han obtenido en estos años?

**P:** Ya para mi es positivo tener la instalación de El Galpón como está instalado. Que el Galpón exista es la prueba de que es necesario. Yo creo que en las estructuras del Estado hay muchas cosas que no son necesarias y muchas cosas que son tradiciones, digamos, administrativas burocráticas independientes del color político que las gobierna. El Estado es una gran maquinaria burocrática que tiene un montón de cosas útiles y un montón de cosas inútiles. Este tipo de experiencias que nacen de la necesidad por un lado de la gente, porque esto no se trata de un grupo de locos que se les ocurrió crear una Unidad porque a ellos les parecía. Si algún trabajador del Hospital alguna vez dijo tiene que existir una unidad de enfermedades de transmisión sexual es porque había una demanda no atendida o una demanda muy grande que no era lo suficientemente atendida. Esas cosas nunca salen porque sí, siempre hay atrás un reclamo del pueblo, de la gente, no de una población en particular que lo demanda. La existencia en sí misma de El galpón es un triunfo, de instalar algo que es una necesidad pero a la vez es el triunfo de un grupo de trabajadores que con mucho esfuerzo personal, porque estas cosas se hacen cuando se están empezando, después no, ¿no?. Después se formalizan, se institucionalizan. Pero cuando empezó los compañeros de El Galpón no trabajaban en su horario de trabajo en esto. Trabajaban después. En pintarlo, en ponerlo en condiciones, en militarlo, digamos, porque la existencia de El Galpón así como de otras unidades, no sé, la de violencia, la de adolescencia, son actos militantes. Son actos de militancia de gente, trabajadores del estado convencidos de unas temáticas que han logrado digamos, en conjunto, con que la problemática social existe, la cifras existen, siempre y cuando uno trabaja una problemática social tiene que partir del supuesto de que la cuestión existe, El Galpón existe y la Nación se preocupa en repartir forros porque el virus avanza a pasos agigantados y la gente se muere de esto, entonces es un logro grande digamos, tener la Unidad que tenemos.

**E:** Es un acto de militancia cargado, además, de ideología.

**P:** No de ideología partidaria pero si de una lógica comunitaria. Porque a ver, vos me decís qué resultado tiene este modelo, para mí este modelo es la pata más importante de una propuesta que contiene al otro modelo. Porque a ver, que El Galpón tenga fuertes actividades de promoción no significa en lo más mínimo que no cumpla con todos los requisitos del otro modelo que es el modelo de atención, ¿por qué? porque El Galpón empieza y sigue hoy en día atendiendo pacientes portadores del virus. Entonces, no es que es un modelo contra el otro o que nosotros elegimos este. Nosotros decimos son las dos cosas, pero ¿saben qué? tenemos que evitar que la gente caiga enferma en el modelo medico en donde ya hay que tratarlas con medicamento, tenemos que evitar que los pibes se contagien, que los bebes se contagien adentro de la panza o cuando nacen, tenemos que evitar tener pacientes.

**E:** Y una pregunta que es obvia, por algo hace tanto tiempo que trabajás, pero bueno vos entendés, has hecho tesis, ¿hay apertura al disenso?

**P:** Obviamente esta respuesta es totalmente subjetiva porque se la hacés a alguien que hace 15 años que está participando obviamente siento una pertenencia ideológica luego afectiva. Además, vos pensá, en este marco de estructura es muy difícil que el Estado como estructura abra sus puertas a cosas internas del Estado si vos no sos trabajador del Estado y yo bueno, después se dio la circunstancia que el Estado te contrata. Y que yo digo muchas de las cosas que hice en los últimos años con El Galpón también las hice un poco desde mis otros trabajos y es como que he logrado funcionar eso pero es como que si yo no hubiera sido empleado del Estado y hubiera atendido un kiosco, también hubiera hecho lo mismo en el espacio de El Galpón, sin duda. Porque no hay en mi participación como voluntario no hay ningún sesgo determinante que tenga que ver con mi pertenencia como trabajador. Obviamente uno va tomando compromisos y hay momentos donde obviamente hay que formalizarlo y bueno yo fui con mi jefe y le dije, yo estoy participando de esta actividad donde necesito una presentación formal para salir algunas horas de trabajo, se hizo una resolución interna, justamente, eso también es parte del acto de militancia, es formalizar una práctica que hace muchos años que viene teniendo en las calles de Viedma, que es silenciosa y que cada vez más trabajamos para que sea reconocida como una práctica, como una estrategia de intervención concreta. Nos falta mucho, nos falta que El galpón deje de ser Unidad, porque bueno. Obviamente que sea Unidad es un logro pero ser Unidad implica un montón de dificultades si queremos decirlo así, en la estructura del ministerio que si El Galpón fuera un servicio propio del ministerio, del Hospital, tendría acceso obviamente a más recursos, a más infraestructura, un montón de cuestiones más, que bueno, y además con el reconocimiento por eso cuando la gente de El Galpón hablamos, hablamos del reconocimiento de la Unidad como Servicio y usamos la palabra reconocimiento intencionalmente porque no es, bueno nombramos servicios así tenemos más recursos. Es: 'reconocenos por lo que hicimos' primero y después...

**E:** ¿Y vos a que atribuí esta falta de reconocimiento en el organigrama hospitalario?

**P:** Son decisiones políticas. Yo creo que hubo momentos en que se estuvo un poco más cerca que otro de lograrlo, yo creo que en el medio hubo una cuestión presupuestaria porque obviamente el reconocimiento de las actividades implica la formalización de otros recursos y de otras cuestiones más bien materiales no contractuales, implica asignación de más personal que ahora estarían cumpliendo otras funciones y después bueno diferentes posicionamientos viste, hay gente que piensa que las unidades no tendrían que existir y que los trabajadores tendrían que estar en los periféricos ¿no?, desarrollar esa tarea descentralizadamente. El galpón digamos en el año 2010 otra de las actividades que yo hice como voluntario fue ser capacitador en una de las capacitaciones que hizo el galpón hace unos años que duró dos años la capacitación, era una capacitación para agentes sanitarios del hospital para que los agentes sanitarios puedan ser promotores y pudieran recibir gente en los periféricos. Esto es la clara muestra que ser Unidad no quiere decir estar encerrado en un espacio sino digamos, fortalecernos institucionalmente para salir digamos y bueno lo hemos demostrado en todos estos años.

**E:** ¿Esto abarcó 2010? ¿Dos años duró?

**P:** Si, yo no recuerdo exactamente las fechas pero creo que fueron 2010, 2011.

**E:** Mirá.

**P:** Si, esa experiencias es una experiencia a rescatar porque pensándolo desde la intervención es otra pata, nosotros atendemos al paciente intentamos prevenir con una mirada especial puesta, obviamente, en la población joven pero en todo en general, buscamos nuevos caminos que es el teatro como una forma de comunicación digamos, pero aparte nos preocupa la capacitación de los compañeros y que esto es una cosa entre todos entonces por más que el compañero agente sanitario, o cualquier compañero de cualquier ámbito, que no trabaje directamente, todos los compañeros tienen que saber de qué se trata la enfermedad de que se trata... para cualquier...nosotros por ejemplo, en primer lugar, donde llegamos era a los compañeros del área promoción familiar, que trabajan todo el tiempo con gente y que tienen que estar...

No, no en esta, pero en otras acciones que tienen que estar anoticiados, esta fue para el hospital, pero tienen que saber de qué se trata no, un operador comunitario, un profesional que interviene en la dinámica barrial en una problemática familiar desde cualquier ámbito, una persona que trabaja en un servicio penitenciario, desde el que cocina hasta el que firma el informe técnico tiene que saber de qué se trata.

**E:** ¿Recordás en esos dos años que capacitaciones a operadores del Ministerio del Desarrollo Social?

**P:** No puntualmente, estos dos años no lo sé, pero seguramente X tiene un listado, sí, más puntual porque bueno yo me voy perdiendo con las fechas digamos.

**E:** ¿Con las otras Unidades has participado de algunas actividades?

**P:** He participado de algunas actividades trabajando yo en Libertad Asistida que trabajo con jóvenes en conflicto con la ley penal, nosotros formábamos parte de la Red de Adolescencia, la cual no solo forman partes sino son pioneros y propulsores, no, los compañeros de la Unidad de Adolescencia también El Galpón participaba de la red pero no sé si está yendo en este momento pero fue uno de los que fortaleció, Violencia también, participábamos de diferentes experiencias también desde la red en actividades promocionales, el festejo del día de la primavera y una experiencia muy fuerte que fue el tema de talleres en la escuela no, en este caso llama más abierto digamos, yo me acuerdo por ejemplo.

**E:** ¿Siempre en el marco de la Red?

**P:** Siempre en el marco de la Red, nosotros habíamos armado un equipo hace un tiempo que eso después fue modificándose la propuesta metodológica, no, pero inicialmente hacíamos talleres en la escuelas, y talleres de qué era el debate no, porque decir bueno vamos en el taller de violencia vamos con un taller de sexualidad, y a nosotros nos parecía que ya no había que ir con talleres de algo, viste, que había que ir con el espacio abierto y con la propuesta para que los jóvenes dijeran cuales son las cosas que los preocupaban, entonces íbamos con propuestas abiertas, se armó un grupo de trabajo muy grande con gente de diferentes instituciones y armamos como diferentes grupitos para hacer estos

talleres en las escuelas, yo por ejemplo, daba el taller con X, que era un compañero de taller de Adolescencia, con una compañera de El Galpón, con una compañera del Centro de Embarazadas que es una ONG que no tiene ningún enlace con lo estatal y yo Libertad Asistida fijate, Desarrollo Social, Adolescencia, El Galpón y una ONG cada uno con un referente digamos, concluyendo en un mismo equipo que coordinaba esta tarea.

**E:** ¿Te acordás el año de eso?

**P:** Ufa, 2008, 2009 la que te puede decir posta de eso es X y de hecho hay un documento escrito que nosotros escribimos sobre el resultado de esa experiencia que esta sistematizada la experiencia este, en donde se decía los logros, los obstáculos un documento como 10 o 12 hojas, seguramente Patricia lo tiene, pedícelo.

**E:** Mañana tengo que ir a...

**P:** Decile que yo te conté de la experiencia que hacíamos en talleres y si ella te puede facilitar una copia de la sistematización que hicimos esa vez.

**E:** Mañana a las 10 de la mañana tengo la entrevista con ella.

**P:** Después con ellos seguimos avanzando en eso y empezaron o implementaron un modelo distinto que era el de participación colectiva donde lo pibes iban haciendo un árbol de problemas y a partir de ahí aparecían bueno, son diferentes propuestas de un trabajo preventivo promocional muy fuerte que se viene haciendo hace mucho años en Viedma y de una manera bastante invisible, y a fuerza de los trabajadores, estas no son políticas oficiales, digo, no hay un programa que se llame Red de Adolescencia, no hay una cláusula en el programa que diga que yo, ni acá en la Secretaria no hay una cláusula que diga ustedes tiene que participar en actividades comunitarias, ustedes como trabajador, no. Estas son conquistas y procesos que se van dando en los mismos trabajadores del Estado, que realmente confluyamos en un montón de cosas no, en interés, en preocupaciones de a qué población y de qué manera tienen que llegar los mensajes y de que diferentes lugares del estado nos encontramos con el aval institucional de nuestras autoridades pero en espacios que se construyen con el esfuerzo de los trabajadores es decir, las obras de teatro, yo actúo porque existe mi voluntad de hacerlo, no porque a mí me digan bueno vos tenés que saber y tenés que aplicarlo. Por suerte tenemos el aval para hacerlo aunque a veces bueno, hay obviamente dificultad.

**E:** Ya sabiendo de tu participación en El Galpón por ahí aprovechando tu mirada externa hacia el Hospital, mi tema es viste el rol del Hospital en el desarrollo local, como trabajador de Desarrollo Social en su momento, ahora de Derechos Humanos, más allá del trabajo de las tres Unidades, como evaluás el papel, ¿ha sido fácil poder articular con otros actores hospitalarios o no ha habido oportunidad?

**P:** A mí no me gusta hacer análisis cerrado de las instituciones porque en realidad yo creo que las instituciones son el momento político que tienen y la gente que las ponen, no, es decir vos adentro del Hospital o adentro de cualquiera de las instituciones del Estado te vas a encontrar con trabajadores dispuestos a coordinar cosas y con trabajadores que no están dispuesto a coordinar nada. Y me parece que hay mucho de la impronta individual y del interés que se le dé a la tarea de cada uno y después obviamente hay equipos tanto en el

hospital como en otras instituciones más abiertos a coordinar acciones más abiertos a tareas comunitarias que otros digamos, también es cierto hay equipos que tienen tareas más específicas que otros, no es lo mismo que se yo, un equipo de pediatría ponele, que tienen 20 niños internados y dos médicos para los 20 niños digo, quizá no llegan a pensar una actividad promocional no, hay como diferentes, no es lo mismo trabajar en un hogar de niños en donde la responsabilidad es absoluta del Estado digamos que estar en un programa de calle en donde en realidad vos acompañas procesos pero la responsabilidad de lo que le pase al pibe es de la familia, entonces yo creo que yo hace 10 años que trabajo en el Estado y he coordinado con infinidad de servicios y de actores desde los lugares que a mí me han tocado. Yo he hecho tareas coordinadas con periféricos, juntas vecinales, con la ONG, con diferentes servicios del hospital te puedo nombrar montones digamos, no solo El Galpón, El Galpón, el servicio de rehabilitación del hospital, el servicio de salud mental porque el servicio de salud mental para nosotros desde la promoción familiar trabajamos digamos porque a veces las situaciones familiares son las mismas, con el servicio social del Hospital, con el registro civil del Hospital que a veces facilita mucho con los papeles de los pibes hasta con la guardia digamos se ha podido articular, entonces yo creo que hay un reclamo que si es necesario que es un reclamo de los trabajadores desde mucho tiempo es que estas cosas que suceden en la práctica nunca se han formalizado como tales, es decir, no hay un protocolo por ejemplo de actuación conjunta entre este ministerio y este ministerio, estipular porque hay una cuestión bastante compleja que tiene que ver con las responsabilidades de cada ministerio y con las competencias de cada área no, que yo te pongo un ejemplo claro, las adicciones. ¿A quién le corresponde atender la problemática de adicción? es un problema de salud, que lo es, o es un problema social, ¿a quién le toca? ¿a Salud o Desarrollo Social?. Bueno, los trabajadores hace años que decimos les toca a los dos, bueno, hay una experiencia que es el click, que es una experiencia combinada de salud y desarrollo social, pero son contadas digamos las experiencias en este sentido, por eso este reclamo de siempre a los funcionarios de la gestión es que formalicen en acuerdos operativos lo que yo hago todos los días en la práctica, formalicen que yo voy a este servicio a pedir que atiendan a esta persona que también estoy atendiendo yo, formalicenlo para que esa persona sepa que tiene la obligación de recibir pero formalicen para él y formalicenmelo a mí para que cuando venga el yo tenga la obligación de trabajar articuladamente no, entonces las cosas que son tan grandes y tan generales, a veces corren el riesgo de que como no están especificadas sean tan generales que son sean claras, entonces una premisa general que el estado es uno, es una premisa general que todo empleado del estado debe trabajar activamente en la articulación con otras áreas pero nadie dice que específicamente...viste, o sea los lazos que se van estableciendo entre los trabajadores de los cuales yo creo este tipo de experiencia como las unidades como las redes, eh, mismo que se yo, todo el trabajo que nosotros hacíamos en ese momento de Libertad Asistida, mucho trabajo de promoción con pibes, talleres, talleres en los barrios talleres de capacitación laboral que eran cosas bien financiadas por el Estado pero gestionadas por los trabajadores cuando yo digo esto es, que a mí no viene una gestión y me dice "usted tiene que atender 20 chicos y aparte tiene que organizar un taller de capacitación laboral", a mí me dicen ustedes tiene que atender a estos 20 chicos, yo como trabajador, como equipo nosotros decimos bueno aparte vamos a hacer un taller de capacitación...y el Estado decide bueno si paga la beca, los recursos, bueno, todos estos tipos de experiencias alternativas son un camino que hace muchos años y que no en Viedma digamos en la Provincia en el país en el mundo creo yo que estos tipos de

experiencias muy invisibilizadas, muy invisibilizadas que aparecen a la luz cuando vos te sentás y tres horas con X no te alcanzan viste, bueno nadie que haya hecho poco esta tres horas hablando, no, entonces vos podes decir bueno si está de acuerdo con algunas cosas está de acuerdo con otras está en el Hospital está pero nadie puede quitarla de El Galpón ni a los trabajadores de El Galpón la camiseta digamos, el mérito de lo hecho y de lo que se hace y de lo que se planifica.

## **ANEXO 5**

### **Entrevista al equipo de la Unidad de Adolescencia del Hospital Artémides Zatti.**

**Fecha:** 26/03/2014.

**E:** ¿Cómo y cuándo se conforma la unidad?

**Voz 1:** Fines del 2003 comienzo del 2004, regresamos al hospital de estar en el gremio con X y yo, que yo ya había estado conformando la Unidad, no la Unidad sino un Servicio de Adolescencia que funcionaba en Servicio Social, con pediatras, tenía otra línea de trabajo y presentamos un proyecto de intervención con este nuevo paradigma, de prevención y promoción de la salud integral de los adolescentes y fue aprobado, digamos, no sé si aprobado, pero nos dejaron hacer. Así que ahí, en el principio del 2004, fue realmente el lanzamiento de la Unidad sin espacio físico, no teníamos espacio físico, así que nos prestaron un lugarcito en El Galpón. A los pocos meses nos dieron, nos ofrecieron un lugarcito, que ahora no sé qué funciona ahí, entre el Fos y el aula, después necesitaban ese espacio y nos dejaban en la calle, nos peleamos y nos dieron el lugar que ocupa ahora abajo salud mental, que ocupaba..., no se quien está ahora... ahora está hemoterapia, me parece, ni bien ingresas al hospital, entre la escalera, había otro lugarcito un poquitito más grande y cuando necesitaron ese lugar para hemoterapia, volvieron a sacarnos y ahí terminamos, acá que justo entregaban las casitas de medio camino y nos ofrecieron este espacio, en función que no hiciéramos lío. A nosotros nos convenía, eso fue en el 2006/2007, nos vinimos para acá. Así que al principio, éramos poquitos en el grupo, estaba yo, estaba X, estaba part time en el espacio porque era de salud mental (psicólogo) y ahí formamos, lo pedimos a X que estaba en Desarrollo Social y pasó al hospital nuevamente a trabajar y al poco tiempo, en octubre, noviembre de 2006, se incorpora X que había participado en un par de actividades nuestras, campamentos, jornadas recreativas, habíamos ido a La Boca, o ¿fue posterior? Sí fue posterior. Después se fueron incorporando los compañeros. En ese momento lo principal fue una intervención en grupos y no solos, no estábamos solos. Conformamos junto con la creación de la Unidad de Adolescencia, nosotros convocamos a la conformación de la Red de Adolescencia que la integraban varias instituciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajaban en prevención y promoción de la salud o el desarrollo social en niñas y adolescentes. Como que crecieron juntos.

**E:** ¿Fueron a la par?

**Voz 1:** Sí y ahí es donde nosotros decidimos que no siempre es necesario ni aún tener el equipo con todas las disciplinas o todas las miradas porque se complementa con lo que en general está funcionando en la ciudad o dentro de la misma institución.

**E:** Con lo que aporta cada uno de los integrantes de la Red.

**Voz 1:** Sí. Por ejemplo la diferencia, al proyecto anterior, era no tener un ginecólogo, no tener pediatra, sería muy bienvenido, pero no necesariamente porque nosotros tenemos los centros de salud, la gente vive en los barrios y acude a esos centros, los tienen como un

lugar referencial, por lo tanto no es necesario que abarquemos justamente de la parte más médica o de la enfermedad, nosotros abarcamos a la adolescencia en su crisis vital, en el desarrollo vital, digamos una cosa de vida, no en la enfermedad.

**E:** O sea que el actor fuerte de articulación hospitalario serían los centros periféricos, los centros de salud?

**Voz 1:** Sí. Que es adonde acuden.

**E:** ¿Y los agentes sanitarios?

**Voz 1:** Por la misma formación de los agentes sanitarios es bastante complejo porque nosotros junto con la Red de Adolescencia, también analizamos la posibilidad de armar las redes barriales. Y de fortalecer las redes barriales desde dentro de los centros de salud. Entonces en algún momento funcionaron en varios barrios, por ejemplo en el Barrio Guido que ahí tomo la punta Desarrollo Social con la Casita de Nehuen y convocó a las instituciones, el Barrio Lavalle que tomó la posta el centro de salud, en el IPPV que también lo hicimos con los compañeros del centro de salud.

La 1016 tiene una conformación totalmente diferente, en el Barrio Ceferino bajó una directiva de la Provincia, del gobierno, entonces ahí ya no nos sirvió, no tuvo el mismo efecto. Pero era lo que nos garantizaba, digamos, porque el 20 de junio era una presencia muy importante, es más hicimos varios encuentros durante varios años, encuentros de redes barriales que los convocaba la Red de Adolescencia en función de poder tener una mirada más amplia y lograr algunos criterios de intervención unificados.

**E:** ¿Actualmente cuáles son las redes en las que están trabajando ustedes?

**Voz 1:** La red del barrio Lavalle, la Red de Adolescencia, por supuesto, y en el Ceferino, no volvieron a juntarse pero el año pasado estuvimos trabajando con ellos. Lo que pasa que fue toda la crisis institucional de Desarrollo Social y cómo funcionaba en un espacio de Desarrollo Social y no tenía calefacción, medio que se desarmó. Pero de todos modos para algunas instancias, específicas como son algunas fechas fundamentales para la adolescencia o para trabajar políticas públicas de la adolescencia, la hicimos juntos.

**E:** Lo que son redes barriales, ¿en la actualidad se labura con la red de Lavalle?

**Voz 1:** Sí la red de Lavalle, la está integrando X.

**Voz 2:** X, ¿vos sos agente sanitario?

**Voz 2:** No, soy Técnico en Laboratorio.

**Voz 1:** Las profesiones son lo más insólitas.

**E:** Porque es un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, eeehh...

**Voz 1:** No. No. Bueno X es Técnico de Laboratorio, X es Instrumentadora Quirúrgica y yo soy Psicopedagoga.

**Voz 3:** Yo tengo una Tecnicatura en Psicología Social ¿y vos X?

**Voz 4:** Y yo soy de todo.

**Voz 1:** Y X es Maestro de Bellas Artes.

En realidad la conformación tiene que ver con el perfil, no tiene que ver tanto, capaz con la profesión de X, porque X tuvo que venir acá hacer algo totalmente innovador para su profesión. Distinto es lo de X que venía laburando en El Galpón desde hacía 10 años.

**Voz 5:** Sí, desde que se conformó El Galpón.

**Voz 1:** Claro. Ella venía igual que X.

**Voz 3:** Ella es fundadora... jajaja

(Hablan todos juntos)

**Voz 5:** Sí. Yo empecé en El Galpón, cuando El Galpón, en realidad, era... ¿Cómo le llamaban...? Comité.

**E:** O sea que es fundadora.

**Voz 1:** Si es fundadora.

**Voz 3:** Sí, porque hacían, paralelamente estaban unas horas, porque no te permitían el pase de quirófano. No era tampoco una Unidad, era un Comité, o sea que prestaban horas. Hasta que fue pasando....

**Voz 1:** Por eso digo que las realidades, o sea el perfil es lo que interesa, casi lo más insólito puede ser lo de X, yo siempre digo que pasó de ver la colonia de bacterias a trabajar con grupos y personas que ha sido, para él, sin duda, un cambio fundamental en su vida.

**E:** Ayer entrevisté a X y él me hablaba de las Unidades, que hoy ustedes también lo mencionaban, es una cuestión de, más allá del laburo formal de cada uno, es una cuestión de militancia, de militancia no política, sino militancia social.

**Voz 1:** Social. Así nos definimos.

**E:** Y ustedes en la actualidad lo que son las instancias de articulación, yo sé un caso, bueno, por ahí el más reconocido, el de Sonoridad Andina, esa experiencia arranca en el 2007 y ha tenido continuidad y está muy instalado lo que es Sonoridad Andina, yo cuando empecé hacer todo lo que es la revisión documental, todo eso. Bueno... X, ¿vos estás coordinando ahí?

**Voz 2:** Soy uno, somos todos.

**E:** Son todos, pero...

**Voz 1:** En realidad hay como otro equipo conformado para tareas. Se desprende de los objetivos de la unidad, pero en realidad su formación tuvo como dos aristas, por un lado estaba X trabajando con otro compañero los ECIS, en un programa de Desarrollo Social, de

Nación y X que comienza también por estos, por esa ida que tuvimos, por ahí, que los chicos empezaron a ver los instrumentos y qué se yo. Y como que todavía estábamos viendo en que se sentiría bien X trabajando y hubo un ofrecimiento de la Casita de Nehuen para que él empezara hacer los instrumentos y pudiera dar ahí. Y a eso le dimos forma, por un lado el aporte que hacen ellos de los ECIS y por otro lado nosotros, se llamaba, en realidad, el proyecto original, Identidad y Cultura. Sonoridad Andina se lo pusieron después como una cuestión distinta y más común y más cotidiana, pero en realidad la tarea era identidad y cultura que tenía que ver con un poquito de un análisis de las distintas corrientes migratorias y demás que hubo de las desapariciones en principio de algunos sectores de los pueblos originarios de aquí y después de las migraciones que hubo en la ciudad de Viedma, desde el NOA y desde la Línea Sur, como demostrando como que la conformación de nuestra población tiene mucho que ver con esas raíces y la posibilidad a través de la música de trabajar la cultura como un aspecto amplio de la vida y de la identidad. Y del desarrollo de la ciudadanía, del concepto de ciudadanía en niños, jóvenes, esta identidad, no bueno, digo como se ha visto en muchos lados el cartelito, somos Mapuches, sino que realmente estos pueblos tienen culturas milenarias en el aporte a una nueva, como visión diferente del mundo, y eso era de alguna manera lo que nosotros queríamos rescatar y se transmite a partir del espacio de Sonoridad Andina, que por supuesto de esa idea hasta hoy, cambió...

**E:** ¿Fue evolucionando?

**Voz 1:** Sí, sí supongo que sí, no se... digo...

**Voz 2:** Como tomando dimensión, del tiempo y por sí mismo, ¿no?, el desarrollo de la actividad, como que va evolucionando en distintos sentidos y ampliándose, y bueno, lo que es, lo que pretendemos que va revirtiendo.

**E:** La instancia de articulación ¿Es con Desarrollo Social, con los ECIS, con ECOS, ¿Qué otro actor?

**Voz 1:** No, con ECOS no, fue en un momento, pero después con el cambio de gobierno, estábamos como en una nebulosa, como en el aire, como que nadie sabía y nadie quería mucho, digamos porque... porque esto de visualizarse como militantes sociales trae, conlleva sus problemitas y bueno una fue, una primer discusión que tuvimos, fue con X, que él entendía que decir que uno era un militante social tenía que tener una cuestión partidaria, no necesariamente nosotros podemos ser de cualquier partido, sin embargo el perfil y el trabajo con las familias, con los niños y adolescentes, tener una clara visión de defensa del Estado y de garantía de derechos a partir de las responsabilidades de ese Estado y nosotros somos parte de ese Estado, la doble responsabilidad, estar en permanente contacto con la gente y por otro lado esta confrontación permanente con las políticas públicas que intentamos incidir en ellas y que no responden a veces a esas necesidades, entonces estamos con esa doble responsabilidad. Por eso, conlleva sus dificultades en el entendimiento de la tarea, a veces.

**E:** ¿Tiene que ver con esto que hablamos de dificultad, parte de entender la tarea? Es esto de que veníamos hablando, ¿No? del modelo médico hegemónico o de esa cultura que hay instalada...

**Voz 1:** Totalmente, nosotros creemos que tenemos que estar en el lugar donde está la gente, donde está el pueblo, ahí tenemos que estar y por eso nuestro trabajo se desarrolla por ejemplo en Sonoridad Andina, mostramos uno y después si querés charlamos de otro, están en tres barrios en donde nos da el cuero para poder desarrollar en coordinación y en red, porque es un espacio de intervención, así lo definimos, un espacio de intervención comunitaria en red, por lo tanto optimizamos recursos tanto humano como materiales pero también generamos espacios de nuevo campo de conocimiento que lo generamos con otros actores sociales y sobre todo desde las instituciones que vienen laburando desde hace tiempo.

En la casita de Nehuen en el barrio Guido, ahí ha habido gente muy interesante, nos hemos peleado de la manera que hay que intervenir, pero el resultado siempre fue el mejor porque fue poder escucharnos y llegar a un acuerdo.

En Lavalle estamos funcionando en el CADEM ...

**E:** O sea que en la Casita de Nehuen, esto que decíamos sería la gente de Desarrollo Social y ¿el CADEM es una ONG?

**Voz 1:** Sí, usamos el espacio físico, pero en realidad ahí surge del análisis que realiza la red del barrio en la necesidad que nosotros intervengamos como Unidad de Adolescencia y con la posibilidad directa de que Sonoridad funcione en el barrio.

En el Guido hay veinticinco chicos aproximadamente, en Lavalle treinta y algo, de los nueve años hasta los veinte. Y funcionamos también aquí abarcando, por supuesto que abarca otros barrios porque no funciona solamente... Aquí el grupo más chiquitito y de menor edad, el mayor tiene 12/13 años.

Cada lugar tiene sus características por supuesto. El equipo de Sonoridad Andina se conforma con otros trabajadores que son pagos por Desarrollo Social. Todos los lunes y todos los jueves, el equipo indefectiblemente tiene reuniones, la de los lunes es de socialización y organización, puede ser planificación, evaluación y los jueves el área técnico musical, de coordinación, en ese sentido.

Después otra arista de lo que es Sonoridad, desde el año 2007 hasta ahora se ha visualizado que los jóvenes van creciendo que van teniendo la posibilidad de adquirir herramientas para poder coordinar espacios o para poder co-coordinar y en ese sentido se abrió un espacio de pasantías que estuvo organizado con distintas unidades temáticas que tenían que ver desde geografía, historia, área musical, dinámicas de grupos, visualización de la institucionalidad y se intentó formar algunos de estos jóvenes para que acompañaran la tarea. Hoy de hecho por lo menos hay dos que cumplen ese rol, dos jóvenes que salieron, con, que es lo que estamos evaluando, en esas mismas condiciones estarían por lo menos cuatro más y la posibilidad de seguir dándole continuidad a esto y también no solamente se trabaja con los jóvenes sino con las familias, por ahí no lo que hubiéramos querido porque eso requiere también mucho más recursos humanos pero el objetivo de trabajar con la familia era poder responder a una demanda en relación a la crisis vital de sus hijos, éste cambio que se produce cuando los chicos crecen, que cambios se producen dentro de la familia y también, por supuesto, el concepto de participación ciudadana que tiene que ver con que los papas se organicen, tengan la posibilidad de acceso a la información, que sepan donde gestionar,

que gestionen y siempre a través de la tarea, un viaje, el espacio físico que nos faltó, en algún momento teníamos espacio físico y los papás se organizan, en un momento Sonoridad estuvo a punto de desaparecer, en el deseo de algún funcionario y no les resultó porque esta organización estaba en la base pidiendo seguir.

**Voz 4:** Lo que pasa, también es que en donde crece, digamos, vos dijiste una palabra está instalado, esa palabra la he escuchado sí en compañeros, pero tiene que ver con ese sentir y ese creer en algo, volver a revisar y cuando comenzó la tarea, empezó así yendo a las escuelas y llevando todo desde la identidad completa, de compartir, entonces ahora... El primer año respondimos a treinta invitaciones, más o menos, veintipico, sí, las tengo contadas, que están las notas todavía, porque después fuimos aprendiendo que teníamos que registrar y guardar. Pero digamos ¿qué pasa? al pasar, esto que dice X del trabajo en red, quizás por ejemplo, muchos de los que trabajamos, al principio no teníamos idea, porque veníamos de otras formaciones, pero sí teníamos, por ahí la experiencia de vida, mi viejo cuando participó de la asociación Inti- Boliviano, todo ese laburo de gestionar, de llevar, de organizar lo hicieron ese grupo que se formó en la asociación. Mucho de lo que la organización... a ver, de esto del trabajo en red que hoy se le ponen palabras pero que, yo veo como que, nada!, se visualizó y se potenció, que X y toda la Unidad tiene como una cuestión natural, yo cuando empecé, para nada, pero bueno seguíamos el hilo de los más grandes. Y bueno eso hizo que hoy la escuela, ¿cómo te conocen? O te conocemos o te conocen otros y vos nunca los viste porque de tanto estar interactuando en la comunidad y hoy hay un trabajo que tiene un peso, por el trabajo en la base y después otra cosa que hay que agregar es que ese trabajo en las bases también hizo que necesitáramos recursos y articuláramos e íbamos a hablar y hablar con este convencimiento, pero nadie conocía que era Sonoridad o ¿quién sos vos? o porque la conocían a X o a X por los años y después llega un momento en que se despersonalizó, la genta ya... ah sí!!!! Pasen pasen!! Eso tiene que ver con un laburo, más allá de quienes fuimos los que trabajamos, tiene que ver con la visión del laburo, me parece. Y que hoy continúa y que esperamos que se reproduzca en lo que decía Patricia, no solo en esto porque es un aspecto, el otro aspecto que tiene ver con la construcción del vínculo, que es otra red que se forma adentro de los espacios, visto como espacios de encuentros, no como un taller donde uno va y aprende y a través del aprendizaje. Que el aprendizaje a través de la metodología del taller esta puesta como sobresalida, en este caso no, en este caso la metodología del taller es una herramienta, la música es una herramienta y lo que esta levantado hacia arriba, sería esto de valorizar o aprender a volver a vincularnos desde un parámetro que a nosotros nos parece que es sano.

**Voz 1:** Que tiene que ver con la concepción de salud que tomamos. Nosotros decíamos, es difícil de explicarles a todos que lo que visualizamos como salud es una construcción social, pero una cosa es el discurso y otra es explicarle al resto como se opera a partir de esta concepción. Entonces el otro, el supuesto paciente que tiene visualizada la salud, para nosotros no lo es, es una persona que está en desarrollo, que tiene problemáticas, que lo atraviesan múltiples variables, en la que es un actor, entonces ahí es donde entramos en conflicto con la otra concepción del modelo hegemónico.

**E:** Está bueno esto, la horizontalidad, vos decís, el modelo médico hegemónico, el médico en el altar, hay una subordinación del paciente al médico y en esto está bueno que cualquier actor en una posición horizontal participe, lo hace personal de salud o desarrollo social y

los mismos chicos también que después se convierten en multiplicadores, en un rol y no hay una posición de subordinación de un actor con otro.

Yo creo que de Sonoridad, más que instalada hay una acumulación de capital social, que al principio era X o X, te conozco... y ahora decís, Sonoridad Andina.

Ahora, de esa experiencia, ¿qué toman como lo mejor? que un poco ya está hablado, es lo que veníamos hablando ahora y ¿qué creen ustedes que hay que potenciar, que mejorar? ¿con qué creen ustedes que se potenciaría? ¿y quién podría aportar, por ahí actor de la sociedad, actor estatal también, quien podría estar ahí que no está? o del Hospital mismo

**Voz 1:** El Hospital no la ve, por más que se los mostremos del derecho y del revés, te cansa, no visualizan ni siquiera, esto que dice él, de que las redes son preexistentes a nosotros, nosotros lo que podemos hacer es ponerlas a la vista, visualizarlas e intervenir a partir de esto. Esas redes internas, digamos de la institución, tampoco ni agilizan, ni nada. Sí se nos hace mucho más fácil con un centro de salud, la intervención, pero dentro del sistema hospitalario es bastante complejo y sobre todo, hoy desde las coordinaciones que tenemos, tanto la dirección como en la jefatura DAPA, con una concepción diferente de la intervención de salud.

**Voz 4:** Me parece que es la gran ausencia que tiene el Estado, como global, el acompañamiento, nosotros tenemos un sinfín de limitaciones constantes en el tiempo y cuando hay algunas personas que influyen, en general al Estado, a la Nación va a afectarles las personas con ese perfil, de la idea en que pueden visualizar su panorama, al no responder en estos campos hemos visto que personas que estaban dentro, supuestamente en nuestro perfil, del pensamiento, pensábamos que podían potenciar pero llegado ahí, es como que se anclan, el lugar, no sé! es como que vemos que las secundarias vuelven a su referente. Y en ese aspecto me parece, que son las dificultades más grandes que yo digo, ¿no? Porque las dificultades después entre nosotros, las tenemos, pero las podemos sobrellevar pero con estas limitaciones, hasta ahí podemos llegar con los recursos que nos quedan.

Si el estado, planificara, tuviera esta visión, porque todo esto nace de nosotros, casi personalmente por que tenemos esta mirada social, esta militancia social, no se... porque nos impulsa, no sé qué decir, la poesía de la vida.... No sé qué...Entonces, que eso no lo tiene a partir del estado, si el estado fuese dueño de esto, diría: miren muchachos hay esto, quisiéramos que hagan esto, esto y esto...

**Voz 1:** Si y además hay una gran distancia entre el discurso y por supuesto la práctica y ahí es donde nosotros confrontamos, porque pareciera que los interpelamos con la misma acción, como que se sienten constantemente interpelados cuando ocupan algún lugar, en realidad... probablemente, porque nuestro accionar es político, no hay otra, digamos, puede estar plagado de poesía, de buena onda, pero es político e intencionalmente político, por eso cuando nos definimos como trabajadores del Estado, como militantes sociales, como garantes de derechos, para con quienes trabajamos, no estamos diciendo cualquier cosa, estamos justamente hablando de una posición política y creo que en eso se sienten interpelados y la mayor dificultad está ahí. De todos modos, estas dificultades nos han hecho crecer también, más de una vez. Lo difícil es cuando nos ponen los palitos en la rueda, un funcionario público no puede terminar pensando después que le explicamos todo

esto, igual que a vos, que nosotros somos una ONG, no puede terminar pensando eso, o lo hace adrede para no comprometerse o se siente tan interpelado que no quiere ver lo que hay...

**Voz 4:** O queriendo convertirla en una ONG, diciendo que si sos una ONG tenés dinero y siendo del Estado es más difícil conseguir recursos.

**Voz 1:** Porque las dificultades que nosotros tenemos, es que, a ver, nosotros no podemos casi separarlo en la cotidianidad pero tampoco en nuestra visión de intervención desde lo social, desde lo político, de donde quieran, no podemos separar desarrollo social, nuestra concepción de desarrollo social, por supuesto, no clientelar, nuestra concepción de desarrollo social de la salud, es indivisible, no la podemos dividir por una cuestión pragmática, pero no por una cuestión de acción. Y ahí, digamos, nosotros constantemente tenemos la dificultad de explicar que es lo que estamos haciendo, “¿cómo puede ser? ¿esta concepción está? ¿cómo puede ser, que de salud, estén acá trabajando?” “porque no se pasan a Desarrollo Social”, “¿no será que conviene que ustedes estén en Cultura...?” Bueno de mi concepción no habría problema, ¿por qué no habría problema? Porque en realidad si Cultura perteneciera, como Desarrollo Social, no habría problema que fuéramos de Cultura, el problema es cómo se establecen las distintas divisiones gubernamentales para acotar la realidad de cada uno y decir de dónde sale cada partida.

**Voz 4:** Yo apunto esto: nosotros somos parte del Estado, ¿sí? Trabajamos para la comunidad, el objetivo nuestro es trabajar para esta comunidad, para este desarrollo, para el desarrollo de los niños, adolescentes, sea un pasar y acompañarlos con una intensión. Pero si yo trabajo en el Ministerio de Cultura, lo que pasa, es que si vos lo ves solamente, esto de que yo te decía, ¿no? trabajar, de que vos te preocupas de... cómo apoyar la guitarra... a mí lo que me interesa en realidad, es como se desarrolla el ser humano!, porque como instrumentista lo puedo aprender hoy, mañana, pasado, pero que sea feliz, garantizar un espacio sano, donde pueda entender la vida o pasar una etapa, lo más feliz, yo lo resumo así con mis palabras. Entonces queda por debajo de, ¿me explico lo que quiero decir?, que nosotros ese es el plano, después, porque algunos compañeros por ahí se enojan. El plano es éste, a mí me interesa que sean felices los chicos, ¿no es más importante a que aprendan un instrumento? Capaz que el instrumento atrae por añadidura y yo no le voy a poner una pistola en la cabeza ni le voy a tomar un examen para que sea un instrumentista, un niño, es un niño, un adolescente es un adolescente y tienen intereses como niño y como adolescentes, si ya le ponemos que tienen que ser un gran instrumentista ya lo metemos en un mundo adulto, en el que tienen que pensar... ¿entendés?

**E:** Y además es reducir una problema social a una cuestión de conformación de un organigrama, porque si vos decís, yo sé cómo ubicarte, entonces digo no te ubico en Cultura o en Salud y me da lo mismo, que además hay una problemática que trasciende tanto a Salud como a Cultura, o sea, los abarca a Desarrollo Social, a Cultura, a Salud....

**Voz 1:** Tal cual... lo que pasa es que no hay salud sin desarrollo social, es imposible.

**E:** Y la cultura es una forma de canalizar, eso que vos decís, estas cuestiones, estas problemáticas, es una cuestión de canalizar, esto, que...

**Voz 1:** La cultura visto como hasta la... digo, cuando nosotros hablamos, de qué hábitos alimentarios tiene nuestra población, estamos hablando de cultura, cuando hablamos de que no nos podemos juntar con los amigos si no llevamos algo para tomar y comer, estamos hablando de cultura, entonces cuando la cultura se reduce a ver qué música escuchamos, o qué actor traemos para que obra, no tiene el sentido que le estamos dando nosotros a la palabra, por lo menos cultura y la intervención cultural, y agitar al otro, saber que le pasa al otro, porque si no partís de eso...

**Voz 4:** Aparte el arte, una vez fuimos a una muestra que una docente nos invita para una muestra para el 11 de octubre, creo que fue, y fuimos con los grupos y en un momento, yo no sé que... dice contá X, habla de eso y yo en un momento le digo el arte tiene que estar en función, no sé porque le dije eso, porque en realidad lo pienso así, porque el arte tienen que estar en función del ser humano en este momento, en este momento el mundo sufrió una crisis importante que ya la vemos, la crisis también ambiental, estamos en una etapa en donde estamos en el hilo. Yo te pregunto: si estamos en el hilo, está por bullir todo, por salir todo. Vuelvo, ¿qué es más importante? ¿La belleza por sí misma, cómo queda el colorcito o qué hiciste vos para llegar a ese momento?, porque el arte en función de la felicidad del hombre y del desarrollo, ése tiene que ir, para mí, es mi mirada, pero ¿el arte por sí mismo para mirarlo y para colgarlo? Es una estupidez, no le dije eso que es una estupidez, pero me parece que en este momento queda en segundo plano, el arte tiene que ser como una herramienta de transformación social, y como decimos, por ahí nosotros, nosotros lo vemos así, que el arte es una herramienta.

**Voz 1:** Bueno, lo principal que necesitaríamos en esto, es reconocimiento.

**E:** Que el reconocimiento social lo tienen.

(Hablan todos)

**Voz 5:** El reconocimiento social está, en algunos compañeros hospitalarios, en algunos, y nada más y en la sociedad, porque te digo si han hecho intervenciones donde han ido a tocar los chicos, han sido invitados y jamás fueron.

**Voz 1:** Lo que pasa es que yo lo reconozco, que cuando hablan de reconocimiento, hablan de una decisión política. Y si no decime por qué no!. Aunque sea, ¿entendés?. Si no estás de acuerdo decime qué y qué alternativa!

**E:** Ahora, esto se dio en la charla con la Unidad de Violencia y con El Galpón, ¿ustedes a que atribuirían, creo que para no incluir a la unidad en el organigrama hay diferentes factores, pero el factor principal al que ustedes atribuyen?... ¿tiene que ver con lo ideológico? ¿con una cuestión presupuestaria?.

**Voz 1:** No, tiene que ver con lo ideológico. No lo económico no, no significaría absolutamente nada, es más le solucionaría las partidas. No, no porque nosotros ni siquiera hemos peleado por un pago de coordinación jamás, por ejemplo, por que como es un equipo tampoco lo hemos... que sería, podría ser, pero no ha sido uno de nuestros ejes de trabajo. Sí, el reconocimiento dentro de una política de llevar hacia adelante y que nosotros podamos incidir en esa política, podamos tener estadísticas, que puedan estar adaptadas al trabajo que realizamos, que pueda haber entre otras cosas lineamientos claros de

intervención en la Provincia, en los cuales podamos estar amparados de alguna manera, no reconocidos solamente, sino lo que quiero decir como con un paraguas, ¿me entendés?

**E:** Desde eso, que te reconozcan cuestiones cotidianas como por ejemplo decir, si a la tarde tenemos un taller en este barrio y yo vivo en otro barrio, me tengo que tomar un cole, tengo que llegar ah, tengo que...

**Voz 1:** Y si es a las 11 de la noche, que me reconozcan que es tengo que ir a las 11 de la noche.

**E:** Estas cuestiones

**Voz 1:** Totalmente.

**E:** En función del funcionamiento cotidiano

**Voz 1:** Totalmente. Lo que sí, nosotros hemos encontrado, que a nivel nacional hay lineamiento desde el Programa Nacional de Adolescencia, en salud que tienen esta línea. Bueno nosotros en el 2007 nos llega, por otro lado, ni siquiera por Salud, nos llega que había un Plan Nacional de Salud del Adolescente, cuando lo leemos, bueno, era, era lo que estábamos haciendo, era lo que teníamos escrito, porque además hemos escrito. Entonces nos llama la atención, esta cosa contraria, esta dicotomía entre lo que hay en Nación, es más, Nación por ejemplo, larga el Plan Quinquenal en Salud del Adolescente hasta el año 2016, en eso ellos plantean la necesidad de trabajar con los adolescentes, con los actores, directamente, ver, que está sucediendo, trabajar desde otro lugar. Es un trabajo que nosotros venimos desarrollando con una experiencia de por lo menos 7 / 8 años, porque Sonoridad tienen esta modalidad, pero nosotros tenemos otra modalidad de trabajo que es la que ya desarrollamos en las instituciones educativas y en red con esas instituciones que es la planificación estratégica participativa, con la cual hacemos con los jóvenes los proyectos que van a llevar adelante. O como lo fue Crece desde el Pie, y lo sigue siendo un grupo que nosotros acompañamos, porque las circunstancias nos dio que estuviéramos ahí en el momento en que matan a Atahualpa, sobrino de X y primo de X y estábamos justo en la red del parque IPPV, del Barrio IPPV, trabajando sobre otras problemáticas que habían surgido en el barrio y nos encontramos con esta situación en el CEM 18 y a partir de ahí trabajamos con planificación estratégica y teniendo en cuenta esta metodología de desarrollo, de ciudadanía y demás con los jóvenes y terminan conformando, acompañamos ese proceso de conformación del grupo precede al de TIC que opta por el arte para mostrar lo que le pasa a los jóvenes o que es lo que quieren para ellos y para la humanidad porque son mucho más altruistas. Del mismo modo hemos trabajado en la ESFA, en el Paulo XI, esto lo hacemos con la Red de Adolescencia. Ahora, estamos planificando en el 691 que es quien nos demanda este tipo de intervención. De esas primeras intervenciones que hicimos en... porque nos pedían talleres, talleres, talleres... talleres decidimos que nunca más en la vida ni charlas, así aislados, ir y hablar, no sé...

**E:** Ahí X ¿cómo es la modalidad? Ustedes trabajan con la escuela, con los chicos, pero con los alumnos directamente.

**Voz 1:** Sí, nosotros trabajamos con los docentes, con todo el personal adulto: docentes, porteros y preceptores, si es en el secundario, previamente hemos trabajado en secundarios.

Y por otro lado con los grupos de jóvenes, la modalidad tiene que ser que sea toda la escuela, bueno, una capacitación vivencial que desarrollamos todo el taller de planificación estratégica que lo teníamos más o menos armado, porque siempre hay que adaptarlo a los grupos, con el rol que la institución acompañe, avale y lleve adelante y se banque llevar adelante el proyecto, después, salga lo que salga. Trabajamos con cuerpos de delegados, si no hay delegados, los elegimos, digamos, propiciamos la elección del delegado de curso, capacitamos a esos delegados, los delegados van y hacen lo mismo que hicieron hoy acá, lo van a ir haciendo paralelamente con sus cursos, entonces recopilamos la información, porque se trabaja sobre las problemáticas. No sé si conoces la metodología de la planificación estratégica.

**E:** Sí, sí.

**Voz 1:** Bueno se trabaja con las problemáticas que los atraviesan y los modos de solucionarlos y a partir de ahí arman su propio proyecto para llevarlo adelante durante todo el año. Con éste tipo de intervenciones por ejemplo, se terminó de alguna manera, formando el grupo “El Refugio”, de la radio de la ESFA.

Qué se yo, alumnos del Paulo VI interviniendo en el loteo Silva, durante unos años, haciendo acompañamiento a las familias.

Y el más dificultoso fue, el que más dificultó a todos, fue el de la escuela Industrial pero, porque ahí, son los alumnos los que piden la intervención del centro de estudiantes, el pide la intervención de que vayamos hacer planificación estratégica y la institución no acompaña. Entonces se encuentran con los proyectos sin poder llevarlos a cabo porque la institución no les avala...

**E:** Y esto chicos, en esto, llevándolo al periodo del laburo mío, sería 2011/203, ¿se viene haciendo este trabajo?

**Voz 1:** Sí. En realidad se llega a cabo con... el proyecto de intervención, desde el 2010. Planificación estratégica, porque antes utilizaban metodologías similares, sí, pero ahora ya lo tenemos como aceitado, ahí intervienen todas las instituciones que forman parte de la Red de Adolescencia, si bien esto fue algo que desarrollamos nosotros, dimos intervención a toda la Red, está la Fundación Creando Futuro, El SIC, Los ECOS, CADEM, Radio Encuentro, y los equipos se conforman de esa manera y a través del deseo, digamos, yo quiero ir, viste, porque acá también digamos, desde la..., cualquiera de las tareas que desarrollamos nosotros es desde el deseo, mirá yo lo quiero hacer, no, yo acá no me siento cómodo...

**E:** Consulta, Crece desde el pie, nace a partir de lo sucedido con Atahualpa

**Voz 1:** Desde el asesinato de Atahualpa en el 2008. Son, la escuela del CEM 18, donde iba Atahualpa, el director con los pibes convocan a las escuelas a trabajar el tema de, de qué les pasaba a los jóvenes y que pasaba en la noche de Viedma y la primer reunión que hubo, que vinieron un montón de escuelas, el director ya no pudo estar y yo me encontraba haciendo otra cosa, me encontraba teniendo una reunión por otra situación dentro de la escuela y me dice, por favor andá, bancame, así que me encontré ahí, y bueno, yo siempre digo, agradecida de eso, porque el proceso del grupo fue impresionante, pasaron otras cosas

dentro del grupo porque después asesinaron a Nicolás Mardone en Patagones, un chico que venía de rendir de la Escuela de Arte y le pegan un tiro, ¿te acordás? Bueno, medio como que el grupo, digamos, tiene unas características totalmente diferentes a los grupos con los que hemos trabajado hasta ahora. Se conforman de manera diferente, se auto convocan y asumen por asamblea, todos.

**E:** Yo chicos cuando vaya ahí, a hablar de las experiencias, de las instancias de Unidad, o sea que yo tendría que tomar, por ahí, estoy viendo como lo voy a llevar al papel al trabajo, por ahí tendría que tomar los casos, o sea tendría que tomar a la Unidad participando en la Red de Adolescencia y las redes barriales. ¿Sonoridad Andina lo marco dentro de la Red de Adolescencia o lo dejo como una experiencia en si misma de....?

**Voz 1** No, de la Unidad con la intervención, porque nosotros somos los que incluimos de alguna manera la Red.

**E:** O sea pongo a la Unidad y pongo las instancias de articulación que tienen, que serían: Red adolescencia, redes barriales, Sonoridad Andina y después ¿qué más tendría que incluir?

**Voz 1:** No, Crece desde el Pie, nosotros hemos hecho, digamos, un trabajo de acompañamiento, pero siempre dejando la decisión, no es lo mismo que en Sonoridad, donde nosotros convocamos, somos los autores de alguna manera de convocatoria, y en el otro no, nosotros acompañamos en el proceso de toma de decisiones, ellos toman las decisiones, ellos resuelven en asamblea y nosotros acompañamos el proceso, por supuesto es un acompañamiento del duelo individual, social que tuvo que hacer y digamos de esta toma del arte como una herramienta para este duelo, pero también de intervención, ellos lo hablan, ellos también hablan de incidencia en las políticas públicas, de hecho ocuparon lugares en algún momento en el consejo de niñez, ocuparon lugares que les parecía... se reunieron con X por ejemplo, cuando X iba a asumir y hubo una desafortunada visión de X, que fue la primera desilusión, la segunda fue con de Sonoridad Andina, confiábamos en que él, iba a tener otra mirada.

Y después, digamos, nosotros, todo lo que tiene que ver con la tarea, porque hay muchas otras cosas, nosotros hacemos acá, asesorías individuales y a familias, a grupos, éste año se dio la característica que vinieron grupos a las asesorías, consultan por una situación en particular, o por algo que les está pasando, que a uno de sus amigos les pasa algo, los papás, que vienen a las asesorías.

Tenemos otro espacio que no hemos podido desarrollar desde hace el año pasado, porque tienen que ver.....

**E:** ¿Sistematizan las experiencias? ¿Registran?

**Voz 1:** Tengo todo escrito

**E:** Ah ¿tenés...? ¿hay posibilidades que por ahí...? Le hago fotocopias, ese tipo de materiales está bueno

**Voz 1:** Yo te lo doy. Está nuestra historia, una síntesis de todo lo que venimos desarrollando.

**E:** Lo que tendría que hacer es categorizar las instancias en las que la iniciativa viene de la Unidad y las otras que acompañan, participan, las asesorías también irían

**Voz 1:** Las asesorías se hacen acá, son nuestras, hacemos asesorías a instituciones

**E:** ¿Con qué instituciones?

**Voz 1:** Las instituciones generalmente son las educativas. Nos ha tocado grupos de jóvenes que están en partidos políticos, digamos, mirá: “queremos intervenir en tal barrio, no sabemos, desde qué lugar, los jóvenes... “. Esto se ha hecho en varias oportunidades. A otras instituciones o ONGs. Y háganme acordar. Bueno! después por supuesto en todo lo que tienen que ver con lo cultural y eso siempre hay alguna asesoría. Después lo que hay intervenciones en situaciones, en redes de intervención estratégicas en situaciones más complejas, por darte una situación, alguien que concurre acá o que concurre a un jardín o al Globito Azul, que es lo más cercano que tenemos, tiene alguna conflictividad familiar, a veces nosotros no aparecemos, no aparecemos directamente con la familia, pero sí intervenimos en el grupo de gente que está reunida para abordar la problemática, esto es algo también que nos atribuimos nosotros como algo innovador, porque hasta el momento, lo que venía sucediendo es que intervenían todos por separados, nosotros fuimos uno de los primeros que hemos convocados a todas las instituciones intervinientes, sea un jardín. Ah bueno! también nos han convocado de las iglesias, las evangélicas, las... bueno no! Como para....

Pero por ejemplo, ante una situación concreta convocamos al jardín, si hay un niño que está en jardín, o a la escuela secundaria, puede ser el pastor, puede ser el club, Capaz que esa persona no nos ve nunca, ni nosotros la conocemos o puede ser al revés, que la conozcamos y nosotros convocamos, pero siempre hemos propiciado que haya, que se pongan de acuerdo las instituciones por donde transita la persona que tiene algún derecho vulnerado o alguna situación, digamos, específica sobre la que hay que abordar, trabajar y no que la vayamos a ver todos por separados. Nos ponemos de acuerdo nosotros, nos cuesta mucho con la justicia, horrores, la justicia no entiende esto, Desarrollo Social hasta ahí nomás, porque los equipos nuevos no hemos podido trabajar con ellos. Sí lo veníamos haciendo hasta el 2012, esos equipos se desarmaron y hoy, hay que, como batallar de vuelta. Pero sí, lo hemos hecho en situaciones muy puntuales, nos ha dado otros resultados trabajar así, o por ahí surge alguna problemática en la misma escuela, y decís:” che porque no ves a tal pibe. Mirá, no, no lo voy a ver, sentémonos con el profesor, con el preceptor, convoquemos si quieren a la mamá, eh... no sé”.

**E:** En estos dos años el Consejo local de Salud....

**Voz 1:** Jajajaja cuando llegaste vos estábamos hablando de eso.

**E:** En los papeles, en la ley, es el órgano máximo de salud de la localidad, esto que, está bueno esto que decía, que va en el sentido, o sea, reafirma la hipótesis del trabajo mío. Vieron cuando ustedes decían, nosotros definimos cual va a ser la línea de trabajo, o sea la planificación, las modalidades de intervención, todo esto sale de acá, de la Unidad. Y de

acuerdo a lo que dice la ley, el Consejo local de salud es el órgano máximo, es el que debería, planificar la política de salud, es decir, si la Unidad, en los papeles sería, se puede dar su modalidad, pero el consejo es como que tendría que, no solamente de la Unidad de Adolescencia, sino de todo el Hospital, es como que tendría que plantear la estrategia y la política del Hospital. Bueno después la práctica, es...

**Voz 1:** Nosotros hemos presentado..., que se yo bueno, fue presentado en el 2004, donde ahí se aprobó que tuviéramos, digamos que bueh! si queríamos trabajar que trabajáramos, después, ya digamos con todo el trabajo desarrollado en el 2006, después en el 2008. Y después nos cansamos...

**E:** Ya en estos dos años, 2011/2013 no funcionó, me parece.

**Voz 1:** Y no porque además no hay representante. Sí se reúnen pero bueno, no hay representante. Siempre fue un lugar de, por lo menos de cuidado, para los trabajadores, para decir, bueno la representatividad guardémosla, peliémosla. Porque la ley tienen sus pro y sus contra, surge en un momento en el neoliberalismo, y del desguace del Estado, con intencionalidad de autofinanciamiento, no de autogestión. La autogestión era tomada de nuestro discurso como trabajadores del Estado pero en realidad conllevaba a otra situación. Con un poder totalmente dispar en relación a los trabajadores, digamos, ahí no hay.... son representantes gubernamentales, generalmente las autoridades hospitalarias que son del mismo color.

**E:** Los trabajadores y los vecinos, tienen totalmente acotado el margen de participación.

**Voz 1:** Claro.

**E:** En la dinámica del Consejo Local de Salud se ve patente la primacía del modelo médico hegemónico.

**Voz 1:** Yo creo que el hegemónico sí te plantea, un modelo o el otro, éste modelo para mí no es que va en desmedro del otro.

Cuando nosotros hablamos de la atención primaria de la salud que realmente nos instalamos con este proyecto, porque la primera intención fue que fuéramos a salud mental, que también tiene otra visión de la realidad de los adolescentes y demás. Nosotros la peleamos para estar en el DAPA, en las actividades programadas para el área porque creemos que este desarrollo de la actividad en la comunitaria, sin duda ya lo marca, pero también lo marca salud mental, sin embargo nosotros decimos bueno la interrelación entre los actores que brindan o que integran esa concepción de salud, no podemos ni quedarnos pegados al segundo nivel, porque el segundo nivel para nosotros no es, ni va a ser hoy, porque nosotros el segundo nivel en todo caso lo tendríamos que armar con salud mental, con clínica médica, con pediatría, ¿se entiende? Una parte de prevención con ellos y otra parte, digamos el segundo nivel también con ellos en la intervención. Y ni hablar del tercer nivel en el que nosotros ya no tendríamos, prácticamente incidencia, nuestro trabajo es la de poder abordar tempranamente cualquier problemática que atravesase esta población, sea desde lo social o sea de la salud concretamente y poder ser el nexo en esta red de intervención entre los niveles. Ese rol, nosotros lo podemos visualizar, lo que no se puede visualizar al revés, o sea alguien que está aún siendo muy buen profesional dentro de la

‘medicina general’ que sería el médico que más tiene visión comunitaria le cuesta ver esta concepción, le cuesta acompañar ese proceso.

**E:** Y volviendo atrás, me olvidé de esta pregunta, cuando hablábamos de esta tensión que hay entre los dos modelos, esto que decíamos, de la no bolilla que da el Estado y estas cuestiones, ¿han sido siempre las mismas estrategias, negarles recursos y aislarlos?

**Voz 1:** Si ha habido esas dos estrategias, tan combinadas perfectamente.

**E:** La negación y la aislación.

**Voz 1:** Sí. Creo que el último proceso fue de aislarlos.

**E:** Y en estos dos años, 2011/2013, que además coincide el 2011 con el cambio de gobierno...

**Voz 1:** Tiene que ver con eso.

**E:** Con el aislamiento.

**Voz 1:** Sí. Con el ninguneo de alguna manera, viste, decir, cada vez que nos presentábamos, ¿ustedes quiénes son? Aún compañeros que han trabajado toda la vida con nosotros. Con negar y esto, aislarlos. Lo que pasa que es muy difícil aislarlos porque hay una recta armada tan grande de trabajo que es imposible no vernos. Por eso yo te digo que me parece que es ideológico porque tiene que ver con ser interpelado, como que el otro se siente en falta cuando uno dice lo que está haciendo y el otro digamos, no puede responder a la altura, nos pasó, para traer algo concreto, quien está a cargo de adolescencia a nivel provincial, es una trabajadora social, nosotros no nos hemos podido reunir ni una sola vez, nos reunimos a partir del Plan Sumar que tienen que ver con esto, que tampoco lo entendemos mucho, ¿no? Que nos cuesta entenderlo todavía, esta doble, como facturación, digamos, dentro del Estado es difícil de entenderla, pero bueno, es gratuito pero se cobra, no se es difícil de entender. Es difícil contrario a nuestra concepción...

**E:** Al Plan Nacer nunca me puse a estudiarlo, pero tampoco lo entiendo, esta doble facturación, esto es gratuito pero el Estado recauda.

**Voz 1:** Bueno en esto terminás cayendo si o si porque no te queda otra, dentro del sistema. Si bien nosotros la venimos piloteando pero el tema es que en esta concepción, por eso digo, de la intervención, pucha no me acuerdo en que iba, con el Plan Sumar... bueno, esa es mi negación, jajaja.

Nosotros le hemos mandado en varias oportunidades el material, pensábamos que no llegaba, bueno, le pedimos: “mirá, si te parece que no es un modelo de intervención posible”, esto surgió también en la nueva esperanza de un gobierno más popular, con una visión diferente, estos lineamientos que bajaban de Nación, que venían a nosotros y que no llegaban por el gobierno radical, que pensamos, bueno, hay otras líneas, va a estar bueno, no nos contestaban, no nos contestaban, hasta que un día, enojados, digamos, se entrecruza esto del Plan Sumar porque viene una auditoría, nosotros todavía no estábamos en el Plan Sumar, ni estamos todavía, una auditoría y bueno... cómo que ustedes no están reconocidos, ¿cómo que ustedes no están?, o sea alguien por fuera del sistema, contratado.

Y entonces le decimos, bueno le mandamos un montón de veces a esta mujer, Ah yo trabajo con ella, que se yo, que estamos en el trabajo en conjunto, y entonces nos manda un mensajito diciendo, que bueno, que en realidad no se sentía a la altura para poder hacernos ningún señalamiento ni decirnos nada, porque nosotros estábamos mucho más allá de lo que ella podía. En realidad ahí te das cuenta que no sabe ni qué rol tiene porque nosotros en todo caso, decimos, che, mirá, a ver, lo que ustedes están haciendo parece válido, no coincido en esto, esto y esto, pero me parece válido, hagamos un nexo con Nación o veamos cómo nos podemos juntar con el resto de la Provincia y compartir las experiencias, porque en Roca se está haciendo esto, porque en Bariloche hay esta experiencia diferente, nosotros no tenemos acceso a eso. No conoce el lugar.

**Voz 3:** No conoce el lugar, ni siquiera decir, adonde están trabajando, vino a Viedma es de Roca. Tuvimos que forzar un encuentro con el Hospital porque no tenían tiempo...

**Voz 1:** Hace dos años, con este gobierno.

**E:** Bueno por ahí también, el ministerio nuestro de Desarrollo Social, la Dirección de Juventud, yo creo que seguramente no debe haber aparecido. Ahora creo que está X. Porque estaba, la Dirección de Niñez y Adolescencia, estaba Promoción y estaba la Dirección de Juventud, ahora me parece que unificaron.

**Voz 1:** Sí. Porque tuvimos una reunión con X por el tema de Sonoridad para definir en qué lugar está, en relación con Desarrollo Social. Bueno fijate esa reunión, convocamos a una reunión a las dos partes, porque lo insólito es eso, nosotros directamente hablamos con el segundo del ministro en Desarrollo Social, pero en salud no podemos acceder ni siquiera a la referente de adolescencia, entonces que hacemos, negociamos nosotros con el segundo del ministro de Desarrollos Social, por qué, porque cuando convocamos a nuestro jefe, que es el DAPA, el jefe DAPA tampoco vino a la reunión, aunque sea para tener un poquito más de reconocimiento.

**Voz 3:** Ni siquiera llamo, después para decir, ¿che que pasó?. Nada.

**Voz 4:** Lo que pasa es que en Salud, yo que vengo de esa escuela, de esa área, es jerárquico, totalmente jerárquico, primero qué profesión, si tenés título, post grado y cuántos años tenés de experiencia, entonces eso te da una jerarquía y después está este y después está este, es natural, natural, y entonces y si vos tenés materias, nosotros tenemos cuatro años de una materia de las ciencias sociales. Ah eso es una porquería!, es una pérdida de tiempo, ¿nosotros nos vamos a poner con esta gente?

**E:** Y dentro del hospital, más allá de los modelos, más allá de las Unidades que comparten el mismo modelo de ustedes, ¿hay algún otro actor, por ahí un actor, más identificado con el modelo médico pero que por ahí trasciende eso y se puede articular?

**Voz 1:** Articulamos con personas, no con servicios, a nivel individual, por ejemplo con algunos de los trabajadores sociales, con nutrición...

**E:** ¿Pero todos en carácter de individual?

**Voz 1:** Individual. Servicios intentamos pero ya ahí, nos cansamos...

**E:** Vienen adolescentes, chicas con embarazos y vos decís, tengo una relación especial con ginecología, entonces por ahí vienen los de gineco, eso no...

**Voz 1:** Ehhhhh. No, se da más por ahí con algunos médicos generalistas más que con las especialidades y después, si vos le decís, voy a pasar a la sala, porque hay alguien internado, te dan como el parte, ¿entendés? Pero no hay después nada más. O por qué cuando ha habido algún problema, che, ¿por qué no vienen ustedes?, intervienen, y que se yo... pero como manotazo, digamos, cuando el agua los pasa por arriba. Pasó, cuando hubo chicos internados del Pagano, o cuando hay alguna adolescente joven internada por embarazo...

**En:** Bueno, de mi parte nada más. Les agradezco un montón y ha sido un gusto verlos.

**Voz 1:** Nosotros a vos. Y fijate en que más te podemos ayudar y contá con nosotros.

(Hablan todos)

## **ANEXO 6**

### **Entrevista a Trabajador Administrativo del Hospital Artémides Zatti.**

**Fecha: 24/09/2014.**

**E:** Bueno, contame: ¿hace cuántos años que trabajás en el Hospital?

**T:** Contratado hace poco más de 7 años y estuve trabajando con una beca de formación y capacitación durante casi 3 años. Durante ese tiempo me desempeñaba como acompañante juvenil en el área de Adolescencia, también en colaboración con la Unidad de VIH-SIDA e infecciones de transmisión sexual con la cual también articulábamos algunas actividades en conjunto de prevención y promoción: talleres en escuelas, grupos de jóvenes de adolescentes en el hospital...

Después de ahí, cuando rindo un concurso, ingreso al área administrativa como auxiliar administrativo e ingreso al área de ventanilla de turnos y el archivo de historias clínicas. A partir de ese momento hasta la actualidad me desempeño ahí, en la parte de atención al público. He pasado por ventanilla de turnos de los consultorios externos, la ventanilla de atención al público donde se entregan los turnos de rayos, en la ventanilla de atención y admisión y recepción de la gente que llega a la guardia y como secretario administrativo también del área de oncología. Ahora, hace ya unos 4 meses estoy cumpliendo funciones como secretario administrativo del área de quirófano.

**E:** Mirá... o sea que tenés una vasta experiencia en distintas áreas del Hospital, y eso está bueno.

La atención al público: ¿Cómo ves?, está bien, es bastante subjetivo, pero ¿Cómo percibís la mirada de los pacientes que van al hospital, el público que va, respecto del hospital?, ¿Con qué te encontrás?

**T:** Hay mucha... es bastante diversa las miradas con que uno se encuentra. Hay situaciones, más bien diría yo, que se presentan en la atención al público en donde por ahí la persona que viene al Hospital, partimos de la base de que viene con un problema de salud, lo cual ya no lo trae con el mejor ánimo o con el mejor humor a la ventanilla y por lo general ya viene con una preconcepción de que no va a conseguir turno, o que va a conseguir para dentro de mucho tiempo; en la guardia, que va a tener que esperar mucho tiempo, entonces, como que la predisposición del paciente, o como se dice ahora, del usuario del hospital, es bastante compleja, lo que lleva a que ya de entrada venga un poco con una, por ahí a veces, no en todos los casos, mal predispuesto. Y creo que es bastante importante que los administrativos que se encuentran en esas ventanillas tengan el tacto y la capacidad de poder bajar ese estado de ánimo que por ahí trae la persona y no alterarla más tratando de resolver en lo posible la situación. Y obviamente, se da muchas veces, que termina con algún insulto, o algún enojo por parte del paciente; y muchas otras veces también, si bien

esto es como un folclore, una parte, una cuestión burocrática o engorrosa que tiene el Hospital, por otro lado muchos pacientes, yo diría la gran mayoría, valoran la calidad de atención no solo desde lo médico, sino desde los enfermeros, desde las internaciones que si lo dejaron el tiempo que correspondía y no por liberar una cama porque hay que facturar más se saca ese paciente y se le da el alta. Creo que dentro de todo, por ahí las falencias que tiene la salud pública en esos aspectos se es más cuidadoso que lo que es en los privados, esto en referencia a lo que mencionan los mismos pacientes, que vienen por ejemplo a la guardia que fueron a otro centro privado donde le dijeron que el chico tenía neumonía y que había que internarlo y no se lo internaron porque, bueno, o no tenía cama o no había plata y entonces vienen desesperados al Hospital para que se los internen, y ese chico es revisado y evaluado nuevamente y si está en condiciones de internación se le interna, como corresponde, entonces la gente por ahí valora eso y la calidad humana que, como en todos lados, hay profesionales y hay administrativos y hay enfermeros y hay, dentro de un mundo de gente que es el hospital, hay siempre alguno que no es tan responsable, no es tan cuidadoso, no es tan atento o no es tan amable para atender o para desempeñarse como profesional, pero bueno, es algo también parte de todas las instituciones, siempre hay...

**E:** Y en una institución colectiva como un Hospital que tiene 800, 900 personas laburando

**T:** Y, además de ser un montón de personas de distintas formaciones, de distinto tipo, desde profesionales hasta no profesionales. Es una ensalada bastante importante la que se encuentra acá empleada dentro del Hospital.

**E:** Tal cual. Eh, y ¿cómo es la articulación, cómo evaluás vos la articulación entre las distintas áreas del Hospital? ¿Creés que hay una articulación, una coordinación de las acciones que despliegan las distintas áreas?

**T:** Intrahospitalario, la interacción entre áreas, creo que, si bien tiene sus falencias, es bastante fluida y se pueden hacer un montón de cosas. Hacia el afuera, hacia la comunidad, desde lo que podríamos decir preventivo-promocional fuera de lo asistencial propiamente dicho, que es dentro del hospital, creo que si bien se realizan unas cuantas actividades, por ahí que no está tan visible, me parece, el hospital fuera de la, del área de atención puramente dicho.

**E:** Es decir, la presencia en la comunidad.

**T:** Claro, de hecho...

**E:** Vos te referís a la presencia del Hospital en la comunidad, que no es tan visible o no, vos creés que se hacen actividades y no son visibilizadas o falta presencia de algunas áreas o de...

**T:** Creo que en general se lo visibiliza al Hospital como sólo el área de atención de las enfermedades, y son muy pocas las áreas que se ven en un trabajo con la comunidad continuo fuera del área de atención que es el hospital como edificio, ¿sí? Incluso por ejemplo ahora que yo estoy empezando a formar parte, por una cuestión que me gustó el objetivo, se está formando un coro del Hospital, justamente con esta intención de que a través de la música también, la música es terapéutica, ayuda a liberar tensiones, a

expresarse, a expresar sentimientos, y que además como trabajadores del Hospital nos permite tener una interacción y llegar a la comunidad desde otro ámbito, no desde el ámbito solamente asistencial, sino que desde un ámbito comunitario, no desde el problema, sino desde llevarles algo, una canción, en un día especial ir a cantarles y compartir con ellos, interactuar con ellos.

**E:** ¿Qué actor del hospital, qué área promueve eso? ¿Quién tuvo la iniciativa?

**T:** Y, la iniciativa nació entre una o dos médicas con una o dos enfermeras.

**E:** Médicas, ¿de qué áreas?

**T:** Generalistas.

**E:** Dentro del servicio de clínica médica sería eso.

**T:** Claro, los generalistas pertenecen al Departamento de Atención Primaria.

Y también asistentes sociales del Hospital, dos, una asistente social del Servicio Social del Hospital, ellos fueron, como que fueron tomando... una pediatra...

**E:** Fueron identificando distintos actores.

**T:** Como que fueron teniendo la intención de llegar, viendo un poco esto de que no hay una intervención con la gente desde un lugar fuera de lo netamente asistencial, y entonces se empezaron a motivar a generar algo del Hospital, incluso por ahora es todo personal hospitalario, está la propuesta de incorporar algún que otro personal que trabaja en la salud pero que no está dentro del hospital, pero en principio la idea nació como que fuéramos empleados hospitalarios para poder brindar algo a la sociedad y poder interactuar con la sociedad desde otro lugar.

**E:** A tu criterio: ¿cuáles son las Unidades, Áreas, Departamentos, Servicios que practican mayor trabajo con la comunidad?

**T:** Bueno, en primer lugar, que yo trabajé con la gente del área de Adolescencia, la gente de El Galpón, la gente de Violencia Familiar, como te decía, creo que son las áreas que más se identifican con la comunidad interactuando con ellos también está Servicio Social que son como el área que detecta por ahí ciertas problemáticas y las deriva a la Unidad de Violencia, o a la Unidad de SIDA, o incluso la misma guardia por ahí también suele detectar casos o situaciones e interactúan más, entre estas áreas creo que son las que más interactúan entre sí y hacia afuera con la comunidad, con la problemática de la comunidad en general, no solo con la enfermedad, sino por ahí con la parte de lo que es prevención, promoción, prácticas saludables para la vida, tanto en lo sexual, en el área de Violencia Familiar, de cuestiones que por ahí del miedo a denunciar, se trabaja mucho sobre eso, incluso se detectan muchos casos en la guardia, entonces la guardia como que deriva al área de Violencia, y desde ahí se refuerza o se contiene y se motiva la denuncia de las cuestiones maritales que por ahí se dan de violencia familiar, o a veces no solamente de maritales, a veces he tenido casos de niños que son golpeados, entonces se deriva, se hace como un

interdisciplinario, porque actúa violencia familiar, pero también está servicio social, entonces un poco interactúan todas las áreas.

**E:** A partir de tu experiencia tan vasta dentro del hospital, sin mencionarlas para no herir susceptibilidades, ¿vos creés que más allá de estas tres áreas, que el resto de las áreas, los servicios se podrían involucrar un poco más, que hay posibilidades de que se involucren y por ahí no salen?

**T:** Sí, yo creo que hay otras áreas del hospital que podrían realizar actividades con más continuidad. A veces se realizan ciertas actividades como por ejemplo, odontología, el área de odontología o el área de nutrición tienen un, creo yo en mi experiencia o en mi conocimiento, que podrían trabajar mucho más en continuidad, porque si bien se realizan por ahí campañas o cosas así, igual que vacunación, por ejemplo, si bien se realizan campañas donde se promocionan, en la prevención de algunas cuestiones que tienen relación con la salud, me parece que son como actividades esporádicas que se dan en ciertas ocasiones y nada más. Por ahí me parece que estaría bueno que se proyectara una actividad continua con la sociedad, donde se interactuara continuamente con la sociedad.

**E:** Y otros servicios médicos que son más duros si se quiere, de atención por consultorio, por ejemplo traumatología, oftalmología, gastroenterología, en fin: ¿también a tu criterio hay intersticios donde podrían tener contacto con la comunidad y salir de la atención específica por consultorio?

**T:** En algunos casos puede ser que sí, o tal vez a complementar algunas actividades...

**E:** De los otros actores.

**T:** De los otros actores. Sí, supongamos que...

**E:** Ginecología, que es tan importante, charla para adolescentes, charla para...

**T:** Claro, en colaboración o en conjunto con el área de, con la Unidad de SIDA, podrían tranquilamente los ginecólogos también acoplarse un poco a eso e intervenir en el área de, en lo que sería por ejemplo salud reproductiva, pautas saludables de la sexualidad. Hay muchas temáticas que se pueden trabajar con ginecólogos, que al ser profesionales de esa especialidad que tiene tanta relación con todo lo que es sexual, con lo que es salud reproductiva, serían los más indicados para poder explicar algunas cuestiones más técnicas que a veces uno como un actor, la gente que está en el área de la Unidad de SIDA, por ejemplo, no hay una ginecóloga, o sea, son gente que se ha ido formando, que se ha ido con los años capacitando, pero hay veces que es mejor tener el soporte de un profesional que técnicamente tiene ciertos conocimientos que te pueden ayudar a resolverle más o a explicarle mejor las cosas a la comunidad.

**E:** ¿Cómo ves la incidencia de otros actores externos al hospital?. Cuando hablo de actores externos te estoy hablando de organismos gubernamentales como puede ser, bueno, el hospital depende del Ministerio de Salud, ¿no? , pero también te hablo de los gremios, de los sindicatos, de otras organizaciones o de la, del Colegio Médico que es una corporación

fuerte, en fin. ¿Tienen incidencia en el funcionamiento del Hospital, en decisiones que se toman a nivel hospitalario? Por ejemplo los gremios, UPCN y ATE.

**T:** Y, los gremios, yo creo que hay un gran problema en el aspecto gremial porque se presentan como un Boca-River, por decir de una forma, se presentan en una rivalidad muy fuerte en la cual yo creo que a veces llega a ser una lucha de poder y de ego entre cada gremio a ver quién tiene más poder y quién puede conseguir más afiliados y quién puede lograr más cosas que no siempre termina siendo beneficioso, porque si fuera una competencia en la cual los dos consiguieran cosas y siempre para adelante, sería por ahí sano.

**E:** Sano para la competencia y favorable a los trabajadores.

**T:** Y favorable para los trabajadores, pero no se da esa situación, se da una situación totalmente contraria donde uno de los gremios predomina siempre en el poder y en mayor volumen de afiliados y por lo tanto es el que siempre tiene las puertas abiertas para negociar con el Estado y que a mi criterio no negocia en favor de los empleados estatales.

**E:** ¿Cómo se materializa eso en la incidencia del funcionamiento del Hospital?

**T:** Y, en algunas situaciones que se han dado, ha influenciado en accionar con medidas de fuerza, o en quitarlas, en div... yo creo que se han dividido porque hay gente que responde de una forma al gremio y gente que responde de otra, hay mucha gente que no está afiliada o que está afiliada nada más que por algún compromiso...

**E:** ¿Y esto se cristalizaría en las áreas?, supongamos, yo recuerdo un caso, no en mi..., mi período de estudio es el período 2011 – 2013, o sea que no cuadra. Yo recuerdo un caso de un director del hospital, que no está dentro de este período que por ejemplo UPCN que era el gremio mayoritario tenía incidencia en la definición de la conducción del hospital, o sea, UPCN en un momento sugería al Ministerio, hay que ver si lo escuchaba o no, eso ya no lo sé, si el ministro lo escuchaba, o la ministra, no me acuerdo qué era, pero UPCN sugería o participaba de la decisión de la designación del director del hospital, y me acuerdo en otros casos también casos de horas extras o designación de trabajadores, en fin. ¿Eso se reproduce, en el período 2011 – 2013? ¿Se reprodujo en ese período y después también siguió?

**T:** Y ya hace varios años que a fin de año viene sucediéndose siempre alguna situación tirante con los aumentos a negociar para el año siguiente, en relación no solo a las horas extras, sino a los incrementos de salario, ahí es donde empieza también un poco la disputa entre los gremios, porque uno sale a pedir mucho aumento, el otro se conforma con lo... ATE sale a pedir, que no se si está equivocado en lo que sale a pedir, pero a veces son excesivos en cuanto a la situación que se vive en el país y UPCN se conforma con lo que le dan, a mi forma de ver. Eh, no comparto ninguna de las dos formas de negociación, porque creo que ir a pedir lo que no se puede conseguir es como utópico y es saber que vas a perder la negociación e ir a conformarte con lo que te den por no sé qué motivo, porque da la sensación de que UPCN nunca va a negociar un puntito más o dos puntitos más de aumento, van y les piden un 20% y les dan el 18 y aceptan el 18.

**E:** ¿Como contrapartida de eso vos creés que subyace alguna otra negociación?, Es decir va te piden menos puntos que ATE y por ahí subyace por debajo, bueno...

**T:** Yo creo que hoy por hoy, esto es una visión y una percepción mía, la mayoría de los entes gremiales se han transformado, no sé si decir la palabra negocio, pero creo que son en un aspecto una fuente de trabajo, porque mucha gente trabaja dentro de las instituciones gremiales, pero eso también se transforma a un mecanismo de, creo yo, en el cual negocian ciertas ventajas o ciertos beneficios para el gremio como institución en los cuales se pierde de vista el trabajador al que se representa, entonces como gremio o institución voy a negociar que me sigan manteniendo algún beneficio para mí a costa de después cuando pido que me den un aumento me van a decir: y no, te damos el 18 en vez del 20, porque por otro lado te estamos ayudando de otra forma a sostener el gremio. Entonces creo que esto empieza a jugar un papel en que la entidad se ve en la obligación de sostener una estructura que termina perjudicando al trabajador. Que no se si podemos decir que es corrupto o no, entra en un juego en el cual empieza a tener que ceder cosas para mantener los beneficios que tiene y en contrapartida de eso termina afectando indirectamente al funcionamiento real de lo que debería hacer el gremio y a los empleados, o a los afiliados. No a los empleados estatales porque no todos son afiliados al mismo gremio.

**E:** Y una pregunta, te mencioné los gremios como un actor, el Hospital Zatti que depende del Ministerio de Salud, ¿tiene cierta autonomía respecto del Ministerio?, o sea, evidentemente el Ministerio incide porque depende de una estructura burocrática de mayor jerarquía, pero más allá de eso, ¿tiene algún grado de autonomía el Hospital?

**T:** En cuanto a lo económico y funcional, o sea, lo económico influye en lo funcional, si. Yo en la experiencia que tengo, que he visto, por ejemplo casos de derivaciones, o dentro del quirófano caso de compra de cierto material, la mayoría de las veces, por ejemplo en quirófano todo el, la mayor parte del insumo quirúrgico se compra desde el hospital, se auto gestiona el Hospital. Muchos estudios de pacientes sin cobertura social se pagan con dinero del Hospital que el Hospital recauda a través de lo que es las obras sociales, del presupuesto asignado que tiene, eso no te podría decir en precisión desde dónde son todos los lugares de ingreso de dinero al Hospital, uno de esos, sí, con seguridad es el área del FOS, que es donde se recauda a las obras sociales, y bueno, eso creo que es una gran fuente de ingreso. Hoy por hoy creo que también se está, por la información que tengo, se está reestructurando el ingreso del Plan Sumar, que antes era Plan Nacer, que se extendió y ese plan nacional que le daba a distintos servicios una cierta cantidad de dinero en contraprestación de la atención de su población, se utilizaba para comprar cosas o insumos o elementos que por ahí no eran de primera necesidad, y entonces es como que hoy desde la dirección del Hospital, desde la conducción del Hospital en general, desde las distintas áreas de jefaturas se ha decidido tomar un poco las riendas sobre ese ingreso de dinero y poder destinarlo a insumos o elementos de primera necesidad o más necesarios que algunas cosas que se estaban comprando.

**E:** Bueno, como te decía, mi período de estudio es 2011 – 2013, y justo coincide con que en el 2011 están las elecciones, la elección provincial y se da el cambio del signo político en la gobernación. ¿Cómo se vivió ese cambio? ¿Se hizo notar?

**T:** En el Hospital fue bastante complejo, hubo mucho cambio, mucha, en algunos casos mucha incertidumbre, creo que fue generalizado en varios organismos de la ciudad que no había jefes, no había directivos, no te firmaban los papeles, no salían derivaciones, había que pedir por favor que te firmaran algo porque nadie te firmaba nada, había mucho miedo con lo de la ley de disponibilidad, de hecho hubo problemas, hubo alguna movilización y todo porque habían habido contrataciones recientes las cuales se dieron de baja, de profesionales y de no profesionales que eran importantes para el funcionamiento.

**E:** ¿Se resintieron servicios?

**T:** Sí, en ese momento se resintieron varios servicios porque habían ingresado no solo profesionales médicos, sino administrativos, mucamos, hubo , se vio resentido porque aparte no querían pagar las hora extras, hubo bastante inconveniente con eso... (interrupción)

Bueno, como te decía, esto influyó bastante el funcionamiento y resintió mucho la atención, e incluso al haber tantas complicaciones en modo de medida de fuerza se armó una movida de trabajadores hospitalarios, en los cuales en un principio no habían banderas gremiales, eran todos trabajadores hospitalarios que nos sentíamos muy disconformes con las acciones que se estaban tomando desde el nuevo gobierno y fue un período bastante difícil y complejo para el Hospital.

**E:** En este momento de movilización, de medidas de fuerza, ¿se unieron los distintos actores, es decir los médicos se unieron con los administrativos o cada uno segmentó sus propias demandas?

**T:** No, en un principio fue muy unidos porque nos afectaban mucho a todos, fue bastante, fue una de las veces que yo he visto más unión, en el sentido de medidas de fuerza, que estaban todos, médicos, profesionales de otras áreas, no sólo médicos, administrativos.

**E:** ¿Había solidaridad de aquellos agentes que estaban en otra situación, que estaban en planta permanente?

**T:** Si, si porque cuando fue lo de la ley de disponibilidad afectaba a todos, no sólo los contratados, si bien hubo más problemas con los contratados, porque se caían los contratos, la ley de disponibilidad afectaba a todos, hasta personas que tenían 20, 30 años de servicio, o sea, no discriminaba a nadie, metía a todo el mundo en la misma bolsa.

**E:** Y desde tu experiencia, más allá de esta coyuntura extraordinaria que fue la Ley de disponibilidad y el cambio de signo político en el gobierno provincial, ¿qué percepción tenés de la relación entre los distintos actores hospitalarios, ya no hablando de las áreas, sino de los distintos agentes que hay, por ejemplo los médicos, cómo es el papel de los médicos, desde tu percepción, ¿ven al resto de los trabajadores como un compañero?

**T:** Se dan distintas situaciones, hay situaciones en las que los médicos parece que no se dan cuenta de que la salud es indefectiblemente dentro del Hospital una actividad que tiene a todos como actores importantes, porque hay veces que hay situaciones en las que pareciera que el médico se olvida o no ve, que si no tiene a la mucama que le limpie y le higienice y

le esterilice todo el lugar en donde tiene que atender al paciente, no va a poder atender al paciente, si no tiene al administrativo que le lleve todo el control de los turnos, de los pacientes, las historias clínicas, cuando necesita una planilla, un formulario o lo que sea, entonces la enfermera, si no tiene a la enfermera, más de una vez las enfermeras cumplen funciones casi de un médico, porque lo revisan a veces más una enfermera que un médico al paciente, entonces, por un lado hay algunos profesionales que en ciertas situaciones se olvidan de eso, o no lo ven, pero en cuanto falta un administrativo, o falta la enfermera o falta la mucama dicen: “ah no, así no puedo trabajar”, entonces ahí es donde se revierte la situación y se da cuenta de que sin el resto de los actores o agentes del hospital, solo, por sí mismo el médico no puede funcionar y ser él un todo.

**E:** Pero en líneas generales ¿hay tendencia en la corporación médica a percibirse como la elite del sistema de salud?

**T:** Y, por eso te digo, en muchas situaciones sí, pero en poco tiempo se revierte, porque cuando ellos intentan o ven, tienen esta percepción, si les falta la mucama queda a la vista...

**E:** ¿Y son fáciles de reconocer la necesidad de contar con otros actores? o más allá de esta necesidad que tienen...

**T:** No, es relativo, convengamos que la rama de la medicina, de los médicos, en muchos casos tiene una cuestión un poco más hegemónica, de corporación, de creerse más responsables de la vida del paciente que el resto de los agentes que trabaja en el Hospital. Pero también creo que esto se ha ido revirtiendo mucho, a través de estas situaciones también de conflicto, donde a veces los médicos han tomado medidas de fuerza y el resto del hospital seguía funcionando o viceversa, el resto del Hospital se paraba y el médico decía, no, yo voy a seguir atendiendo porque esto, porque el otro y resultaba que solos no podían seguir atendiendo, si no tenían el resto de los pilares del Hospital. Entonces creo que también estas situaciones críticas de medidas de fuerza también le han hecho ver a muchos profesionales que no son un pilar imprescindible del sistema de salud, el cual sin ellos no funciona nada y con ellos funciona todo.

**E:** ¿El Consejo Local de Salud, como órgano máximo de salud de la localidad, en el período 2011 – 2013 y si se quiere hasta la actualidad, porque estamos en el 2014, ¿Cómo visualizas su trabajo? ¿Existe el trabajo? ¿Funcionó en este período?

**T:** No te podría decir con precisión, sé que ha habido reuniones del Consejo local de Salud, no te podría asegurar con certeza con qué frecuencia se han reunido, pero por lo menos nosotros como agentes hospitalarios no tenemos información, o no se nos informa, no nos llega la información de decir “el consejo de salud determinó esta actividad, o esto otro” es como que si se están tomando medidas desde el Consejo de salud, nosotros no nos enteramos.

**E:** ¿Y en el período 2011 – 2013?

**T:** Por ahí se reunían más en el Hospital, y sé que se tomaban algunas políticas, por ahí es como que creo que el Consejo de salud se acercaba más al hospital y consultaba más cuáles

eran las situaciones que se daban en el hospital, pero no sé tampoco hasta dónde o hasta dónde realmente tenían incidencia.

**E:** ¿No hay una acción visible?

**T:** Por lo menos no es visible ni siquiera en la general de los agentes hospitalarios, yo creo que a cualquier agente hospitalario...

**E:** Sin dar el nombre, el representante de los trabajadores del hospital, hoy en día vos sabés, ¿te enteraste quién era en el 2011, 2012, 2013?

**T:** No

**E:** Ni idea...

**T:** No

**E:** ¿O se acercó a las distintas áreas en las que has estado en estos períodos desde el 2011 para acá? ¿Se acercó algún representante del Consejo de Salud?

**T:** No, nunca hubo información precisa y abierta al general de los agentes hospitalarios, es algo que está, como que siempre está un poco por arriba de nosotros, y está siempre en la base directiva y jefaturas y los empleados hospitalarios en general no tenemos información de qué se trata en las reuniones, qué medidas se toman, cómo van a influir en nuestro funcionamiento, nada, o sea, por lo menos desde mi conocimiento ya te digo, no hay una información o un contacto directo con nosotros.

**E:** Y para terminar algo que me quedó pendiente. Viste cuando hablábamos de actores externos al Hospital, de esas dependencias del Ministerio. En la conducción del Hospital, ¿se da la incidencia de los distintos funcionarios de Salud? ¿repercute en el funcionamiento del hospital, o sea, muchas veces hay decisiones que por ahí no pasan por la dirección del hospital, sino que vienen de arriba, del Ministerio de Salud?

**T:** Por las áreas en las que he pasado creo que siempre se han visto reflejadas incidencias en toma de decisiones desde el área central, o desde las directivas del Ministerio con el Hospital. Que a mi forma de ver la mayoría han sido falencias porque se toman decisiones desde lo que se cree, creo que en el Ministerio muchas veces, no digo que siempre, pero muchas veces se toman decisiones y acciones a implementar en el Hospital sin haber previamente evaluado lo que realmente sucedía o la situación que realmente hay dentro del Hospital o cómo está el personal dentro del Hospital. Un caso es un sistema informático que supuestamente venía a ser superior de lo que tenemos hoy y que iba a ser integral y que iba a poder administrarse desde ese sistema todas las áreas, desde las historias clínicas, la facturación, el área contable, laboratorio, farmacia, y hasta salió la noticia de que se iban a poder dar turnos por internet y no sé cuántas cosas más, y la realidad es que eso era algo que se pensó desde el Ministerio, se bajó al Hospital y nunca se pudo implementar porque después de mucho tiempo de discusiones vinieron los programadores y la gente que lo había vendido de Buenos Aires y si bien intentaron ver cómo era realmente el funcionamiento de la base para poder adaptar el programa, nunca llegaron a adaptarlo,

porque se dieron cuenta que era tan complejo que no era lo que ellos habían ofrecido, entonces ahí empezaron discusiones, creo yo económicas en cuanto a qué modificar, qué no modificar, y terminó quedando en la nada, entonces me parece que en este caso el Ministerio, desde la conducción del Ministerio se quiso implementar algo que seguramente se invirtió...

**E:** ¿En qué año fue eso?

**T:** Y, de esto hace ya dos años, poco tiempo después del cambio de gobierno. Si bien era algo que ya se estaba viendo, ya había habido algunas consultoras evaluando la posibilidad de modificar el sistema de lo que es turnos, manejo de historias clínicas, no se había concretado nada. En este caso se concretó aparentemente con un fondo del Banco Interamericano de Desarrollo, el cual también iba a comprar equipamiento, que eso sí se compró, una cierta cantidad de equipamiento para tratar de implementar esto, pero no fue viable, porque me parece que ellos lo pensaron desde el Ministerio y cuando lo quisieron implementar en el Hospital, no funcionó, porque no se habían consultado las bases a ver cuáles eran realmente las necesidades y cuál era realmente la complejidad de todo ese funcionamiento.

**E:** Y además, a modo de complementar lo que vos decís, yo recuerdo el caso de funcionarios que, además en el Ministerio no hay funcionarios locales, algunos sí son locales pero otros son extra locales, son de otras localidades, y me acuerdo el caso de un director del Hospital, que justo estuvo en el 2010, 2011, que era de Villa Regina y me acuerdo el caso concreto del sistema de turnos que quería implementar. Como había sido director en Villa Regina quería extrapolar el modelo del sistema de turnos de Villa Regina a Viedma que bueno, tiene sus diferencias contextuales, y lo cual...

**T:** Lo cual fracasó.

**E:** Y también fracasó, sí sí...

**T:** Sí, eso también ha influido mucho, a veces tomas de decisiones que se hacen desde una percepción externa a la entidad, a lo que es el funcionamiento interno del hospital y que cuando las vienen a implementar terminan fallando porque no se estudia, no se investiga desde el interior del hospital, desde preguntarle a los empleados por qué hacen un actividad, desde cuándo, cómo, qué cosas le beneficiarían a ese empleado, entonces ahí es donde creo que se ve una falencia, yo podría decir que es una gran falta de comunicación y de interacción entre el Ministerio y el Hospital, no creo que sea en todos los aspectos, si no viviríamos en un caos que no lo es. Hay interacciones, el Hospital interactúa en muchas cosas con el Ministerio, pero precisamente en estos casos puntuales, me parece que ha habido una falta de comunicación y desde el Ministerio poder interiorizarse e investigar realmente qué es lo que pasa adentro del hospital.

**E:** Muchísimas gracias.

**T:** No, Damián. Te agradezco a vos y espero que te sea útil la entrevista.

