

Esas pequeñas cuotas de poder: cambios institucionales y subjetivación subordinada en un centro de salud pediátrica del noroeste argentino¹

(Those small quotas of power: institutional changes and subordinated subjectivation in a paediatric health centre in northwestern Argentina)

Laurencia L. Silveti¹

Resumen

Este trabajo analiza cambios institucionales sobre las políticas sanitarias relacionadas con infancias y sus efectos en los vínculos entre agentes de salud y personas usuarias, en un centro de atención hospitalaria pediátrica de Santiago del Estero-Argentina. Para ello, desde una perspectiva cualitativa, se realizaron entrevistas en profundidad a quienes pensaron y llevaron adelante la creación de este centro y un estudio de dispositivo institucional, a partir de registros de observación participante. El análisis de su contenido permitió explorar sentidos y significados en torno al proceso de creación del Centro y la identificación de cambios y continuidades en los paradigmas, las prácticas y los marcos normativos. Entre los resultados, se destaca, por un lado, tensiones entre estrategias políticas, discursos de protección y prácticas en materia de salud pública en infancias. Por otro lado, las paradojas y desafíos de los cambios institucionales producidos para mejorar la calidad de la atención en salud, desde los posicionamientos de las y los trabajadores/as y gestores/as. Para concluir, se advierte que la modernización y los cambios producidos fueron necesarios, pero no suficientes para garantizar la producción del cuidado. La dimensión subjetiva relacional de las consultas revela, en contraposición, una tendencia a

Recibido el 10/02/25

Aceptado el 18/08/25

¹ Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (INDES) - Facultad de Humanidades, Cs. Sociales y de la Salud (FHCSyS) - Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE) / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) - Av. Belgrano (s) 2180 - CP 4200 - Capital - Santiago del Estero, Argentina.
Correo Electrónico: laurenciasilveti@gmail.com
ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6284-9788>

afianzar la mercantilización de la salud y la subordinación de las personas usuarias que contrasta con los avances en materia de derechos.

Palabras Clave: cambio organizacional, infancia, política de la salud, servicio de salud, trabajo.

Abstract

This paper analyzes institutional changes in health policies related to childhood and their effects on the relationships between health care professionals and service users at a pediatric hospital care center in Santiago del Estero, Argentina. From a qualitative perspective, in-depth interviews were conducted with those who conceptualized and implemented the creation of this center, along with an analysis of the institutional dispositif based on participant observation records. Content analysis made it possible to explore meanings and interpretations surrounding the process of the Center's creation, as well as to identify changes and continuities in paradigms, practices, and regulatory frameworks. Among the findings, we highlight, on the one hand, tensions between political strategies, discourses of protection, and public health practices related to childhood. On the other hand, the study reveals the paradoxes and challenges of institutional changes aimed at improving the quality of health care, from the perspectives of workers and managers. In conclusion, while modernization and the changes implemented were necessary, they were not sufficient to guarantee the production of care. By contrast, the relational and subjective dimension of medical consultations reveals a tendency toward the consolidation of the commodification of health care and the subordination of service users, which stands in tension with advances in the field of rights.

Keywords: organizational change, childhood, health policy, health services, labour.

Introducción

Este trabajo analiza cambios institucionales sobre las políticas sanitarias relacionadas con infancias y sus efectos en los vínculos entre agentes de salud y personas usuarias, en un centro de atención hospitalaria pediátrica de Santiago del Estero-Argentina. El objetivo es analizar los modos en que los cambios institucionales en materia de política sanitaria pediátrica reflejan tensiones entre discursos de protección y prácticas asistenciales y de gestión, que permitan identificar límites y alcances de los avances normativos en materia de derechos en infancias. La dimensión de análisis principal fue la relación micropolítica entre agentes de salud-personas usuarias, constituida por tres categorías emergentes: tecnificación -vinculada a la modernización aparatológica y la hegemonía técnica en las intervenciones-, burocratización -vinculada al aumento excesivo de funciones administrativas que obstaculizan procesos en favor de la mercantilización y las dinámicas clientelares- y jerarquización -como parte de procesos de clasificación social y discriminación, a partir de la consolidación de procesos de atención asimétricos y diferenciales-.

Las preguntas que guían este estudio son: ¿de qué modos los cambios institucionales y de políticas sanitarias pediátricas reflejan tensiones entre discursos de protección y prácticas tecno-asistenciales? ¿Qué límites y alcances se reflejan en las prácticas enmarcadas en avances normativos en materia de derechos en infancias?

Se parte del supuesto de que los cambios político-institucionales en salud son necesarios para avanzar hacia el ejercicio de la salud como derecho. Sin embargo, dichos cambios se ponen en acto de formas singulares que reflejan tensiones entre paradigmas, posicionamientos, marcos normativos, políticas y prácticas que marcan límites y desafíos. En contextos de cambios paradigmáticos, discursivos e institucionales en torno a salud e infancias, resulta relevante identificar las estrategias políticas y dirigir la mirada hacia las prácticas que conforman los actos cotidianos en los que los discursos se ponen en acto en las organizaciones estatales.

Contextualización del trabajo

Este trabajo se desarrolla en una provincia con altos e históricos niveles de pobreza y desigualdad estructural (Gurmendi y Silveti, 2021), donde la implementación de políticas de protección de infancias encuentra límites y desafíos. Dentro del marco normativo internacional, un hito respecto de la protección de derechos de infancias y adolescencias lo marcó la Convención Internacional de los Derechos del Niño,

Niña y Adolescentes (Naciones Unidas, 1989), ratificada por Argentina en 1990 y elevada a rango constitucional en la Reforma de la Constitución Nacional de 1994 (Convención Constituyente, 1994). En esta línea, se sancionaron la Ley nacional de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes (Ley 26.061, 2005) en 2005 y, en Santiago del Estero, la homónima Ley provincial (Ley 6915, 2008). El 28 de noviembre del mismo año, en la ciudad Capital de la provincia se inauguró el nuevo centro de atención hospitalaria pediátrica analizado y cerraron las puertas del antiguo hospital pediátrico provincial, que había sido creado en 1963.

Cabe mencionar también que la Reforma Constitucional de 1994 implicó la transferencia de los servicios sanitarios y educativos desde Nación a las provincias, sin la consiguiente transferencia de recursos específica para atender su financiamiento y sin previsión de mecanismos compensatorios. Esto devino en que cada jurisdicción se haga cargo de manera totalmente independiente de la educación y la salud pública de sus propios habitantes, enfrentando significativas disparidades entre necesidades y recursos (Cetrángolo y Gatto, 2002).

Con este marco, el nuevo Centro de salud pediátrica se propuso: (a) cambios edilicios, desde la construcción de un nuevo edificio emplazado en un terreno diferente al anterior, (b) cambio de nombre –de hospital a centro de salud- (c) innovación en equipamiento técnico (d) especialización médico-profesional (e) nueva organización de las coordinaciones de servicios (f) reconfiguración de la dirección del Centro –antes unipersonal y luego compuesta por tres figuras: ejecutiva, administrativa y médica- y (g) gestión autárquica de presupuesto. Ésta última es particularmente significativa dado que es la única experiencia de este estilo de gestión en la provincia y se orientaba a disminuir tiempo en la compra de recursos materiales, antes centralizada en Ministerio de Salud provincial. Dicho presupuesto es decidido anualmente por sus trabajadores/as y aprobado por el Gobierno provincial. Con estos cambios, el nuevo Centro logró situarse en el discurso político-sanitario como *revolucionario* (una de las categorías nativas presentes en los relatos analizados).

En cuanto al sistema de salud provincial en que se inserta el Centro, este sigue la lógica nacional de tres subsectores (público, privado y obras sociales) donde se disputan diferentes intereses económicos, políticos y sociales para la prestación de servicios (Rovere, 2016). Particularmente, el subsistema público de salud se clasifica en diferentes niveles de atención, según su complejidad y función (Vignolo et al., 2011). De acuerdo con ello, este Centro se configuraría en el segundo nivel de

atención, correspondiente a proveer servicios especializados en el área de pediatría para la provincia y la región. A su vez, el Centro forma parte de una red de atención sanitaria provincial con distintas funciones según nivel de atención, compuesta por 474 establecimientos sanitarios estatales distribuidos en siete zonas sanitarias provinciales (Cordero, 2021), de los cuales es el único de atención pediátrica exclusiva.

Marco teórico

Este trabajo se enmarca desde los posicionamientos teóricos de articulación entre ciencias sociales y de la salud (Briceño-León, 2003) y se retoman aportes de la Salud Colectiva Latinoamericana. Estos referenciales permiten analizar la organización de servicios de salud y sus procesos de trabajo con perspectiva crítica (Silva Paim y Almeida Filho, 1999). De ello, comprender los modos en que los asuntos de salud e infancias son problematizados en las instituciones e incorporados a las agendas del debate público, requiere reconocer también la manera en que diferentes actores toman posición y deciden políticas y acciones frente a ello, definiendo la naturaleza, intensidad y límites del área de conflicto social (Oszlak y O'Donnell, 1995).

El territorio de las organizaciones públicas se configura como lugar donde discursos y programas se ponen en acto. Allí, es posible reconocer la concepción de sujeto subyacente que, a su vez, configura la relación de poder entre *objeto* de intervención y *sujeto* interviniente (Zelmanovich y Minnicelli, 2012). En las organizaciones de salud, cobra relevancia el alto grado de autonomía que las caracteriza, respecto de su modo de producción dependiente del trabajo vivo en acto, aquel trabajo, que está presente en el tiempo e implica al sujeto viviente y su subjetividad (Merhy et al., 2012).

En la tarea cotidiana de atender-cuidar, se toman decisiones individuales que condicionan la calidad de la atención que se brinda. Bajo la misma normativa, en el mismo edificio y en el mismo horario, cada persona en situación de trabajo puede establecer una manera de atención-cuidado diferente a la que realiza otra. Esto refleja las formas en que cada trabajador/a del ámbito de la salud expresa su ética, su idea de qué es la vida propia y la de las otras personas, el modo en que conciben a la persona usuaria, y su capacidad de autogobierno en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (Franco y Merhy, 2016). A partir de ello, se construye una experiencia singular en el proceso intersubjetivo de demanda-respuesta entre

trabajadores/as y personas usuarias, lo que convierte a las organizaciones de salud en escenarios dinámicos, aun cuando existen normas protocolizadas de atención.

En la misma línea, Feuerwerker (2021) comprende a la salud como campo político, donde coexisten dos procesos intangibles pero nodales. Por un lado, la producción de procesos de subjetivación subordinada -vinculada al disciplinamiento y al control sobre la producción de la vida por parte del Estado, por el capital, por el saber oficial- y, por otro lado, la producción de procesos de cuidado que se orientan a expandir posibilidades del vivir -en relación con la autonomía, el autogobierno y las luchas de distintos grupos/colectivos en torno a las políticas de existencias-.

La salud se configura, así, como campo de múltiples fuerzas en tensión, constituido por: las ciencias, los modos de producción económica, los modos de producción de vida y los sentidos de la vida, que varían históricamente. Dichas fuerzas se establecen en los procesos relacionales de la micropolítica, en los encuentros entre personal de gestión y personal asistencial, y entre éste y las personas usuarias, que conforman modos de estar en el encuentro. Estos modos de *estar* constituyen procesos de subjetivación, entendidos como procesos continuos, móviles, mutables, situacionales, atravesados por vectores siempre relacionales y en disputa, que producen las personas en su vida cotidiana. Algunos de los vectores, planos y producciones que configuran los procesos de subjetivación en salud son: la formación profesional, las disputas corporativas, las historias de vida, los proyectos ético-políticos, las gestiones producidas por las políticas, las lógicas de gestión, los efectos de la convivencia en equipo, los conceptos de salud, los encuentros individuales y colectivos con los usuarios, los agenciamientos colectivos, entre otros. La subjetivación, entonces, está siempre en producción, se moviliza y se encuentra atravesada por vectores con mayor o menor grado de estructuración, permanencia y definición, que consolidan o cuestionan espacios de poder y explicitan conservadurismos o deconstrucciones.

Antecedentes

Diferentes estudios previos abordan cambios institucionales vinculados al campo de la salud. En Latinoamérica, la producción de Báscolo (2010) analiza la implementación de iniciativas que promueven sistemas integrados de servicios de salud basados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Desde allí, comprende la construcción institucional como producto de un proceso social, donde

se resuelven de formas diversas aspectos normativos de regulación de provisión de servicios y de distribución de recursos y los valores sociales que legitiman este proceso.

Por su parte, los trabajos de Sánchez Salcedo (2019) y Castrillón-Valderrutén y Sánchez Salcedo (2019) analizan un proceso de transición institucional sanitaria (de asilo a hospital) en Colombia. Allí muestran transformaciones en la praxis médica y en la base cognoscitiva de profesionales como aspectos que propiciaron cambios centrados en la implementación de nuevas formas de entender y clasificar enfermedades y su tratamiento. Esto generó rupturas con formas previas y un nuevo espacio de formación.

En el ámbito nacional, Belmartino (2005) indagó procesos históricos sanitarios donde advirtió la centralidad del conflicto entre agentes con perspectivas diferentes sobre las innovaciones, que llevaban a la institucionalización de nuevas reglas y al consiguiente cambio de las modalidades de organización. En un trabajo posterior, la autora investiga transformaciones locales en las políticas de atención médica y enfatiza la necesidad de profundizar el estudio de los procesos de cambio institucional, tanto a nivel nacional como provincial. Esto permitiría potenciar la capacidad explicativa de la historia a través de análisis comparativos. Advierte que, en paralelo con el debate sobre la necesidad y adecuación de nuevas formas organizativas, es posible reconocer algunos cambios significativos en las representaciones que la sociedad construye en torno a problemáticas vinculadas con la enfermedad. En ese contexto, muestra a la experiencia santafesina como un importante antecedente de lo que sería pocos años más tarde el proyecto fundacional nacional de salud pública con el primer peronismo (Belmartino, 2007).

Respecto de avances en los marcos normativos vinculados al derecho a la salud, Ase y Burijovich (2009) trabajan sobre la legislación sanitaria de la provincia de Córdoba (Argentina). Señalan el sentido regresivo de la misma al focalizarse, por ejemplo, en elementos fragmentados de la realidad sociosanitaria, sin propuestas integrales como lo plantea la estrategia de APS y que la existencia de un marco normativo internacional es un avance importante, aunque su aplicación efectiva es de suma complejidad.

En cuanto a trabajos previos que abordan la dimensión subjetiva y la micropolítica del trabajo en salud, Merhy *et al.* (2020) y Seixas *et al.* (2021) identifican que en estos procesos existen apuestas por la construcción de formas de cuidar, centradas en

la producción de potencias para afrontar los desafíos de convivir con el sufrimiento, la enfermedad y sus consecuencias en situaciones diversas y adversas. En el mismo sentido, Feuerwerker (2021) analiza los vínculos entre trabajo y subjetividad en las experiencias de trabajadores/as de la salud en relación con las políticas sanitarias del Sistema Único de Salud en Brasil atravesadas por la pandemia de Covid-19. Allí advierte que el trabajo compartido, en equipo o en red, no se produce desde la prescripción sino a partir de la construcción de sentidos comunes, del reconocimiento del valor de la creación colectiva y su potencia para ampliar posibilidades, a pesar de las tensiones, diferencias y disputas en cada momento.

Estos antecedentes dan cuenta de la importancia del análisis de los cambios institucionales y la puesta en acto de políticas sanitarias desde la experiencia de las y los trabajadores en contextos subnacionales.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cualitativo interpretativo-crítico (Minayo, 2010). Éste permite comprender que los significados que configuran y dan sentido a la realidad son contruïdos socialmente en los procesos de interacción, a la vez que son mediatizados por el lenguaje. Los procedimientos interpretativos comprometidos con el análisis de las experiencias permitieron indagar acerca de la dinámica entre discursos y prácticas presentes en la relación equipos de salud-personas usuarias.

La recolección de datos estuvo compuesta por dos técnicas: 1) observación participante entre 2017 y 2019, previo a la pandemia de Covid-19; y 2) entrevistas en profundidad realizadas durante 2018 a trabajadores sanitarios con experiencias significativas en funciones de gestión y atención en salud en infancias en la provincia de Santiago del Estero, quienes también formaron parte de la ideación del proyecto de innovación institucional. En su mayoría, profesionales de la medicina y/o de la gestión sanitaria y en su totalidad, varones.

La observación participante se desarrolló a partir de que la autora fue parte del personal de salud del Centro desde 2014. De este modo, la investigación estuvo mediada por la incorporación en el campo de prácticas desde el rol de investigadora, pero también de trabajadora. El participar de los procesos de trabajo cotidiano permitió conocer y caracterizar los modos en que se producen las consultas y sus tratamientos en relación con las condiciones de vida de pacientes, registrando observaciones en un diario de campo. Desde allí se identificaron límites y alcances

de la práctica en articulación con el discurso de forma privilegiada, mapeando la construcción del espacio de relaciones allí presentes (Benet et al., 2016). Si bien la proximidad al campo permitió reconocer con mayor facilidad, dinámicas y estructuras laborales sanitarias, no fue sencillo sostener la distancia operativa necesaria para evitar sesgos en la construcción de los datos. Esto se logró a partir de un proceso constante vigilancia epistemológica que incluyó repreguntas hacia las personas entrevistadas, trabajo con bibliografía científica relativa al tema, intercambios con otros/as investigadores/as con quienes despejar inquietudes e inseguridades propias del proceso de investigación y, también revisión de la escritura y el modo en que se fueron plasmando los datos con investigadores/as expertos/as. Esta posición implicada, lejos de ser un obstáculo, se reconoce como una condición epistemológica de la investigación, lo que exigió un ejercicio constante de reflexividad y la implementación de estrategias para sostener la distancia analítica necesaria (Bourdieu, 1999; Emerson et al., 2011).

Las notas de campo fueron elaboradas entre 2017 y 2019 en el marco de la participación activa en procesos de atención, recorridos institucionales, actividades interinstitucionales y espacios formativos (como ateneos), en distintas dependencias del Centro de salud (salas de espera, consultorios externos de especialidades como atención temprana del desarrollo, traumatología, cirugía, salas de internación, administración de turnos y estadísticas, las oficinas del servicio social, pasillos y hall central, oficina de comunicación a distancia, la farmacia, entre otras). Estos registros se realizaron de manera regular, atendiendo tanto a las escenas observadas y sus participantes como a los sentidos emergentes, con una escritura que osciló entre lo descriptivo y lo analítico (Clifford, 1991; Emerson et al., 2011). Las notas fueron aumentadas sucesivamente en los días posteriores a partir de relecturas del cuaderno.

El corpus empírico se compone, a su vez, de cinco entrevistas en profundidad (Minayo, 2014), realizadas durante 2018, de aproximadamente una hora de duración cada una, grabadas y transcritas, previo consentimiento informado. Cada participante tuvo acceso al proyecto de investigación y a los datos construidos a partir de la información elaborada. El muestreo de participantes se constituyó de manera dirigida (Martínez-Salgado, 2012). A partir de la identificación de la población constituida por un grupo de doce trabajadores sanitarios que tuvieron participación activa en la gestión de creación del Centro y en sus procesos de atención -en su mayoría varones- incluyendo también un participante que conformaba el grupo

asesor desde un hospital pediátrico de referencia nacional y latinoamericana, cuya experiencia se buscó replicar. La muestra fue determinada desde la técnica de bola de nieve y delimitada por el criterio de saturación teórica (Martínez-Salgado, 2012).

La combinación de fuentes permitió una comprensión densa del proceso institucional abordado y favoreció el análisis de los sentidos en disputa en torno a salud pediátrica y su institucionalización.

Los datos fueron elaborados a partir del análisis de contenido (Krippendorff, 2018). Se organizaron en una matriz conceptual de referencia, a partir de un proceso de codificación abierta sobre las transcripciones de las entrevistas en tres etapas: la simplificación de la información, la selección de los textos significativos para la investigación y el proceso de categorización de la información obtenida para ordenar las distintas temáticas abordadas, que finalmente fueron reducidas a unidades simples y manejables (Izcara-Palacios, 2009).

Asimismo, es importante señalar que el proceso de sistematización y publicación de los resultados se vio demorado por condiciones institucionales adversas. En particular, durante el período de beca doctoral en el que se escribió este trabajo, se produjeron situaciones de violencia laboral, lo que generó obstáculos significativos para su desarrollo esperable y su publicación. Si bien estos hechos fueron canalizados a través de los mecanismos institucionales correspondientes, la experiencia vivida da cuenta de cómo las relaciones de poder en el campo académico pueden incidir negativamente en la producción de conocimiento, limitando tiempos, accesos y posibilidades de elaboración crítica. Este reconocimiento se inscribe en la perspectiva reflexiva que busca reflejar no solo los problemas de investigación, sino también las condiciones concretas en que se investiga. La inclusión de esta información tiene un doble objetivo: por un lado, visibilizar las condiciones materiales y simbólicas de producción del conocimiento (algo muy relevante en salud colectiva); por otro, resguardar la legitimidad de los resultados, cuyo retraso de publicación estuvo relacionado con dinámicas de violencia que afectan particularmente a quienes investigan desde posiciones subordinadas (como becarias, trabajadoras, mujeres).

Resultados

Para introducir el apartado, se presenta una sucinta reconstrucción del Centro como escenario de estudio. Luego se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a las categorías emergentes mencionadas.

La reconstrucción histórica elaborada a partir de entrevistas, permite advertir que los orígenes de este Centro se remontan a experiencias de estrategias sanitarias integradas nacionales de la década del '60. Particularmente, en Santiago del Estero, se iniciaron propuestas para generar un centro de referencia de atención de salud pediátrica que nucleara la región del noroeste argentino, dado que comparte ciertas características de población y cultura (González y Young, 2017). Dicha iniciativa quedó trunca, pero logró movilizar las voluntades necesarias para generar impulsos de producción de respuestas institucionales acordes a los avances en materia de salud e infancias que comenzaron a desarrollarse a nivel nacional. De ello, en 1963 se inauguró el primer hospital de atención pediátrica de la provincia, aunque con serias deficiencias técnico-edilicias que, ya en ese momento inaugural, condicionaban la atención de manera crítica.

En este contexto, algunos trabajadores y trabajadoras sanitarios/as se organizaron de manera autónoma para comenzar a construir un nuevo proyecto que permitiera mejorar lo que se había logrado y dar continuidad a la atención pediátrica. Las propuestas que traían se basaban en sus experiencias como residentes en emblemáticos hospitales de pediatría situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Simultáneamente, iniciaron un proceso de diálogos con distintos funcionarios del Gobierno provincial para lograr financiamiento. Más tarde se formalizaron asesorías de gestión provenientes de un hospital pediátrico de referencia nacional y Latinoamericana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A su vez, en contextos de implementación de nuevos marcos legales y paradigmáticos de protección de derechos, como las leyes de protección de infancias mencionadas anteriormente, se pusieron en tensión distintas concepciones de salud e infancia, perspectivas políticas y fuentes de financiamiento, articuladas a condiciones variables del contexto y crecientes demandas de la población. Aún con discontinuidades, este proyecto -que aspiraba a revolucionar la atención y gestión de la salud-, tomó forma, generando acuerdos políticos para su concreción. Así, en 2008 el Centro abrió sus puertas con el objetivo de brindar asistencia pediátrica integral y renovada.

A continuación, se analiza el proceso de cambio institucional a partir de las tres dimensiones analíticas previamente descriptas: tecnificación, burocratización y jerarquización.

La tecnificación

Uno de los puntos de contraste que la propuesta de cambios del Centro sostuvo, fue un fuerte énfasis en innovación técnico-edilicia. Esto permitiría ubicarlo -en su dimensión material-, como la mejor solución posible para la región frente al estado crítico del antiguo hospital. Así lo señala un entrevistado:

“Yo creo que, en resumen, el [Centro] fue, (...) el edificio que fue increíblemente apto para hacer lo que había que hacer, después de todas las modificaciones que hicimos, porque no hay ningún edificio ideal” (Entrevistado n° 1).

El nuevo edificio reflejaba la importancia que reviste el Centro en el imaginario social: el lugar para hacer “lo que había que hacer” efectivamente se logró. Este proceso de modernización técnico-edilicia fue necesario, pero no suficiente para mejorar la calidad de atención. Al no estar acompañado de procesos reflexivos, mejores condiciones salariales ni evaluación de desempeños, se evidenció una disminución horarios laborales establecidos que afectan la calidad de la atención:

“Eso es muy duro, cuando (...) tienen una carga horaria y vienen menos (...) ‘por lo que me pagan’ (...) sobre la base de mi conveniencia personal. Lamentablemente estos tipos neoliberales hacen que las conveniencias personales se impongan sobre las colectivas (...)” (Entrevistado n° 1).

La modernización aparatológica propició la permanencia y jerarquización de los resultados que arroja el uso de tecnologías duras, manejadas desde disciplinas fragmentadas, en lugar de promover la escucha atenta del saber de las personas usuarias sobre sus propios cuerpos. Esta tendencia refuerza procesos de desubjetivación en las prácticas sanitarias, que se alinean con una lógica de mercantilización de la salud. En ese marco, la presencia y uso extendido de tecnologías no solo responde a supuestos de eficiencia diagnóstica, sino que también puede asociarse a beneficios personales y profesionales para quienes las operan: aumento del prestigio técnico, reducción de la exposición al error clínico, optimización del tiempo en contextos de alta demanda, e incluso una forma de distanciamiento afectivo frente a situaciones de sufrimiento. El uso extendido de tecnologías también se asocia con un aumento de beneficios para el complejo médico-farmacéutico-industrial, generando gastos en beneficio de privados. Como señalaron entrevistados/as, en ciertos casos, este aumento de usos aparatológico puede estar en sintonía con intereses comerciales o

con lógicas institucionales que priorizan la rentabilidad de la enfermedad por sobre la promoción de la salud:

“Las personas están sanas, vienen sanas, en su mayoría, salvo algunos problemas genéticos, congénitos (...). Vos lo que tenés que hacer es que ese tipo siga sano, no inventarle enfermedades (...). Es decir, yo te veo desde la salud o te veo desde la enfermedad. Este tema de la monetarización (SIC) tiene mucho que ver con ver a la gente desde la enfermedad, porque es más rentable la enfermedad. La salud no es rentable, no genera *guita* [dinero], nadie le hace una tomografía a un tipo que está sano” (Entrevistado n° 1).

Este “ser cómplice de las industrias”, como expresó el entrevistado, puede entenderse no solo en términos económicos, sino también simbólicos, institucionales y profesionales. En este contexto, los intentos de transformación en las prácticas de atención se ven tensionados por intereses diversos que, aunque no siempre sean explicitados, inciden en las decisiones cotidianas:

“Las cuestiones sin cambio, no son del nuevo centro (...), y están basadas, yo creo que en general, en la falta de conciencia de los trabajadores de la salud, de cuál es su lugar (...). A veces, pienso que (...) hacemos cosas por los niños, y a veces pienso que hacemos cosas a los niños por nosotros. Eso persiste. Y no solamente persiste, no disminuye (...), la impresión es que aumenta” (Entrevistado n° 2).

Las nuevas leyes establecidas desde la perspectiva de derechos y articuladas a las innovaciones técnico-edilicias que caracterizaron la creación del Centro reflejan que las condiciones materiales para mejorar la calidad de la atención están dadas. Sin embargo, en los aspectos subjetivos, el equipo de salud se muestra orientado a ocuparse de manera fragmentada de la enfermedad. Si bien, no es posible generalizar trayectorias del personal de salud, se puede advertir un aumento progresivo en la consolidación del enfoque biomédico, desde una visión mercantil de la salud, preocupada más por obtener beneficios monetarios de los procesos de atención que por el cuidado de la salud.

En el mismo sentido, las observaciones realizadas permiten reflejar una tendencia a la exclusión y subordinación de la palabra de la persona usuaria de forma constante. En general, no se asigna tiempo ni interés a construir encuentros intersubjetivos que posibiliten experiencias de producción de cuidado territorializado. En su lugar, se proveen respuestas protocolizadas, estandarizadas y técnicas:

En una interconsulta con traumatología por patología de pie bot de una bebé que vino con su madre, el médico le advierte a la madre que debió venir antes y la deja sola en una bañera con agua para que le saque el yeso de contención (registro de campo, junio de 2019).

Esta situación se da en un contexto donde madre -analfabeta y sin trabajo registrado- y bebé residen en una localidad rural de la provincia, a 175 km de distancia de la ciudad Capital, ubicación del Centro. Esto implica un trayecto que deben costear y realizar en 3 horas (en lugar de 2) por el estado de los caminos. A su vez, se trata de un padecimiento que implica tratamiento semanal que, muchas veces, no se puede cumplir por los costos de traslado y esto no es contemplado en la atención. Desde la posición de investigadora-trabajadora, fue posible registrar con particular nitidez estas dinámicas. En una nota de campo escrita tras testimoniar esta situación, se consignó: “este episodio resultó movilizante como trabajadora del Centro. Identifiqué la angustia de la mujer ante las exigencias que no consideraron su situación social. Como investigadora, esta escena también me hace a preguntarme acerca de qué tipo de clínica se habilita en estos marcos organizativos que no contemplan la dimensión social y subjetiva del cuidado. Esta situación tiene efectos concretos en las dinámicas relacionales y en la construcción de sentido profesional, generando angustias, fragmentación del trabajo en salud (al no convocar equipos para resolver situaciones complejas) y debilitamiento de los espacios interdisciplinarios”.

Este tipo de situaciones configuran lo que un entrevistado relata como “maltrato hospitalario”:

“El maltrato hospitalario -que no es prerrogativa de Santiago [del Estero]-, forma parte de la falta de conciencia de quién sos, para qué estás” (Entrevistado n° 1).

Es notable remarcar que se habla del maltrato “hospitalario”, como si se tratase de un mandato institucional imposible de modificar, lo cual reduce la potencia de obrar al cristalizarse en la identidad del hospital.

Paradójicamente, las condiciones precarias de atención que caracterizaban los procesos de atención en el antiguo hospital parecían habilitar un mayor involucramiento y unión del equipo de salud frente a las demandas y experiencias de las personas usuarias (entrevistado n° 3). Esta construcción de sentidos comunes

desde la crisis generaba empatía, pero esto se fue perdiendo al mejorar y modernizar los procesos de atención en el nuevo Centro.

Las problematizaciones presentes en los relatos de las personas entrevistadas respecto del trato hacia personas usuarias, reflejan que, al mejorar las condiciones de la atención, los usos de la autonomía profesional se focalizaron en beneficio del poder dominante y los intereses económicos. En el ejercicio de la autonomía profesional se fue dejando de lado la capacidad de generar y sostener estrategias micropolíticas de resistencia en favor de un orden orientado a la mercantilización, desde la tecnificación articulada a la burocratización.

Burocratización

La atención médica involucra no sólo la respuesta especializada-profesional, sino también las acciones del equipo administrativo. Tal como lo expresa un entrevistado, con el Centro, se buscó:

“Otro cambio de paradigma fue explicarle a todo el espacio administrativo que trabajaban para los pacientes. La dirección administrativa tuvo, digamos, varios cambios, pero ideológicamente siempre hemos tratado de hacerles conservar un tema (...) al paciente, en realidad no solo lo atienden el médico y no solo lo atiende la enfermera que está al costado de la cama, lo atendemos todos: si lo maltrata el de recepción, si no están oportunamente comprados los insumos y demás, el resultado final te van a decir, el hospital no está funcionando” (Entrevistado n° 5).

La escucha atenta y el registro de las conversaciones informales entre personas que esperan, permitió dar cuenta de largas esperas y sacrificios que las personas usuarias realizan para conseguir atención. Por ejemplo, la asignación de turnos es por orden de llegada, lo que implica que las personas usuarias pasen la noche haciendo fila en la puerta de un servicio (en el pasillo o a la intemperie con condiciones climáticas adversas), para poder obtener uno. Tampoco se consideran condiciones geográficas y sociales de las personas usuarias para acceder a la atención: recursos económicos escasos y variables, medios de movilidad inexistentes, caminos en mal estado o no poder dejar sus domicilios o al resto de su familia porque no tienen seguridad.

Estas esperas y sacrificios para la obtención de turnos se vinculan, en parte, con la mencionada decisión individual de agentes de salud de reducir su horario de atención

generando esperas evitables. Por otro lado, se relaciona con la falta de construcción de estrategias administrativas de la gestión de turnos que permitan planificar turnos con horarios -en lugar del orden de llegada- y construir comunicación fluida con las personas usuarias para efectivizar su concreción, potenciando los recursos comunicacionales que existen, como la Oficina de Comunicación a Distancia.

En estas condiciones, se constituyen, en mayor o menor medida, procesos clientelares al interior de la institución, por ejemplo, a partir de la mercantilización de turnos por parte del personal administrativo y asistencial. Al respecto, un entrevistado refiere:

“Si bien hemos mejorado en algunos aspectos, no hemos logrado revertir algunas ‘mañas’ [malas costumbres] del pasado. La venta de turnos, la necesidad de que la gente venga a la madrugada a hacer cola para esperar por un turno, el maltrato a gente que es del interior, o en la sala de internación misma... porque son esas pequeñas cuotas de poder que tienen el uno sobre el otro que la hacen valer. Y eso no lo hemos podido revertir totalmente” (Entrevistado n° 2).

Las formas de dominio burocrático y mercantilización en la asignación de turnos muestran la tendencia a conformar un comportamiento instituido como gestión de la subordinación y el mérito. Estas dinámicas de ejercicio de poder pueden vincularse a las formas naturalizadas del “maltrato hospitalario”, del orden institucional sostenido en dispositivos de sometimiento. En contextos de vulnerabilidad y padecimiento, estas relaciones desiguales obligan a las personas usuarias a peregrinar y pagar para obtener una respuesta breve y centrada en la patología, en detrimento de la posibilidad de producir el cuidado integral. Estas “cuotas de poder” a las que refiere el entrevistado, privilegian a determinados grupos sobre otros y dan cuenta de prácticas de conductas autoritarias que constituyen una situación de alerta y de amenaza en la relación médico-paciente (Afonso Presilla y Nobalbo Aguilera, 2012).

Se advierte que los cambios producidos en términos burocráticos a partir del nuevo Centro, particularmente la gestión autárquica de presupuesto, no se vincularon con mejoras en el tiempo y la calidad de la relación médico-paciente, sino que se tendió a priorizar procesos mecánicos, protocolos y tiempos profesionales por sobre los sujetos y el cuidado. No se trata de un desconocimiento de derechos, sino más bien de posicionamientos que refuerzan la subordinación y moldean subjetividades en detrimento de la ciudadanía. De hecho, en los muros internos del Centro se

encuentran, al momento de la investigación, múltiples carteles con información sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes (registro de campo, diciembre de 2017).

La naturalización de estas formas relacionales burocratizadas y mercantilizadas, obstaculiza visibilizar que las instituciones de salud son también un sistema de prácticas sociales donde el trabajo vivo en acto produce efectos de subjetivación en las experiencias, que aumentan o disminuyen la potencia de obrar. Estos aspectos tienen un valor significativo en infancias, ya que en ese tiempo ocurren las primeras experiencias de ciudadanía, comprendida como estado de plena autonomía, que implica la aceptación de la alteridad y la singularidad, donde la institucionalidad opera como mediadora en permanente reconstrucción (Fleury, 2006). De ello, se muestra que el aumento o disminución en la calidad de la atención no se explica linealmente por carencias y precariedad en los recursos materiales, sino también por posicionamientos ético-políticos de sus funcionarios/as, que tienen efectos en la producción de ciudadanía y de procesos de subjetivación.

Jerarquización

La tercera categoría emergente integra las anteriores profundizando el análisis en la comprensión de la clasificación social y la discriminación. Al jerarquizar el tiempo e intereses del personal de salud y reducir su disponibilidad hacia las personas usuarias se propicia también el desconocimiento de su capacidad de autogobierno. Esto refleja que empobrecer un proceso de producción de atención en salud no solo se relaciona con un bajo presupuesto o condiciones edilicias precarias, sino también con los modos en que se gestionan y utilizan los recursos institucionales y personales en la producción de respuestas institucionales. La autonomía presupuestaria y el aumento de recursos materiales del Centro cohabita con una profunda pobreza en el trato y con la incapacidad para transformar las condiciones subjetivas de la atención.

Los datos muestran la tendencia a construir una posición de superioridad del personal de salud, a partir del ejercicio de discriminaciones institucionales, micro-autoritarismos, microagresiones por motivos de clase, género, color de piel, lugar de residencia entre otras como formas de gobernar las vidas (Moral Cabrero et al., 2020; Marçon et al., 2021).

Además de la previa identificación del maltrato a las personas del interior –también signadas por la pobreza estructural-, otra de las personas entrevistadas reconoce la clasificación social protagonizada por la pobreza y su lugar de rezago en el hospital público, que generan efectos en la forma de pensar y ofrecer recursos y prestaciones:

“Lamentablemente se va haciendo una población más homogénea, que es la pobre, de menos recursos. Esa pobreza, que es la histórica pobreza del hospital (...) Ramón Carrillo, (...) dijo ‘si hacemos hospitales para pobres, haremos pobres hospitales’” (Entrevistado n° 3).

La naturalización de la pobreza, las desigualdades y privilegios configuran un escenario de múltiples tensiones naturalizadas. La reproducción de tecnologías y prácticas de carácter autoritario y excluyente, se agudiza desde el supuesto de la existencia de vidas que merecen ser excluidas, cuerpos marcados por existencias situadas en los márgenes y, de este modo, no dignas de ser vividas. Esto pone en juego el desafío de desnaturalizar el debate y reflexionar acerca de los posicionamientos de trabajadores/as en los dispositivos de las políticas del cuidado. En este sentido, un entrevistado alude:

“Y por eso, si hay desafíos hoy, todavía, son esos. La gente [en referencia al personal de salud] que piensa primero que está un escalón por arriba en la escala social y que eso le da derecho a aprovecharse de la situación, eso es una asignatura pendiente” (Entrevistado n° 2).

La posición de superioridad de agentes de salud muestra la tendencia a actuar como si el tiempo de interacción con las personas usuarias fuera un favor, en lugar de considerarse como su trabajo en tanto representantes del Estado para garantizar el derecho a la salud de la población. Estos mecanismos configuran una trayectoria de sufrimiento personal y gastos de dinero y tiempo, tanto de la institución como de las personas usuarias, que podrían evitarse.

La concepción del hospital público como espacio destinado a las personas “pobres”, refuerza su condición de desposeídas, aquellas que no pueden pagar por atención y reciben lo que se merecen de acuerdo con su grado de inserción en el mercado productivo. Se espera de estas personas que no se quejen y agradezcan por la atención *gratuita* (registro de campo, marzo de 2019), aunque en realidad, es financiada por el Estado y por pagos simbólicos a través de sacrificios y subordinaciones. El

registro de campo de la escena propició reflexiones acerca de las formas en las que se comprende la atención en salud pública como un favor, en lugar de como un derecho, tornando aún más verticales las relaciones entre equipo de salud-personas usuarias. Esto, a su vez, abrió la pregunta acerca de los mecanismos a través de los cuales se institucionalizan dinámicas clientelares.

Una posible mirada desde Salud Colectiva, permite sugerir que estos hallazgos pueden ser interpretados como expresiones locales de una tendencia más amplia: la mercantilización de los dispositivos de atención en torno a especialidades médicas, en desmedro de las prácticas integradoras, territoriales y comunitarias desde la perspectiva de derechos. Lejos de entenderse como una simple opinión, este registro expresa disputas por el sentido del cuidado.

Por último, uno de los entrevistados reflexionó acerca de los cambios atravesados y refirió que el personal médico *de antes* priorizaba su formación y reconocía la necesidad de estar a la altura del trabajo en salud. Sin embargo, advirtió que los valores han cambiado y el esfuerzo por transformar las condiciones de producción de la vida y la salud descansa más en las tecnologías y diagnósticos sin sujeto, en pos de acumular capital económico:

“La formación humana viene antes. Si vos te has criado en una casa donde lo más importante era el modelo del auto, el nuevo celular, el aire acondicionado, las vacaciones en Europa, después se te hace difícil hacer un *click*, y decir, ‘bueno ahora lo más importante es este niño (...)’. Ese cambio [ríe] no sé cómo se hace (...) creo que desde pichones [pequeños] tenemos que empezar con ellos y decirles bueno mira esto es un paciente, es lo más importante de tu vida. (...) si vos lo eliges, hacelo bien, sino no, no es necesario, no es necesario [enfatisa]” (Entrevistado n° 1).

Discusión

El artículo se propuso analizar cambios institucionales de políticas sanitarias relacionadas con infancias a partir de sus efectos en las relaciones entre agentes de salud y personas usuarias en un centro de salud hospitalaria pediátrica de Santiago del Estero-Argentina. Se identificó que dichos cambios no reflejan la actualidad de los debates en materia de derechos. Retomando a Báscolo (2010), se refleja que la construcción institucional es producto de un proceso social más amplio, que involucra tanto la distribución de recursos como los valores sociales -y subjetivos- que sustentan el proceso de producción de políticas acordes a normativas y derechos.

Como toda investigación cualitativa situada, este trabajo presenta ciertas limitaciones que es necesario explicitar. En primer lugar, el estudio se desarrolló en el único centro de salud del segundo nivel de atención hospitalaria pediátrica de la provincia de Santiago del Estero, lo que restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos vinculados a otros contextos. No obstante, desde la perspectiva de la Salud Colectiva, se reconoce el valor analítico y político de los estudios de caso en profundidad para iluminar procesos estructurales a partir de experiencias singulares. En segundo lugar, la estrategia de construcción de la muestra se basó en el muestreo por bola de nieve, lo que permitió acceder a voces clave del equipo de salud y a diversas posiciones profesionales que participaron en la transformación institucional analizada. Sin embargo, esta modalidad también implicó sesgos potenciales en cuanto a la representatividad y diversidad de perspectivas, dado que los contactos se activaron mayormente dentro de redes de confianza construidas en el trabajo cotidiano. Si bien se alcanzó un punto de saturación teórica en los principales ejes de análisis, es posible que algunas voces más críticas o distantes del circuito profesional no hayan sido suficientemente incorporadas.

Además, se identificaron limitaciones en el acceso a información oficial y pública sobre normativas locales y personal de salud. Esta falta de transparencia dificultó la posibilidad de contextualizar ciertos hallazgos con datos institucionales sistematizados, por lo que se optó por trabajar principalmente con fuentes primarias (entrevistas y observación con registros de campo). La ausencia de datos públicos también refuerza la importancia de investigaciones como esta, que buscan visibilizar procesos poco documentados en los canales formales.

Por otro lado, como se desarrolló previamente, el hecho de que la investigadora formara parte del Centro de salud estudiado supuso tanto una potencia como un desafío. Si bien se trató reflexivamente este posicionamiento como un recurso epistemológico, también implicó tensiones vinculadas a la proximidad afectiva, el involucramiento en las dinámicas laborales y las posibles zonas ciegas frente a prácticas naturalizadas. Estas tensiones fueron abordadas mediante vigilancia epistemológica, recursos teóricos, escritura reflexiva y consultas con expertos/as, buscando sostener la rigurosidad del análisis.

Por su parte, el recorte empírico de los datos provenientes de las entrevistas, constituidas exclusivamente por voces masculinas, también constituye un dato que no es meramente anecdótico, sino que evidencia un patrón persistente de masculinización de los espacios de liderazgo en la gestión sanitaria, incluso en

áreas vinculadas a la atención infantil, tradicionalmente feminizadas a nivel de las tareas de cuidado. Diversos estudios han señalado que, a pesar de que las mujeres constituyen la mayoría del personal en salud, los cargos jerárquicos y los roles decisorios continúan ocupados predominantemente por varones o bien, por mujeres que reproducen patrones masculinizados (Segovia-Saiz et al., 2021; OMS, 2019). Este dato permite reforzar la necesidad de producir miradas interseccionales y críticas que consideren las relaciones de poder vinculadas al género en los análisis de organización y reforma de servicios de salud (Hirata, 2016; Lagarde de los Ríos, 2012).

Sin embargo y entendiendo las limitaciones del estudio, el caso abordado como analizador social permite dar cuenta de cómo las experiencias de las periferias se producen buscando replicar de forma dependiente al saber situado en el centro. El proceso analizado aquí replica esta dependencia y se distancia de lo analizado por Belmartino (2007) acerca de Santa Fe en los años '40 -cuando las provincias tenían menor poder sobre el sistema sanitario-, que logró constituir reformas que fueron bases sanitarias nacionales *a posteriori*. El nuevo Centro, por el contrario, a pesar de iniciar sus gestiones en la década del '60, no logró potenciar la autonomía local al buscar la asesoría del hospital de referencia nacional y Latinoamericana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en un contexto donde ya se habían transferido potestades a las provincias hacía más de 10 años. Estas dinámicas de dependencia a los centros invisibiliza las características y saberes locales.

Respecto de la dimensión subjetiva y la micropolítica del trabajo en salud, se advierte que la modernización técnico-edilicia no acompañada de procesos participativos y reflexivos, de construcción de sentidos comunes que sostengan las acciones desde el cuidado, se orienta a producir y radicalizar procesos de subjetivación subordinada. Esto, a su vez, tiende a disminuir la capacidad de obrar y de autogobierno, a pesar de reconocer la perspectiva de derechos en que enmarcan muchas de las transformaciones institucionales.

A su vez, esto refleja otro punto significativo del trabajo: las paradojas de trabajar en condiciones de crisis, que promueven la empatía y la generación de acciones colectivas para la transformación, en contraposición con el logro de las mejoras técnico-edilicias sin reflexión, que propicien el aumento del maltrato en las instituciones. Quizás, al resolverse los problemas edilicios y técnicos, la biomedicina tuvo vía libre para avanzar. Esto implicaría que, al salir de cierta condición de vulnerabilidad, el personal hospitalario fue dejando de lado la capacidad de producir prácticas de cuidado desde la empatía.

Respecto de la tecnificación, en las relaciones micropolíticas entre personal de salud y personas usuarias, se muestra la creciente implementación de intervenciones orientadas desde una concepción de sujeto como objeto a reparar. La fragmentación de servicios y la escasa consideración por las condiciones de vida de las personas usuarias prevalece sobre la posibilidad de producir redes de cuidado integrales y contextualizadas, indicadas desde la estrategia de APS (Ase y Burijovich, 2009). El proceso de tecnificación observado refleja, así, una tendencia ya documentada en literatura internacional, donde la atención médica tiende a transformarse en un conjunto de actuaciones técnicas sobre “objetos” que requieren reparación, en línea con lo analizado por Freidson (1988) e Illich (1976). Esta objetivación del paciente pediátrico se ve reforzada por la incorporación de tecnologías médicas avanzadas, un fenómeno que, como señalan Mol (2008) y Berg (1997), no solo modifica las prácticas clínicas, sino que también redefine las dinámicas de cuidado y las expectativas tanto de los profesionales como de las familias. Así, la modernización de la aparatología local puede interpretarse como parte de un movimiento global hacia una medicina más intervencionista y especializada, aunque también plantea desafíos en términos de accesibilidad y mejoría del trato a las personas usuarias.

Por su parte, la burocratización se refleja principalmente en la espera como mecanismo de dominación que se vincula al concepto de clientelismo (Auyero y Benzecry, 2016). Este concepto visibiliza una forma relacional en la que personas con autoridad desigual pero unidas por vínculos de intereses, manipulan sus relaciones con el fin de conseguir sus propósitos. Auyero (2013) se refiere a la estrategia de manipular el tiempo del otro como una forma de dominación política hacia los desposeídos, que quebranta la condición de ciudadanía. El sujeto aprende a esperar en la incertidumbre y la institución acaba incrementando el sufrimiento, a contrapelo de su función.

En cuanto a la jerarquización, es posible retomar la noción bourdieuana de *habitus* (Wacquant, 2017), entendida como aquellas disposiciones o esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social que ocupan las y los agentes. En ese sentido, aun cuando entendemos que la producción de un *habitus* médico autoritario se gesta desde la formación médica (Castro, 2014), el proceso de cambio analizado permite observar cómo, al disponer de recursos materiales sin mediar procesos reflexivos, se refuerza esta dimensión autoritaria en los *habitus*. Éstos se transforman, guiados más por las dinámicas del mercado que por la perspectiva de derechos de la normativa o por la ética profesional. Esto se articula con la jerarquización de la posición de las y

los trabajadoras/es, desplegada en procesos de diferenciación y clasificación social que legitiman las desigualdades, produciendo aprendizajes y disciplinamientos en relación con la posición social que se ocupa (Auyero, 2013).

En contrapartida, el derecho a aparecer, a ser visibles como sujetos en el territorio de las tomas de decisiones es una dimensión que se encuentra habilitada solo para ciertos grupos del personal de salud. Esta exclusión genera implicancias individuales y colectivas que se expresa en la posibilidad de pertenencia, participación y reconocimiento de saberes plurales.

Conclusiones

Los efectos de los procesos de cambio institucional para la generación de nuevos modelos de atención en las organizaciones de salud son aún asuntos poco explorados local y regionalmente. Su análisis permite discutir si los proyectos propuestos y sus modos de implementación en contextos de innovaciones paradigmáticas, jurídicas y técnico-edilicias son suficientes para garantizar la producción del cuidado y cuáles son los desafíos principales. Los sentidos instituidos acerca de los cambios que introdujo este Centro -como alternativa superadora y revolucionaria- manifiestan contradicciones que se evidencian en las puestas en acto.

El escenario analizado es complejo: aun con los recursos garantizados para mejorar la atención, la calidad de los encuentros entre equipo de salud y personas usuarias en situación de vulnerabilidad (pobreza, lejanía geográfica, incumplimiento de sus derechos a la educación, salud y trabajo, entre otros) se empobreció. Las prácticas de atención y gestión se centran en los logros de la tecnificación, configurando procesos no participativos y escasamente reflexivos. Esto permite advertir que la sanción y reglamentación de leyes, e incluso su conocimiento, no implica necesariamente que éstas se implementen de forma efectiva en la vida cotidiana de las instituciones.

El análisis permitió visibilizar los modos menos democráticos y más rígidos en la producción de los actos de salud que, al producir de modo privilegiado procesos de subjetivación subordinada en contextos de desigualdades y violencias naturalizadas, contrastan con los discursos de protección integral. Los datos permitieron identificar desde qué matrices se produce la atención y qué lugar se le dedica a la escucha, la participación y la reflexión en la toma de decisiones cotidianas. Tomadas en conjunto, las tres dimensiones analizadas permiten identificar anudamientos entre los procesos de modernización y la creciente reificación de los procesos de atención.

Esto, a su vez, se vincula con la naturalización del maltrato y su capacidad de moldear procesos de subjetivación subordinada.

Retomando las preguntas de investigación, es posible advertir que los procesos de transformación institucional en el ámbito de la atención pediátrica reflejan con nitidez las tensiones entre discursos de protección integral de las infancias y prácticas concretas sostenidas en modelos tecno-asistenciales. Si bien el discurso de la centralidad de las infancias y sus derechos gana terreno en los documentos normativos y en las declaraciones institucionales, su implementación efectiva se ve muchas veces desplazada por lógicas organizativas centradas en la fragmentación disciplinar, el uso intensivo de tecnologías diagnósticas y la jerarquización de saberes profesionales por sobre la escucha activa a las familias y los propios niños y niñas.

En este contexto, las políticas sanitarias pediátricas se presentan como escenarios de disputa, donde coexisten y se tensionan avances normativos —como los derivados de la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes— con prácticas institucionales que consolidan modelos biomédicos con matices reificadores y clientelares. Las prácticas analizadas muestran que los límites de esa implementación no sólo remiten a cuestiones materiales o estructurales, sino también a la persistencia de culturas organizacionales tecnocráticas, medicalizantes-burocratizadas y de jerarquización y discriminación por motivos de clase, género, edad, entre otras, que restringen la participación activa de las infancias y de sus referentes afectivos en los procesos de cuidado y, por ende, afectan la capacidad de producción de cuidados centrados en las personas.

No obstante, también emergen alcances significativos. Entre ellos, la apertura de espacios de reflexión entre profesionales, la incorporación de nuevas miradas, el reconocimiento de la existencia de dinámicas mercantiles y clientelares y la necesidad de transformarlas. Estos elementos habilitan potencialidades para avanzar hacia una atención pediátrica más integral, participativa y sensible a los derechos, en la medida en que se sostenga un compromiso ético y político con la transformación de las prácticas, desde y más allá de los marcos normativos formales.

Lo identificado en el análisis permite orientar el trabajo colaborativo hacia la promoción del encuentro con las personas usuarias, que posibilite activar los recursos existentes para la producción del cuidado, potenciar la organización y la resistencia en la disputa por los proyectos de cuidado que contemple la vida y la ciudadanía, la apertura a preguntas, preocupaciones y valores que sean escuchados y considerados.

Esto implicaría también visibilizar y reconfigurar *esas pequeñas cuotas de poder* -que consolidan los privilegios y las desigualdades- para generar acciones concretas de transformación que permitan garantizar derechos conquistados.

Agradecimientos

Esta investigación contó con financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Se agradece al Centro y a sus trabajadores/as por participar en la investigación con compromiso y generosidad y a colegas que leyeron y aportaron a la escritura de este trabajo.

Notas

- 1| Este trabajo forma parte de una investigación mayor, en el marco de una tesis de Maestría en Salud Familiar y Comunitaria y de un Proyecto de Investigación de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, cód. 23/D289-Bint-2025.

Bibliografía

- Afonso Presilla, É. M. y Nobalbo Aguilera, Y. T. (2012) Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. Consideraciones. *Humanidades Médicas*, 12 (2): 252-261. <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/212>
- Ase, I. y Buriyovich, J. (2009) La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, (5): 27-47. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.229>
- Auyero, J. (2013) *Pacientes del Estado*. Buenos Aires. Eudeba.
- Auyero, J. y Benzecry, C. (2016) La lógica práctica del dominio clientelista. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 61 (226): 221-246. [http://dx.doi.org/10.1016/S0185-1918\(16\)30009-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0185-1918(16)30009-5)
- Báscolo, E. (2010) Gobernanza de las organizaciones de salud basadas en Atención Primaria de Salud. *Revista Salud Pública*, (12): 8-27. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/43477>
- Belmartino, S. (2005) *La atención médica en Argentina: Historia, crisis y nuevo diseño institucional*. Buenos Aires. Siglo Veintiuno.
- Belmartino, S. (2007) Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años '40. *Salud Colectiva*, 3 (2): 177-202. <https://doi.org/10.18294/sc.2007.136>

- Benet, M., Merhy, E. E. y Pla, M. (2016) Becoming cartographer. *Athenea Digital*, 16 (3): 229-242. <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/314438>
- Berg, M. (1997) *Rationalizing medical work: Decision-support techniques and medical practices*. MIT Press.
- Bourdieu, P. (1999) *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.
- Briceño-León, R. (2003) Las ciencias sociales y la salud: Un diverso y mutante campo teórico. *Ciência y Saúde Coletiva*, (8): 33-45. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100004>
- Castrillón-Valderrutén, M. y Sánchez-Salcedo, J. (2019) Cambio institucional en la atención de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico San Isidro (1957-1970). *Revista CS*, (28): 259-297. <https://doi.org/10.18046/recs.i28.2838>
- Castro, R. (2014) Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76 (2): 167-197. <http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2014.2.46428>
- Cetrángolo, O. y Gatto, F. (2002) Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado. Ponencia presentada en el seminario "Desarrollo local y regional: hacia la construcción de territorios competitivos e innovadores", Quito, Ecuador.
- Clifford, J. (1991) Sobre la autoridad etnográfica. En: J. Clifford & G. Marcus (Comps.), *Retóricas de la antropología*. Barcelona: Ediciones Júcar.
- Convención Constituyente (1994) *Constitución de la Nación Argentina de 1994*.
- Cordero, R. A. (2021) Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales: Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero. *Trabajo y Sociedad*, 22, (37): 589-617.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (2011) *Writing ethnographic fieldnotes* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Feuerwerker, L. C. M. (2021) Trabajo y subjetividad: Reflexiones a partir de la experiencia de enfrentar el COVID-19 en el Sistema Único de Salud de Brasil. *Salud Colectiva*, (17): e3356, 1-15. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3356>
- Fleury, S. (2006) Democracia, ciudadanía y políticas sociales. *Salud Colectiva*, 2 (2): 109-112. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.59>
- Franco, T. y Merhy, E. (2016) *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud* (1ª ed.). Buenos Aires, Lugar.
- Freidson, E. (1988) *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press.

- González, M. y Young, P. (2017) Carlos Arturo Gianantonio (1926-1995), Maestro de la Pediatría Argentina. *Revista Fronteras en Medicina*, 12 (1): 22-27. https://adm.meducatum.com.ar/contenido/articulos/11100220027_715/pdf/11100220027.pdf
- Gurmendi, M. N. y Silveti, J. L. (2021) La terciarización forzada en las regiones subcapitalizadas de la periferia: Santiago del Estero, 1994-2007. *Actualidad Económica*, 31 (103): 43-55. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/acteconomica/article/view/32920>
- Hirata, H. (2016) O trabalho de cuidado. *Sur Rev Int Direitos Human*, 13 (24): 53-64.
- Illich, I. (1976) *Medical nemesis: The expropriation of health*. Pantheon Books. ISBN 0-394-40225-01.
- Izcara-Palacios, S. (2009) *La praxis de la investigación cualitativa: guía para elaborar tesis*. México D. F., Plaza y Valdés.
- Krippendorff, K. (2018) *Content analysis: An introduction to its methodology* (4th ed.). Londres, Sage Publications.
- Lagarde de los Ríos, M. (2023) *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Siglo XXI editores. ISBN: 9786070313042.
- Ley Nacional N° 26061 (2005) *Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, Buenos Aires, Argentina, 28/9.
- Ley Provincial N° 6915 (2008) *Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes*, Santiago del Estero. Boletín oficial, Santiago del Estero, Argentina, 14/10.
- Marçon, L., Silva, P. C., Justino, J., Oliveira, C. F. de, Carvalho, S. R. y Dias, T. M. (2021) Formas de gobernar la vida en la calle durante la pandemia: discursos, tecnologías y prácticas. *Salud Colectiva*, (17): 1-13. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3338>
- Martínez-Salgado, C. (2012) El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3): 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M. y Silva, E. (2012) Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*, 8 (1): 25-34. <https://doi.org/10.18294/sc.2012.125>
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., Santos, M. L. M., Bertussi, D. C., y Baduy, R. S. (2020) Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, 43 (spe6): 70-83. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>
- Minayo, M. C. (2010) Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6 (3): 251. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.283>

- Minayo, M. C. (2014) O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde (14ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Mol, A. (2008) The logic of care: Health and the problem of patient choice. Routledge.
- Moral Cabrero, E., Huete García, A. y Díez Villoria, E. (2020) ¿Soy lo que ves? Microagresiones capacitistas y visibilidad de la discapacidad. REDIS, 8 (2): 7-31. <http://dx.doi.org/10.22201/ia.24486221e.2020.0.72219>
- Naciones Unidas (1989) Convención sobre los derechos del niño [PDF]. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/crc.pdf>
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2019) Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce (Human Resources for Health Observer Series No. 24). Ginebra: World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/delivered-by-women-led-by-men.pdf?sfvrsn=94be9959_2
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1995) Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Redes, 2 (4): 99-128.
- Rovere, M. (2016) El Sistema de Salud de la Argentina como campo: Tensiones, estratagemas y opacidades. Debate Público, 6 (12): 23-42.
- Sánchez Salcedo, J. F. (2019) La administración de la salud mental en Cali: cambio institucional en el Hospital Psiquiátrico San Isidro 1956-1970. Criterio Libre, 17 (30): 191-212. <https://doi.org/10.18041/1900-0642/criteriolibre.2019v17n30.5799>
- Segovia-Saiz, C., Briones-Vozmediano, E., Pastells-Peiró, R., González-María, E., & Gea-Sánchez, M. (2021) Techo de cristal y desigualdades de género en la carrera profesional de las mujeres académicas e investigadoras en ciencias biomédicas. Gaceta Sanitaria, (34): 403-410.
- Seixas, C., Merhy, E., Feuerwerker, L., Santo, T., Slomp Junior, H. y Cruz, K. (2021) A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. Interface (Botucatu), (25): 1-15 e200379. <https://doi.org/10.1590/interface.200379>
- Silva Paim, J. y Almeida Filho, N. (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales, (75): 5-30.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33 (1): 7-11.
- Wacquant, L. (2017) Habitus. En: A. Mendes Catani; A. Hey, C. Cardoso de Medeiros, y A. Nogueira, (Orgs.) Vocabulário Bourdieu (pp. 43-59). Belo Horizonte, Autêntica.
- Zelmanovich, P. y Minnicelli, M. (2012) Instituciones de infancia y prácticas profesionales: entre figuras de segregación y dispositivos de inscripción simbólica. Propuesta Educativa, 1 (37): 39-50.